

Міністерство освіти і науки, молоді та спорту України

**Всеукраїнський дистанційний конкурс студентських та учнівських
наукових робіт із соціальної педагогіки**

Наукова робота

**Моделювання процесу
дослідження професійно-технічної
освіти дітей-інвалідів
(гендерні аспекти)**

галузь: Корекційна та соціальна педагогіка

шифр: Об'єктивНА реальність

2013 рік

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. АНАЛІЗ ОСВІТНІХ МОЖЛИВОСТЕЙ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ	6
1.1. Гендерні відмінності соціального становища людей-інвалідів	6
1.2. Нормативно-правове забезпечення освітніх потреб дітей-інвалідів	11
1.3. Система професійної підготовки дітей-інвалідів в Україні	15
РОЗДІЛ 2. МОДЕЛЬ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДОСТУПУ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ДО ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНОЇ ОСВІТИ	19
2.1. Моделювання як метод наукового пізнання	19
2.2. Аналіз ключових проблем професійної підготовки дітей-інвалідів	22
ВИСНОВКИ	29
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	31
ДОДАТКИ	32

ВСТУП

Соціалізація дітей-інвалідів та їх інтеграція у суспільство залишаються одним з найболючіших питань українського сьогодення. Все ще потребують вдосконалення системи фінансування, соціального забезпечення, реабілітаційні та навчальні програми. Проте, найгострішим питанням в Україні, на наш погляд, залишається необхідність включення дітей з функціональними обмеженнями у повноцінне життя суспільства, що є неможливим без внесення відповідних змін до чинного законодавства та змін у освітній та оздоровчій системах.

Стосовно дітей з функціональними обмеженнями в Україні, то потрібно визнати, що більшість з них відторгнені суспільством і приречені на майже рослинне існування. Тому без змін у суспільній свідомості соціальна інтеграція такої дитини неможлива. Діти-інваліди України є соціально вразливою суспільною групою. Вони можуть задовольнити свої життєві потреби лише за умови спеціальної соціальної підтримки, що надається відповідними фахівцями, проте фахівців такого профілю в Україні катастрофічно не вистачає. Кожного року до загальноосвітніх шкіл в нашій державі приходять діти з проблемами психічного або фізичного розвитку. Батьки кожного з них люблять свою дитину, якою б вона не була, і не хочуть віддавати її до спеціального закладу, навіть якщо це визначає комісія. Відірвати таку дитину від сім'ї та ізолювати від суспільства, означає порушити її основні права на сім'ю, розвиток та освіту за власним вибором та бажанням.

З іншого боку, якщо таку дитину залишити в школі, вона постійно перебуватиме поза увагою вчителя, який не готовий працювати з нею, та піддаватиметься глузуванню дітей, котрі так само не готові прийняти її в своє оточення. Учитель не готовий працювати з такою дитиною, не здатний усвідомити того, що й у неї є сильні сторони, спираючись на які, можна скласти індивідуальну програму максимального розвитку й у співпраці зі спеціалістами, забезпечити формування її життєвої активності.

Ставлення до дітей-інвалідів як до повноправних членів суспільства, бачення їх корисності суспільству в нашій державі неможливе без прийняття їх

у спільноту, у повсякденне життя, у дитсадки, школи, університети, громадські та приватні сектори - скрізь. Включення дітей з функціональними обмеженнями корисне і для дітей, які не мають розладів. Завдяки спільному навчанню здорові діти вчаться сприймати як належне людей з індивідуальними відмінностями та зручно почувати себе під час взаємодії з ними. Ставлення дітей до однолітків з розладами проходить етап від настороженості та неприйняття до звиклості та дружби, бо вони мають можливість регулярно гратися та працювати разом. Вони розуміють, що діти з функціональними обмеженнями також талановиті, як і вони, і можуть робити певні речі навіть краще за інших. А участь у щоденному житті класу допомагає дітям-інвалідам відчувати впевненість у собі та набувати нових умінь.

Мета наукової роботи: спроектувати і теоретично обґрунтувати модель вивчення гендерних особливостей доступу дітей-інвалідів до професійно-технічної освіти

Завдання наукової роботи:

- охарактеризувати гендерні відмінності соціального становища дітей-інвалідів;
- проаналізувати нормативно-правове забезпечення і систему професійно-технічної освіти для дітей-інвалідів;
- розробити модель вивчення гендерних особливостей доступу дітей-інвалідів до професійно-технічної освіти.

Об'єкт наукової роботи: система професійно-технічної освіти дітей-інвалідів

Предмет наукової роботи: гендерні аспекти професійно-технічної освіти дітей-інвалідів

Методи наукового дослідження: аналіз наукової літератури та нормативно-правової бази; узагальнення висновків дослідження; класифікація ключових проблем професійної підготовки дітей-інвалідів; моделювання процесу вивчення гендерних особливостей доступу дітей-інвалідів до професійно-технічної освіти.

Наукова новизна дослідження: класифіковано та встановлено відповідність між ключовими проблемами професійної підготовки дітей-інвалідів; побудовано модель процесу вивчення гендерних особливостей доступу дітей-інвалідів до професійно-технічної освіти; охарактеризовано систему професійно-технічної освіти дітей-інвалідів в Україні.

Структура наукової роботи: Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел, додатків. Робота містить 3 рисунки. Основний зміст роботи розкрито на 30 сторінках. Загальний обсяг роботи – 33 сторінки.

Розділ 1. Аналіз освітніх можливостей дітей-інвалідів

1.1. Гендерні відмінності соціального становища людей-інвалідів

На сучасному етапі розвитку педагогіки спостерігається посилена цікавість до проблем гендерних категорій (О. Вороніна, І. Горошко, І. Жеребкіна та ін.). Науковий інтерес також викликають праці, пов'язані з медико-фізичною та соціальною реабілітацією інвалідів (Б. Ананьєв, Д. Батлер, С. де Бовуар, І. Кон та ін.).

Гендерна соціалізація – вивідне поняття загальної дефініції «соціалізація». Науковці відмічають тенденцію розмежування у вивченні проблеми соціалізації: перехід від дослідження загальних соціалізаційних процесів до його окремих напрямків і видів. На сьогодні вченими розробляються окремі моделі соціалізації залежно від особливостей змісту соціалізаційного процесу: політична соціалізація, правова соціалізація, трудова соціалізація, громадянська соціалізація, професійна соціалізація, статево-рольова соціалізація тощо (Н.Завериго, Ю.Загородній, А.Ташченко, В.Шабанов). У цьому контексті наше дослідження стосується одного з видів соціалізації – гендерної.

Гендерна соціалізація – це неусвідомлений безперервний процес привласнення членами суспільства гендерних норм і ролей та суспільних очікувань, виконання ними різних гендерних ролей від народження до смерті [3, с.15].

Гендерні ролі - норми та правила поведінки жінок і чоловіків, що ґрунтуються на традиційних очікуваннях, пов'язаних з їх статтю. Вони відрізняються в суспільствах з різною культурою і змінюються із часом.

Засвоєння індивідом культурної схеми гендера відбувається через конструювання розходжень між статями. Соціалізація чоловіків і жінок формується в різних соціально-психологічних умовах. Гендерна соціалізація включає дві взаємозалежні частини:

- освоєння прийнятих моделей чоловічої і жіночої поведінки, відносин, норм, цінностей і стереотипів;

- вплив соціального середовища на індивіда з метою прищеплення йому визначених суспільством правил і стандартів поведінки для чоловіків і жінок [1].

Відповідно до Декларації про права інвалідів (ООН, 1975), «інвалід» - це будь-яка особа, яка не може самостійно забезпечити повністю чи частково потреби нормальної особистості та соціального життя з нестачі, чи то природженої, чи набутої, їхніх фізичних або розумових можливостей [2, с. 12].

Студенти з особливими потребами мають певні проблеми, які сформувалися в попередні періоди життя і навчання молодих людей та суттєво впливають не тільки на їхню пізнавальну активність, а й на інтеграцію в освітнє середовище. Серед них:

- прогалини в знаннях;
- труднощі у подоланні бар'єрності навколишнього середовища, зокрема освітнього;
- труднощі у сприйнятті навчального матеріалу у загальноприйнятому вигляді;
- знижена працездатність, підвищена втомлюваність та виснажливість, порушення концентрації уваги;
- підвищена вразливість до інфекційних захворювань і в зв'язку з цим проблеми з відвідуванням занять;
- низький рівень фізичної підготовки;
- дефіцит комунікабельності;
- недостатня орієнтація в соціумі, низька соціальна активність;
- звичка до невимогливого, поблажливого ставлення, завищені уявлення про свої можливості;
- низький рівень мотивації досягнення мети, відчуття втрати майбутнього;
- низький рівень самоактуалізації, нерішучість, переважання інтравертності поведінки;
- низька самооцінка, нерозвиненість самоконтролю, підвищена тривожність, вразливість, емоційна нестійкість, депресивні стани та багато іншого.

