

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ГЛУХІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ОЛЕКСАНДРА ДОВЖЕНКА

Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису

Єгорова Ксенія Григорівна

Примірник № _____

УДК 378.4.091.2.013.42-051-047.22:364.6-786-053.5-056.24](043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ
ПРАЦІВНИКІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ
ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ
З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

13.00.04 – теорія і методика професійної освіти
Освітні, педагогічні науки

Подається на здобуття наукового ступеня
кандидата педагогічних наук

Дисертація містить результати власних досліджень.
Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають
посилання на відповідне джерело _____ К. Г. Єгорова

Науковий керівник:
Тюльпа Тетяна Миколаївна,
кандидат педагогічних наук,
доцент

Глухів – 2020

Єгорова К. Г. Формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти. Глухівський національний педагогічний університет імені Олександра Довженка. Глухів, 2020.

У дисертації запропоновано розв'язання актуальної наукової проблеми формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

На основі вивчення наукових напрацювань, нормативно-правових актів у роботі досліджено стан розробленості проблеми формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем в науці і педагогічній практиці. Обґрунтовано потребу вдосконалення системи фахової підготовки майбутніх соціальних працівників у закладах вищої освіти з метою формування готовності студентів спеціальності «Соціальна робота» до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

За результатами аналізу наукових джерел конкретизовано зміст базових понять дисертації («дитячий церебральний параліч у молодшому шкільному віці», «соціальна реабілітація дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»).

Уточнено сутність готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, яку тлумачимо як *комплексне особистісне утворення, що характеризується сформованістю знань студентів про сутність і особливості проведення соціальної реабілітації дітей молодшого*

шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, умінь та мотиваційно-особистісного ставлення до здійснення соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем на основі опанування функцій і функціональних обов'язків соціального працівника.

У структурі готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем виокремлено *компоненти*: мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний, змістовне наповнення яких повною мірою відображає особливості готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. Визначено *критерії* (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний), *їх показники та рівні* (початковий, базовий, достатній, високий) досліджуваної сформованості.

Виявлено недостатню зорієнтованість освітнього процесу в закладах вищої освіти на розв'язання майбутніми соціальними працівниками завдань, пов'язаних із соціально-реабілітаційною роботою з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. Набуття студентами спеціальності «Соціальна робота» необхідних знань відбувається лише опосередковано та частково, без розгляду специфіки, що впливає на формування вмінь і навичок майбутніх соціальних працівників, які можуть бути використані для соціально-реабілітаційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Виявлено й теоретично обґрунтовано *педагогічні умови*, які забезпечують формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, а саме: забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем; розширення та поглиблення теоретичних

знань майбутніх соціальних працівників, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем у процесі вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»; практико-орієнтована організація освіти майбутніх соціальних працівників.

Обґрунтовано та розроблено структурно-функціональну *модель* формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, виокремлено її основні структуранти: *цільовий* (містить мету і завдання), *концептуальний* (об'єднує підходи, принципи), *операційно-дидактичний* (компоненти готовності, зміст, етапи, форми, методи навчання), *діагностувально-результативний* (репрезентує критерії, показники, рівні та кінцевий результат).

Розроблено *методику* формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, що ґрунтується на організації освітнього процесу із цілеспрямованим застосуванням комплексу форм організації навчання, методів, орієнтованих на формування всіх компонентів досліджуваної готовності й забезпечення реалізації педагогічних умов.

Експериментально перевірено ефективність педагогічних умов формування досліджуваної готовності, проаналізовано й узагальнено результати експериментального дослідження; виявлено динаміку змін на всіх рівнях сформованості готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Аналіз і узагальнення результатів дослідно-експериментального дослідження дозволили виявити динаміку змін на всіх рівнях сформованості означеної готовності майбутніх соціальних працівників в експериментальній групі. Збільшилася кількість студентів спеціальності «Соціальна робота» із

вищими показниками сформованості всіх компонентів готовності на високому рівні (мотиваційно-особистісний – на 9 %; когнітивний – на 9 %; діяльнісно-практичний – на 7 %; оцінювально-рефлексивний – на 9 %) й на достатньому рівні (мотиваційно-особистісний – на 14 %; когнітивний – на 25 %; діяльнісно-практичний – на 22 %; оцінювально-рефлексивний – на 18 %), відповідно, зменшилася кількість майбутніх соціальних працівників на базовому й початковому рівнях. Це дало можливість довести результативність упровадження методики у межах розробленої моделі формування готовності майбутніх соціальних працівників соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Наукова новизна отриманих результатів полягає в тому, що *вперше* виявлено, теоретично обґрунтовано педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем (забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем; розширення та поглиблення теоретичних знань майбутніх соціальних працівників, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем у процесі вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»; практико-зорієнтована організація освіти майбутніх соціальних працівників) й експериментально перевірено їх ефективність; обґрунтовано, розроблено структурно-функціональну модель (цільовий, концептуальний, операційно-дидактичний та діагностувально-результативний структури); визначено критерії (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний), показники, рівні (початковий, базовий, достатній, високий) та засоби діагностування сформованості досліджуваної

готовності; *уточнено*: сутність та структуру готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем; уточнення полягає у дефініюванні поняття та виокремленні мотиваційно-особистісного, когнітивного, діяльнісно-практичного та оцінювально-рефлексивного компонентів такої готовності; *конкретизовано*: трактування змісту понять «дитячий церебральний параліч у молодшому шкільному віці», «соціальна реабілітація дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»; конкретизування полягає у дефініюванні понять; *удосконалено*: методику формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем; удосконалення полягає в обґрунтуванні педагогічних умов. *Подальшого розвитку набули*: теоретичні аспекти професійної підготовки майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем з урахуванням вимог сучасного суспільства до підготовки фахівців соціономічної сфери.

Практичне значення результатів дослідження полягає в розробленні й упровадженні в процес підготовки соціальних працівників авторського навчально-методичного забезпечення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем», що містить: робочу програму, короткий зміст лекцій, практичних та лабораторних занять, систему інтерактивних та творчих завдань; засоби контролю; завдання соціально-реабілітаційного спрямування до виробничої практики на робочому місці соціального працівника; рекомендації з питань комплексної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем; засоби діагностування сформованості досліджуваної готовності (авторська анкета та опитувальник); додаткові завдання до лекційних та практичних занять до фахових дисциплін та інше); методичних рекомендацій до курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим

церебральним паралічем» для студентів спеціальності «Соціальна робота» освітнього ступеня «Бакалавр».

Результати дослідження можуть бути використані викладачами для вдосконалення професійної підготовки студентів спеціальності «Соціальна робота» до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем в закладах вищої освіти, а також у системі післядипломної освіти й підвищення кваліфікації соціальних працівників.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, молодший шкільний вік, соціальна реабілітація дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, готовність, готовність до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, педагогічні умови, модель формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Yehorova K. H. Forming future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy. – Qualified scientific paper on the rights of the manuscript.

Thesis for obtaining the scientific degree of Pedagogical Sciences Candidate in specialty 13.00.04 – theory and methods of professional education. Oleksandr Dovzhenko Hlukhiv National Pedagogical University. Hlukhiv, 2020.

In the dissertation the solution to the current scientific problem of forming the future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy is offered.

Based on the study of scientific works, legal regulations, the state of developing the problem of forming future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school age children with paediatric cerebral palsy in science and pedagogical practice is investigated. The necessity to improve the system of professional training of future social workers in higher education institutions in order to form "Social Work" specialty students' readiness for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy is substantiated.

According to the results of the analysis of scientific sources the contents of the basic concepts of the dissertation ("paediatric cerebral palsy in primary school age", "social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy") are specified.

The essence of future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy is clarified, which is interpreted as a *complex personal quality, characterized by the formation of students' knowledge about the nature and features of implementing social rehabilitation of primary school children with cerebral palsy, skills and motivationally personal attitude to the implementation of social rehabilitation of children of primary school age with cerebral palsy on the basis of mastering the functions and functional responsibilities of a social worker.*

In the structure of intending social workers' readiness for social rehabilitation of primary school age children with paediatric cerebral palsy the following components are distinguished: motivationally personal, cognitive, activity-practical and evaluative-reflexive, the content of which fully reflects the features of intending social workers readiness for social rehabilitation of primary school age children with paediatric cerebral palsy. The *criteria* (motivational-personal, cognitive, activity-practical and evaluative-reflexive), *their indicators and levels* (initial, basic, sufficient, high) of the studied formation are determined.

Insufficient orientation of the educational process in higher education institutions to the solving the problems related to social and rehabilitation work with primary school age children with paediatric cerebral palsy by intending social workers has been revealed. "Social Work" specialty students acquire the necessary knowledge in the only indirectly and partially, without considering the specifics that affect the formation of skills and abilities of future social workers that can be used for social rehabilitation work with children of primary school age with paediatric cerebral palsy.

Pedagogical conditions that ensure the forming future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school children with cerebral palsy are identified and theoretically substantiated, namely: ensuring interdisciplinary integration and enriching the content of intending social workers' theoretical training for social rehabilitation of primary school pupils with paediatric children cerebral palsy; expansion and deepening theoretical knowledge of intending social workers, forming initial skills of social and rehabilitation work with primary school age children, who have paediatric cerebral palsy, in the process of studying the elective course "Social and rehabilitation work with primary school age children with paediatric cerebral palsy"; practically oriented education organization of intending social workers.

The structural and functional model of forming future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school age children with paediatric cerebral palsy is substantiated and developed, its basic structural components are

distinguished: *target* (contains the purpose and tasks), *conceptual* (combines approaches and principles), *operationally didactic* (components of readiness, stages, content, forms, teaching methods), *diagnostically effective* (represents criteria, indicators, levels and final result).

The *methodology* of forming future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy, based on the educational process organization with the purposeful using the set of forms of education organization, methods aimed at forming all components of the studied readiness and ensuring pedagogical conditions, is developed.

The efficiency of pedagogical conditions of forming the studied readiness is experimentally checked, the results of experimental research are analysed and generalized; the dynamics of changes at all the levels of formation of intending social workers' readiness for social rehabilitation of primary school age children with paediatric cerebral palsy is revealed.

Analysis and generalization of the results of experimental research allowed to identify the dynamics of changes at all the levels of the formation of intending social workers' specified readiness in the experimental group. The number of students in specialty "Social Work" with higher indicators of formation of all the components of readiness at the high level is increased (motivational-personal – to 9%; cognitive – to 9%; activity-practical – to 7%; evaluative-reflexive – to 9%) and at the sufficient level (motivational-personal – to 14%; cognitive – to 25%; activity-practical – to 22%; evaluative-reflexive – to 18%), respectively, the number of intending social workers at the basic and primary levels is decreased. This made it possible to prove the effectiveness of the implementation of the methodology within the developed model of forming future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy.

The scientific novelty of the results is that *for the first time*

pedagogical conditions of forming future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy are revealed

and theoretically substantiated (ensuring interdisciplinary integration and enriching the content of intending social workers' theoretical training for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy; extending and deepening the theoretical knowledge of intending social workers, the forming the basic skills of social rehabilitation work with primary school age children with paediatric cerebral palsy in the process of studying the elective course "Social and rehabilitation work with primary school age children with paediatric cerebral palsy"; practically oriented social education organization of intending social workers) and the effectiveness is experimentally tested; the structural and functional model is substantiated and developed (target, conceptual, operationally didactic and diagnostic-effective structural components); criteria (motivational-personal, cognitive, activity-practical and evaluative-reflexive), indicators, levels (initial, basic, sufficient, high) and means of diagnosing the formation of the studied readiness are determined; *it is specified*: the essence and structure of intending social workers' readiness for social rehabilitation of primary school age children with paediatric cerebral palsy; clarification is to define the concept and identify motivational-personal, cognitive, activity-practical and evaluative-reflexive components of the studied readiness; *it is specified*: interpretation of the concepts' contents "paediatric cerebral palsy in primary school age", "social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy"; concretization is in the concepts' definitions; *it is improved*: the methodology of forming future social workers' readiness for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy; improvement is in justifying the pedagogical conditions. *Further development of*: theoretical aspects of intending social workers' professional training for social rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy, taking into account the requirements of modern society to train professionals in the socio-gnomic sphere.

The practical importance of the research results is in the development and implementation of the author's educational and methodological support of the elective course "Social and rehabilitation work with primary school children with

paediatric cerebral palsy” into the process of training social workers, containing: the educational program, the summaries of lectures, practical and laboratory classes, the system of interactive and creative tasks; the means of control; the tasks of social and rehabilitation orientation to industrial practice at the workplace of a social worker; the recommendations on working in comprehensive rehabilitation of primary school children with paediatric cerebral palsy; the means of diagnosing the studied readiness formation (the author’s questionnaires); the additional tasks for lectures and practical classes in professional disciplines, etc.); the methodical recommendations for the elective course “Social and rehabilitation work with primary school age children with paediatric cerebral palsy” for the students of “Social work” specialty on the “Bachelor” educational degree.

The results of the study can be used by teachers to improve the professional training of “Social Work” specialty students for social rehabilitation work with primary school age children with paediatric cerebral palsy in higher education establishments, as well as in the system of social workers’ postgraduate education and training.

Key words: paediatric cerebral palsy, primary school age, social rehabilitation of primary school children with cerebral palsy, readiness, readiness for social rehabilitation of primary school children with cerebral palsy, pedagogical conditions, model of forming future social workers’ readiness for social rehabilitation of primary school children with cerebral palsy.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

Наукові праці, у яких опубліковано основні результати дисертації:

1. Конопля К. Г. Соціальна реабілітація як засіб реалізації соціальних потреб клієнтів у поглядах зарубіжних та вітчизняних науковців. *Проблеми сучасної педагогічної освіти*. Ялта, 2014. Вип. 44. Ч. 3. С. 144–152.

2. Єгорова К. Г. До проблеми формування готовності майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*. Чернігів, 2014. Вип. 122. С. 82–85.

3. Єгорова К. Г. Модель формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Педагогічний часопис Волині: науковий журнал*. Луцьк, 2017. № 2 (5). С. 118–124.

4. Єгорова К. Г. Сутність поняття «готовність майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем». *Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка*. Глухів, 2017. Вип. 3 (35). С. 92–97.

5. Єгорова К. Г. Компоненти готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Педагогічні науки*. Херсон, 2017. Вип. LXXIX. Т. 2. С. 206–209.

6. Єгорова К. Г. Методика формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Професіоналізм педагога: теоретичні й методичні аспекти*. Вип. 9. Слов'янськ, 2019. С. 195–204.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Єгорова К. Г. Організаційно-педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору: матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції за участю вчених України та зарубіжжя* (м. Київ, 24–26 листопада 2016 р.). Київ, 2016. Вип. 1. С. 62–71.

8. Конопля К. Г. Питання визначення поняття «соціальна реабілітація» у поглядах науковців. *The 21st Century Challenges in Education and Science: матеріали II науково-педагогічних читань молодих учених, магістрантів, студентів іноземними мовами* (м. Глухів, 28 травня 2014 р.). Глухів, 2014. С. 23–25.

9. Єгорова К. Г. Важливість проблеми формування готовності до професійної діяльності майбутніх соціальних працівників. *Общества знаний: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Лодзь, 30–31 жовтня 2014 р.). Варшава, 2014. Ч. 3. С. 40–42.

10. Єгорова К. Г. Роль соціального працівника у створенні інклюзивного середовища для дітей з вадами здоров'я. *Інклюзивна освіта: уроки і здобутки: матеріали міжвузівського науково-практичного семінару* (м. Харків, 5 жовтня 2014 р.). Харків, 2015. С. 11–12.

11. Єгорова К. Г. Критерії процесу формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Актуальні проблеми підготовки фахівців соціальної сфери: матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції* (м. Глухів, 22–23 жовтня 2015 р.). Глухів, 2015. С. 38–40.

12. Єгорова К. Г. Теоретичні аспекти формування готовності майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності. *Соціальні проблеми сучасної молоді: український та світовий досвід вирішення: матеріали*

Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції (м. Глухів, 12–13 травня 2016 р.). Глухів, 2016. С. 279–282.

13. Єгорова К. Г. Забезпечення міждисциплінарної інтеграції – одна з умов формування готовності соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з ДЦП. *Глухівські наукові читання – 2016. Актуальні питання суспільних та гуманітарних наук: матеріали VI Міжнародної інтернет-конференції молодих учених і студентів* (м. Глухів, 27–29 вересня 2016 р.) Глухів, 2016. С. 99–101.

14. Єгорова К. Г. Умови формування готовності соціальних працівників до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми з особливими потребами. *Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи: матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених* (м. Дніпро, 23 березня 2017 р.). Дніпро, 2017. С. 53–56.

15. Єгорова К. Г. Особливості розвитку дітей з захворюванням ДЦП. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Кам'янець-Подільський, 24–25 квітня 2017 р.). Кам'янець-Подільський, 2017. С. 249–251.

16. Єгорова К. Г. Соціально-реабілітаційна робота соціального працівника з дітьми з діагнозом ДЦП. *Сучасна педагогіка: теорія, методика, практика: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Ужгород, 23–24 червня 2017 р.). Херсон, 2017. С. 95–98.

17. Єгорова К. Г. Діти молодшого шкільного віку з діагнозом ДЦП як об'єкт соціально-реабілітаційної роботи майбутніх соціальних працівників: медичний аспект. *Міжнародна науково-практична інтернет-конференція «Медико-соціальні проблеми в теорії і практиці соціальної роботи»* (м. Глухів, 25–26 жовтня 2018 р.). Глухів, 2018. С. 43–48.

18. Єгорова К. Г. Експериментальна перевірка ефективності педагогічних умов формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим

церебральним паралічем. *Наука, исследование, развитие. Педагогика: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції (м. Баку, 29–30 червня 2019 р.)*. Варшава, 2019. С. 20–22.

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

19. Єгорова К. Г. Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем: методичні рекомендації. Глухів, 2018. 60 с.

20. Понятійно-термінологічний словник для підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери / Л. І. Міщик, Т. М. Тюльпа, С. П. Панченко, О. В. Наконечна, О. Д. Ветрова, К. Г. Єгорова, В. М. Пилипчук; за заг. ред. проф. Л. І. Міщик. 2-ге вид., доп. та перероб. Глухів, 2017. 332 с.