Як офіційні визначення, так і ті, що сформульовані рухом інвалідів, говорять про інвалідність безвідносно статі, і гендерно-специфічна природа досвіду інвалідності залишається в тіні. Тим самим означені підходи маскують природу досвіду інвалідів, диференційовану залежно від різних соціальних підрозділів, таких як «раса», національність, релігія, клас або вік. У результаті існує узагальнене – особа з інвалідністю, а не, наприклад, молода жінка з інвалідністю, або літня жінка з інвалідністю, або студентка з інвалідністю. Крім того, ці визначення інвалідності ігнорують диференційований характер ідентичності і статусу, адже саме ці чинники є ключовими для динаміки гноблення інвалідів. В умовах інвалідизуючих соціальних відносин люди-інваліди відчувають пригнічення, їхній життєвий вибір обмежується, оскільки суспільство недооцінює фізичні і когнітивні сторони їхньої ідентичностей.

Інвалідність виникає, коли порушення фізичного, сенсорного, розумового типу зіштовхуються з реакцією суспільства та відсутністю необхідних технологій або послуг. В Україні проблема гендерної ідентичності у зв'язку з інвалідністю практично не зачіпалася в соціальних дослідженнях, а на Заході ця тема потрапляє в поле академічної дискусії в 1980-ті рр. під впливом соціальних рухів (Oliver; Fin, Asch; Morris; Murphy; Ярська-Смирнова). З одного боку, суспільство відмовляє інвалідам у статевому вираженні, і найпростіша ілюстрація того - це знаки на туалетах у громадських установах на Заході. Відмітимо, що в Україні інвалідам на візках взагалі відмовлено у громадській діяльності, зважаючи на велику кількість фізичних бар'єрів, відсутність спеціально обладнаного транспорту, в'їздів у будівлі, ліфтів та місць громадського користування.

Гендер виступає найважливішим чинником переживання людиною інвалідності, про що свідчать такі факти зі статистики Всесвітньої організації охорони здоров'я:

- 1) жінки з інвалідністю становлять соціальну групу з найнижчим рівнем життя;
- 2) жінки і діти з інвалідністю часто зазнають жорстокої (фізичної, сексуальної, емоційної) експлуатації;

3) в Україні дівчатка з інвалідністю практично не представлені серед учнів шкіл, а серед дорослих жінок-інвалідів практично 90% безробітних;

4) спеціалісти, що працюють з інвалідами, отримують низьку зарплату, тому серед них переважають жінки;

5) академічне співтовариство, включаючи представників феміністських напрямків, не цікавиться питаннями інвалідності, а в соціальній політиці у відношенні до інвалідів ігноруються гендерні аспекти.

Чоловіки, чинячи опір стигмі інвалідності, все ж можуть придбати очікуваний статус, якому відповідатимуть владні соціальні ролі, тоді як жінки в багатьох випадках позбавлені такої можливості. Стереотипні образи жіночності та інвалідності як пасивності, поєднуючись один з одним, лише підсилюють патріархальний вигляд конвенціональної фемінності, пропонуючи асоціації з жалістю, безглуздою трагедією, болем, святістю. Незважаючи на те, що демографічна реальність характеризується переважанням серед інвалідів літніх жінок, подібні репрезентації дуже рідкісні і переважно негативні: жінки-інваліди вважаються неадекватними як для економічного виробництва (традиційно більш відповідного для чоловіків, ніж для жінок), так і для традиційно жіночих репродуктивних ролей. У свою чергу, на перетині смислових полів популярних образів маскулінності та інвалідності утворюються рольові невідповідності і формуються конфліктуючі ідентичності. Саме цей конфлікт потрапляє в центр уваги масової культури, що апелює до іміджу інвалідності в пошуках метафори слабкості, залежності, вразливості, втрати мужності. Життєва реальність чоловіків-інвалідів часом дуже відрізняється від стереотипних репрезентацій. Тут варто говорити не тільки про відмінність інтелектуальних і фізичних характеристик чоловіків, але й про те, що ці характеристики часто пов'язані з додатковими потребами, наприклад, ресурсами незалежного життя.

Жінки-інваліди на 50% позбавлені можливостей освіти, сексуального самовираження та шансів стати батьками (Fletcher, Hurst, 1995). Оскільки материнство зазвичай сприймається суспільством як найвище жіноче досягнення, жінки з інвалідністю не можуть реалізувати себе через суспільні

установки, державну політику та культурні норми, які підтримують дані стереотипи. У світі, де прославляється «тілесна краса» - молоде атлетичне тіло, жінки з інвалідністю відчують особливу дискримінацію. Їм залишається переживати супроводжуючі їх стан почуття втрати, смутку і страждання, асоційовані з особистою невдачею [5, с. 240].

Працюючи з інвалідами (жінками або чоловіками), соціальним працівникам, необхідно докласти зусиль у напрямі створення егалітарних відносин, які б стверджували суб'єктність тих і тих, упевнитися, що інваліди характеризують інтеракції з фахівцями як суб'єкт-суб'єктні [4, с. 120].

Принципи роботи викладачів і соціальних працівників зі студентами з особливими потребами такі:

- переглядати ієрархії між чоловіками і жінками;
- ставитися до жінок з повагою та гідністю;
- відштовхуватися від сильних сторін (цінувати навички і талант жінок);
- визначати потреби жінок і чоловіків у згоді з їх особистою думкою;
- зосередитися на характері тих послуг, які отримують жінки, а також на їх змісті та способі надання;
- стимулювати жінок розвивати та підтримувати послуги, що здійснюються ними самими;
- вибудовувати зв'язки між факторами, які впливають на життя жінок (гендер, вік, сексуальна орієнтація та інші характеристики поряд з інвалідністю);
- формувати мережі підтримки та заохочувати обмін вміннями і навичками серед жінок;
- прагнути до виграшу всіх сторін.

Керуючись цими принципами та методами в своїх взаємодіях з студентами-інвалідами, соціальні працівники та викладачі повинні усвідомлювати, що при цьому вони можуть зіткнутися з цілою низкою труднощів. Мова йде про ті протиріччя, які ускладнюють завдання соціальної роботи та створюють додаткові перешкоди до вирішення проблем жінок та чоловіків. Отже, це:

- створення пасток уявної рівності;
- породження конфліктів між інтересами жінок і дітей, жінок і чоловіків;
- робота з нерівними відносинами всередині сім'ї;
- спроби урівноважити домашні обов'язки з оплачуваною роботою;
- прийняття відповідальності за турботу про інших за рахунок ігнорування власних потреб;
- реалізація права жінок піклуватися про інших, не будучи пригнобленими вимогами і труднощами обслуговуючої праці;
- залучення чоловіків в обслуговуючу роботу, догляд за близькими;
- нестача ресурсів і часу;
- чуйне ставлення до особливих потреб особливої групи жінок, ставши природною частиною повсякденної праці соціальних працівників, подвоїть їхні зусилля в прагненні будувати адекватні відносини з жінками-інвалідами.

Отже, можна постулювати, що досвід інвалідності не є гендерно-нейтральним, адже чоловіки і жінки мають справу з різними реаліями, які формують досвід і розуміння інвалідності.

1.2. Забезпечення освітніх потреб дітей-інвалідів

Традиції соціального захисту дітей-інвалідів в Україні мають давню історію і почали формуватися ще у часи Давньоруської держави. Українському народові завжди було притаманне добродійне, милосердне ставлення до людей з тілесними ушкодженнями, важкими недугами, фізичними та розумовими вадами. Так, у правовій системі Давньоруської держави питання соціального захисту скалічених, кульгавих і сліпих знайшли відбуття в «Руській правді», установах князів Ярослава, Володимира, Всеволода. У ті часи членоушкодження, зокрема відняття руки чи ноги, прирівнювалося до вбивства. За цей злочин необхідно сплатити штраф у розмірі 40 гривень, як і за позбавлення життя. В Уставі Ярослава приділяється увага захистові хворої людини від розлучення з жінкою (чоловіком), визначається необхідність підтримки подружжя у важкі хвилини життя.

Правова парадигма соціального захисту дітей-інвалідів почала формуватися на початку 50-х років нашого століття, після прийняття у 1948 році Всесвітньої декларації прав людини, в якій першочергове значення приділяється підтвердженню принципів віри в права людини і основні свободи. У декларації підкреслюється, що всі люди народжуються вільними і рівними у своїх правах, вони наділені розумом і совістю і повинні діяти один щодо одного у дусі братерства.

Освіта для дітей з особливими освітніми потребами є найважливішим засобом їхнього розвитку, реабілітації, формою соціального захисту, реальним шансом подальшого самостійного і незалежного від навколишніх людей та обставин життя.

На сьогодні важливого значення набуває питання професійної підготовки інвалідів, що є необхідною передумовою самозабезпечення в майбутньому та працевлаштування.

Важливим напрямом соціальної роботи є сприяння професійній підготовці інвалідів. У Конституції України та Законах України “Про освіту”, “Про професійно-технічну освіту”, “Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні”, інших документах державою забезпечується доступність і безоплатність освіти інвалідам у державних та комунальних навчальних закладах на рівні, що відповідає їх здібностям і можливостям, їхнім бажанням та інтересам, удосконалення наукової та професійної підготовки з урахуванням медичних показань і протипоказань для подальшої трудової діяльності.

Відповідно до міжнародних вимог до навчання і професійної підготовки інвалідів, які ґрунтуються на всезагальності освіти і принципі створення рівних можливостей, в Законі України “Про основи соціальної захищеності інвалідів” в статтях 21-24 держава гарантує інвалідам дошкільне виховання, здобуття освіти на рівні, що відповідає їхнім здібностям і можливостям. Дошкільне виховання, навчання інвалідів здійснюється в загальних або спеціальних дошкільних та навчальних закладах. Професійна підготовка або перепідготовка інвалідів проводиться з урахуванням медичних показань і протипоказань для

подальшої трудової діяльності. Вибір форм і методів професійної підготовки провадиться згідно з висновками медико-соціальної експертизи.

При навчанні, професійній підготовці або перепідготовці інвалідів поряд із загальними допускається застосування альтернативних форм навчання. Обдаровані діти-інваліди мають право на безплатне навчання музики, образотворчого, художньо-прикладного мистецтва у загальних навчальних закладах або спеціальних позашкільних навчальних закладах. За інших рівних умов інваліди мають переважне право на зарахування до вищих і середніх спеціальних навчальних закладів. Під час навчання пенсія і стипендія інвалідам виплачуються в повному обсязі.

Для практичної реалізації інвалідами права на освіту в Україні функціонують загальноосвітні заклади різного рівня, забезпечені спеціальними програмами, допоміжними технічними засобами, які дають змогу здійснювати спільне навчання здорових та інвалідів. Для дітей-інвалідів, стан здоров'я яких виключає можливість навчання і виховання в навчально-виховних закладах системи освіти на загальних підставах, створюються спеціальні дошкільні заклади освіти, школи-інтернати, навчально-виховні комплекси, навчально-реабілітаційні центри, спеціальні класи при загальноосвітніх школах.

Статистика свідчить, що у 183 спеціальних дитячих садках та 391 спеціальній загальноосвітній школі-інтернаті восьми типів навчається й виховується понад 60 тис. дітей з проблемами фізичного чи розумового розвитку, серед яких більшість діти-інваліди. Навчання в них здійснюється за окремими навчальними планами і програмами, розробленими і затвердженими Міністерством освіти і науки.

Відповідно до національної доктрини розвитку освіти, затвердженої Указом Президента України від 17 квітня 2002 р. № 347 здобуття освіти дітьми з особливостями психічного і фізичного розвитку забезпечується шляхом: створення для всіх дітей зазначеної категорії умов для здобуття безоплатної освіти в державних і комунальних навчальних закладах; своєчасного виявлення та проведення діагностики дітей з особливостями психічного і фізичного розвитку, врахування цих даних під час формування мережі закладів

корекційної та реабілітаційної допомоги; створення варіативності здобуття якісної базової або середньої освіти відповідно до здібностей та індивідуальних можливостей дітей, зорієнтованої на їхню інтеграцію у соціально-економічне становище; створення системи допомоги батькам у навчанні та вихованні дітей з особливостями психічного і фізичного розвитку; розгортання регіональної мережі спеціальних навчальних закладів усіх рівнів освіти для громадян з особливостями психічного і фізичного розвитку, забезпечення їхньої інтеграції у загальний простір.

Інтеграція дітей-інвалідів в систему освіти є предметом уваги Міжгалузевої комплексної програми “Здоров’я нації” на 2002—2011 рр., яку затверджено постановою Кабінету Міністрів України від 10 січня 2002 р. № 14. У розд. VII “Кращі можливості для інвалідів” з метою забезпечення можливості жити повноцінним життям у соціальному, економічному та психічному аспектах передбачено: створити можливості для отримання дітьми-інвалідами повноцінної загальної середньої освіти, посилили контроль за повнотою та якістю виконання шкільної програми в умовах їхнього домашнього навчання і в загальноосвітніх школах з метою забезпечення їхньої соціальної адаптації; розширити можливості творчого і фізичного розвитку, сприяти позашкільному навчанню дітей-інвалідів, а також отриманню середньої і вищої освіти в загальних навчальних закладах за державним замовленням.

В Україні розроблено Комплексну програму освіти та фахової підготовки інвалідів, спрямовану на створення сприятливих педагогічних, психологічних, соціально-економічних, медичних, організаційних та правових умов і гарантій для реалізації прав інвалідів на отримання освіти відповідно до інтелектуальних, психологічних та фізичних можливостей особистості. Одним з основних завдань програми є забезпечення конституційних прав інвалідів на профорієнтацію, освіту та професійне навчання.

Отже, в Україні сформовано державну систему соціальної підтримки осіб із функціональними обмеженнями, яка базується на системі правових документів, і ця правова база могла б слугувати непоганим підґрунтям для вирішення проблем осіб з функціональними обмеженнями за умови усунення

недоліків практики її застосування (як-от: неповне задоволення визначених законами і нормативами потреб фінансування спеціалізованих закладів; невиконання законодавства на належному рівні всіма ланками державного управління і фахівцями первинних структур).

1.3. Професійна підготовка дітей-інвалідів

Професійне навчання для інвалідів — це підвищення їхнього соціального статусу та можливість підвищення рівня доходів, розвиток навичок та вміння працювати. Для суспільства професійне навчання інвалідів — це зниження напруженості на ринку праці, підвищення суспільної продуктивності, розв'язання соціальних проблем інвалідів. Основна мета професійного навчання інвалідів — інтеграція їх у суспільство.

В Україні фахову підготовку інвалідів здійснюють навчальні заклади, підпорядковані міністерствам праці та соціальної політики, освіти і науки, центри професійної реабілітації інвалідів, підприємства громадських організацій інвалідів, державна служба зайнятості (для тих інвалідів, які звернулись до неї за допомогою у працевлаштуванні).

Для підготовки фахівців з числа інвалідів у вищих навчальних закладах передбачено гарантії і пільги для інвалідів різних категорій і груп інвалідності. Під час навчання інвалідів у вищих навчальних закладах їм виплачується пенсія і стипендія у повному розмірі. Після закінчення навчального закладу їм надається право вибору місця роботи з наявних варіантів або вільного працевлаштування (за бажанням). У 26 вищих навчальних закладах різних типів акредитації функціонують спеціальні групи для здобуття вищої освіти особами з вадами слуху і зору.

Аналіз сайтів закладів професійної освіти свідчить, що у сфері управління Міністерства праці та соціальної політики функціонує 6 спеціалізованих навчально-виховних закладів інтернатного типу, призначених для професійної, фізичної та соціальної реабілітації, а також здобуття робітничих професій і спеціальностей найбільш незахищеною молоддю віком від 15 років, яка має I, II, III групу інвалідності. Це Кам'янець-Подільський планово-економічний

технікум-інтернат, Харківський обліково-економічний технікум-інтернат ім. Ф.Г.Ананченка, Житомирське вище професійно-технічне училище-інтернат, Чернігівський юридичний коледж, Самбірське професійно-технічне училище-інтернат, а також Луганське професійно-технічне училище-інтернат. Щороку до них вступає понад 500 інвалідів. Навчання студентів здійснюється за спеціальностями: “Бухгалтерський облік”, “Економіка підприємств”, “Соціальна робота”, “Право” — та за робітничими професіями: кравець, закрійник, складальник верху взуття, оператор комп’ютерного набору та ін.

Важливим є застосування новітніх видів навчання (дистанційного та ін.). В університеті “Україна” започатковано програму “Перший комп’ютер для інваліда”, метою якої є розширення можливостей молоді з обмеженими фізичними можливостями у набутті освіти, у соціальній реабілітації та спілкуванні з зовнішнім світом через встановлення в їхніх квартирах комп’ютерів, підключення їх до спеціалізованого сервера “ІНВАНЕТ” та інших зовнішніх інформаційних джерел.

На сьогодні у 351 професійно-технічному навчальному закладі Міністерства освіти і науки навчається 4,4 тис. учнів з обмеженими можливостями фізичного та (або) розумового розвитку (1% від загального контингенту) за 27 робітничими професіями.

Найбільше таких учнів навчається у Донецькій (916), Дніпропетровській (483), Харківській (443) областях та у м. Києві (288). Простежується тенденція до збільшення цієї категорії учнів: з 1997 по 2006 рік їх чисельність зросла з 2,4 до 4,4 тис. осіб.