21. Тюльпа Т. М., Ніколаєнко С. І., Наконечна О. В., Єгорова К. Г. Волонтерський рух в Україні: теорія і практика: навч.-метод. посіб. / за заг. ред. Л. І. Міщик. Глухів, 2016. 104 с.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	19
ВСТУП.....	20
РОЗДІЛ 1. ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ЯК ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА.....	29
1.1. Стан розробленості досліджуваної проблеми в науці і педагогічній практиці	29
1.2. Сутність і структура готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.....	48
1.3. Критерії, показники і рівні сформованості готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.....	67
Висновки до першого розділу	80
Список використаних джерел до першого розділу	83
РОЗДІЛ 2. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	103
2.1. Аналіз стану готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.....	103
2.2. Педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем	112

2.3. Модель та методика формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем	128
Висновки до другого розділу	166
Список використаних джерел до другого розділу	169
РОЗДІЛ 3. ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕДАГОГІЧНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ	176
3.1. Особливості організації і проведення дослідно-експериментальної роботи.....	176
3.2. Аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи	203
Висновки до третього розділу	215
Список використаних джерел до третього розділу	218
ВИСНОВКИ	220
ДОДАТКИ	223

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я
- ГМСП – готовність майбутнього соціального працівника
- ДЦП – дитячий церебральний параліч
- ЕГ – експериментальна група
- ЗВО – заклад вищої освіти
- КГ – контрольна група
- МСП – майбутні соціальні працівники
- МШВ – молодший шкільний вік
- ООН – Організація Об'єднаних Націй
- ОКР / ОС – освітній кваліфікаційний рівень / освітній ступінь
- ОКХ / ОХ – освітньо-кваліфікаційна характеристика / освітня характеристика
- ОПП / ОП – освітньо-професійна програма / освітня програма

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Європейська інтеграція суспільства передбачає дотримання гуманістично-демократичних цінностей та норм Організації Об'єднаних Націй (ООН) про права дітей з інвалідністю. Надання компетентної допомоги дітям із дитячим церебральним паралічем (ДЦП) у вирішенні проблем соціалізації, самореалізації в соціумі потребує підготовлених фахівців, здатних висококваліфіковано діяти в будь-яких умовах сучасного суспільства.

Перед закладами вищої освіти (ЗВО) постає завдання підготовки майбутніх соціальних працівників (МСП), спроможних реалізувати набуті знання, уміння у своїй соціально-реабілітаційній діяльності.

Підготовка майбутніх соціальних працівників, здатних до організації й проведення дієвої роботи із соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку (МШВ) з ДЦП, регламентована низкою законодавчих і підзаконних актів України: законами України «Про освіту» (2017) [138], «Про внесення змін до деяких законів України про освіту щодо організації інклюзивного навчання» (2014) [125], «Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг» (2017) [127], «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (2001) [143], «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» (2000) [128], «Про соціальні послуги» (2019) [142]; Постановою Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей з інвалідністю» (2000) [145]; Розпорядженням Кабінету Міністрів України «Про Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки та план заходів з реалізації її I етапу» (2017) [129]; Указом Президента України «Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року» (2013) [136]; Наказом Міністерства освіти і науки України «Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання» (2010) [133] тощо.

Теоретико-методичні основи професійної підготовки у ЗВО досліджували В. Бадер [7], Л. Бірюк [16], М. Вашуленко [76], О. Зосименко [55; 56], В. Курок [82], Є. Лодатко [88], П. Лузан [90], Г. Луценко [93], Л. Міщик [104] та ін.

Увагою науковців охоплено основні аспекти професійної підготовки соціальних працівників (І. Зверева [53], А. Капська [61], О. Карпенко [66], Т. Тюльпа [122; 176] та ін.). Феномен професійної готовності майбутніх фахівців до професійної діяльності досліджено з різних позицій у працях Л. Кондрашової [78], Н. Левітова [84], Б. Сосновського [166] та ін. Зміст та особливості професійної підготовки МСП до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я, в тому числі з дітьми МШВ з ДЦП, відображено у розвідках Ю. Колодійчук [75], С. Шульце [192], Д. Данко [36] та ін. Н. Сайко досліджено проблему підготовки фахівців соціальної сфери до соціальної реабілітації дітей в освітніх закладах [154].

Теоретико-методологічні аспекти соціальної роботи як галузі знань, навчальної дисципліни та професійної діяльності відображено у працях О. Безпалько [53], І. Зверевої [53], І. Іванової [178], А. Капської [61], Г. Лактіонової [53], Л. Міщик [104], Л. Тюпті [178], С. Харченко [53] та ін.

Особливості сфери соціальних послуг проаналізовано в дослідженнях С. Архіпової [5], О. Берданової [14], Т. Семигіної [156] та ін. Питання соціальної підтримки дітей з обмеженими функціональними можливостями висвітлили О. Безпалько [11], Я. Кашуба, Я. Коваль, С. Панцир [67] та ін. Т. Соловйова дослідила особливості соціально-педагогічних засад роботи з батьками дітей з особливими потребами [164]. І. Мисула [101], Л. Вакуленко [101], А. Рудська [150] охарактеризували проблеми медичної та соціальної реабілітації дітей із церебральним паралічем. Проблема соціально-педагогічних умов підтримки дітей з особливостями психофізичного розвитку була об'єктом уваги А. Фрадинської [183].

Аналіз наукових джерел засвідчує, що формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП не було предметом окремого наукового дослідження.

Узагальнення наукових праць, вивчення досвіду діяльності ЗВО в аспекті професійної підготовки майбутніх соціальних працівників уможливили виявлення суперечностей між:

- об'єктивною потребою суспільства у фахівцях, здатних до успішної соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми з особливими потребами, та недостатнім рівнем готовності випускників ЗВО до забезпечення соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- соціальними потребами в підготовці кваліфікованих соціальних працівників, здатних забезпечити ефективну соціальну реабілітацію дітей МШВ з ДЦП, та недостатньою розробленістю системи фахової підготовки майбутніх фахівців у ЗВО;

- необхідністю вдосконалення процесу формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП у процесі професійної підготовки та обмеженим володінням викладачами ЗВО сучасним інструментарієм для реалізації окресленого завдання;

- потребою в удосконаленні системи професійної підготовки майбутніх соціальних працівників у напрямі формування в них готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та недостатньою розробленістю дієвих механізмів такої підготовки.

Соціальна значущість та актуальність проблеми формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної-реабілітаційної діяльності, недостатня розробленість теоретичних і методичних засад, а також необхідність удосконалення системи професійної підготовки МСП зумовили вибір теми дослідження **«Формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»**.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертацію виконано відповідно до плану науково-дослідної роботи кафедри психології і соціальної роботи Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка за темою «Розвиток соціально-педагогічного потенціалу особистості майбутніх працівників соціальної сфери в умовах інноваційних змін в освіті» (номер державної реєстрації 1117U004677).

Тему дослідження затверджено вченою радою Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка (протокол № 6 від 27.12.13) та узгоджено в бюро Міжвідомчої ради з координації наукових досліджень із педагогічних і психологічних наук в Україні (протокол № 6 від 17.06.14).

Мета дослідження полягає у виявленні, теоретичному обґрунтуванні й експериментальній перевірці ефективності педагогічних умов формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Відповідно до мети визначено **завдання дослідження**:

1. Проаналізувати стан розробленості досліджуваної проблеми в науці, конкретизувати зміст базових понять дослідження.
2. Розкрити сутність і структуру готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, критерії, показники та рівні її сформованості.
3. Виявити, теоретично обґрунтувати педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.
4. Розробити модель та методику формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.
5. Експериментально перевірити ефективність педагогічних умов формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Об'єкт дослідження: професійна підготовка майбутніх соціальних працівників у закладах вищої освіти.

Предмет дослідження: педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Для досягнення мети дослідження і вирішення поставлених завдань використано комплекс **методів:**

– *теоретичних:* аналіз нормативних документів, медичної, психологічної, соціологічної й педагогічної наукової літератури, порівняння та узагальнення, термінологічний аналіз – для визначення тезаурусу наукового дослідження; систематизації поглядів науковців з окресленої проблематики; системний аналіз для обґрунтування педагогічних умов формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; моделювання процесу професійної підготовки для розроблення структурно-функціональної моделі формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та прогнозування дієвих форм її реалізації;

– *емпіричних:* діагностичні (спостереження, бесіди, опитування, анкетування, тестування) з метою визначення рівнів сформованості готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; педагогічний експеримент з метою перевірки ефективності педагогічних умов формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП в процесі професійної підготовки;

– *статистичних:* методи математичної статистики для кількісного аналізу результатів роботи, інтерпретації даних дослідження.

Наукова новизна одержаних результатів дослідження полягає в тому, що *вперше:*

– виявлено, теоретично обґрунтовано педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей

МШВ з ДЦП (забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; розширення та поглиблення теоретичних знань майбутніх соціальних працівників, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором ЗВО «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»; практико-зорієнтована організація освіти майбутніх соціальних працівників) й експериментально перевірено їх ефективність;

- обґрунтовано, розроблено структурно-функціональну модель (цільовий, концептуальний, операційно-дидактичний та діагностувально-результативний структурианти);

- визначено критерії (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний), показники, рівні (початковий, базовий, достатній, високий) та засоби діагностування сформованості готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

уточнено:

- сутність та структуру готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; уточнення полягає у дефініюванні поняття та виокремленні мотиваційно-особистісного, когнітивного, діяльнісно-практичного та оцінювально-рефлексивного компонентів такої готовності;

конкретизовано:

- трактування змісту понять «ДЦП у МШВ», «Соціальна реабілітація дітей МШВ з ДЦП»; конкретизування полягає у дефініюванні понять;

удосконалено:

- методику формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; удосконалення полягає в обґрунтуванні педагогічних умов;

подальшого розвитку набули:

– теоретичні аспекти професійної підготовки майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з урахуванням вимог сучасного суспільства до підготовки фахівців соціономічної сфери.

Практичне значення результатів дослідження полягає в розробленні й упровадженні в процес підготовки соціальних працівників авторського навчально-методичного забезпечення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем», що містить: робочу програму, короткий зміст лекцій, практичних та лабораторних занять, систему інтерактивних та творчих завдань; засоби контролю; завдання соціально-реабілітаційного спрямування до виробничої практики на робочому місці соціального працівника; рекомендації з питань комплексної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; засоби діагностування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (авторська анкета та опитувальник); додаткові завдання до лекційних та практичних занять до фахових дисциплін та інше); методичних рекомендацій до курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» для студентів спеціальності «Соціальна робота» освітнього ступеня «Бакалавр».

Результати дослідження можуть бути використані викладачами педагогічних закладів вищої освіти для вдосконалення професійної підготовки студентів спеціальності «Соціальна робота» до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП в ЗВО, а також у системі післядипломної освіти й підвищення кваліфікації соціальних працівників.

Результати дослідження *впроваджено* в освітній процес Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка (довідка № 981 від 13.04.17), Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди (довідка № 01/10-500 від 30.05.17), Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки

(довідка № 03-28/03/569 від 28.02.18), Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського (довідка № 06/39 від 14.06.19).

Особистий внесок здобувача. Наукові результати, подані в дисертації, автором отримано самостійно та одноосібно. У довідковому виданні [20] автору належить добір та систематизація дефініцій, що стосуються дітей з інвалідністю та технологічного аспекту організації соціально-реабілітаційної роботи з дітьми та їхніми сім'ями. У навчально-методичному посібнику [21] дисертанткою обґрунтовано зміст, принципи та особливості організації соціально-реабілітаційної роботи з особами з обмеженими можливостями.

Апробація результатів дослідження. Основні результати дослідження оприлюднені на науково-практичних конференціях і семінарах різного рівня:

– *міжнародних*: «Общества знаний» (Лодзь, 2014), «Соціальні проблеми сучасної молоді: український та світовий досвід вирішення» (Глухів, 2016), «Актуальні питання суспільних та гуманітарних наук» (Глухів, 2016), «Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму» (Кам'янець-Подільський, 2017), «Сучасна педагогіка: теорія, методика, практика» (Ужгород, 2017), «Проблеми і перспективи розвитку інклюзії: вітчизняний та закордонний досвід» (Глухів, 2017), «Медико-соціальні проблеми в теорії і практиці соціальної роботи» (Глухів, 2018), «Наука, исследование, развитие» (Баку, 2019);

– *всеукраїнських*: «The 21st Century Challenges in Education and Science» (Глухів, 2014), «Актуальні проблеми підготовки фахівців соціальної сфери» (Глухів, 2015), «Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи» (Дніпро, 2017);

– *регіональних*: міжуніверситетському науково-практичному семінарі «Інклюзивна освіта: уроки і здобутки» (Харків, 2015).

Публікації. За результатами дослідження опубліковано 21 наукову працю (з них 19 одноосібні), а саме: 6 статей у наукових фахових виданнях України з педагогічних наук, 1 з яких у виданні, що належить до міжнародної

наукометричної бази *Index Copernicus*; 12 публікацій у матеріалах конференцій, 2 з яких закордонні; 1 довідкове видання; 1 навчально-методичний посібник; 1 методичні рекомендації до курсу за вибором.

Структура та обсяг дисертації. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного з них, загальних висновків, списку використаних джерел (258 найменувань, з них 3 – іноземною мовою), 25 додатків на 110 сторінках. Загальний обсяг дисертації – 332 сторінки, з них – 172 сторінки основного тексту. Робота містить 9 рисунків, 7 таблиць.

РОЗДІЛ 1

ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ ЯК ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

У розділі досліджено проблему формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з діагнозом ДЦП, а саме: досліджено стан розробленості досліджуваної проблеми в науці і педагогічній практиці; уточнено сутність і структуру ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, визначено і охарактеризовано компоненти, критерії, показники та рівні сформованості досліджуваної готовності.

1.1. Стан розробленості досліджуваної проблеми в науці і педагогічній практиці

Теоретичне обґрунтування проблеми формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП потребує визначення поняттєво-термінологічного апарату, який є основою для розроблення основних напрямів формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з діагнозом ДЦП в умовах сучасного соціального розвитку України й дослідження стану розробленості проблеми в науці й педагогічній практиці.

На сучасному етапі розвитку освітньої політики та педагогічної практики особистісно орієнтована комплексна допомога дітям з обмеженими можливостями здоров'я та життєдіяльності висуває на перший план вирішення завдань, спрямованих на гармонійний розвиток особистості дитини, його соціалізацію та індивідуалізацію. Соціальний розвиток дітей, у тому числі МШВ з ДЦП, є одним із пріоритетних у процесі формування їхньої особистості. Він полягає у підготовці дитини до адекватного орієнтування в довкіллі, формуванні навичок соціально прийнятної

поведінки у різних життєвих ситуаціях (О. Гаврилов [26], О. Приходько [123] та ін.). Процес соціального розвитку дитини з обмеженими психофізичними можливостями, в тому числі з ДЦП, обумовлений двома чинниками: соціальною реалізацією дефекту (почуття неповноцінності), що є однією стороною соціальної обумовленості й розвитку, та соціальною спрямованістю компенсації на пристосування до тих умов середовища, що створені й склались з орієнтацією на нормальний людський тип [26]. У випадках виникнення проблем розвитку дитини соціальний вплив набуває особливого значення, адже створює реальні можливості для корекції й компенсації порушених функцій і забезпечує залучення до всього, що доступно одноліткам, які розвиваються «нормально».

Дослідження *особливостей дітей МШВ* представлені в роботах як учених-класиків В. Давидова [193], Д. Ельконіна [193], так і сучасних дослідників Л. Василенко [152; 153], М. Заміщак [52], Р. Павелківа [115], В. Поліщука [121], М. Савчина [152; 153] та ін., які молодшими школярами вважали дітей віком від 6/7 до 11 років. Фізичний розвиток молодшого школяра зумовлений дозріванням організму, що відкриває нові можливості для його діяльності, розгортання та поглиблення зв'язків із соціальним оточенням. Водночас дозрівання стимулюється і впливами зовнішнього соціального середовища, про що свідчить загальне прискорення (акселерація) фізичного розвитку дітей [152; 153].

Головною особистісною характеристикою молодшого школяра є прийняття й усвідомлення своєї внутрішньої позиції, що дає підстави вважати цей вік зрілим дитинством. У дитини МШВ психічний та особистісний розвиток зумовлюється особливістю соціальної ситуації – навчанням у початковій школі. Початок шкільного навчання пов'язаний із появою іншого способу життя дитини та зі зміною провідної діяльності з ігрової на навчальну, основою якої є нова соціальна позиція та пізнавальний інтерес. Дитина починає усвідомлювати, що вона виконує суспільно важливу

діяльність – навчання, і значущість цієї діяльності оцінюють люди, які її оточують.

У дітей МШВ відбувається зміна провідної психічної саморегуляції від мимовільної до свідомо-вольової. Шкільне життя вимагає систематичного та обов'язкового виконання дитиною багатьох правил. Дотримання цих правил вимагає вміння регулювати свою поведінку, підпорядковувати довільну діяльність свідомо поставленим цілям.

Зміна соціальної ролі дитини, поява нових обов'язків позначається на стосунках з однолітками і вчителями. Спочатку вона захоплена тільки навчанням, мало вступає в контакт з однолітками і певний час відчуває себе чужою, хоч ще недавно у дитячому садку постійно спілкувалася з ними. Стосунки молодших школярів з однолітками регламентовані переважно нормами «дорослої» моралі, тобто успішністю в навчанні, виконанням вимог дорослих. Характерною ознакою взаємин молодших школярів є те, що їхні дружні стосунки засновані, як правило, на спільності зовнішніх життєвих обставин і випадкових інтересів.

Становлення особистості дітей МШВ охоплює такі фази, як адаптація (приспосовування до нових соціальних умов), індивідуалізація (вияв своїх індивідуальних можливостей і особливостей) та інтеграція (включення у групу ровесників). Чинником соціального розвитку особистості молодшого школяра є не стільки навчальна діяльність, скільки ставлення дорослих до успішності, дисциплінованості, старанності дитини. Отже, вступ дитини до школи, перехід від сімейного виховання до системи шкільного навчання і виховання є важливим і складним процесом, який супроводжується суттєвими змінами в житті й розвитку дитини МШВ [152; 153]. У навчальній діяльності розвиваються основні психологічні новоутворення молодшого шкільного віку: довільність психічних процесів, внутрішній план дій, вміння організувати навчальну діяльність, рефлексія [193; 152].

Рівень цивілізованості будь-якої держави визначається ставленням до найменш захищених і найбільш вразливих її членів, які потребують

соціального захисту, насамперед до дітей з інвалідністю. В умовах розвитку економічної системи України такі діти опинилися в найбільш складній ситуації. За статистичними даними, в Україні кількість дітей з інвалідністю віком до 18 років у 2017 році сягнула показника 159 044 дітей. [170, с. 59]. Важливим чинником ефективного вирішення проблем дітей із захворюванням на ДЦП є формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з діагнозом ДЦП, що передбачає з'ясування особливостей життєдіяльності та соціальних проблем дітей із зазначеним захворюванням та їхніх родин. Діти з ДЦП відповідно до Закону України «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України» [126] мають офіційний статус «дитина з інвалідністю». На думку Є. Холостової та Н. Деметрьєвої [185], інвалідність – це специфічна ситуація розвитку й стану особистості, що супроводжується обмеженнями життєдіяльності в найрізноманітніших її сферах. Особи з інвалідністю є в усіх країнах та в усіх ланках суспільства. У різних країнах як причини, так і наслідки інвалідності неоднакові. Це зумовлено різними соціально-економічними й соціокультурними умовами і залежить від тих кроків, які здійснює держава для підвищення добробуту своїх громадян.

Інвалідність у дітей означає суттєве обмеження їхньої життєдіяльності і є причиною соціальної дезадаптації, яка обумовлена порушеннями в розвитку, труднощами в самообслуговуванні, спілкуванні, набутті професійних навичок. Засвоєння дітьми з інвалідністю соціального досвіду, залучення їх до системи суспільних відносин потребує від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль.