Для вирішення проблеми професійної реабілітації та адаптації до життя у суспільстві дітей-інвалідів практикуються різні форми навчання. Так, у професійно-технічних навчальних закладах створюються спеціальні групи (100 груп) для навчання дітей-інвалідів, а в допоміжних школах-інтернатах — спеціальні групи професійно-технічного навчання. Триває робота щодо створення спеціальних груп з навчання за різними робітничими професіями (див. рис. 1.1.).

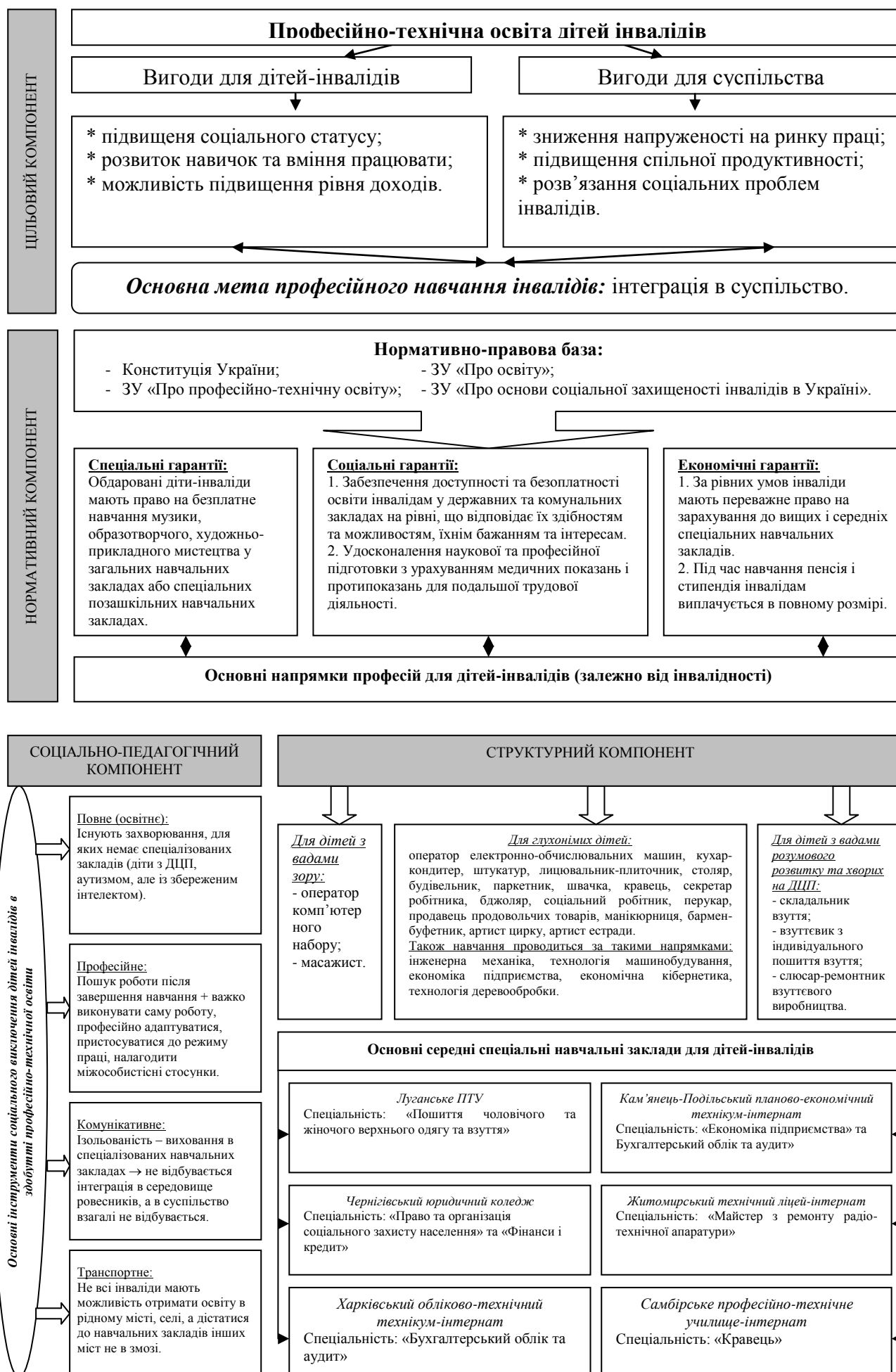


Рис. 1.1. Система професійного навчання дітей-інвалідів

З метою підвищення соціального захисту таких дітей передбачено їх зарахування до професійно-технічних навчальних закладів. Так, згідно з підпунктом Типових правил прийому до професійно-технічних навчальних закладів, затверджених наказом МОН від 06.06.06 № 441 та зареєстрованих у Мін'юсті України за № 790/12664, поза конкурсом при позитивних результатах вступних іспитів зараховуються діти-інваліди, яким не протипоказане навчання за робітничою професією.

У той же час в отриманні освіти дітьми-інвалідами є багато невирішених питань.

Транспортна проблема – не всі інваліди мають можливість отримувати освіту в рідному місті, селі, а дістатися до навчальних закладів інших міст не в змозі.

Існують захворювання, для яких немає спеціалізованих закладів, наприклад, для дітей з ДЦП, аутизмом, але зі збереженим інтелектом.

Проблемою освіти дітей з вадами розвитку є їх ізоляваність. Діти виховуються здебільшого в спеціалізованих навчальних закладах і в загальноосвітніх закладах за індивідуальними планами. В обох цих варіантах інтеграція дітей з вадами розвитку в середовище ровесників, суспільство взагалі не відбувається.

Основна проблема професійної і вищої освіти – це пошук робочого місця після завершення навчання.

Роботодавці, особливо приватні, не зацікавлені, щоб у них працювали інваліди. Якщо, скажімо, людина стала інвалідом у результаті аварії чи нещасного випадку, то до таких ставляться більш терпимо. Якщо ж інваліди мають погану вимову, у них спотворене обличчя – люди не готові їх сприйняти.

Молодим спеціалістам із числа молодих інвалідів важко не тільки знайти роботу, а й виконувати її. Для таких спеціалістів кращим було б відновлення інституту наставників – досвідчених фахівців, які б допомагали не тільки професійно адаптуватися, а й пристосуватися до режиму праці, налагодити міжособистісні стосунки та ін.

РОЗДІЛ 2. МОДЕЛЬ ВИВЧЕННЯ ГЕНДЕРНИХ ОСОБЛИВОСТЕЙ ДОСТУПУ ДІТЕЙ-ІНВАЛІДІВ ДО ПРОФЕСІЙНО-ТЕХНІЧНОЇ ОСВІТИ

2.1. Моделювання як метод наукового пізнання

Метод моделювання широко використовують у наукових дослідженнях. Його обґрунтування знаходимо в працях В. Афанасьєва, Б. Глинського, В. Штоффа та інших науковців. **Модель** – це аналог (схема, структура, знакова система) певного фрагмента природної або соціальної реальності, породження людської культури, концептуально-теоретичного утворення – оригіналу моделі. Вона призначена для збереження та розширення знань (інформації) про оригінал, конструювання оригіналу, перетворення чи керування ним [6, с. 382].

Під соціально-педагогічним моделюванням ми розуміємо відображення провідних характеристик перетворюваної системи (оригіналу) у спеціально сконструйованому моделі, яка в чомусь простіша за оригінал і дозволяє виявити те, що в оригіналі приховано, неочевидно в силу його складності. При цьому модель повинна мати схожість з оригіналом, бути здатною заміщати його в певних відносинах і відкривати нові властивості оригіналу, нові можливості його вдосконалення.

У цьому знаходить вираз евристична функція моделі. Роль модельного дослідження якраз і полягає в тому, щоб на простішому об'єкті побачити, виявити найбільш істотні фактори і закономірності розвитку та створити потім умови для такого розвитку. Модель повинна бути робочим інструментом, що дозволяє чітко побачити внутрішню структуру досліджуваного об'єкта або процесу, систему факторів, які на нього впливають та на основі виявлених тенденцій розвитку, націлюючи їх на майбутнє і вносячи зміни як в саму структуру, так і в умови її функціонування, подумки прогнозувати і «програвати» можливості і наслідки різних варіантів нововведень.

Моделювання та використання моделі таким чином тісно пов'язане з прогнозуванням. Модель забезпечує прогноз і робить його більш повним і обґрунтованим, але це можливо тільки на базі вже виявлених тенденцій, історичного досвіду, виділеного та інтерпретованого на основі

ретроспективного аналізу, експертних оцінок екстраполяції тенденцій на майбутнє, концептуального тлумачення фактів.

Тільки на основі виконання зазначених вимог приводяться в багатьох дослідженнях (теоретичних і прикладних) схеми, таблиці, концептуальні описи, математичні формули набувають статусу моделі і можуть виконувати притаманні їй функції: допомогти зрозуміти сутність, пояснити досліджуване, передбачати результати функціонування системи, виявляти «точки зростання», розриви в логічному ланцюгу пошуку, проблемні зони, а також проводити прогностичну оцінку можливих варіантів поліпшення й оновлення системи.

В принципі, модель може бути за змістом повністю або переважно описовою (найчастіше це текст, що розкриває принципи перетворення, його етапи та технології, зв'язок між проблемою, змістом, способами його трансформації та результатами), структурною (виявляє склад, ієрархію елементів системи), функціональною чи функціонально динамічною (тоді переважно використовуються схеми та порівняльні таблиці, розкриваються зв'язки між елементами, способи функціонування системи), евристичною (що дає можливість виявити нові зв'язки і залежності) та інтегративною, змішаною, що включає в себе компоненти кількох або всіх видів моделей. Перші три види можна віднести до пізнавальних, евристичний тип – до прагматичних моделей, що відображає те, що ще необхідно здійснити. Вони носять нормативний характер, орієнтують на заданий рівень або зразок [7, с.9].

Слід зазначити, що будь-яка модель як формалізована структура буде працювати тільки за умови її змістовного наповнення.

Створення моделі – відносно самостійний і важливий етап процедури дослідження та дослідницького проектування. Найчастіше створюються описові та структурні моделі з виділенням найбільш важливих елементів і відносин у досліджуваній або проектованій системі і їх ієрархічним упорядкуванням. Однак, хоча б у певній мірі властивості можуть давати можливість працювати з змістом, шукати нове, виявляти провідні і похідні зв'язку, які повинні бути притаманні будь-якої моделі. Інакше ми маємо справу

з іншими формами подання матеріалу: описами, схемами, таблицями, які деякі автори неправомірно називають моделями.

Наступний етап – робота з моделлю, суть якої – висування гіпотези про системоутворюючий зв'язок, ключові фактори, головні перешкоди і шляхи їх усунення. В основі гіпотези завжди лежить ідея перетворення і задум її реалізації, тобто інструментульна, методично оформлена ідея. Народження ідеї, розгортання її в задум і в гіпотезу – це, по суті, творче ядро дослідження.

Моделювання та створене на його основі спрощене і наочне уявлення деяких важливих аспектів складних процесів, на наш погляд, може сприяти складному, неоднозначному, глибоко особистісному процесу формування творчого ядра дослідження, чому служать також і діалог, і дискусія, і перебір варіантів, і різноманітні асоціативні зв'язки і подання, і перенесення відомого в нову сферу, і багато інших евристичних підходів і прийомів.

На основі використання моделі доцільно здійснити і висунення, і попередню уявну перевірку гіпотези, що особливо продуктивно в тому випадку, коли вихідні параметри дозволяють побудувати прогностичні математичні моделі. У багатьох випадках при нестабільності соціально-економічного розвитку та невизначеності соціально-економічних прогнозів виявляється корисним сценарний підхід, коли прораховуються кілька можливих варіантів розвитку, зокрема: оптимальний (зростаюче фінансування, розумна соціальна політика, компетентне рішення на федеральному і регіональному рівнях проблем системи освіти), реалістичний (стабільне фінансування, рішення хоча б деяких основних проблем з боку органів влади, що дозволяє хоча б до певної міри підняти статус освіти, забезпечити його розвиток) і мінімально допустимий сценарій, який дозволяє хоча б утримати статус, забезпечити основні освітні послуги, зберегти єдиний освітній простір, не допустити соціальної дестабілізації. Отримані на основі спочатку уявних, а потім реальних проб результати потрібно «повернути» в різноманітну, складну, ситуативно обумовлену педагогічну дійсність, де доводиться рахуватися з багатьма привхідними обставинами і перешкодами, непередбаченими труднощами, суб'єктивними позиціями. Тут «модельне»

передбачення доводиться коригувати з урахуванням досвіду, інтуїтивних оцінок, здорового глузду, ресурсних можливостей, допустимої «ціни» освіти для учнів (втрата здоров'я і т.д.).

В процесі моделювання повинні бути передбачені «стикувальні вузли» з середовищем (інтерфейси), а також передбачені необхідні заходи для пристосування середовища до прийняття моделі нового. Мова йде про досить умовну точність прогнозів і вибудованих на їх основі проектів в соціальних системах, що носять схематичний характер, що ніяк не виключає нашого прагнення до точності та визначеності і нагальної потреби конструювання та використання моделей в прогностичних, соціально-педагогічних дослідженнях і при розробці перспективних програм та проектів.

2.2. Аналіз ключових проблем професійної підготовки дітей-інвалідів

Представлений у розділі 1 наукової роботи теоретичний аналіз наукової літератури, нормативно-правової бази та досвіду діяльності закладів професійно-технічної освіти для дітей-інвалідів дозволив нам визначити й класифікувати основні ключові проблеми професійної підготовки дітей-інвалідів (див. рис. 2.1.).

Первинними, або системоутворюючими проблемами професійно-технічної освіти дітей-інвалідів нами визначено соціальні; вторинними (наслідковими) – психолого-педагогічні; третинними – гендерні.

Крім того, у науковій літературі охарактеризовано проблеми дітей залежно від діагнозу. Наведемо їх основні характеристики. Більш, ніж 12 тисяч дітей мають інвалідність внаслідок хвороб вуха та сосковидного відростку. Сім'я, у складі якої є дитина з порушенням слуху, має великі проблеми щодо встановлення контакту з нею, особливо коли батьки та інші діти мають нормальний слух і мовлення. Глуха від народження дитина майже позбавлена контактів із соціальним оточенням і, звичайно, не може задовольнити свої основні соціальні потреби повною мірою.

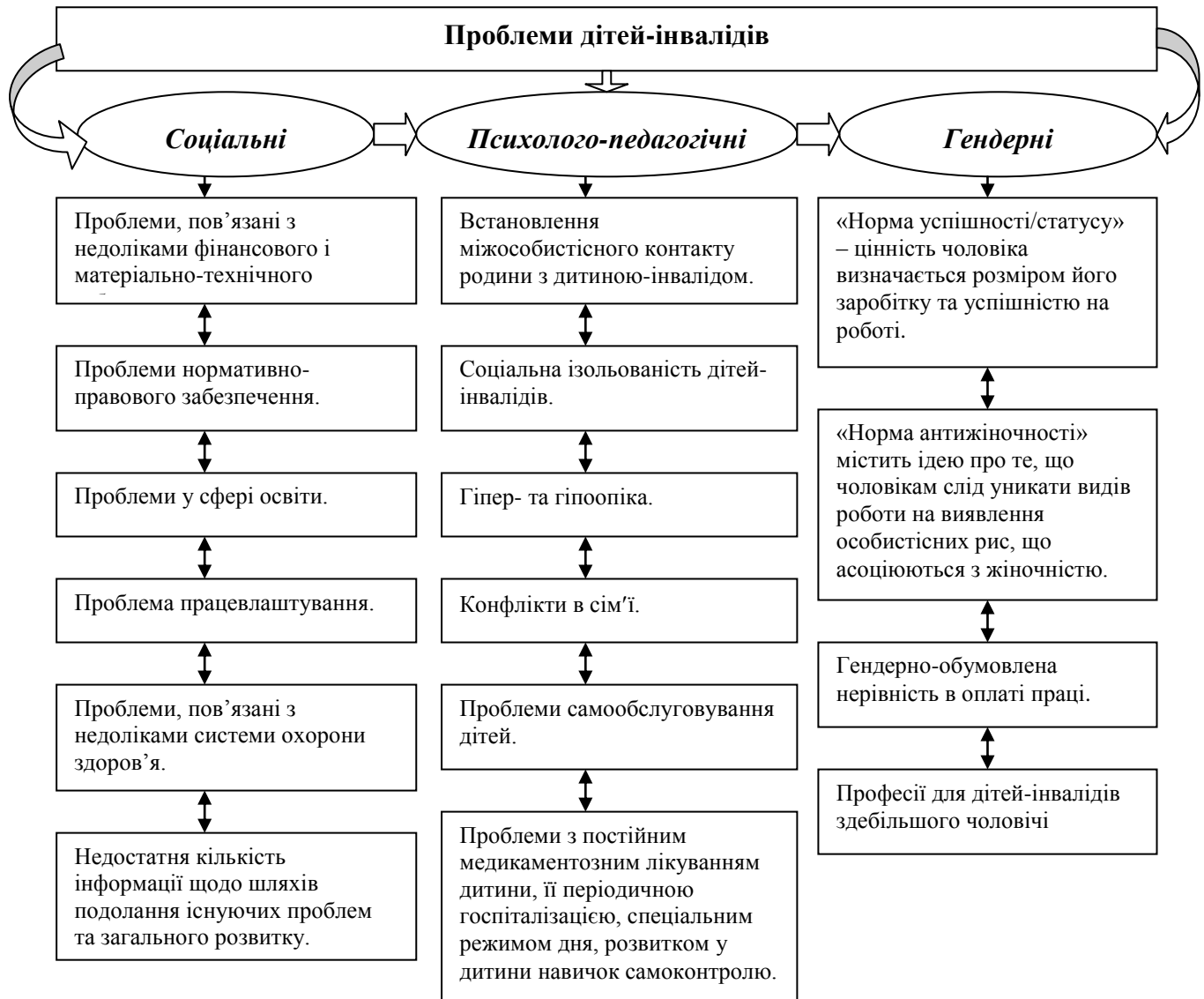


Рис. 2. 1. Виявлення ключових психолого-педагогічних проблем професійної підготовки дітей-інвалідів