Відповідно до наукових досліджень (Л. Бадалян [6], В. Козявкін [74]), ДЦП – це одне із важких і складних захворювань центральної нервової системи. Однак, щоб усвідомити проблему дітей з ДЦП, потрібно детально проаналізувати зміст терміна «дитячий церебральний параліч». Згідно з розподілом дітей з інвалідністю до 18 років за причинами інвалідності в Україні (всього: 159 044 особи) у 2017 року на захворювання центральної

нервової системи (II місце) припадає 25 885 осіб, з них: дитячий церебральний параліч 13 699 осіб. На першому місці – група з уродженими аномаліями (вади розвитку), деформаціями і хромосомними аномаліями, на третьому – розлади психіки та поведінки [170, с. 59].

З метою розуміння особливостей життєдіяльності, фізичних, психічних та соціальних проблем дітей МШВ з ДЦП ми провели історичний аналіз виникнення та розвитку поняття «ДЦП».

Сама хвороба існувала без назви протягом усієї історії людства, а от поняття «ДЦП» існує вже понад століття. Незважаючи на свою довгу історію, і дотепер немає єдності у поглядах на цю проблему. За результатами аналізу наукових праць становлення поняття «ДЦП» відбувалося в три етапи:

- перший клінічний опис захворювання, який називали «хворобою Літля» (1861 р., хірург-ортопед В. Літль [118]);
- поява поняття «ДЦП» (1893 р., З. Фрейд [103; 182]);
- міжнародне затвердження поняття «ДЦП» (1958 р., Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) [102]).

У нашому дослідженні будемо користуватися визначенням поняття ДЦП, затвердженим ВООЗ: «дитячий церебральний параліч – це прогресуюче захворювання головного мозку, яке уражує його відділи, котрі відповідають за рух і положення тіла, захворювання набувається на ранніх етапах розвитку головного мозку» [102].

Важливе значення в контексті нашого дослідження має думка лікаря Л. Бадаляна [6], який наполягав на тому, що ураження нервової системи при захворюванні ДЦП становить не «поломку» вже готового механізму, а затримку чи «викривлення» розвитку. Багаторічний досвід як вітчизняних, так і зарубіжних спеціалістів (Л. Бадалян [6], М. Брейтман [18], В. Козявкін [74], К. Семенова [155], Н. Фінні [182], Д. Футер [184], М. Цукер [187] та ін.), які працювали з дітьми, хворими на ДЦП, показав, що чим скоріше розпочата комплексна реабілітація цих дітей, тим вона ефективніша і має кращі результати для поліпшення стану здоров'я. Наслідки захворювання

на ДЦП можуть зазнавати позитивної динаміки за умови своєчасного професійного втручання також із боку соціального працівника.

Проведений нами аналіз щодо надання допомоги дітям з ДЦП на різних етапах розвитку суспільства засвідчив, що найпоширенішими її формами були медична реабілітація та соціально-педагогічна адаптація до навколишнього середовища.

Урахування позитивних результатів соціальної реабілітації дітей з ДЦП можна спостерігати за кордоном (Сполучені Штати Америки, Велика Британія, Німеччина й ін.), які дотримуються трьох принципів у соціально-реабілітаційній роботі: індивідуалізації, диференціації й комплексності. Також вагоме значення для випереджального розвитку соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП має підтримка владою закордонних держав заходів, спрямованих на позитивні зміни громадської думки щодо проблем дітей відповідної категорії й їхньої інтеграції в суспільство.

Необхідність і значущість застосування технологій соціальної реабілітації в процесі комплексної реабілітації дітей із ДЦП за кордоном простежується ще на початку ХХ століття [199; 200; 201]. В Україні лише у 80–90-х роках ХХ століття це стало актуальним. У 1998 році на засіданні колегії Міністерства охорони здоров'я України було схвалено модель реабілітації, запозичену в Європі. Її прообразом став Мюнхенський дитячий реабілітаційний центр, модель якого пройшла апробацію в Києві, далі досвід був перенесений у регіони [103].

В Україні є Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів у Лютіжі. Школи-інтернати для дітей, хворих на ДЦП, перетворюють на центри адаптації, і вже функціонує понад 60 регіональних центрів [103].

Проаналізовані тенденції, уявлення і підходи, що склалися в науці, свідчать про велику кількість технологій, зорієнтованих на покращення стану дітей МШВ з ДЦП, на розвиток тих функцій, що дають можливість вести більш повноцінне життя, серед яких превалюють досягнення саме у напрямі фізичної реабілітації. Інші складові здоров'я дітей, хворих на ДЦП, –

духовна, психічна і соціальна – потребують пильної уваги науковців. Через різноманітність етіології, клінічних виявів захворювань на ДЦП й велику частотність інвалідності, до якої призводить ця патологія, корекція порушень розвитку дітей МШВ з ДЦП не завжди дає бажані результати. Тільки в комплексному, всебічному поєднанні всіх видів реабілітації допомога дітям МШВ із захворюванням на ДЦП дасть позитивні результати в життєдіяльності дітей.

Церебральний параліч у дітей охоплює цілу групу дитячих захворювань (комплексне захворювання): патології центральної нервової системи, порушення координації мовлення, руху, затримка інтелектуального розвитку, дисфункція м'язової й рухової систем. Основні причини розвитку ДЦП у дітей – це тяжкі ураження мозку, що спричиняють рухові порушення. Проте у більшості випадків неможливо виділити тільки одну причину, що провокує виникнення ДЦП. Часто до такого захворювання призводить поєднання відразу декількох негативних чинників, що виявляються як у період вагітності, так і при пологах та після народження. Чинники, що впливають на розвиток ДЦП у дітей, можна розподілити на три групи [118; 119], які досліджені й описані вченими (Л. Бадалян [6], М. Брейтман [18], В. Козьякін [74], К. Семенова [155], Н. Фінні [182], Д. Футер [184], М. Цукер [187] та ін.)).

Перша група – причини загрози виникнення ДЦП під час вагітності. До них належать: інфекційні захворювання матері під час вагітності, генетичні мутації, гіпоксія плоду, вроджені вади розвитку головного мозку. Фактори ризику розвитку ДЦП протягом вагітності: різний резус-фактор або група крові у матері та дитини, багатоплідна вагітність, супутні захворювання матері, шкідливі звички матері, чинники середовища.

Друга група – фактори ризику розвитку ДЦП під час пологів, а саме: ускладнені пологи, маленька або надмірна вага дитини при народженні, тазове передлежання плода, пологові травми.

Третя група – причини виникнення ДЦП після народження дитини, зокрема: важкий перебіг жовтяниці, гостре порушення кровопостачання головного мозку, травма головного мозку, інфекційне ураження головного мозку дитини. Фактори ризику розвитку ДЦП після народження дитини: різний резус-фактор або група крові у матері та дитини, відсутність вакцинації, захворювання крові у дитини, недостатня профілактика дитячого травматизму [124].

Детально симптоми захворювання ДЦП наведені у Додатку А.

У контексті наукового дослідження необхідним вважаємо виокремити основні особливості соціального, фізичного і психічного розвитку дітей МШВ з ДЦП. Діти з порушенням психофізичного розвитку, в тому числі з ДЦП, мають специфічні труднощі, зумовлені характером і мірою вираженості відхилень, умовами соціально-педагогічного оточення на ранніх етапах розвитку. У дитини з ДЦП передусім усунена з діяльності або суттєво обмежена важлива функціональна система – рухова. Порушення рухової активності при дитячому церебральному паралічі дітей МШВ призводить до суттєвих змін як фізичного, так і соціального розвитку дитини [123; 185]. Виражена рухова патологія нерідко в поєднанні з сенсорною недостатністю може бути однією з причин порушень та/або несформованості довільності психічних (пізнавальних, емоційних та вольових) процесів, станів й особистісних властивостей, прояву поведінки і діяльності у дітей МШВ з діагнозом ДЦП у соціальному середовищі.

Важливою ланкою в патогенезі психічних порушень у дітей з церебральним паралічем є недорозвиненість або аномальний розвиток найбільш молодих мозкових структур, які розвиваються уже в постнатальний період [1; 185]. Ми погоджуємося з думкою науковців (Р. Абрамович-Лехтман [1], Р. Бернс [15], Н. Дементьева [185], Н. Максимова [95], О. Приходько [123], О. Романенко [148], Н. Трофімова [175], Є. Холостова [185] та ін.), що особливості психічного розвитку дітей МШВ з діагнозом ДЦП можуть бути обумовлені двома чинниками: біологічними

особливостями, пов'язаними з характером захворювання; соціальними умовами – впливом на дитину родини та навколишнього середовища.

Як правило, у таких дітей діагностуються психічні порушення, насамперед, затримка психічного розвитку з переважним недорозвиненням пізнавальної діяльності. Основна особливість затримки психічного розвитку при ДЦП полягає в дисгармонійності розвитку окремих психічних функцій (К. Семенова [155], Е. Калижнюк [58] та ін.).

Утім переважає все-таки первинна недостатність інтелекту. Інтелект дітей із церебральним паралічем різниться: одні мають нормальний або близький до нормального інтелект, в інших спостерігається затримка психічного розвитку, у частини дітей – розумова відсталість (різного ступеня тяжкості). Особливістю інтелектуальної недорозвиненості дітей із ДЦП у поєднанні із затримкою психічного розвитку є низька концентрація уваги, слабкість пам'яті, інертність мислення. Абстрактне мислення й кмітливість у них виражені краще. При ДЦП не тільки сповільнюється, а й патологічно спотворюється процес формування мовлення, у дітей відзначається затримка й порушення формування всіх аспектів мовлення. Зазначені психічні порушення впливають на поведінку дітей із ДЦП у суспільстві. Аномалії розвитку психіки дітей МШВ з діагнозом ДЦП утруднюють процес соціалізації, додатково травмують їхню психіку, знижують стресостійкість.

На основі аналізу наукових праць В. Лубовського [89], В. Розанової [89], Л. Солнцевої [89] ми виокремили деякі порушення у поведінці дітей МШВ, в тому числі й з ДЦП, пов'язані з їх соціальним розвитком, а саме: діти не можуть цілеспрямовано працювати в колективі; важко адаптуються до нового оточення; схильні до стороннього навіювання тощо. Головним проявом соціального розвитку дітей МШВ з ДЦП є їхня соціальна недостатність, тобто неспроможність дитини виконувати характерну для неї соціальну роль у суспільстві.

У межах теоретичного дослідження проведено детальний аналіз медичних, психологічних та соціальних інформаційних джерел з метою

уточнення й узагальнення особливостей психофізичного й соціального розвитку дітей МШВ з ДЦП, результати якого відображені у Додатку Б. Проведений аналіз уможливив деякі узагальнення й висновки. Особливості фізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП науковці вивчали протягом багатьох століть, психічний розвиток також розглядали ретельно й усебічно. Проте найбільша увага наукової спільноти щодо дослідження особливостей соціального розвитку дітей МШВ з ДЦП припадає на останнє століття. Цей факт вимагає детального аналізу й пошуку відповідей на низку запитань, що стосуються соціального розвитку дітей з церебральним паралічем, адже врахування значущості соціального чинника в розвитку дитини МШВ з ДЦП необхідне для правильного розуміння й оцінювання перспектив усебічного розвитку особистості дитини.

Таким чином, ураховуючи аналіз генези поняття «ДЦП», з опертям на офіційне визначення поняття «ДЦП у МШВ» і результати досліджень змісту зазначеного поняття ученими, будемо розглядати поняття «ДЦП у МШВ» як прогресуюче захворювання дітей МШВ, що уражає відділи головного і спинного мозку на ранніх етапах його формування, котрі відповідають за фізичні, психічні показники та соціальне функціонування у суспільстві.

Діти МШВ із захворюванням на ДЦП у житті стикаються з багатьма різноманітними проблемами. До актуальних проблем життєдіяльності дітей МШВ з ДЦП належать ті, що пов'язані з інтеграцією дітей з інвалідністю в суспільство. У результаті проведеного аналізу окреслено комплекс проблем, до яких можна віднести такі: організація супроводження медичними установами соціального середовища; безперешкодний доступ до об'єктів інфраструктури; вільний доступ до інформації та комунікацій; отримання належного рівня освіти; отримання необхідних соціальних послуг щодо соціального та матеріального забезпечення; отримання необхідних соціальних послуг з комплексної реабілітації (соціальної, фізичної, психологічної, професійної, побутової та ін.) на належному рівні; право на отримання допоміжних послуг, включаючи допоміжні пристрої, для того,

щоб сприяти дітям з інвалідністю в підвищенні їх незалежності в повсякденному житті та реалізації їхніх прав; право на толерантне ставлення людей (члени родини, однолітки, вчителі, сусіди тощо).

Отже, можемо зробити висновок, що ефективність допомоги дітям МШВ з ДЦП полягає у створенні необхідних умов, оточення, в якому б здійснювалася соціальна робота, спрямована на соціальну реабілітацію та адаптацію дітей в умовах родини, у колективі однолітків й у суспільстві. Системна, цілеспрямована, комплексна взаємодія соціальних працівників, педагогів, психологів, лікарів, батьків та ін., а також наявність науково обґрунтованих програм необхідні для організації соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

На основі аналізу наукової літератури з проблем розвитку та життєдіяльності дітей МШВ з ДЦП можна стверджувати, що діти з захворюванням на церебральний параліч мають обов'язково отримувати повний комплекс соціальних послуг. Серед переліку соціальних послуг одне з провідних місць належить соціальній реабілітації.

З метою розкриття проблеми соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП необхідно, на нашу думку, уточнити сутність поняття «соціальна реабілітація», зміст процесу соціальної реабілітації та особливості роботи МСП з дітьми МШВ, хворими на ДЦП.

Увага держави до сфери соціальної політики тісно пов'язана з реформуванням політичного, культурного та економічного життя в Україні. Одним із провідних напрямів такого реформування є забезпечення всебічного функціонування суспільства, що не відбувається без урахування чинників для самореалізації кожної людини. На сьогодні об'єктами соціальної політики дедалі більше стають різні верстви населення, які потребують нетрадиційних методів роботи з ними. Унаслідок втрати певних соціально важливих функцій люди, які мають певні фізичні вади здоров'я або визнані суспільством як девіанти чи особи, що перебувають у складних життєвих ситуаціях, зазвичай, не здатні до повноцінної життєдіяльності.

Реалізація соціальних потреб вразливих груп населення можлива лише за умови проведення цілої низки заходів із професійної, соціальної, медичної, фізичної, психолого-педагогічної реабілітації. На думку науковців [26], всі зазначені види реабілітації важливі й необхідні, але провідне місце все-таки належить соціальній реабілітації.

Зміни, які відобразилися в цілях, змісті, завданнях і характері реабілітації окремих верств населення, відбулися внаслідок розвитку теорії та методології організації практики соціальної роботи, підготовки професійних соціальних працівників.

У міжнародному масштабі організація заходів у сфері реабілітації розпочалася ще у 1958 році, коли відбулося перше засідання експертів ВООЗ з медичної реабілітації. Спочатку до уваги брався лише медичний аспект питання й увага була спрямована передусім на психосоматичні якості людини, відновлення яких було достатньо для того, щоб вони досягли соціального добробуту.

Поступово відбулося розширення соціального змісту реабілітації, у зв'язку із чим почали наголошувати на необхідності відновлення всіх соціальних можливостей людини.

Сучасне тлумачення поняття «соціальна реабілітація» репрезентовано в Законі України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» – базовому законодавчому документі у сфері реабілітації осіб з інвалідністю і подано в такому формулюванні: «соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації» [134].

Трактування, представлене у законі, поділяють А. Іпатов [99], А. Капська [61], В. Маруніч [99], Є. Холостова [185] та ін. У міркуваннях

науковців спостерігається системний підхід до розгляду структури процесу соціальної реабілітації як засобу реалізації соціальних потреб вразливих верств населення. Проте залишаються нерозкритими питання, що стосуються суб'єктів, об'єктів, загальних та часткових методик, заходів забезпечення вищезгаданого виду реабілітації.

Аналіз розвідок зарубіжних та вітчизняних дослідників (Є. Агеев [3], В. Кантор [60], Т. Мосійчук [106], Л. Силка [158, с. 34], С. Хрустальов [186], І. Язвіна [195]) показав, що кожен підхід до роз'яснення сутності соціальної реабілітації як засобу реалізації соціальних потреб клієнтів має право на існування. Проте їх не можна вважати досконалими, бо всі ці тлумачення не розкривають повноти та багатоаспектності поняття «соціальна реабілітація».

У сучасній науці поняття «соціальна реабілітація» з погляду різноманітних теоретичних підходів (соціалізації, соціальної нормативності та соціального контролю, соціальної адаптації, економічного підходу до вирішення соціальних проблем, соціальної мобільності) розглядали такі науковці, як Г. Беккер [12], П. Бергер [13], Т. Лукман [13], Т. Парсонс [116], Т. Сорокін [165] та ін.

Детальніше досліджує поняття «соціальна реабілітація» О. Безпалько, яка пояснює його у зв'язку із соціалізацією особистості. Вона вважає, що це процес послідовного входження індивіда в соціальне середовище внаслідок взаємодії людини зі стихійними та цілеспрямовано створюваними умовами життя на всіх її вікових етапах, що супроводжується засвоєнням та відтворенням культури суспільства [11, с. 88].

Науковий інтерес у межах нашого дослідження становить визначення Н. Сайко, яка аналізує соціальну реабілітацію в співвіднесенні з поняттями «соціалізація» і «педагогічний процес». Вона потрактовує соціальну реабілітацію як комплексний, багатогранний процес, що передбачає відновлення соціального функціонування не лише в ситуації глибинних проблем соціалізації, а й на стадії її первинних порушень [154 с. 83]. Авторка наголошує на тому, що соціальна реабілітація як процес має передбачати

насамперед зміну внутрішньої психологічної позиції особистості, ставлення до себе, оточення, навколишнього світу, і в результаті відбудеться поступова зміна її поведінки.

Отже, можна підсумувати, що у викладених вище поглядах науковців поняття «соціальна реабілітація» тлумачиться як процес, метою якого є відновлення вагомих функцій життєдіяльності людини та суспільства шляхом пристосування до відповідних соціальних обставин, як соціалізація, інтеграція/реінтеграція людини у суспільство і їх взаємний вплив один на одного, як зміна стереотипів у суспільстві та розвиток людського капіталу. До того ж застосовується система або комплекс заходів медичної, педагогічної, психологічної, соціальної, трудової, освітньої та технічної реабілітації. Проте зауважимо, що шляхи вирішення проблем відновлення соціального функціонування людини залежать від наукової позиції автора.

Підсумовуючи викладене вище, наголосимо, що процес реабілітації має сприйматися не лише як боротьба проти хвороби, але й боротьба за людину і її місце у суспільстві, за висловом Н. Сайко, «відновлення внутрішньої гармонії, що базується на відчутті задоволеності власним життям та кінцевим, її результатом має бути сформованість умінь бути щасливим, задоволеним життям» [154]. Тому кінцевими результатами соціальної реабілітації є показники соціальні, а за наслідками соціально-рольова функція реабілітованого має бути адекватною його потенційним здібностям. Запропоновані вченими погляди стосовно сутності соціальної реабілітації повинні «працювати» системно і послідовно та бути взаємопов'язані. Це допоможе формуванню і реалізації ефективної державної політики щодо забезпечення вирішення соціальних потреб у роботі з різними верствами населення.