У сім'ї, де дитина глуха, а батьки чуять, виникають труднощі щодо міжособистісних контактів. Це призводить до того, що дитина замикаючись у собі, відмовляється від спілкування, позбавляється можливості чітко висловлювати власні бажання, бо усвідомлюючи, що її не розуміють, і сама не розуміє, чого від неї вимагають батьки. Ось тоді дитина починає нервувати. Навіть тоді, коли батьки зовні не виявляють роздратування, напруження, що виникає в них, передається їй дитині. Батьки в таких випадках або задобрюють дитину ласощами та іграшками, або не виявляють терпіння у ставленні до неї. Відсутність нормальних умов для розвитку дитини в сім'ї призводить до нервових розладів. Виховуючись у сім'ї, глуха дитина здебільшого спілкується з матір'ю, яка є посередником між нею та іншими людьми. Таке становище призводить до повної залежності дитини від матері, примушуючи одночасно

вгадувати й задовольняти всі вимоги. Із часом дитина може стати дратівливою й агресивною. Такі діти не в змозі правильно оцінити свої вчинки або поведінку, не усвідомлюють її причин і наслідків. Члени сім'ї, де виховується глуха дитина, потребують вивчення сурдоперекладу, методів альтернативного спілкування, читання по губах.

У 2006 році в Україні було 11092 дитини-інваліда з хворобами ока та придаткового апарату. Батьки сліпої дитини часто розглядають її ваду як тяжку хворобу і займають, як правило, позицію гіперопіки, позбавляючи дитину самостійності й ініціативи. Недоліки у вихованні незрячої дитини в сім'ї формує у неї такі риси, як егоїзм, невдячність, примхливість, прагнення до утриманства, себелюбство. При неправильному вихованні у сліпих дітей порушуються інтерперсональні стосунки, що може призвести у майбутньому до формування патологічних рис характеру. Крім власної сенсорної депривації при виникненні психічних порушень взаємодіє іноді й педагогічна занедбаність, а також емоційні депривації, що виникають у сім'ї як наслідок негативної позиції батьків. У сліпих дітей порушуються здібності до комунікації, ідентифікації, самообслуговування, вони слабо інтегровані у середовище зрячих, відчують фізичну залежність від інших людей.

33583 дитини в Україні мають інвалідність в наслідок хвороб нервової системи, а 27075 – в наслідок розладів психіки та поведінки. У сім'ї, яка має дитину з інтелектуальною недостатністю, проблеми виникають передусім не через низький рівень її розумового розвитку, а через хибні методи поводження з нею. Якщо батьки соромляться своєї дитини, їм буде важко ставитись до неї так, щоб вона почувалася спокійно і безпечно. Батьки інколи наполягають на методах лікування, які ще більше нервують дитину і не приносять їй ніякої користі. Іноді батьки вважають дитину безнадійною і відмовляють в іграшках, в іграх, що розвивають здатність спілкування з іншими дітьми, відповідному навчанні. Дуже небезпечно, коли батьки намагаються не помічати ознак розумової недостатності й починають доводити всім, що у дитини немає проблем з інтелектуальним розвитком. У таких випадках батьки намагаються навчити дитину таких видів діяльності і навичок, які вона не в змозі

виконувати. Постійний тиск на дитину може зробити її роздратованою, впертою і навіть агресивною.

Результати досліджень свідчать, що на сьогодні залишається досить багато проблем серед дітей та молоді з розумовими вадами, зокрема в питаннях забезпечення належного медичного обслуговування, соціальної реабілітації, оздоровлення тощо. Також вирішення потребують проблеми матеріальної підтримки сімей з такими дітьми, забезпечення спеціальними транспортними засобами та доступу до всіх об'єктів громадського призначення, сімейного оздоровлення, навчання у звичайних школах, працевлаштування, створення спеціальних навчальних програм для батьків тощо.

Спосіб життя в сім'ях, де є психоневрологічно хвора дитина, специфічний. Діти, які страждають на шизофренію, мають низьку потребу в контактах, їхня товарицькість вибіркова, емоційна реакція слабка; разом з тим вони надто чутливі й сенситивні. Окрім цього, таким дітям притаманні дифузні страхи надцінного і мареннєвого характеру. Сім'ї з такими дітьми, як правило, страждають від соціальної ізольованості, замовчують свої проблеми, не з'являються з дитиною на людях, дбають про власний імідж, особливо якщо батьки дитини або родичі мають високий соціальний статус.

У сім'ях, у яких дитина хвора на епілепсію, кожний наступний напад викликає у батьків відчай, сприймається, як горе, трагічний і вирішальний момент у житті дитини. Виникає небезпека, що батьки привчають і себе, і дитину вимірювати життя від одного нападу до іншого, виснажуючи і себе, і дитину емоційно та фізично. При порушенні елементарних правил ставлення до дитини виникають два вкрай протилежні типи реакції. У разі, коли в сім'ї увага постійно концентрується на захворюванні дитини, постійно забороняється робити щось самостійно, діти замикаються в собі, стають підозрілими, сором'язливими, відсторонюються і навіть побоюються оточення. Деякі з них шантажують своїм захворюванням, інші стають агресивними і неслухняними.

Для розвитку аутичної дитини велике значення мають фізичні та емоційні контакти з матір'ю. Якщо для здорової дитини цілком природним є пошук захисту і втіхи на руках у матері, то для дитини з емоційними порушеннями

тісний тактильний контакт є найважливішим та вирішальним у процесі виховання. Деяким матерям аутичних дітей бракує материнського інстинкту. Це наслідок того, що аутична дитина змалку не підкріплює інстинкти матері власною поведінкою, не виявляє бажання і готовності до того, щоб взяли її на руки. Якщо між матір'ю і дитиною своєчасно не встановлюється контакт, у дитини розвивається почуття страху та агресії.

Відхилення у поведінці дитини з нервово-психічними розладами постійно створює конфлікти у сім'ї та її соціальному оточенні. Членам сім'ї доводиться виконувати „буферну” функцію, пом'якшувати конфлікти, відновлювати взаєностосунки. Якщо не вдається вирішити проблеми із соціальним оточенням, то батьки йдуть деструктивним шляхом: повністю ізолюють себе й дитину від оточення; приховують хворобу дитини і її симптоми; відмовляються від виховання дитини і перекладають виховні функції на спеціальний заклад.

7930 дітей мають інвалідність внаслідок хвороб кістково-м'язової системи. Батьки, у яких дитина має ті чи інші порушення опорно-рухового апарату, стикаються з проблемами самообслуговування дитини, її пересування, мобільності, доступу до об'єктів соціального характеру. У таких сім'ях на батьків лягає додаткове фізичне навантаження: підняти, перенести, посадити дитину незалежно від її віку. Кімната повинна бути влаштована таким чином, щоб коляска вільно проїжджала в усі дверні отвори, були допоміжні пристосування, які дають змогу дитині самій підтягуватись і пересідати з ліжка в коляску чи на стілець. Як правило, діти з обмеженими фізичними можливостями залишаються ізольованими від своїх ровесників внаслідок того, що їх нікому перенести, перевезти на вулицю, в інше місце. Виникають проблеми з питання особистої гігієни дітей, тому що такі засоби, як памперси, коштують надто дорого.

Комплекс соціальних та медичних проблем виникає в сім'ях, де дитина має комбіновані ураження центральної нервової системи. Так, діти з церебральним паралічем, а їх сьогодні більш за 19 тисяч осіб, мають рухові, мовленнєві та сенсорні порушення. Рухові розлади обмежують предметно-практичну діяльність, ускладнюють маніпуляції з предметами. Поєднання цих

розладів з недорозвитком зорово-моторної координації і мови перешкоджає розвитку пізнавальної активності дитини. Порушення розумової працездатності у дітей виявляється у вигляді синдрому роздратованості та кволості. З одного боку, дитина дуже швидко втомлюється, з іншого – може бути капризною, вередливою, плаксивою. Виховання таких дітей за типом гіперопіки може призвести до недорозвитку мотиваційної основи психічної діяльності, астенодинамічного синдрому, що характеризується малоактивністю, загальмованістю, уповільненістю всіх розумових процесів.

При хронічних захворюваннях поведінка дитини і батьків залежить ще й від того, чи ці аномалії є вродженими, чи вони є ендокринними розладами. Тяжке захворювання дитини, усвідомлення його тривалості, хронічного характеру може викликати в батьків хворобливі реакції. Стійкі хвороби, що не піддаються лікуванню, незважаючи на всі зусилля, можуть викликати у батьків відчай, депресію, агресивність.