Соціальна реабілітація дітей з обмеженими функціональними можливостями ґрунтується на таких базових документах світового співтовариства, як Декларація прав дитини (1959), Декларація соціального прогресу та розвитку (1969), Декларація про права розумово відсталих осіб

(1971), Декларація про права інвалідів (1975), Всесвітня програма дій стосовно інвалідів (1981), Конвенція про права дитини (1989), Всесвітня декларація щодо забезпечення виживання, розвитку і захисту дітей (1990), Принципи захисту психічно хворих і покращення психіатричної допомоги (1991), Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів (1993) та ін. [178]. Незаперечним є те, що визначальною серед цих документів є Декларація про права інвалідів, прийнята Генеральною асамблеєю ООН (1975), яка становить загальне підґрунтя для прийняття конкретних заходів у національному і міжнародному масштабах у галузі захисту прав інвалідів, а також сприяння включенню їх у нормальне життя суспільства [178].

Соціальна реабілітація дітей МШВ з ДЦП реалізується з урахуванням законодавчих і підзаконних актів України, а саме: законів України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» (1991) [139], «Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні» (1993) [144], «Про охорону дитинства» (2001) [140], «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (2001) [143], «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні (2005) [141]; Постанов Кабінету Міністрів України «Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей з інвалідністю» (2000) [145], «Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю» (2006) [130] тощо.

Доцільним з огляду на дослідницькі потреби нашої роботи є аналіз підходів до організації процесу соціальної реабілітації. Н. Сайко [154] запропонувала перелік концепцій організації процесу реабілітації: комплексної реабілітації, нормалізації життєдіяльності, психолого-соціальної реабілітації. Головне, як зауважує науковиця, – це визначитися з вибором концепції, дотримуватися її та дібрати відповідні засоби роботи з певною категорією дітей. Але потрібно зважати на те, що вибір концепції залежить від соціальної ситуації, індивідуальних особливостей дитини.

Ми погоджуємося з думкою дослідниці щодо розглянутих концепцій організації процесу реабілітації та уточнюємо перелік концепцій організації процесу соціальної реабілітації з дітьми МШВ з ДЦП: концепція комплексної соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, яка полягає в поверненні соціального статусу дитини МШВ з ДЦП до певних початкових критеріїв і передбачає заходи різного плану й у різноманітних сферах її життя; другою концепцією є нормалізація життєдіяльності, яка сприяє наближенню стилю життя дитини МШВ з ДЦП та її сім'ї до загальноприйнятих у суспільстві норм; концепцію психолого-соціальної реабілітації можна віднести до концепції організації процесу соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, вона передбачає, що основою соціально-реабілітаційного процесу є психолого-соціальна корекція поведінки дитини та її сім'ї.

Екстраполюючи погляди науковців (Т. Данилової [35], Т. Єжової [49], І. Іванової [178], М. Лукашевича [91], І. Миговича [91], А. Рудської [150], Н. Сайко [154], Т. Семигіної [92], О. Солдатової [150], А. Тютті [178], Я. Юрківа [194] та ін.) й нормативно-правові документи України [128; 142; 143; 149] на зміст, організацію соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, в тому числі дітей МШВ з ДЦП, нами був проведений аналіз медичних, психологічних та соціальних інформаційних джерел з метою окреслення теоретичних і практичних аспектів соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, результати якого відображені в описі організації зазначеного процесу в роботі соціального працівника (Додаток В1).

Для організації процесу соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП важливо врахувати такі його складники: мету, завдання, об'єкти, суб'єкти, інститути (установи), середовище соціальної реабілітації, принципи, етапи, напрями, основні функціональні обов'язки соціального працівника у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, види, основні технології, форми та методи, ресурси, результат процесу соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Проведена робота з уточнення основних завдань інститутів (закладів та

установ), залучених до процесу надання послуг із соціальної реабілітації дітям МШВ з ДЦП, детально описана у Додатку В 2.

Одним із провідних напрямів соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, в тому числі дітей МШВ з ДЦП, є соціальна інклюзія, яка базується на соціальній моделі підтримки людей з інвалідністю. Соціальна інклюзія є результатом переходу суспільства до соціальної політики, спрямованої на закріплення соціальної рівності тих груп населення, які перебувають у складному становищі. До відповідних груп населення належать діти з особливими потребами, серед яких є діти МШВ з ДЦП. Соціальна інклюзія таких дітей спонукає до процесу змін у різних сферах їхньої життєдіяльності: соціальній, економічній, політичній, культурній та досягнення рівня життя й добробуту відповідно до стандартів якості життя [169].

Важливе значення має дотримання основ соціальної інклюзії в розробленні державних стратегій у сфері освіти, охорони здоров'я, будівництва, економіки тощо. Потрібно наголосити, що освіта в житті дітей МШВ з ДЦП відіграє провідну роль. Інтеграція дітей в інклюзивний освітній простір України є одним із напрямів державної політики, що відображено в «Національній стратегії розвитку освіти в Україні на період до 2021 року» та підтримано в низці законодавчо-нормативних документів [118]. Забезпечення отримання дітьми МШВ з ДЦП освіти в умовах інклюзії допомагає їм позбутися відчуття соціальної ізоляції, адаптуватися до типових життєвих соціальних ситуацій, сприяє прийняттю та визнанню дітей з церебральним паралічем повноцінними членами суспільства [169].

Ми погоджуємося з думкою науковців (О. Агарков [2], Д. Арабаджієв [2], Т. Єрохіна [2] та ін.) про те, що надання послуг із соціальної реабілітації дітям МШВ з ДЦП можна віднести до цілеспрямованої активності МСП, що вимагає від фахівця глибоких професійних знань, умінь і навичок, високих морально-етичних якостей. Відповідно до Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України [53, с. 243–253], нами виділені основні етичні

принципи діяльності МСП з дітьми МШВ з ДЦП: це повага до гідності людини, толерантність, конфіденційність та дотримання норм професійної етики тощо. Також нами виокремлено правила етичної поведінки стосовно дітей МШВ з ДЦП в їхніх родинах: поважати особистість дитини і гарантувати захист її гідності; безпека дитини та її родини є першою умовою діяльності МСП; заохочувати дитину та її родину до взаємодії, яка ґрунтується на довірі, співчутті та збереженні конфіденційності, тощо.

З метою виявлення особливостей соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП ми проаналізували теоретико-практичний досвід науковців та фахівців із соціальної роботи (О. Агарков, Д. Арабаджієв, Т. Єрохіна, Кузьмін В [2] та ін.). Аналіз результатів проведеної роботи дає підстави стверджувати, що основними особливостями соціально-реабілітаційної роботи МСП з дітьми МШВ з ДЦП є:

1. Комплексний характер соціально-реабілітаційної роботи. Це означає постійне врахування взаємовпливу рухових, мовленнєвих, психічних та соціальних порушень у динаміці розвитку дитини. З огляду на це необхідний спільний розвиток усіх сторін психіки, моторики, мовлення, а також попередження і корекція їхніх порушень.

2. Ранній початок онтогенезного послідовного впливу з опертям на збережені функції.

3. Соціально-реабілітаційна робота вибудовується не тільки з урахуванням віку, а й того, на якому етапі психофізичного та соціального розвитку перебуває дитина.

4. Організація роботи в рамках основної діяльності. При всіх соціально-реабілітаційних заходах стимулюється основна для визначеного віку діяльність (у шкільному віці – навчальна діяльність).

5. Спостереження за дитиною в динаміці.

6. Тісна взаємодія з батьками і найближчим оточенням.

7. Дотримання єдиної системи вимог під час соціально-реабілітаційної роботи спеціалістів із соціальної роботи. Це стимулює оволодіння дітьми соціальними нормами й правилами поведінки у різних ситуаціях.

9. При формуванні соціальної поведінки дітей МШВ з ДЦП МСП послуговуються тими самими методами й принципами роботи, що використовуються і в роботі з дітьми з нормальним психофізичним розвитком. Однак вони мають свою специфіку, зумовлену особливостями психофізичного розвитку цієї категорії дітей, що відбивається на якості та кількості знань про норми і правила соціальної поведінки, на мірі їх усвідомленості та можливостях оперування ними.

У забезпеченні соціальної допомоги і підтримки дітей з обмеженими функціональними можливостями, в тому числі і дітей МШВ з ДЦП, суттєву роль відіграє фахівець, який здатен: забезпечити допустиме і доцільне посередництво між особистістю дитини, сім'єю, з одного боку, і суспільством з різними державними і громадськими структурами – з іншого; виконувати своєрідну роль «третьої особи», зв'язувальної ланки між дитиною і мікросередовищем, між дитиною з обмеженими можливостями і здоровими людьми, сім'єю і суспільством; впливати на спілкування особи з інвалідністю і її стосунки у мікросоціумі, стимулювати, спонукати її до тієї чи іншої діяльності, яка буде сприяти її прогресивному розвитку; допомагати сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими функціональними можливостями, організувати спеціалізовані види реабілітації [98].

Проведена наукова робота дозволяє стверджувати, що поняття *«соціальна реабілітація»* становить багатоаспектний вид соціальної роботи, головною метою якого є відновлення соціального функціонування особистості в соціумі. На основі теоретичного аналізу виникнення та розвитку поняття «ДЦП», аналізу різних наукових підходів до поняття *«соціальна реабілітація»*, особливостей розвитку дітей МШВ з ДЦП будемо розглядати поняття *«соціальна реабілітація дітей МШВ з ДЦП»* як комплексний, безперервний вид соціальної роботи державних і громадських

організацій, який спрямований на реалізацію системи різноманітних заходів із метою задоволення соціальних потреб життєдіяльності дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей шляхом відновлення втрачених особистістю дитини або не набутих у процесі соціалізації функцій, відносин і ролей самостійного соціального функціонування.

Конкретизування нами понять, пов'язаних із дослідженням особливостей формування готовності МСП до соціальної реабілітації з дітьми МШВ з ДЦП, не вичерпує всіх аспектів розв'язання цієї проблеми. Вона залишається актуальною та вимагає подальшого дослідження низки питань, серед яких вагоме місце належить формуванню готовності соціальних працівників до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП. Саме ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП буде об'єктом уваги в наступному підрозділі нашої роботи.

1.2. Сутність і структура готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем

Сучасні потреби суспільства ставлять підвищені вимоги до конкурентоспроможної професіоналізації фахівців соціальної сфери. Одним із найважливіших завдань, що потребує першочергового вирішення, є доцільне використання людського потенціалу, а саме підготовка кадрів для різноманітних галузей життєдіяльності суспільства на високому рівні.

Діалектика суспільного та економічного становлення України спонукала до появи окремого виду діяльності – соціальної роботи і, як наслідок, окремої професії – соціальний працівник. Призначення цієї професії – гуманізація соціокультурного середовища існування людини, надання професійної соціальної допомоги населенню, підвищення ефективності соціалізації молодого покоління. Соціальна робота відповідає життєвим потребам кожної людини та потрібна суспільству для допомоги у розв'язанні найголовніших проблем. У зв'язку із цим зростає роль

соціального працівника як професіонала і значення соціальної роботи як виду професійної діяльності.

Потреба посилення професійної підготовки МСП вимагає формування й максимально можливого розвитку їхньої професійної компетентності, умінь самостійно й творчо реалізовувати здобуті знання.

У професійній діяльності фахівці із соціальної роботи керуються законами України: «Про соціальні послуги» (2019), «Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю» (2001), «Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії» (2000), «Про схвалення Стратегії реформування системи надання соціальних послуг» (2012) та ін., що визначають завдання з розроблення й упровадження на державному рівні соціальних послуг населенню.

Концептуально проблеми професійної підготовки МСП, моделі його особистості нині активно вивчають науковці, оскільки результативна робота установ, закладів соціального захисту й освіти неможлива без висококваліфікованих працівників. Серед актуальних наукових доробків із проблеми особистісно-професійного розвитку МСП акцентуємо увагу на працях українських (Р. Вайнола [20], І. Зверева [53], А. Капська [62], О. Карпенко [66], М. Лукашевич [91], І. Мигович [91], Л. Міщик [104] та ін.) та зарубіжних (В. Бочарова, Л. Джонсон, М. Доел, П. Павленок, Є. Холостова, С. Хореджсі, Б. Шифор, Н. Шмельова [6] та ін.) науковців. Підготовку майбутніх фахівців із соціальної роботи науковці визначають як процес формування фахівця нового типу, який має швидко й адекватно реагувати на зміни в суспільстві, компетентно вирішувати соціально-педагогічні проблеми; систему організаційно-методичних заходів, які забезпечують формування професійної спрямованості, знань, умінь, навичок; цілісний динамічний процес становлення особистості фахівця [151].

Ураховуючи зазначені позиції, визначаємо підготовку майбутніх соціальних педагогів/соціальних працівників як процес, що передбачає формування професійної спрямованості особистості, засвоєння нею

сукупності теоретичних знань, формування практичних умінь і навичок, накопичення досвіду, результатом чого є готовність до виконання своєї професійної діяльності.

У наукових працях (О. Демченко [37], І. Зверевої [53], А. Капської [62], О. Карпенко [66], І. Козубовської [54], І. Миговича [91], Л. Міщик [104] та ін.) розглянуто важливі напрями вивчення складових підготовки МСП до професійної діяльності. Вважаємо, що важливим у професійній підготовці МСП є врахування різноманітності його професійних функцій – прогностичної, аналітичної, управлінської, організаційної, соціально-профілактичної, соціально-побутової, соціально-правової, соціально-реабілітаційної тощо. Із метою виконання та реалізації професійних функцій майбутньому фахівцеві із соціальної сфери, крім якісної професійної освіти, потрібна й особистісна готовність з обов'язковим дотриманням принципів та норм Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України [131]. З отриманням основного обсягу знань, умінь та навичок після закінчення ЗВО соціальний працівник потребує часу для пристосування до умов професійної діяльності на конкретному робочому місці. Саме тому в наявній системі професійної підготовки активізація готовності випускників до конкретної практичної діяльності має суттєве значення.

Сучасна система професійної підготовки студентів із соціальної роботи у ЗВО здебільшого звертає увагу на професійну складову навчання, тоді як молодий спеціаліст на своєму шляху в процесі трудової діяльності стикається, крім проблем професійних (рівень його знань, умінь та навичок), ще й з проблемами соціального та психологічного напрямів. Виходячи з цього, освітній процес має спрямовуватися на різні аспекти формування готовності до майбутньої професійної діяльності в професійній підготовці соціальних працівників у вищій школі протягом усього періоду навчання.

Вивчення проблем, пов'язаних із професійною готовністю МСП, є актуальним з ряду причин. По-перше, впливає на якість надання

різноманітної соціальної допомоги тим верствам населення, які потребують особистісного підходу до кожного клієнта, загальних і профільних знань, можливості застосовувати набуті знання у своїй практичній діяльності тощо. По-друге, виникає необхідність у розробленні різних технік, які можуть застосовуватися соціальними організаціями і службами, що, у свою чергу, вимагає від майбутніх спеціалістів соціальної сфери засвоєння достатнього обсягу вмінь та навичок, інформації, які надають можливість швидше адаптуватися до певних змін. По-третє, професійна готовність студентів до соціальної роботи впливає на розвиток соціальної структури суспільства, на політичне й культурне життя нашої країни, демографічні процеси в ній. Отже, готовність МСП до професійної діяльності є одним з її невіддільних елементів, який, у свою чергу, допомагає регулювати цю діяльність, стимулюючи до успішності її виконання.

Професійна готовність соціального працівника визначається володінням системою соціальних знань та сформованістю професійно значущих якостей спеціаліста. Набута сукупність умінь та навичок забезпечує, своєю чергою, усвідомлення суті професійної діяльності.

Зауважимо, що професійна готовність студента має генералізований характер, тобто поширюється на всі професійно значущі якості особистості та діяльність майбутнього соціального працівника. ГМСП до професійної соціальної роботи не є вродженою якістю особистості – основним шляхом її формування є професійна освіта і включення в соціально-професійну діяльність.

Аналіз наукової літератури з проблеми готовності майбутніх фахівців до професійної діяльності дозволяє стверджувати, що на сьогоднішній день відсутнє дослідження з визначення сутності ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та її складових. Перш ніж досліджувати відповідне питання, подальший науковий пошук спрямуємо на усвідомлення сутності понять «готовність», «готовність до професійної діяльності», «готовність до професійної діяльності МСП».

Особливості процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП обумовлені передусім концептуальними науковими дослідженнями готовності МСП, а також науковими дослідженнями соціальної роботи із зазначеною категорією клієнтів.

Категорію готовності досліджують у зв'язку із її співвіднесенням із процесом формування й становлення майбутніх фахівців різних галузей професійної діяльності. Крім того, готовність як потенційний стан особистості професійно підготовленого спеціаліста розглядається і як теоретична проблема, і як практично орієнтований підхід [108].

Семантичний аналіз поняття готовності дозволив з'ясувати його сутність. У загальному трактуванні «готовність» – стан готового; бажання зробити що-небудь [21, с. 257]; поняття «готовий» пояснюється як «той, який зробив необхідне приготування, підготувався до чого-небудь; який висловлює згоду, схильний до чого-небудь або виявляє бажання зробити що-небудь; який перебуває в стані, близькому до чого-небудь; доведений до повної готовності; заздалегідь продуманий, підготовлений, складений; який уже склався, набув досвіду, досяг високої майстерності» [21, с. 257]. Слушним у контексті нашого дослідження є визначення готовності В. Копоруліної як «активно дієвого стану особистості, установки на певну поведінку, мобілізованість сил для виконання завдання» [180, с. 57].

Серед різноманітних підходів до визначення готовності до різних галузей професійної діяльності є особистісний, функціональний, психофізіологічний та ін. У своїх працях щодо визначення готовності особистісного підходу дотримуються Л. Кондрашова [77], А. Линенко [86], С. Литвиненко [87] та ін. На основі цього підходу поняття «готовність» розуміють як складне особистісне утворення, психологічний стан та характеристику особистості (пізнавальні, емоційні, вольові компоненти, мотиви поведінки), що визначають успішну діяльність.

Функціонального підходу дотримувалися Н. Байбекова [8], Л. Карамушка [63], Д. Узнадзе [179] та ін., визначаючи поняття «готовність»

як комплекс психологічних якостей людини, які забезпечують ефективність професійної діяльності.

Такі науковці, як І. Гавриш [27], В. Сластьонін [161] та ін., які є прибічниками психофізіологічного підходу, наголошували на тому, що готовність – це психічний й фізіологічний стан функцій організму, при якому особистість виконує свою професійну діяльність.

У ході аналізу сутності поняття «готовність» виявлено, що єдиної загально визнаної дефініції немає, оскільки кожен автор надає їй власне пояснення та обґрунтовує його. Крім того, особливістю є відмінність характеристик щодо вивчення поняття «готовність» залежно від певної галузі наук. Аналіз його сутності дозволяє виявити у слові «готовність» дві основні складові: можливість (здатність) і бажання (прагнення) здійснювати певну діяльність. Ці складові також простежуються майже у всіх наукових підходах до розгляду феномену професійної готовності.

У дослідженні ми звернулися до наукових праць з метою детального аналізу визначень «професійної готовності». Так, на думку А. Линенко, готовність розуміється як цілісне утворення, яке характеризує емоційно-когнітивну і вольову мобілізаційність суб'єкта в момент його включення в діяльність певного спрямування [86]. Л. Кондрашова [77] визначає готовність до педагогічної діяльності як складне особистісне утворення, для Ю. Вербиненко [22 с. 2] готовність є як результатом професійно-педагогічної підготовки, так і умовою успішної професійної діяльності. Також С. Литвиненко готовність до соціально-педагогічної діяльності трактує як результат професійно-педагогічної підготовки, інтегральне багаторівневе динамічне особистісне утворення [87].