Особливо складні проблеми виникають у сім'ях, де є діти, хворі на злоякісні пухлини або інші тяжкі смертельні хвороби. Сім'я дитини, хворої на саркому чи лейкоз, живе у постійному страхі втратити її. Зазвичай маленькі діти не можуть усвідомити, що таке смерть. У дітей шкільного, а в окремих випадках і дошкільного віку може з'явитися передчуття смерті. Вік, розвинутість і особистість дитини визначають у такому разі характер можливих реакцій: прояви депресії, страху, іноді повну байдужість до всього.

Таким чином, постає потреба в проектуванні моделі вивчення гендерних особливостей доступу дітей-інвалідів до навчання в ПТУ (див. рис. 2.2.).

В представленій моделі ми розглядаємо взаємозв'язок дітей-інвалідів з системою освіти в професійно-технічних закладах для дітей-інвалідів. Нашою ціллю є дослідити специфіку системи освіти в ПТУ для дітей-інвалідів та ймовірність працевлаштування за спеціальністю залежно від статі.

Завданнями є: дослідження гендерних стереотипів щодо чоловічих та жіночих професій у дітей-інвалідів; аналіз системи ПТУ для дітей-інвалідів; створення комплексу тренінгів, спрямованих на усунення гендерних стереотипів дітей-інвалідів у професійній соціалізації.

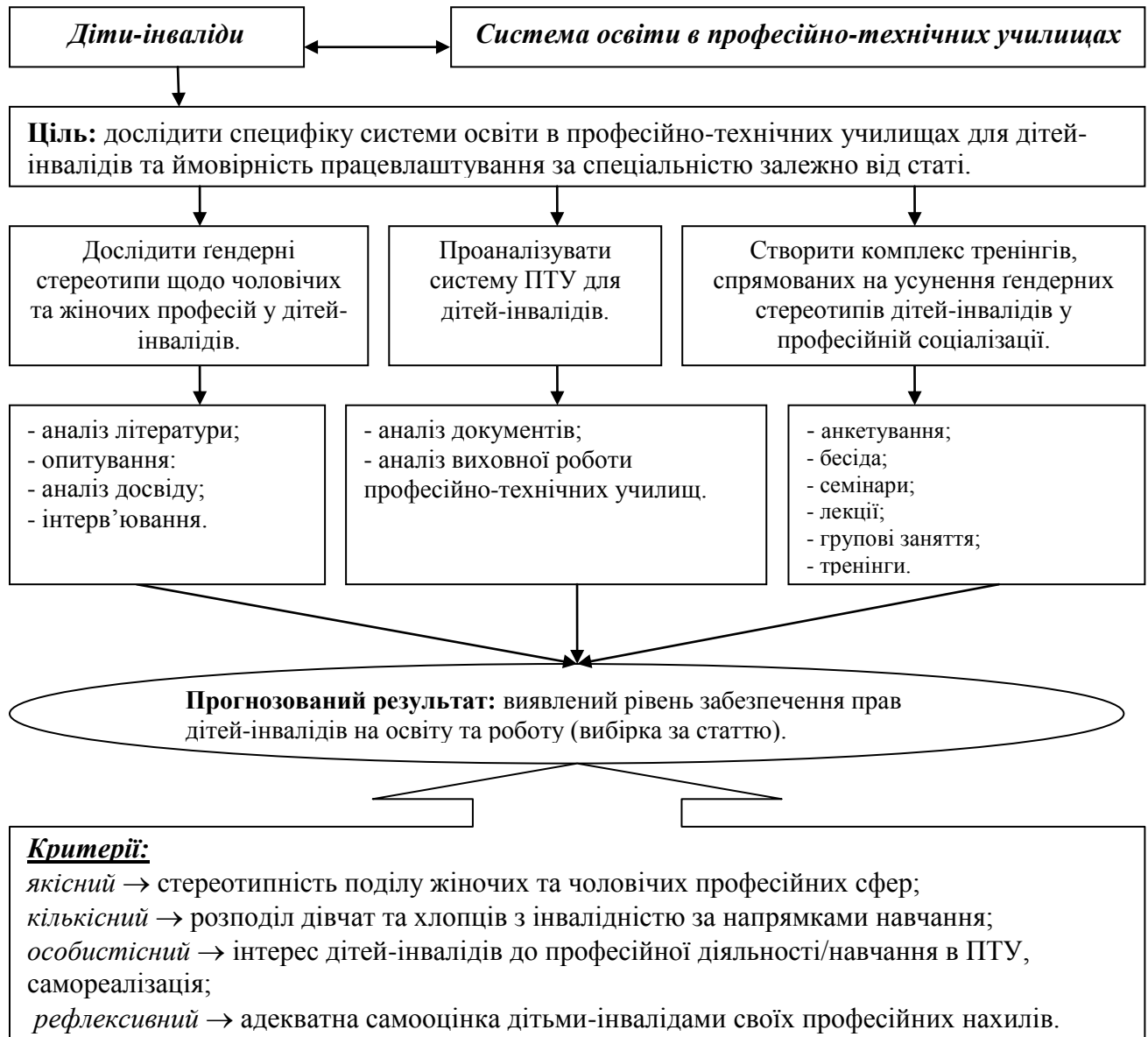


Рис. 2.2. Модель вивчення гендерних особливостей доступу дітей-інвалідів до навчання в ПТУ

Основними методами при досягненні поставленої цілі можуть виступити аналіз літератури, опитування, аналіз досвіду, інтерв'ювання, аналіз документів та виховної роботи професійно-технічних училищ, анкетування, бесіда, семінари, лекції, групові заняття, тренінги та інші.

Гіпотезою нашого дослідження виступає виявлення рівня забезпечення прав дітей-інвалідів на освіту та роботу (вибірка за статтю).

Реалізація представленої моделі дозволить глибше зрозуміти гендерні проблеми дітей-інвалідів під час здобуття ними професії та покращити систему професійно-технічної освіти дітей-інвалідів.

ВИСНОВКИ

1. Проведене дослідження системи професійно-технічної освіти дітей-інвалідів в Україні дозволив нам охарактеризувати гендерні відмінності соціального становища дітей-інвалідів. Основними проблемами визначено поширеність гендерних стереотипів (зокрема: «Норма успішності/статусу» – цінність чоловіка визначається розміром його заробітку та успішністю на роботі; «Норма антижіночності» містить ідею про те, що чоловікам слід уникати видів роботи на виявлення особистісних рис, що асоціюються з жіночністю; гендерно-обумовлена нерівність в оплаті праці та можливостях працевлаштування людей-інвалідів). Було встановлено, що потенційні професії у системі професійно-технічної освіти України для дітей-інвалідів здебільшого «чоловічі», що створює обмеження доступу дівчат-інвалідів для успішної самореалізації.

2. У роботі проведено аналіз нормативно-правового забезпечення і систему професійно-технічної освіти для дітей-інвалідів. В Україні сформовано державну систему соціальної підтримки осіб із функціональними обмеженнями, яка базується на системі правових документів, і ця правова база могла б слугувати непоганим підґрунтям для вирішення проблем осіб з функціональними обмеженнями за умови усунення недоліків практики її застосування (як-от: неповне задоволення визначених законами і нормативами потреб фінансування спеціалізованих закладів; невиконання законодавства на належному рівні всіма ланками державного управління і фахівцями первинних структур).

3. В представленій моделі вивчення гендерних особливостей доступу дітей-інвалідів до професійно-технічної освіти розглядається взаємозв'язок дітей-інвалідів з системою освіти в професійно-технічних закладах для дітей-інвалідів. Ціллю моделювання є дослідження специфіки системи освіти в ПТУ для дітей-інвалідів та ймовірність працевлаштування за спеціальністю залежно від статі. Завдання: дослідження гендерних стереотипів щодо чоловічих та жіночих професій у дітей-інвалідів; аналіз системи ПТУ для дітей-інвалідів;

створення комплексу тренінгів, спрямованих на усунення гендерних стереотипів дітей-інвалідів у професійній соціалізації.

Основними методами при досягненні поставленої цілі можуть виступити аналіз літератури, опитування, аналіз досвіду, інтерв'ювання, аналіз документів та виховної роботи професійно-технічних училищ, анкетування, бесіда, семінари, лекції, групові заняття, тренінги та інші.

Гіпотезою нашого дослідження виступає виявлення рівня забезпечення прав дітей-інвалідів на освіту та роботу (вибірка за статтю).