Із позицій функціонального підходу готовність до консультативної роботи розглядала Н. Байбекова [8, с. 24], позиціонуючи її як певний стан психічних функцій, що забезпечує високий рівень досягнень під час консультації. Д. Узнадзе трактує «готовність» як специфічний стан, що виникає в суб'єкта при наявності будь-якої потреби і ситуації задоволення

[179, с. 165]. В. Сластьонін розуміє готовність як особливий психічний стан особистості, що проявляється в наявності в суб'єкта образу, структури певної дії й постійної спрямованості на її виконання [160, с. 14]. Також поняття готовності до професійної діяльності розглядають як наявність здібностей (С. Рубінштейн [149], Б. Ананьєв [4]), як психологічний процес (Е. Еріксон [4]), як психічний чи психологічний стан (А. Пуні [147, с. 212–215]).

Аналіз наукової літератури дає змогу стверджувати, що готовність випускника вищої школи до професійної діяльності трактують по-різному в сучасних дослідженнях, що зумовлено різноманітністю наукових підходів, специфікою конкретної професійної діяльності, багатогранністю й багатокомпонентністю досліджуваного феномену.

Так, О. Пархоменко [117, с. 123] у структурі готовності виділяє три компоненти: 1) когнітивний (пізнавальний); 2) мотиваційно-ціннісний; 3) практично-операційний. А. Линенко [86] виокремлює когнітивний, мотиваційний та операційний компоненти як такі, що допомагають визначити готовність до професійної діяльності.

К. Дурай-Новакова, визначаючи структуру професійної готовності, виділяє п'ять компонентів:

1. Мотиваційний (професійно значущі потреби, інтереси та мотиви діяльності).

2. Орієнтаційно-пізнавальний (знання про зміст професії, вимоги до професійних ролей, способи розв'язання професійних завдань).

3. Емоційно-вольовий (почуття відповідальності за результат діяльності, самоконтроль, уміння управляти діями, з яких складається виконання професійних обов'язків).

4. Операційно-дієвий (мобілізація й актуалізація професійних знань, умінь, навичок і професійно значущих властивостей особистості, адаптація до вимог виконання професійних ролей і до умов професійної діяльності).

5. Установчо-поведінковий [43].

На думку Ю. Верби́ненко, «основними компонентами готовності до педагогічної діяльності є: змістово-операційний (система професійних знань, умінь і навичок, педагогічне мислення, професійне спрямування уваги, сприймання та пам'яті), мотиваційно-цільовий (позитивне ставлення та інтерес до професії, бажання присвятити себе педагогічній діяльності), оцінний (самооцінювання власної професійної підготовленості), ціннісно-орієнтаційний (розуміння професійних цінностей та етичних норм, духовність, громадська активність та професійна відповідальність), комунікативно-інформаційний (комунікативна компетентність; сформованість комунікативних умінь; розвиток інформаційної культури; використання новітніх інформаційних технологій у професійній педагогічній діяльності), креативний (розвиток педагогічної творчості; педагогічна майстерність та професійна культура; використання нових, креативних підходів у методиці викладання)» [22, с. 120–121].

У дисертації С. Литвиненко зазначено, що структура готовності до соціально-педагогічної діяльності охоплює мотиваційний, змістовий, діяльнісний, креативний компоненти. Означені компоненти позиціонуються як взаємозв'язані і взаємозумовлені складові готовності до реалізації функцій і завдань соціально-педагогічної діяльності. З позиції науковиці, готовність відзначається стійкою професійно-педагогічною мотивацією, спрямованістю на особистісно орієнтовану взаємодію з дітьми, усвідомленням суспільного й особистісного значення соціально-педагогічної діяльності, глибокими теоретичними і прикладними знаннями змістової і процесуальної сутності соціально-педагогічної діяльності та сформованими педагогічними вміннями, високим творчим потенціалом і здатністю до саморозвитку [87].

Таким чином, у результаті аналізу дослідження складових готовності до професійної діяльності виявлено, що думки багатьох учених мають як розбіжності, так і спільні уявлення з відповідного питання.

У педагогічних дослідженнях поняттям «формування» називають процес становлення особистості в результаті об'єктивного впливу

спадковості, середовища, цілеспрямованого виховання й власної активності (самовиховання), педагогічне управління індивідуальним становленням людської особистості [59]. Важливою умовою формування готовності до будь-якої діяльності є наявність необхідних рис особистості, тобто її схильності й здібності для виконання своїх функціональних професійних завдань. Однак ця готовність формується через засвоєння загальних і професійних знань, напрацювання вмінь та навичок, удосконалення набутих та розвинених індивідуальних якостей особистості. Готовність у такому разі досягається в процесі моральної, психологічної, професійної та фізичної підготовки, вона є результатом усебічного особистісного розвитку з урахуванням вимог, зумовлених особливостями професійної діяльності.

Формування професійної готовності А. Оніщук [112] пов'язує з розвитком функціональної основи психічної регуляції діяльності; розвитком знань і поглядів на світ професій, формуванням цінності й значущості праці в суспільстві, особистих цінностей, схильностей і здібностей, орієнтацій і вимог професії і т. п.; розвитком особистого досвіду і «привласненням» цінностей культури, інтеграцією ціннісно-мотиваційної, операційної та функціональної (емоційної) готовності в єдиному суб'єкті зараз і в конкретній ситуації.

Таким чином, формування професійної готовності у сучасних наукових дослідженнях тлумачиться як закономірний процес спеціальної підготовки, самовизначення, освіти й самоосвіти, виховання й самовиховання.

Розбіжності у визначенні сутності готовності до професійної діяльності та її компонентного складу зумовлені передусім особливостями предмета дослідження науковців, різним контекстом розгляду проблеми, методологічними засадами й авторською концепцією дослідження. Однак зазначимо, що різні трактування цього поняття не виключають, а розширюють і поглиблюють уявлення про досліджуваний феномен.

Проблема формування ГМСП до професійної діяльності є досить складною і багатогранною. Соціальний працівник є уособленням професійної діяльності за напрямом «Соціальна робота». Ця діяльність є однією з найбільш важких і багатоаспектних у колі професій типу «людина – людина». Відповідно, вимоги, що висувуються як до професійних, так і особистісних характеристик МСП, відрізняються від стандартів інших професій. Потреба оволодіння широким колом теоретичних й практичних знань, умінь та навичок наряду з досить жорсткими вимогами до особистості самого МСП, спричиненими характером його діяльності, є однією зі специфічних особливостей професійної підготовки таких спеціалістів. Для високого рівня професійної віддачі необхідний високий рівень освіченості й готовності до професійної діяльності.

Об'єктом професійної уваги сучасного соціального працівника є велика кількість різних клієнтів та соціальних груп населення, яким він допомагає повернути здатність діяти самостійно за певних соціальних умов. Важливою умовою під час роботи з такою категорією клієнтів соціальної діяльності, як люди з особливими потребами, є кваліфіковане виконання своїх професійних обов'язків, комунікативні й організаторські вміння. Також важливе значення має високий рівень професійної культури, розуміння проблем клієнтів, засобів та методів активізації їхніх ресурсів. Ураховуючи чутливість і вразливість цієї категорії людей, соціальному працівникові потрібно володіти, окрім достатнього обсягу знань стосовно роботи з людьми з особливими потребами, ще й певним складом особистих якостей.

Професія соціального працівника стає суспільно ваговою завдяки усвідомленню місця та ролі фахівця із соціальної роботи в нинішньому суспільстві. Унаслідок цього розвиваються експериментальні та науково-теоретичні дослідження професійної готовності МСП до фахової діяльності.

Аналіз наукової літератури свідчить про різне трактування у дослідженнях науковців сутності готовності соціального працівника до професійної діяльності. А. Ляшенко пропонує професійну готовність МСП

розглядати в кількох варіантах: як формування психофізіологічної установки суб'єкта, особистості; як сформованість мотиваційної установки на соціальну реальність; як професійно сформовані якості у вищому чи середньому спеціальному закладі; як здатність до самовдосконалення у професії [94]. О. Карпенко [64, с. 21] визначає поняття «готовність МСП до соціальної роботи» як систему компонентів, якостей особистості майбутнього спеціаліста-професіонала, які забезпечують виконання ним функцій, адекватних потребам певної виробничої діяльності.

У дослідженні професійно-особистісного розвитку соціального працівника Н. Шмельова зробила висновок, що «готовність» може бути інтерпретована як цілісне утворення, «ядром якого виступає морально-психологічна, змістово-інформаційна й операційно-діяльнісна готовність, будучи одночасно одним із показників у професійно-особистісному розвитку студента і спеціаліста» [191, с. 86]. Згідно з твердженням Л. Міщик професійна готовність спеціалістів соціального профілю становить складне явище, що містить комплекс індивідуально-психологічних якостей особистості та систему знань, умінь, навичок, які забезпечують успішність реалізації професійно-педагогічних функцій [104].

Аналіз наукових джерел (І. Зверева [53], А. Капська [62], О. Карпенко [66], Л. Міщик [104; 105] та ін.) дав змогу виявити два основні підходи до визначення поняття «професійна готовність МСП»: 1) як багатофункціональний механізм, що містить особистісно-професійний, мотиваційно-ціннісний та професійно-діяльнісний компоненти, представлені сукупністю знань, умінь та навичок і якостей, якими повинен володіти МСП для ефективної професійної діяльності; 2) як стан особистості, що сприяє ефективній професійній діяльності.

На підставі проведеного нами аналізу понять «готовність», «готовність до професійної діяльності», «формування» та характеристики професії соціального працівника нами проаналізоване та узагальнене поняття «готовність майбутнього соціального працівника до професійної діяльності».

ГМСП до професійної діяльності ми визначаємо як *складне утворення особистості соціального працівника, що характеризує спроможність і забезпечує успішне виконання професійних функцій та функціональних обов'язків фахівця соціального профілю в процесі його професійної взаємодії з особами, які потрапили в складні життєві ситуації та потребують сторонньої допомоги у вирішенні проблем їхньої життєдіяльності.*

У нашому дослідженні поняття ГМСП визначаємо на основі аналізу функцій та функціональних обов'язків соціального працівника. Згідно з твердженнями дослідників І. Звереві, О. Безпалько, Г. Лактіонової, С. Харченко та ін. зміст професійної діяльності соціального працівника зумовлений функціями, які він виконує згідно із законами, законодавчими актами [53]. На нашу думку, готовність до професійної діяльності визначається системою саме тих вимог, які висуває до фахівця певна діяльність, і тому успішна реалізація функцій та функціональних обов'язків є невід'ємною частиною професійної ГМСП.

Теоретичний аналіз та узагальнення наукових праць, нормативно-правових документів (зокрема офіційного законодавчого документа України – «Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 80. Соціальні послуги» [41, с. 48-50], в якому окреслені завдання та обов'язки, вимоги до знань та кваліфікаційні вимоги до соціального працівника), що містять різноманітні вимоги до професії, функцій та функціональних обов'язків соціального працівника, дозволяють виокремити основні особистісні риси, знання та професійні вміння МСП. Своєю чергою, виділення основних особистісних рис, знань та вмінь сприяє визначенню компонентів професійної ГМСП.

Компонентами готовності до професійної діяльності можна вважати знання про предмет та способи діяльності, навички і вміння практичного втілення цих способів, професійно значущі якості особистості, професійну самосвідомість, відповідальне ставлення до діяльності фахівця, мотиви.

Як зазначають Т. Соловей та М. Чайковський, у зарубіжній та вітчизняній науковій літературі немає єдиної думки щодо структурних компонентів готовності соціальних працівників до професійної діяльності [163]. Для визначення цих компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП було проаналізовано різні підходи до структурування професійної підготовки соціальних працівників.

Дослідники виділяють такі компоненти ГМСП до професійної діяльності:

- мотиваційний, когнітивний, діяльнісний, творчий, рефлексивний (О. Ветрова) [23];
- когнітивний, операційно-дієвий, мотиваційно-особистісний, творчий (О. Наконечна) [100];
- інформаційний, психологічний, методичний та ціннісно-нормативний (Н. Сайко) [154];
- мотиваційно-ціннісний, когнітивний, діяльнісний, вольовий (Ю. Колодійчук) [75];
- мотиваційний, змістовий, процесуальний, результативний (С. Шульце) [192];
- мотиваційний, морально-орієнтаційний, пізнавально-орієнтаційний, емоційно-вольовий, психофізіологічний, оціночний (О. Карпенко) [64, с. 2].

Проведений аналіз дає можливість зробити висновки про те, що науковці хоч і по-різному називають ту чи іншу складову готовності МСП, проте виокремлюють такі її компоненти: знання, уміння, мотиви, відношення. Відповідні компоненти відображають ГМСП до конкретної практичної діяльності та характеризують його як особистість у цілому.

На основі розгляду особливостей розвитку та життєдіяльності дітей МШВ з ДЦП, аналізу та узагальнення понять «соціальна реабілітація», «соціальна реабілітація дітей МШВ з ДЦП», «готовність», «готовність до професійної діяльності», «готовність майбутнього соціального працівника»,

уточнення структури та закономірностей соціально-реабілітаційної роботи соціальних працівників з дітьми МШВ з ДЦП, структурних компонентів професійної діяльності й готовності до соціальної реабілітації як провідного напрямку роботи з дітьми МШВ з ДЦП нами зроблені висновки щодо сутності феномену ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Ми формуємо її як *комплексне особистісне утворення, що містить знання студентів про сутність і особливості реалізації соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, умінь та мотиваційно-особистісного ставлення до здійснення соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на основі опанування функцій і функціональних обов'язків соціального працівника.*

Розглядаючи питання змістовного наповнення компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, важливо звернутися до переліку компетентностей, які формуються ЗВО у студента за ОКР / ОС «Бакалавр» спеціальності 6.130102 / 231 «Соціальна робота». Зазначимо, що відповідно до терміну науково-дослідної роботи (2015 – 2017 рр.), Стандарт вищої освіти України для спеціальності 6.130102 / 231 перебував на стадії розроблення. Лише з 2019 / 2020 н. р. зміст професійної підготовки МСП обґрунтовано в Стандарті вищої освіти України за спеціальністю 231 «Соціальна робота» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 23 «Соціальна робота» [134]. З огляду на це у дослідно-експериментальному дослідженні покликалися на діючі на цей період ОКХ / ОХ спеціальності, ОПП / ОП, навчальні плани, робочі програми.

У змісті ОКХ (2011 р.) (Додаток Г) перелічуються загальні вимоги до властивостей і якостей випускників ЗВО як соціальних особистостей, які подаються у вигляді переліків соціально-особистісних компетенцій (КСО); компетенцій інструментальних (КІ), загальнонаукових (КЗН); професійних (загально-професійні (КЗП), спеціалізовано-професійні (КСП)) компетенцій щодо вирішення певних проблем й задач та системи умінь, що забезпечують наявність цих компетенцій. У Стандарті вищої освіти України (2019 р.)

наводиться перелік інтегральних (ІК), загальних (ЗК), спеціальних (фахових, предметних) компетентностей (СК), що мають бути сформовані у здобувачів ЗВО. Аналізуючи перелік загально-професійних й спеціалізовано-професійних компетентностей ОКХ (2011 р.) та спеціальних (фахових) компетентностей Стандарту вищої освіти України (2019 р.), в цілому простежується співвідносність в їх змістовому наповненні.

Виокремимо першочергові компетентності, формування яких сприяє ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та спонукає до виявлення її компонентів. Серед соціально-особистісних компетенцій є професійно-особистісні якості такі, як адаптивність і комунікабельність (КСО 06), толерантність (КСО 09), які можуть виступати показниками мотиваційно-особистісного компоненту. З переліку загально-професійних компетенцій зазначимо важливість формування деяких з них, а саме: уявлення про основи соціального забезпечення (КЗП-8); базові уявлення про психофізіологічні особливості об'єктів соціального-забезпечення; володіння методами роботи з різними групами клієнтів системи соціального забезпечення (КЗП-9); базові уявлення про основи правової, фінансової, медичної, реабілітаційної, соціально-побутової, психолого-педагогічної підтримки об'єктів соціального забезпечення, принципи комплексного підходу до вирішення їхніх проблем. Їх включимо до когнітивного компоненту (КЗП-10); знання правових основ роботи і законодавства України в галузі соціального забезпечення (КЗП-16). До діяльнісно-практичного компоненту виокремимо з переліку спеціально-професійних компетенцій здатність використовувати професійно-профільовані знання у забезпеченні посередництва між особистістю та родиною, між різними суспільними та державними структурами (КСП-2); здатність використовувати професійно-профільовані знання при здійсненні соціального патронажу клієнтів, що потребують соціальної допомоги, реабілітації та підтримки (КСП-9). Такі особистіно-професійні якості (соціально-особистісні компетентності) як здатність до критики та

самокритики (КСО 04) можна віднести до рефлексивного компоненту ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Проведений теоретичний аналіз наукових досліджень, нормативно-правових документів дає підстави виокремити компоненти ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, а саме: мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний. Схарактеризуємо їх детальніше.

Першим компонентом ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП є мотиваційно-особистісний, який характеризує здатність майбутнього фахівця мотивувати себе на набуття необхідних професійних знань, умінь і навичок та формування готовності стосовно соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ із захворюванням на ДЦП.

Для нашого дослідження важливою є думка Т. Голубенко щодо особливостей формування готовності майбутніх соціальних працівників: «Механізм формування мотивації та орієнтації до патронажної роботи з людьми похилого віку – це сукупність закономірних зв'язків та відношень, що обумовлюють процес засвоєння соціальних цінностей, норм і правил поведінки, формують у індивіда специфічні ціннісні орієнтації та установки. Усебічна взаємодія викладача та студента на основі єдності мети та формування особистої відповідальності за результати навчання, сприяють створенню умов для відносно стійкої відповідності мотивів та цілей навчальної діяльності» [31, с. 79]. Як зазначає О. Тополь [174, с. 72], велике значення для успішної професіоналізації фахівця з соціальної роботи має мотиваційна складова, що зумовлює професійну придатність до практичної роботи.

Аналіз дисертацій з проблеми формування готовності до професійного самовизначення показав, що багато дослідників на перше місце у структурі готовності ставлять мотиваційний компонент (О. Ветрова [23], О. Наконечна [107], Т. Осадченко [114] та ін.).

Вважаємо, що сформованість мотиваційного ставлення МСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП має велике значення для підвищення результативності засвоєння та застосування відповідного виду діяльності та, як наслідок, для успішної реалізації моделі.

Когнітивний компонент ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП містить сукупність загальних знань про людину, закономірності її взаємодії у суспільстві, соціальну поведінку, вплив середовища на її соціалізацію, спеціальних знань про дитину МШВ з ДЦП та про особливості життєдіяльності дитини та її родини. Головною метою виділення когнітивного компонента є отримання МСП знань із різних галузей та сприяння усвідомленню міжпредметних зв'язків, необхідних для продуктивної відповідної професійної діяльності.

Важливість теоретичної готовності для МСП підкреслюють практично всі дослідники соціально-реабілітаційної сфери. Ми наголошуємо, що знання створюють основу, на якій базуються вміння та навички. Тому програмою підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП передбачено надання студентам знань щодо особливостей психофізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання сутності та технологій надання соціально-реабілітаційних послуг; знання нормативно-правової бази України щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; механізмів оцінювання ефективності здійснення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП; функціональних обов'язків та кваліфікаційних вимог до фахівців, які здійснюють відповідний вид роботи.

Третім компонентом ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП є діяльнісно-практичний, що передбачає наявність належного рівня необхідних умінь і навичок щодо здійснення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП та є показником сформованості прикладних знань. Він дозволяє визначати рівень сукупності професійних умінь (діагностичних, прогностичних, комунікативних, управлінських, організаційних тощо), необхідних для здійснення соціально-реабілітаційної

роботи з дітьми МШВ з ДЦП; конструктивно вирішувати конфліктні ситуації; реалізовувати дослідницьку діяльність.

Як зазначає Н. Горішна, в основі професійних умінь соціального працівника лежить організована система знань, проте наявність теоретичних знань ще не забезпечує успіху в соціальній роботі [34, с. 116]. Для ефективного здійснення соціальної роботи потрібні відповідні навички. Діяльнісно-практичний компонент формує професійні й соціальні позиції МСП. Він пов'язаний з виконанням різноманітних соціальних ролей: посередника між сім'єю і соціальними службами, між дітьми і дорослими; помічника, радника, друга, експерта та ін. Оволодіння різними соціальними ролями визначає рівень професійної ГМСП й готовності до соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми з МШВ з ДЦП.

Важливість практичного компонента в процесі підготовки МСП докладно досліджено З. Фалинською, яка наголошувала на принципі неперервної практичної підготовки студентів [181].

У своєму дослідженні ми наголошуємо на важливості вміння соціального працівника з розумінням слухати інших, творчо вирішувати проблеми клієнта, бути грамотною та освіченою людиною, зразком у професійних відносинах, уміти оцінювати власну поведінку.

Діяльнісно-практичний компонент відображає оволодіння засобами, прийомами, видами соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; вміння реалізовувати індивідуальні та групові форми соціально-реабілітаційної роботи. Це показник здатності МСП втілювати отримані під час навчання специфічні знання у практичну професійну діяльність.

Оцінювально-рефлексивний компонент є четвертим компонентом ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Цей компонент передбачає наявність у МСП сукупності навичок до самооцінювання та здатності до самоаналізу, самокорекції, тобто рефлексії.

На провідному значенні формування рефлексивності у студента наголошує Л. Міщик, яка зазначає, що «організація і функціонування

рефлексивного середовища є головною умовою культивування рефлексії, яка забезпечує активізацію особистісного та професійного досвіду» [105, с. 58].

Професійна рефлексія, на думку І. Звереві, О. Безпалько, С. Харченка, пов'язана з професійним усвідомленням та самоусвідомленням, допомагає спеціалісту вийти зі стану своєрідного «поглинання» професією і поглянути на неї з позиції спостерігача, зайняти позицію поза нею, над нею для судження про неї. Професійна рефлексія визначає ставлення спеціаліста до самого себе як до суб'єкта діяльності, спробу побачити себе в конкретній робочій ситуації [53].

На нашу думку, здатність порівнювати, зіставляти власне бачення себе з оцінками інших учасників соціальної взаємодії під час процесу соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП допомагає МСП усвідомлювати, як він сприймається та оцінюється іншими людьми.

Взаємозв'язок та взаємообумовленість визначених нами компонентів (мотиваційно-особистісного, когнітивного, діяльнісно-практичного та оцінювально-рефлексивного) допоможе забезпечити досягнення якісного результату формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Отже, на основі аналізу змісту посадових обов'язків та професійних функцій соціального працівника, змісту вимог до його особистості, висновків науковців щодо структурування професійної діяльності, особливостей формування готовності майбутніх соціальних працівників нами визначено сутність феномену ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП і його структуру, яка відображає спрямованість діяльності на об'єкт професійної діяльності з урахуванням соціально-реабілітаційної специфіки цього об'єкта. Встановлено, що професійна готовність як якісне утворення особистості формується тільки у процесі певної діяльності майбутнього працівника. Подальший науковий пошук спрямовано на визначення критеріїв, показників та рівнів сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

1.3. Критерії, показники і рівні сформованості готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем

Важливим елементом організації та проведення дослідницько-експериментальної роботи є розроблення критеріїв та показників процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, що дозволяє виявити рівень розвитку необхідних знань, умінь, навичок та особистих якостей у студентів – майбутніх соціальних працівників.

Поняття «критерій» у науково-педагогічній літературі визначають через категорії «показник» [33, с. 81], «ознака» [45, с. 434–436], «міра судження, оцінки» [72, с. 149] тощо. Критерій – це ознака, за якою класифікуються, оцінюються факти, дії, явища. Критерій є якісною характеристикою ефективності будь-якого процесу, інструментом оцінювання, що сам по собі не є оцінкою. Він більш узагальнений та стабільний, ніж показник, тому перебуває на більш високому рівні. Показник – це ступінь розвитку об'єкта або його якостей у їх конкретному прояві в конкретному середовищі, який дозволяє судити про сутність змін, що відбуваються з об'єктом. Аналіз сучасних досліджень дає можливість зробити висновок про те, що проблема визначення критеріїв та показників є необхідною умовою дослідження сформованості готовності до професійної діяльності. Науковці О. Вєтрова [22], А. Капська [62], Л. Міщик [105] виділяли різноманітні критерії професійної готовності, а саме: мотиваційний, когнітивний, діяльнісний, творчий, рефлексивний тощо.

У нашому дослідженні ми обрали низку *критеріїв*, які характеризуватимуть компоненти формування ГМСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП: мотиваційно-особистісний критерій (сукупність мотивів щодо набуття необхідних професійних знань, умінь і навичок та формування компетентності у питаннях соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ із захворюванням на ДЦП);

когнітивний критерій (теоретичні знання особливостей соціально-реабілітаційної допомоги дітям); діяльнісно-практичний критерій (практичні вміння й навички роботи під час проведення соціальної реабілітації дітей та формування особистісного досвіду для здійснення соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП); оцінювально-рефлексивний критерій (самооцінювання готовності та здатність до самоаналізу і самокорекції соціального працівника щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП). Отже, ми визначили такі критерії професійної ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП: мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний. Проведемо їх детальний аналіз.

Мотиваційно-особистісний критерій дозволяє оцінити сформованість професійної ціннісно-мотиваційної спрямованості особистості та професійно важливих якостей і моральних норм особистості МСП для соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП. Показниками мотиваційно-особистісного критерію є:

- наявність сформованих ціннісно-мотиваційних орієнтирів МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (особистісна зрілість, самостійність; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація (перевага суспільних інтересів над особистими); усвідомлення значущості соціальної реабілітації для поліпшення соціального становища дітей МШВ з ДЦП);

- наявність необхідних особистісно-моральних якостей МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (гуманістична спрямованість; здатність до емпатії (розуміння відношень, почуттів іншої особи); комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самокритичності; відчуття справедливості (відповідність моральним і правовим нормам людських стосунків).

Наявність ціннісно-мотиваційних орієнтирів МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП характеризує здатність мотивувати себе на

набуття необхідних професійних знань, умінь і навичок та формування готовності у питаннях соціально-реабілітаційної роботи з визначеною категорією дітей.

На думку С. Єрмакової, ціннісні орієнтації – це спрямованість суб'єкта на діяльність і певні цінності [50]. Професія соціального працівника має свою сукупність цінностей, які є специфічними для відповідного виду діяльності. Серед них особливе значення мають і цінності, що визначають ставлення особистості МСП до соціально-реабілітаційної діяльності дітей МШВ з ДЦП. Специфічні цінності визначають мотивацію студентів до навчально-пізнавальної діяльності в процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Поділяючи погляди науковців (О. Безпалько [53, с. 214], І. Зверевої [53, с. 214], А. Кір'якової [69], Е. Томаса [173], С. Харченка [53, с. 214], П. Якобсона [196, с.188–193] та ін.), ми виділяємо такі ціннісно-мотиваційні орієнтири: особистісна зрілість та самостійність особистості; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація (перевага суспільних інтересів над особистими) та усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП. Виокремлені ціннісно-мотиваційні орієнтири МСП були використані при адаптуванні методики діагностування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за мотиваційно-особистісним критерієм.

Кваліфікаційний рівень соціального працівника залежить не тільки від знань, умінь, навичок, а й від особистісних якостей, які визначають його моральний образ. Особливий статус соціальної роботи, її спрямованість на допомогу вимагає, щоб цю професію обирали люди з особливими особистісними якостями. Діяльність соціального працівника – це зона довіри між людьми, шлях до їх взаєморозуміння, взаємодопомоги і взаємовідповідальності. Особистісно-моральні якості соціального працівника повинні забезпечувати його професійну придатність.

Професійна необхідність індивідуального підходу до вирішення морально-етичних проблем вимагає наявності внутрішньої потреби діяти завжди високоморально, регулювати свої дії з урахуванням суспільних норм та системи цінностей. При цьому моральні потреби та мотивація діяльності характеризують соціального працівника як особистість.

Особистісно-моральна поведінка соціального працівника у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП визначається певними моральними і духовними якостями його особистості, які поєднують загальнолюдські та специфічно професійні моральні якості, що відображено в Етичному кодексі спеціалістів із соціальної роботи України [131].

Особистісні якості, яких вимагає від спеціаліста соціально-реабілітаційна діяльність з дітьми МШВ з ДЦП, не зникають за межами закладу соціального захисту, вони живуть у його поведінці й діях постійно, у будь-яких ситуаціях, формуючи у громадській думці образ соціального працівника як високоморальної особистості. Виділення мотиваційно-особистісного критерію є свідченням ГМСР до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за мотиваційно-особистісним структурним компонентом.

Одним із важливих критеріїв оцінювання теоретичних знань є когнітивний. *Когнітивний критерій* дозволяє оцінити наявність у майбутнього фахівця певного рівня набутих професійних знань із соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Показниками когнітивного критерію є:

– наявність професійних знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної діяльності МСР з дітьми МШВ з ДЦП (знання основ історії та теорії соціальної роботи, теорії соціальної педагогіки, основ реабілітології; знання вікової та педагогічної й соціальної психології; знання основ менеджменту соціального забезпечення; знання соціальної політики відносно дітей МШВ з ДЦП в Україні (динаміка, причини та наслідки, сучасні проблеми у наданні соціально-реабілітаційних послуг); знання нормативно-правової бази України щодо надання соціальної реабілітації

дітям МШВ з ДЦП; знання про функціональні обов'язки соціального працівника у наданні соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП; володіння системою знань про особливості захворювання на ДЦП; знання про особливості психофізичного та соціального розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання технології надання соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; володіння системою знань про структуру та діяльність установ із соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

– здатність до пізнання проблем соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Пізнання – це важлива частина життя людини. Завдяки цій здатності ми розвиваємося. Пізнання – це вид діяльності людини, спрямований на пошук і отримання знання про щось. Мотиви пізнання обумовлюються прагненням зрозуміти, як це працює і як це використовувати. Шляхів до пізнання багато: формальна, неформальна, інформальна освіта, самоосвіта, засоби масової інформації, інформаційно-комунікаційні технології, друковані видання, власний досвід у певному виді роботи та ін. За допомогою відповідних засобів пізнання МСП має можливість розширити та поглибити знання щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Критерієм ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, який дозволяє оцінити ступінь опанування вмінь та набуття навичок, необхідних для професійної діяльності МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, є діяльнісно-практичний.

Показниками *діяльнісно-практичного критерію* є:

– наявність організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (володіння технологіями та техніками менеджменту: володіння вміннями адміністрування міждисциплінарної команди (забезпечення ефективної взаємодії її членів, перспективне планування, супервізії роботи команди) з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, володіння вміннями координування складання індивідуальних

реабілітаційних планів на дітей МШВ з ДЦП та моніторинг їх виконання, володіння вміннями працювати з дітьми МШВ з ДЦП та їхніми сім'ями, з колегами, знання психології організаційних процесів, навички оцінювання і впливу на людей, уміння стимулювати і спрямовувати; володіння технологіями соціального прогнозування: володіння вміннями визначення спектру запитів клієнтів із числа дітей МШВ з ДЦП, надання їм допомоги у пошуку відповідних агенцій; володіння технологіями зв'язку з громадськістю: володіння вміннями створення інформаційного банку даних про послуги державних та недержавних організацій і умови надання цих послуг дітям МШВ з ДЦП та їхнім сім'ям; володіння технологіями посередництва та розв'язання конфліктів: володіння вміннями ініціювання створення клієнтських груп взаємодопомоги (батьківських/материнських, груп сиблі) серед родин з дітьми МШВ з ДЦП, забезпечення таких груп додатковою інформацією правового та іншого характеру; володіння вмінням ведення переговорів із представниками органів місцевої влади та громадськості з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; володіння рекламно-інформаційними технологіями та технологіями зв'язку з громадськістю: володіння вмінням оприлюднення через засоби масової інформації стану задоволення соціальних потреб дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей; уміння здійснювати дослідницьку діяльність: володіння вмінням прогнозування, діагностування, організації діяльності, аналізу і синтезу, узагальнення тощо з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; володіння технологіями особистісно орієнтованої взаємодії: володіння вміннями індивідуального підходу, комунікативності в процесі проведення соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

– здатність до реалізації набутих знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Діяльнісно-практичний критерій дозволяє визначити рівень розвитку загальних та спеціальних умінь, необхідних для здійснення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП (комунікативні, конструктивні,

організаторські, представництва та посередництва, індивідуальної роботи, діагностування тощо).

У нашому дослідженні приділяємо увагу організаційно-управлінським умінням соціального працівника, бо у переліку функціональних обов'язків організаційно-управлінські вміння відіграють значну роль для ефективного здійснення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ із захворюванням на ДЦП. Обізнаність в управлінській діяльності є важливою якістю МСП, адже невміння будувати відносини з клієнтами, працювати з людьми та колективами з урахуванням особливостей різних груп і соціальних ситуацій, у яких вони перебувають, створювати атмосферу комфортності, бажання працювати завдає шкоди в досягненні цілей і якості результатів у соціально-реабілітаційній діяльності фахівця з дітьми МШВ з ДЦП.

Відзначимо, що засвоєння та використання знань, умінь, навичок, формування компетентностей, яке відображає апробування студентом себе як професіонала в реальних професійних умовах у процесі практики, є одним із головних етапів професійного зростання.

Останнім критерієм у структурі ГМСП є оцінювально-рефлексивний. Цей критерій характеризує рівень самодіагностики соціально-реабілітаційної діяльності, прагнення до подальшого вдосконалення своїх умінь аналізувати професійні ситуації, самостійний пошук інформації для аналізу з метою саморозвитку, здатність до рефлексії власного досвіду.

Показниками оцінювально-рефлексивного критерію є:

- самооцінювання готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;
- здатність до самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку (розвиненість рефлексії).

За допомогою цього критерію ми маємо можливість дослідити рівень самооцінювання готовності та здатність до самоаналізу і самокорекції соціального працівника з метою саморозвитку. Цей критерій пов'язаний з

практикою студента, завдяки якій стає можливим переосмислення не лише вже наявного досвіду, а й особистих умінь, що приводить до формування особистісного професійного досвіду.

Рівень рефлексивності студентів дасть змогу визначити їхні вміння до самоаналізу та самоконтролю щодо готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; умінь співвіднести свої дії з конкретною ситуацією; проаналізувати вже виконану соціально-реабілітаційну діяльність із дітьми МШВ з ДЦП та здатність прогнозувати можливий результат; здатність до підвищення професійної культури через переосмислення особистісного та професійного досвіду. Отже, оцінювально-рефлексивний критерій у нашому дослідженні є ознакою оцінювально-рефлексивного структурного компонента відповідно до розробленої нами моделі формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (див. розділ 2.3).

Взаємозв'язок між компонентами, критеріями та їх показниками щодо сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП висвітлено в Додатку Д 1.

У науковій літературі рівень визначається як відношення «вищих» і «нижчих» ступенів розвитку структур будь-яких об'єктів або процесів [162]. Рівневий підхід дозволяє розглядати будь-який процес розвитку особистості як перехід від одного рівня до іншого, більш складного і якісно іншого.

Звернемося до визначення науковцями рівнів готовності до професійної діяльності. У сучасних дослідженнях готовності фахівців до різних аспектів професійної діяльності найчастіше виокремлюється від трьох до п'яти відповідних рівнів сформованості (О. Ветрова [23], А. Капська [62], О. Карпенко [66], Н. Романова [66] та інші). Л. Міщик [105] розглядає чотири рівні розвитку професійної готовності: ситуативний (низький), репродуктивний (середній), системний (вищий за середній) і концептуальний (високий).

У нашому дослідженні ступінь (міру) прояву ознак будемо визначати за десятибальною шкалою: 0–3 бали – ознака не виявлялася (відсутня) та

оцінка 0–3 бали відповідала початковому рівню сформованості структурних компонентів професійної ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; 4–5 балів – ознака виявлялася не явно та оцінка 4–5 балів відповідала базовому рівню, недостатньо (слабо), могла змінюватись; 6–8 балів – ознака виявлялася достатньо (помірно) та оцінка 6–8 балів відповідала достатньому рівню; 9–10 – ознака виявлялася чітко, сильно (більшою мірою), а оцінка 9–10 балів – відповідає високому рівню.

Схарактеризуємо означені критерії, їх показники та рівні сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП детальніше (Додаток Д 2).

Початковий рівень. Студентам цього рівня притаманна:

- наявність недостатньо сформованих ціннісно-мотиваційних орієнтирів МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (особистісна зрілість, самостійність; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація; усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП) та необхідних особистісно-моральних якостей МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (гуманістична спрямованість; здатність до емпатії; комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самокритичності; відчуття справедливості);
- наявність нестійких, несистематизованих знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП (з основ історії та теорії соціальної роботи, соціальної педагогіки; володіння системою знань про особливості психофізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання сутності та технологій надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП; знання нормативно-правової бази України щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та ін.);
- відсутність здатності до пізнання з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- наявність поверхових організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- дуже низький або відсутній рівень здатності до реалізації знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- занижена самооцінка готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- неусвідомленість, безсистемність і епізодичність здійснення самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку.

Базовий рівень. Студентам цього рівня притаманна:

- наявність частково сформованих ціннісно-мотиваційних орієнтирів МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (особистісна зрілість, самостійність; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація; усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП) та необхідних особистісно-моральних якостей МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (гуманістична спрямованість; здатність до емпатії; комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самокритичності; відчуття справедливості);

- володіння поверховими, нестійкими знаннями, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП (з основ історії та теорії соціальної роботи, соціальної педагогіки; володіння системою знань про особливості психофізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання сутності та технологій надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП; знання нормативно-правової бази України щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та ін.);

- недостатньо виражена здатність до пізнання з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;
- наявність слабо виражених організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;
- низький рівень нестійкої, ситуативної здатності до реалізації знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;
- неадекватне самооцінювання готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;
- обмежене, ситуативне здійснення самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку.