Реалізація представленої моделі дозволить глибше зрозуміти гендерні проблеми дітей-інвалідів під час здобуття ними професії та покращити систему професійно-технічної освіти дітей-інвалідів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Батлер Дж. Гендерное беспокойство / Дж. Батлер // Антология гендерных исследований / [под ред. Е. И. Гаповой, Р. С. Урусмановой]. — М., 2000. — 346 с.
2. Гендерний підхід у наданні послуг ЛЖВ : Посібник з питань використання гендерних підходів у наданні послуг людям, які живуть з ВІЛ/СНІДом, призначений для фахівців сфери соціальної роботи, представників державних та неурядових організацій / За ред. О.М. Савчук, Л.В. Булах, Р.М. Любченко та ін. — К. : Інжиніринг, 2011. — 48 с.
3. Декларация про права інвалідів (ООН, 1975).
4. Моделирование социально-педагогических систем : Материалы региональной научно-практической конференции (16—17 сентября 2004 г.) / Гл. ред. А.К. Колесников ; Отв. ред. И.П. Лебедева. — Пермь : Перм. гос. пед. ун-т, 2004. — 298 с.
5. Филиппова Г. Г. Психология материнства / Г.Г. Филиппова. — М. : Изд-во Института психотерапии, 2002. — 240 с.
6. Философский энциклопедический словарь / гл. ред. Л.Ф. Ильичев, П.Н. Федосеев, С.М. Ковалев, В.Г. Панов. — М. : Сов. энцикл., 1983. — 840 с.
7. Цокур О. Гендерна соціалізація особистості / О. Цокур, І. Іванова. — [Електронний ресурс]. — Режим доступу до журн. : <http://osvita.ua/school/upbring/1660>
8. Ярская-Смирнова Е.Р. Социальная работа с инвалидами / Е.Р. Ярская-Смирнова, Э.К. Наберушкина. — СПб. : Питер, 2004. — 316 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Система навчальних закладів з навчання інвалідів.

Насамперед, це інтернати, де навчання, проживання та харчування для інвалідів безкоштовні.

Таких інтернатів в Україну шість.

1. Харківський обліково-економічний технікум-інтернат приймає інвалідів 1-й, 2-й і 3-ї груп без вікових обмежень. Денна форма навчання на базі 9 класів тут проходить 2 роки 10 місяців, на базі 11 класів і заочна - 1 рік 10 місяців.

2. Чернігівський юридичний коледж приймає випускників 9-х класів, термін навчання - 2 роки 5 місяців.

3. Житомирський технічний ліцей-інтернат приймає інвалідів 2-ї і 3-ї груп з терміном навчання 3 роки на базі 11 класів. На спеціальність «оператор обчислювальних машин» - 2 роки.

4. Кам'янець-Подільський планово-економічний технікум - інтернат приймає на стаціонарне навчання інвалідів 2-ї і 3-ї груп за спеціальностями «бухгалтерський облік, аудит», «економіка підприємств» на базі 9-11 класів.

5. Луганське профтехучилище - інтернат приймає без іспитів інвалідів 2-ї і 3-ї груп у віці від 15 до 35 років на спеціальності «пошиття чоловічого та жіночого верхнього одягу і взуття» з терміном навчання 3 роки.

6. Самбірське профтехучилище - інтернат приймає 15-25-річних інвалідів 2-ї і 3-ї груп без іспитів на спеціальність «швачка» на базі 9-ти класів. Інваліди з вадами зору можуть отримати освіту в Київському державному технікумі легкої промисловості за фахом «швейне виробництво», в Медичній школі при Дарницькому медичному об'єднанні (Київ) та Генічеському медичному училищі Херсонської області з професії «масажист».

Інвалідів з дефектами слуху чекають різні навчальні заклади по всій Україні з великим спектром професій, за якими можливе навчання:

- Національний технічний університет України «Київський політехнічний інститут» (інженерна механіка, технологія машинобудування), Київський національний університет технологій та дизайну (економіка підприємства);
- Національна металургійна академія України (економічна кібернетика);
- Донецький технікум промислової автоматики (обслуговування комп'ютерних та інтелектуальних мереж);
- Одеське ПТУ № 35 (швачка);

- Київський державний коледж естрадно-циркового мистецтва (артист цирку, артист естради);
- Український державний лісотехнічний університет (технологія деревообробки);
- Ужгородський коледж мистецтв імені А. М. Ерделі (кераміка, художня обробка дерева, художня обробка металу);
- Всеукраїнський центр профреабілітації інвалідів розташований недалеко від Києва - на базі санаторію «Лютіж». Тут навчають таким професіям:
 - оператор комп'ютерного набору - 5 місяців навчання на базі середньої або профтехосвіти;
 - секретар керівника - 5 місяців навчання на базі середньої, середньо освіти або освіти без стажу роботи;
 - соціальний працівник - 10 місяців; вишивальниця - 10 місяців;
 - швачка - 10 місяців;
 - бджоляр - 5 місяців;
 - перукар - 5 місяців;
 - слюсар з ремонту автомобіля I-II розрядів - 5 місяців;
 - взуттєвик з ремонту взуття – 3,5 місяця навчання.

Випусникам видають свідоцтво державного зразка. До Центру приймають інвалідів I-III груп працездатного віку. Документи і заяву про зарахування необхідно подати в Центр соціального захисту за місцем проживання.

Крім того, можливе навчання у Вінницькому Міжрегіональному центрі «Поділля» за спеціальностями: продавець продовольчих товарів, манікюрниця, оператор комп'ютерного набору, взуттєвик з ремонту взуття, оператор котельні, конторський службовець, швачка, плиточник-лицювальник, перукар-модельєр, флорист-озеленювач, бармен-буфетник, кондитер, маляр-штукатур, взуттєвик з індивідуального пошиття взуття, касир банку, кравець. Термін навчання – від 3 до 8 місяців.

У Євпаторії діє Міжрегіональний Центр трудової, медико-соціальної та професійної реабілітації інвалідів «Примор'я». Тут можна стати оператором комп'ютерного набору, секретарем керівника, вишивальниці, столяром будівельним, плиточник-лицювальник - термін навчання 5 місяців, взуттєвиком і майстром народних промислів – 3,5 місяця, а також кравцем – 7,5 місяця. Документи і заява про прийняття до Центру необхідно подати в управління соціального захисту за місцем проживання.

Відповідно до рекомендацій, даних в індивідуальних програмах реабілітації, професійним навчанням інвалідів займається і Державна служба зайнятості. Інваліди, які зареєстровані там як безробітні, мають право на професійну підготовку за робітничими професіями, підвищення кваліфікації та перепідготовку за рахунок коштів Фонду соціального захисту інвалідів.

Якщо проаналізувати перелік пропонованих спеціальностей, то ми, практично, не побачимо в ньому вищої освіти, яке могло б дати можливість людям з обмеженими фізичними можливостями знайти престижну і, відповідно, гідно оплачувану професію. Про інклюзивну освіту для людей з проблемами опорно-рухового апарату говорити взагалі не доводиться, оскільки ні школи, ні вузи не обладнані засобами доступності. Про можливість користуватися громадським транспортом людям з серйозними проблемами опорно-рухового апарату ми поки можемо взагалі не говорити, оскільки цих можливостей немає. Рішенням могло б стати створення дистанційної освіти на базі кількох провідних вузів країни, але, на жаль, робота в цьому напрямку в Україні просувається повільно. Одеським обласним товариством інвалідів було проведено вивчення проблем здобуття освіти інвалідами в Одеській області за рахунок гранту Міжнародного фонду допомоги інвалідів (ФП).

Аналіз отриманих результатів показав низьку інформованість інвалідів про право на безкоштовну освіту. У середньому по регіону ця цифра не перевищує 50%. Кількість дітей-інвалідів, які знають про пільги при зовнішньому незалежному тестуванні, в середньому по області не перевищує 26%.

Кількість дітей-інвалідів, які бажають здавати єдиний іспит, в середньому, склав 29%. Кількість дітей-інвалідів, які бажають здобути професійну освіту, не перевищила 20%. Кількість інвалідів, які отримали відмову в безкоштовну освіту, склала близько 10% опитаних.

Ці дані говорять про дуже низький рівень поінформованості інвалідів, в районах області, про тих пільгах, які вони можуть використовувати для отримання освіти та професії, невмінні відстояти свої права, надані законодавством. Підтвердженням цього факту є те, що в Одесі відмов інвалідам у безкоштовному освіті практично немає, а відсоток бажаючих здобути професійну освіту помітно вище.

Одним з наслідків цього є низька мотивація і невіра в свої сили і можливості. Очевидна необхідність психолого-соціальної реабілітації, інформування про можливості, пільги, центрах реабілітації та навчання. Приклади людей з обмеженими фізичними можливостями, які досягли високих результатів в освіті, спорті або підприємстві, повинні частіше висвітлюватися у ЗМІ. Повинні проводитися постійні моніторинги у сфері освітньо-трудової реабілітації інвалідів та більш детальне вивчення існуючих проблем для якнайшвидшого їх вирішення.

Зусилля державних структур, що займаються проблемами інвалідів, громадських організацій інвалідів, благодійних організацій повинні бути більш скоординовані для досягнення максимального результату в сфері освіти, навчання та працевлаштування інвалідів.