Достатній рівень. Студентам цього рівня притаманна:

- наявність помірної сформованості ціннісно-мотиваційних орієнтирів МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (особистісна зрілість, самостійність; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація; усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП) та необхідних особистісно-моральних якостей МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (гуманістична спрямованість; здатність до емпатії; комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самокритичності; відчуття справедливості;
- наявність частково систематизованих професійних знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП (з основ історії та теорії соціальної роботи, соціальної педагогіки; володіння системою знань про особливості психофізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання сутності та технологій надання соціально-

реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП; знання нормативно-правової бази України щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та ін.);

- достатньо виражена зацікавленість питаннями соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- наявність помірно виражених організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- середній (достатній) рівень здатності до реалізації знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- стійка адекватна самооцінка готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- достатньо виражена здатність до самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку.

Високий рівень. Студентам цього рівня притаманна:

- наявність максимально вираженої сформованості ціннісно-мотиваційних орієнтирів у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (особистісна зрілість, самостійність; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація; усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП) та необхідних особистісно-моральних якостей МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (гуманістична спрямованість; здатність до емпатії; комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самокритичності; відчуття справедливості);

- володіння повним обсягом глибоких, стійких, систематизованих, професійно важливих знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП (з основ історії та теорії соціальної роботи, соціальної педагогіки; володіння системою знань про особливості психофізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання сутності та

технологій надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП; знання нормативно-правової бази України щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та ін.);

- підвищена зацікавленість колом питань щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- наявність стійких організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- високий рівень усвідомленої, сталої здатності до реалізації знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- адекватна, але часом завищена самооцінка готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

- системна, усвідомлена здатність до самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку.

Отже, нами визначено критерії сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний), їх показники й рівні (початковий, базовий, достатній, високий), що дозволить оцінити сформованість професійної ціннісно-мотиваційної спрямованості особистості та професійно важливих якостей і моральних норм особистості МСП до соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП; наявність у майбутнього фахівця певного рівня професійних знань із соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; його здатності до оволодіння вміннями та навичками, необхідними для професійної діяльності МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП і рівень самодіагностики МСП власної соціально-реабілітаційної діяльності.

Підвищити якісні показники сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП можливо при наявності створених умов у процесі здобуття ними вищої освіти.

Висновки до першого розділу

У розділі досліджено теоретичні аспекти формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, а саме: досліджено стан розробленості проблеми формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП в науці і педагогічній практиці, конкретизовано зміст базових понять дисертації; уточнено зміст і структуру ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; визначено критерії, показники та рівні сформованості досліджуваної готовності.

Аналіз теоретико-практичного доробку із соціальної роботи, з'ясування особливостей соціально-реабілітаційної діяльності МСП із дітьми МШВ з ДЦП засвідчили важливість й актуальність підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП у процесі професійної підготовки у ЗВО.

На основі аналізу генези поняття «ДЦП», урахування знань про розвиток дітей МШВ і уточнення особливостей розвитку дітей МШВ з ДЦП конкретизовано зміст поняття «ДЦП у МШВ», що належить до категорії порушень опорно-рухового апарату та є прогресуючим захворюванням дітей МШВ, що уражає відділи головного і спинного мозку на ранніх етапах його формування, котрі відповідають за фізичні, психічні показники та соціальне функціонування у суспільстві.

Аналіз наукових джерел засвідчив, що ефективність допомоги дітям МШВ з ДЦП полягає у створенні необхідних умов, оточення, в якому здійснюється соціальна робота, спрямована на досягнення соціальної реабілітації та адаптації дітей в умовах родини, у колективі однолітків й у суспільстві. Соціальна допомога має будуватися на системній,

цілеспрямованій, комплексній взаємодії соціальних працівників із педагогами, психологами, лікарями, батьками тощо.

На основі історичного аналізу виникнення та розвитку терміна «ДЦП», аналізу різних наукових підходів до визначення поняття «соціальна реабілітація», особливостей розвитку дітей МШВ з ДЦП конкретизовано поняття «соціальна реабілітація дітей МШВ з ДЦП», що є комплексним, безперервним видом соціальної роботи державних і громадських організацій, спрямований на реалізацію системи різноманітних заходів із метою задоволення соціальних потреб життєдіяльності дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей шляхом відновлення втрачених особистістю дитини або не набутих у процесі соціалізації функцій, відносин і ролей самостійного соціального функціонування.

Уточнено структуру процесу соціальної реабілітації дітей МШВ із захворюванням на ДЦП, що здійснюється МСП. Цей процес становить цілеспрямовану активність соціального працівника й дитини МШВ з ДЦП з метою підготовки її до самостійної, результативної та повноцінної життєдіяльності.

Проведена наукова робота свідчить, що МСП для реалізації соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП мають володіти систематизованими знаннями про проблеми дітей МШВ із захворюванням на ДЦП, сформованими вміннями й навичками для здійснення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми відповідної категорії, комплексом професійно важливих та особистісно значущих якостей і властивостей.

Узагальнення теоретичних досліджень спонукало до уточнення сутності та визначення структури ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, яке ми визначаємо як комплексне особистісне утворення, що характеризується сформованістю знань студентів про сутність і особливості проведення соціальної реабілітації з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, умінь та мотиваційно-особистісного ставлення до здійснення соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного

віку з дитячим церебральним паралічем на основі опанування функцій і функціональних обов'язків соціального працівника.

Відповідно до компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП визначено критерії (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний), їх показники та рівні (початковий, базовий, достатній, високий) сформованості досліджуваної готовності.

Мотиваційно-особистісний критерій (показники: наявність сформованих ціннісно-мотиваційних орієнтирів щодо соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП; наявність необхідних особистісно-моральних якостей МСП для соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП); когнітивний критерій (показники: наявність професійних знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП; здатність до пізнання питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП); діяльнісно-практичний критерій (наявність організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; рівень здатності до реалізації знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП); оцінювально-рефлексивний критерій (самооцінювання готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку).

Підсумовуючи, акцентуємо на важливості формування готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, що відбувається в процесі навчання у ЗВО, оскільки готовність допомагатиме на професійному рівні застосовувати на практиці опановані знання, вміння й набуті навички.

Матеріали, що увійшли до розділу, опубліковані автором у наукових роботах [46], [47], [48], [80].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ДО ПЕРШОГО РОЗДІЛУ

1. Абрамович-Лехтман Р. Я. Психологическая помощь детям с церебральными параличами. Лечебная помощь детям с церебральными параличами. Ленинград, 1962. 193 с.
2. Агарков О., Арабаджиев Д., Єрохіна Т., Кузмін В. Технології соціальної роботи: навч. посіб. Запоріжжя, 2015. 487 с.
3. Агеев Е. Д. Система реабилитации слепых. Москва, 1981. 84 с.
4. Ананьев Б. Г. Индивидуальное развитие человека и константность восприятия. Москва, 1986. 336 с.
5. Архіпова С. П. Компетентнісний підхід до професійної підготовки фахівців у галузі соціально-педагогічної діяльності. *Вісник Львів. ун-ту: Сер. Педагогічна*. 2009. Вип. 25. Ч. 1. С. 99–105.
6. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимонина О. В. Дитячий церебральний параліч. Київ, 1998. 427 с.
7. Бадер В. І. та ін. Шляхи формування соціокультурної компетентності майбутніх учителів: колект. наук. монографія. Київ, 2014. 309 с.
8. Байбекова Н. Р. Формування готовності майбутніх психологів до консультативної роботи у вищих педагогічних навчальних закладах. *Збірник наукових праць Уманського державного педагогічного університету*. 2013. Ч. 3. С. 22–27.
9. Баранова Н. П. Соціальні стандарти та соціальні гарантії в системі соціальної політики України. URL: http://www.cpsr.org.ua/index.php?option=com_content&view=article&id=42:2010-06-13-21-23-56&catid=20:2010-06-13-21-06-26&Itemid=27 (дата звернення: 20.06.2019).
10. Бастун Н. А. Служби раннього втручання в Україні: шлях до інтеграції: інформаційно-довідкове видання. Київ, 2005. 184 с.
11. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка: схеми, таблиці, коментарі:

навч. посіб. Київ, 2009. 208 с.

12. Беккер Г. С. Человеческое поведение: экономический подход (избранные труды по экономической теории). Москва, 2003. 672 с.

13. Бергер П., Лукман Т. Социальное конструирование реальности: трактат по социологии знания. Москва, 1995. 323 с.

14. Берданова О. В., Шклярська Ю. І. Підвищення ефективності надання соціальних послуг. *Демократичне врядування: наука, освіта, практика*: матеріали наук.-практ. конф. з міжнар. участю (м. Київ, 29 травня 2009 р.): у 4 т. Київ, 2009. Т. 1. С. 239–241.

15. Бернс Р. Развитие «Я-концепции» и воспитание. Москва, 1986. 421 с.

16. Бірюк Л. Я. Комуникативна компетентність майбутнього вчителя початкових класів: теорія і технології (на матеріалі теорії викладання російської мови): монографія. Київ–Глухів, 2009. 317 с.

17. Бочелюк В. Й., Турубарова А. В. Психологія людини з обмеженими можливостями: навч. посіб. Київ, 2011. 264 с.

18. Брейтман М. Я. О клинической картине детского головного паралича. Санкт-Петербург, 1902. 180 с.

19. Брикіна О. М. Гносеологічний аналіз поняття готовності особистості до безперервної освіти. *Педагогічні науки*: збірник наукових праць Бердянського державного педагогічного університету. Бердянськ, 2004. № 4. С. 186–193.

20. Вайнола Р. Х. Особистісний розвиток майбутнього соціального педагога в процесі професійної підготовки: монографія / за ред. С. О. Сисоєвої. Київ, 2008. 460 с.

21. Великий тлумачний словник сучасної української мови / уклад. і голов. ред. В. Т. Бусел. Київ; Ірпінь, 2005. 1728 с.

22. Верби́ненко Ю. Професійна готовність до педагогічної діяльності : веб-сайт.

URL: <http://dspace.nuft.edu.ua/jspui/bitstream/123456789/12274/1/Professional.pdf> (дата звернення: 13.03.2020).

23. Ветрова О. Д. Підготовка майбутніх соціальних педагогів до взаємодії сім'ї і школи в роботі з обдарованими дітьми молодшого шкільного віку : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Глухів, 2018. 23 с.

24. Висоцька А. М. Реалізація завдань соціального розвитку дітей дошкільного віку з розумовою відсталістю. *Теорія і практика олігофренопедагогіки та спеціальної психології: Концепція дошкільної освіти дітей з розумовою відсталістю*: зб. наукових праць. Вип. 8 / за ред. Т. В. Сак. Київ, 2013. С. 132–139.

25. Войта-терапия: веб-сайт. URL : <https://www.vojta.com/ru/vojtaprincip/vojta-therapie> (дата звернення: 30.09.2018).

26. Гаврилов О. В. Особливі діти в закладі і соціальному середовищі: навч. посіб. Кам'янець-Подільський, 2009. 308 с.

27. Гавриш І. В. Теоретико-методологічні основи формування готовності майбутніх учителів до інноваційної професійної діяльності : автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04. Луганськ, 2006. 44 с.

28. Галузевий стандарт вищої освіти: Проект: Освітньо-кваліфікаційна характеристика бакалавра (назва освітньо-кваліфікац. рівня), за спец. 23, напрям підготовки 231: Освітньо-проф. програма підготов. бакалавра / розроб. Т. С. Яценко та ін. Київ, 2004. 325 с.

29. Ганзина Н. В., Губарева Н. В. Подвижные и спортивные игры как средство рекреации и социальной адаптации инвалидов с ДЦП. *Спорт, духовные ценности, культура*. Москва, 1997. Вып. 8. С. 175–186.

30. Глушко Н. В. Соціальна реабілітація дезадаптованих старших підлітків у професійних ліцях : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.05. Київ, 2017. 263 с.

31. Голубенко Т. О. Особливості процесу формування готовності майбутніх соціальних працівників до патронажної роботи з людьми похилого

віку. *Молодий вчений*. Херсон, 2013. № 1 (01). С. 77–81.

32. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження: Методологічні поради молодим науковцям. Київ – Вінниця, 2008. 278 с.

33. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ, 1997. 375 с.

34. Горішна Н. Професійна компетентність соціального працівника як складова його фахової підготовки: веб-сайт. URL : <http://www.nbu.gov.ua/portal/natural/Nvuu/Ped/2009/www17/Horishna.pdf> (дата звернення: 10.04.2019).

35. Данилова Т. В. Організація і проведення соціально-психологічної реабілітації та професійного навчання дітей-інвалідів. *Наука і освіта*. 2009. № 10. С. 35–40.

36. Данко Д. В. Підготовка майбутніх соціальних працівників до застосування технологій медико-соціальної роботи в професійній діяльності : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Тернопіль, 2015. 21 с.

37. Демченко О. П. Формування у майбутніх учителів початкових класів професійної готовності до створення виховних ситуацій : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Вінниця, 2006. 198 с.

38. Деріга В. В. Соціальна і гуманітарна політика: навч. посіб. Миколаїв, 2012. 178 с.

39. Деякі питання комплексної реабілітації осіб з інвалідністю: Наказ Міністерства соціальної політики України від 09.09.2016 р. № 855. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1209-16> (дата звернення: 21.02.2019).

40. Дитячий церебральний параліч (ДЦП). URL: <https://hodunky.com/dityachij-tserebralnij-paralich-dtsp> (дата звернення: 28.09.2018).

41. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників. Вип. 80. Соціальні послуги. URL : <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0518739-17> (дата звернення: 22.10.2019).

42. Долинний Ю. О. Готовність майбутніх фахівців з фізичного

виховання і спорту до реабілітаційної роботи з дітьми з обмеженими фізичними можливостями. *Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка. Сер.: Педагогічні науки.* 2016. Вип. 32. С. 100–109.

43. Дурай-Новакова К. М. Формирование профессиональной готовности студентов к педагогической деятельности : автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.01. Москва, 1983. 32 с.

44. ДЦП (дитячий церебральний параліч): причини, форми, симптоми, ознаки: веб-сайт. URL : <https://hodunky.com/dtsp-dityachij-tserebralnij-paralich-prichini-formi-simptomi-oznaki/> (дата звернення: 11.03.2019).

45. Енциклопедія освіти / голов. ред. В. Г. Кремень ; Акад. пед. наук України. Київ, 2008. 1040 с.

46. Єгорова К. Г. До проблеми формування готовності майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка.* Чернігів, 2014. Вип. 122. С. 82–85.

47. Єгорова К. Г. Компоненти готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Збірник наукових праць «Педагогічні науки».* Херсон, 2017. Вип. LXXIX. Т. 2. С. 206–209.

48. Єгорова К. Г. Сутність поняття «готовність майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем». *Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка.* Глухів, 2017. Вип. 3 (35). С. 92–97.

49. Єжова Т. Є. Соціальна реабілітація дітей-інвалідів. Київ, 2011. 284 с.

50. Єрмакова С. С. Формування професійно-педагогічних цінностей у майбутніх учителів початкових класів : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04.

Одеса, 2003. 266 с.

51. Заброцький М. М. Основи вікової психології: навчальний посібник. Тернопіль. Навчальна книга – Богдан, 2009. 112 с.

52. Заміщак М. І. Психологічні умови становлення моральної самооцінки молодших школярів : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07. Дрогобич, 2017. 268 с.

53. Зверева І. Д., Безпалько О. В., Харченко С. Я. та ін. Соціальна робота в Україні: навч. посіб. / за заг. ред. І. Д. Звєревої, Г. М. Лактіонової. Київ, 2004. 256 с.

54. Зверева І. Д., Козубовська І. В., Керецман В. Ю., Пічкарь О. П. Соціальна робота з дітьми та молоддю (теоретико-методологічні аспекти): навч.-практ. посіб. для дист. навч. : у 2-х ч. Ужгород, 2000. Ч. 1. 192 с.

55. Зосименко О. В. Організація проектної діяльності майбутніх педагогів у процесі вивчення педагогічних дисциплін : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Полтава, 2010. 20 с.

56. Зосименко О. В. Теоретичні аспекти професійної підготовки соціальних працівників до реалізації соціально-реабілітаційного напрямку *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*: наук. журнал. Суми, 2020. № 2 (96). 435 с.

57. Ипполитова М. В., Мастюкова Е. М. Формирование предпосылок учебной деятельности у дошкольников, страдающих церебральным параличом. *Дефектология*. 1982. № 2. С. 65–67.

58. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев, 1987. 269 с.

59. Калинюк Н. В. До проблеми формування та розвитку професійної комунікативної компетентності майбутніх офіцерів-прикордонників. *Вісник Національної академії Державної прикордонної служби України*. 2013. Вип. 3. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vnadps_2013_3_11 (дата звернення: 01.08.2019).

60. Кантор В. З. Самодеятельный художественный коллектив как

фактор соціальної реабілітації сліпих і слабозорих : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03. Ленінград, 1989. 163 с.

61. Капська А. Й. Соціальна робота: технологічний аспект : навч. посіб. / за заг. ред. проф. А. Й. Капської. Київ, 2004. 352 с.

62. Капська А. Й., Пінчук І. М., Толстоухова С. В. Словник-довідник для соціальних працівників та соціальних педагогів: довідкове видання. Київ, 2000. 260 с.

63. Карамушка Л. М. Актуальні напрямки організаційного розвитку вищих навчальних закладів. *Актуальні проблеми психології. Організаційна психологія. Економічна психологія. Соціальна психологія*. Київ: Ін-т психології ім. Г. С. Костюка НАПН України. 2009. Ч. 23. Т. 1. С. 3–9.

64. Карпенко О. Г. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників в умовах університетської освіти : автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04. Київ, 2008. 44 с.

65. Карпенко О. Г. Формування професійних якостей майбутнього соціального працівника в умовах вищого навчального закладу. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/10519/1/Karpenko%20O%2C%20%202016%2C%20Italy.pdf> (дата звернення: 13.03.2020).

66. Карпенко О. Г., Романова Н. Ф. Теорія та практика соціальної роботи: навч. посіб. Київ, 2015. 408 с.

67. Кашуба Я. М., Панцир С. І., Коваль Я. Б., Єлькіна А. С. Соціальні послуги для людей з особливими потребами: навч. посіб. Львів, 2011. 312 с.

68. Кириченко Е. И., Калижнюк Э. С. Роль биологических и социальных факторов в механизмах патологического формирования личности при детских церебральных параличах. *Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова*. 1983. Вып. 9. С. 1390–1395.

69. Кирьякова А. В. Теория ориентации личности в мире ценностей. Оренбург, 1996. 188 с.

70. Кловак Галина Тихонівна. Генеза підготовки майбутнього вчителя до дослідницької педагогічної діяльності у вищих педагогічних

навчальних закладах України (кінець XIX – XX століття) : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.01. 2005.

71. Кобилянська Т. В. Характеристика готовності до професійної діяльності як педагогічної категорії. *Молодь і ринок*. 2018. № 11 (166). С. 164–170.

72. Коджаспирова Г. М., Коджаспиров А. Ю. Словарь по педагогике. Москва, 2005. 448 с.

73. Козак В. Є. Трансформація економічних відносин в соціальній сфері. *Соціальна сфера в перехідній економіці*: зб. наук. праць НАН України. Київ, 2000. 132 с.

74. Козьявкин В. И., Бабадаглы М. А., Лунь Г. П. и др. Система интенсивной нейрофизиологической реабилитации – Метод Козьявкина. Пособие реабилитолога / под ред. проф. В. И. Козьявкина. Львов, 2012. 240 с.

75. Колодійчук Ю. В. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Одеса, 2017. 265 с.

76. Комплексний підхід до фахової підготовки сучасного вчителя початкових класів: монографія / М. С. Вашуленко, В. О. Собко, Л. Я. Бірюк, Г. С. Демидчик, В. А. Каліш; за заг. ред. М. С. Вашуленко. Глухів, 2012. 311 с.

77. Кондрашова Л. В. Моральна психологічна готовність студента до вчительської діяльності. Київ, 1987. 56 с.

78. Кондрашова Л. В. Професійне становлення майбутнього вчителя: монографічний огляд. Кривий Ріг, 2006. 327 с.

79. Кондуктивна педагогіка (метод Петьо): веб-сайт. URL: http://akmea.com.ua/m/info/metodiki_ta_seminari/601/ (дата звернення: 30.09.2018).

80. Конопля К. Г. Соціальна реабілітація як засіб реалізації соціальних потреб клієнтів у поглядах зарубіжних та вітчизняних науковців. *Проблеми сучасної педагогічної освіти*. Ялта, 2014. Вип. 44. Ч. 3. С. 144–152.

81. Короткий курс лекцій «Право соціального забезпечення». URL: https://tudme.com.ua/1584072012738/pravo/pravo_sotsialnogo_obespecheniya.ht (дата звернення: 21.02.2019).
82. Курок В. П. Цілісна система загальнотехнічної підготовки вчителя трудового та професійного навчання : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. Київ, 1993. 24 с.
83. Куценко В. І., Остафійчук Я. В. Трансформації соціальної сфери України: регіональний аспект: монографія / за ред. С. І. Дорогунцова. Київ, 2005. 340 с.
84. Левитов Н. Д. О психических состояниях человека. Москва, 1967. 343 с.
85. Левитов Н. Д. Психологическое состояние персеверации и ригидности. *Вопросы психологии*. 1971. № 5. С. 13–14.
86. Линенко А. Ф. Теория и практика формирования готовности студентов педагогических вузов к профессиональной деятельности : дис. д-ра пед. наук: 13.00.01, 13.00.04. Киев, 1996. 378 с.
87. Литвиненко С. А. Теоретико-методологічні засади підготовки майбутніх учителів початкових класів до соціально-педагогічної діяльності : автореф. дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04. Київ, 2005. 40 с.
88. Лодатко Є. О. Моделювання педагогічних систем і процесів: монографія. Слов'янськ, 2010. 148 с.
89. Лубовский В. И., Розанова Т. В., Солнцева Л. И. Специальная психология: учебное пособие для студентов высших педагогических учебных заведений. 2-е изд., испр. Москва, 2005. 464 с.
90. Лузан П. Г. Наукові основи організації педагогічного процесу в аграрному вищому навчальному закладі: монографія. Київ, 2015. 330 с.
91. Лукашевич М. П., Мигович І. І. Теорія і методи соціальної роботи: навч. посіб. 2-е вид., доп. і випр. Київ, 2003. 168 с.
92. Лукашевич М. П., Семигіна Т. В. Соціальна робота (теорія і практика): підручник. Київ, 2009. 368 с.

93. Луценко Г. В. Фундаменталізація фізичної освіти у вищій школі: монографія. Черкаси, 2013. 274 с.
94. Ляшенко А. И. Профессиональное становление социального работника (опыт системного акмеологического исследования) : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.13. Москва, 1994. 135 с.
95. Максимова Н. Ю. Психологія адиктивної поведінки. Київ, 2002. 308 с.
96. Маллер А. Р. Новое в оказании помощи детям-инвалидам. *Дефектология*. Москва, 1996. № 1. С. 83–85.
97. Мамайчук И. И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии. Санкт-Петербург, 2001. 220 с.
98. Маруніч В. В. Первинна інвалідність населення України та шляхи її зменшення. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 1999. № 2. С. 25–27.
99. Маруніч В. В., Іпатов А. В., Коробкін Ю. І. Основні показники інвалідності та діяльності медико-соціальних експертних комісій України за 2010 рік: аналітико-інформаційний довідник / за ред. І. М. Ємця. Дніпропетровськ, 2011. 135 с.
100. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: младенческий, ранний и дошкольный возраст. Москва, 1991. 159 с.
101. Медична та соціальна реабілітація: навч. посіб. / за заг. ред. І. Р. Мисули, Л. О. Вакуленко. Тернопіль, 2005. 402 с.
102. Миронова С. П., Гаврилов О. В., Матвеева М. П. Основы коррекционной педагогики: навч. посіб. / за заг. ред. С. П. Мироновой. Кам'янець-Подільський, 2010. 264 с.
103. Мицкан Б., Мицкан Т., Остап'як З. Огляд методів фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем. *Нова педагогічна думка*. 2013. № 4. С. 161–164.
104. Міщик Л. І. Теоретико-методичні основи професійної підготовки

соціального педагога у закладах вищої освіти : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.05. Запоріжжя, 1997. 358 с.

105. Міщик Л. І. Теорія і практика професійної підготовки соціального педагога: монографія. Глухів, 2011. 116 с.

106. Мосійчук Т. Є. Соціальна реабілітація соціально-депривованих категорій населення: соціологічний підхід : дис. ... канд. соціол. наук: 22.00.04. Одеса, 2008. 226 с.

107. Наконечна О. В. Формування готовності майбутніх соціальних педагогів до використання арт-терапії в роботі з підлітками : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Глухів, 2014. 23 с.

108. О подходах к исследованию структуры профессионально-педагогической деятельности / под ред. Н. В. Кузьминой. Ленинград, 1972. 182 с.

109. Овчарова Р. В. Справочная книга школьного психолога. Москва, 1996. 352 с.

110. Ознаки ДЦП у грудної дитини: як визначити хворобу у новонароджених: веб-сайт. URL: <http://www.emsi.com.ua/ditina/oznaki-dcp-u-grudnoi-ditini-jak-viznachiti-hvoroba.html> (дата звернення: 11.03.2019).

111. Ознаки ДЦП у немовляти ще не вирок: веб-сайт. URL: <http://vidpoviday.com/oznaki-dcp-u-nemovlyati-shhe-ne-virok> (дата звернення: 11.03.2019).

112. Онищук А. Сутність готовності майбутніх перекладачів до професійної діяльності: веб-сайт. URL: http://www.confcontact.com/2013-nauka-v-informatsionnom-prostranstve/pe2_onischuk.htm (дата звернення: 17.04.2019).

113. Осадчая Г. И. Социальная сфера: методология анализа и управления. *Общество и экономика*. Киев, 2000. № 9–10. С. 8–29.

114. Осадченко Т. Структурні компоненти готовності майбутнього вчителя до створення здоров'язберезувального середовища початкової школи. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету*.

Серія: Педагогічні науки . 2015. № 124. С. 192–195.

115. Павелків Р. В. Розвиток моральної свідомості та самосвідомості в молодшому шкільному віці : дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.07. Рівне, 2005. 455 с.

116. Парсонс Т. Система координат действия и общая теория систем действия: культура, личность и место социальных систем. *Американская социологическая мысль*. Москва, 1996. С. 462–478.

117. Пархоменко О. М. Сутність та структура готовності старшокласників до вибору професій сфери підприємництва та сільського господарства. *Теоретико-методичні проблеми виховання дітей та учнівської молоді*. 2013. Вип. 17(2). С. 117–126.

118. Пасічник А. В., Моїсеєва Є. Г., Фролов В. А., Дроздова Г. А. Патологічна фізіологія. Запалення і метаболічні порушення: метод. посіб. Київ, 2011.

119. Пехота Е. Н. Индивидуализация профессионально-педагогической подготовки учителя : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04. Киев, 1997. 401 с.

120. Платонов К. К. Структура и развитие личности. Москва, 1986. 254 с.

121. Поліщук В. М. Вікова і педагогічна психологія: навчальний посібник. Вид. 3-тє, виправл. Суми, 2010. 352 с.

122. Понятійно-термінологічний словник: для підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери / Міщик Л. І., Тюльпа Т. М., Панченко С. П., Наконечна О. В., Ветрова О. Д., Єгорова К. Г., Пилипчук В. М. ; за заг. ред. проф. Л. І. Міщик. 2-ге вид., доп. та перероб. Глухів, 2017. 332 с.

123. Приходько О. Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией в первые годы жизни: метод. пособ. Санкт-Петербург, 2006. 112 с.

124. Причини виникнення та фактори ризику розвитку ДЦП. Виникнення ДЦП під час вагітності. URL:

<https://kozyavkin.com/uk/science/blog/prichini-viniknennja-ta-faktori-riziku-rozvitku-dcp-viniknennja-dcp-pid-chas-vagitnosti> (дата звернення: 11.03.2019).

125. Про внесення змін до деяких законів України про освіту щодо організації інклюзивного навчання: Закон України від 05.06.2014 № 1324-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1324-18> (дата звернення: 09.03.2020).

126. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України: Закон України від 19.12.2017 р. № 2249-VIII. URL: <https://ua.censor.net.ua/n3044665> (дата звернення: 15.09.2018).

127. Про внесення змін до Закону України «Про освіту» щодо особливостей доступу осіб з особливими освітніми потребами до освітніх послуг: Закон України від 28.09.2017 № 2145-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2053-19> (дата звернення: 09.03.2020).

128. Про державні соціальні стандарти та державні соціальні гарантії: Закон України від 05.10.2000 р. № 2017-III / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2017-14> (дата звернення: 05.11.2019).

129. Про загальну середню освіту: Закон України від 13.05.1999 р. № 651-XIV / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/651-14> (дата звернення: 05.11.2019).

130. Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю: Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. № 1686. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/KP061686.html (дата звернення: 24.01.2019).

131. Про затвердження Етичного кодексу спеціалістів із соціальної роботи України: Наказ Міністерства України у справах молоді та спорту від 09.09.2005 року № 1965. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1965643-05/stru> (дата звернення: 13.03.2020).

132. Про затвердження Загального положення про службу у справах дітей: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.08.2007 р. № 1068. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1068-2007-%D0%BF> (дата звернення: 20.04.2019).

133. Про затвердження Концепції розвитку інклюзивного навчання: Наказ Міністерства освіти і науки України від 01.10.2010 № 912. URL: <https://mon.gov.ua/ua/npa/pro-zatverdzhennya-kontseptsii-rozvitku-inklyuzivnogo-navchannya> (дата звернення: 10.03.2020).

134. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 231 «Соціальна робота» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти: Наказ Міністерства освіти і науки України від 24.04.2019 р. № 557. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/04/25/231-sotsialna-robota-bakalavr.pdf> (дата звернення: 01.08.2019).

135. Про затвердження типових положень про Головне управління праці та соціального захисту населення: Постанова Кабінету Міністрів України від 30.05.2007 р. № 790. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/790-2007-%D0%BF> (дата звернення: 20.04.2019).

136. Про Національну стратегію реформування системи інституційного догляду та виховання дітей на 2017–2026 роки та план заходів з реалізації її I етапу: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 09.08.2017 № 526-р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/526-2017-p> (дата звернення: 10.03.2020).

137. Про Національну стратегію розвитку освіти в Україні на період до 2021 року: Указ Президента України від 25.06.2013 № 344/2013. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/card/344/2013> (дата звернення: 10.03.2020).

138. Про освіту: Закон України від 05.09.2017 р. № 2145-VIII. III / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19> (дата звернення: 05.11.2019).

139. Про основи соціальної захищеності інвалідів в Україні: Закон України від 21.03.1991 р. № 875-XII. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/556-2012-%D1%80> (дата звернення: 21.08.2018).

140. Про охорону дитинства: Закон України від 26.04.2001 р. № 2402-111. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/556-2012-%D1%80> (дата звернення: 21.08.2018).

141. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні: Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15> (дата звернення: 05.11.2019).

142. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII. / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення: 05.11.2019).

143. Про соціальну роботу з сім'ями, дітьми та молоддю: Закон України від 21.06.2001 р. № 2558-III / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2558-14> (дата звернення: 05.11.2019).

144. Про сприяння соціальному становленню та розвитку молоді в Україні: Закон України від 05.02.1993 р. № 2998-ХП. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/556-2012-%D1%80> (дата звернення: 21.08.2018).

145. Про схвалення Концепції ранньої соціальної реабілітації дітей з інвалідністю. Постанова Кабінету Міністрів України від 12.10.2000 р. № 1545. URL: <http://zakon.rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg=1545-2000-%EF> (дата звернення: 31.10.2018).

146. Про схвалення Стратегії реформування системи надання соціальних послуг: Розпорядження Кабінету Міністрів України від 08.08.2012 р. № 556-р. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/556-2012-%D1%80> (дата звернення: 21.08.2018).

147. Реан А. А. Социализация личности. *Хрестоматія: Психологія личности в трудах отечественных психологов*. Санкт-Петербург, 2000. С. 360–364.

148. Романенко О. В. Особливості формування Я-образу у школярів з церебральним паралічем : автореф. дис. ... канд. психол. наук: 19.00.08 / Ін-т спеціальної педагогіки АПН України. Київ, 2003. 18 с.

149. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. Питер, 2002. 720 с.
150. Рудська А. І., Солдатова О. І. Соціальна реабілітація дітей з діагнозом ДЦП методом іпотерапії. *Вісник НТУУ «КПІ». Політологія. Соціологія. Право.* 2013. Вип. 4 (20). С. 107–113.
151. Савицька В. Зміст і роль фахових дисциплін у контексті підготовки соціальних працівників до професійної діяльності. *Педагогіка і психологія професійної освіти. Соціальна педагогіка і соціальна робота.* 2014. № 3. С. 145–152.
152. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія: навч. посіб. 2-е вид., стереотип. Київ, 2009. 360 с.
153. Савчин М. В., Василенко Л. П. Вікова психологія: навч. посіб. Київ, 2005. 360 с.
154. Сайко Н. О. Теорія і практика підготовки майбутніх соціальних педагогів до соціальної реабілітації молодших підлітків у загальноосвітніх навчальних закладах : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04. Полтава, 2017. 23 с.
155. Семенова К. А. Методические рекомендации по применению рабочей классификации детского церебрального паралича. Москва, 1973. 20 с.
156. Семигіна Т. В. Деякі міркування щодо розроблення проекту положення про порядок надання соціальних послуг недержавними організаціями. *Соціальна робота: теорія, досвід, перспективи.* Ужгород, 1999. Ч. 2. С. 195–199.
157. Сенсорна корекція дитячого церебрального паралічу – ДЦП: веб-сайт. URL: <https://vemakids.com.ua/ua/education-center/sensorna-korekciya-dytyachogo-cerebralnogo-paralichu-dcp> (дата звернення: 11.03.2019).
158. Силкин Л. Н. Что такое психологическая реабилитация. *Наша жизнь.* 1982. № 1. С. 34–35.
159. Симптоми дитячого церебрального паралічу. Все про ДЦП Інформація про пацієнтів, їх сімей та професіоналів: веб-сайт. URL: <http://www.dcp.com.ua/Симптоми%ДЦП> (дата звернення: 11.03.2019).

160. Слостенин В. А. Профессииональная готовность учителя к воспитательной работе: содержание, структура функционирования. Профессииональная подготовка учителя в системе высшего образования. Москва, 1995. С. 14–28.
161. Слостенин В. А., Каширин В. П. Психология и педагогика. Москва, 2001. 480 с.
162. Словник-довідник з професійної педагогiки / за ред. А. В. Семенової. Одеса, 2006. 364 с.
163. Соловей Т. В., Чайковський М. Є. Змістові компоненти професійної компетентності соціального працівника інклюзивного закладу освіти. *Збірник наукових праць Хмельницького інституту соціальних технологій*. 2013. № 1. С. 220–224.
164. Соловйова Т. Г. Соціально-педагогічні засади роботи з батьками дітей з особливими потребами : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.05 / Ін-т проблем виховання АПН України. Київ, 2009. 22 с.
165. Сорокин П. Человек. Цивилизация. Общество. Москва, 1992. 398 с.
166. Сосновский Б. А. Мотив и смысл. Москва, 1993. 120 с.
167. Соціально педагогика: підручник / за ред. А. Й. Капської. 5-те вид., перероб. та доп. Київ: Центр учбової літератури, 2011. 488 с.
168. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями: навч.-метод. посіб. для соц. працівн. і соц. педагог. / за ред. А. Й. Капської. Київ, 2003. 168 с.
169. Стандарти громадсько-активної школи: соціально інклюзія: навчально-методичний посібник / Ю. М. Найда, Л. М. Ткаченко ; за заг. ред. Л. І. Даниленко. Київ, 2014. 68 с.
170. Статистичний збірник «Захист дітей, які потребують особливої уваги суспільства» державної служби статистики України. Київ, 2018 / Державна служба статистики України. URL: ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publzahist_u.htm (дата звернення:

15.09.2018).

171. Технология социальной работы: учеб. для бакалавров / под ред. Е. И. Холостовой, Л. И. Кононовой. Москва, 2011. 503 с.

172. Типове Положення про Територіальний центр: Постанова Кабінету Міністрів України від 29.12.2009 р. № 1417 / Кабінет Міністрів України. URL: <https://www.kmu.gov.ua/ua/npas/243237372> (дата звернення: 20.04.2019).

173. Томас Е. Д. Про формування мотиваційної готовності студентів до майбутньої професійної діяльності. *Психологія: республіканський науково-методичний збірник*. Київ, 1984. Вип. 23. С. 85–93.

174. Тополь О. І. Здоров'язберігаюча компетентність як складова професіоналізму соціального працівника. *Наукові записки Терноп. нац. пед. ун-ту. Сер. Педагогіка*. 2011. № 4. С. 69–75.

175. Трофимова Н. М., Дуванова С. П., Трофимова Н. Б., Пушкина Т. Ф. Основы специальной педагогики и психологии. Санкт-Петербург, 2005. 304 с.

176. Тюльпа Т. М. Професійна підготовка майбутніх фахівців соціальної сфери як умова реалізації соціальної політики України. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. Запоріжжя, 2016 р., Вип. 51 (104). С. 294 – 299.

177. Тюльпа Т. М., Ніколаєнко С. І., Наконечна О. В., Єгорова К. Г. Волонтерський рух в Україні: теорія і практика: навчально-методичний посібник / за заг. ред. Л. І. Міщик. Глухів, 2016. 104 с.

178. Тюптя Л. Т., Іванова І. Б. Соціальна робота: теорія і практика: навч. посіб. 2-ге вид., доп. і перероб. Київ, 2008. 574 с.

179. Узнадзе Д. Н. Общее учение об установке. *Хрестоматия по психологии*. Москва, 1987. 446 с.

180. Українсько-російський психологічний тлумачний словник / авт.-упор. В. М. Копоруліна. Харків, 2006. 400 с.

181. Фалинська З. З. Практична підготовка майбутніх соціальних

педагогів у вищих навчальних закладах : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Вінниця, 2006. 24 с.

182. Финни Н. Р. Ребенок с церебральным параличом. Помощь, уход, развитие. Пер. с англ. Ю. В. Липес, А. В. Снеговской. Москва, 2001. 336 с.

183. Фрадинська А. П. Соціально-педагогічні умови підтримки дітей з особливостями психофізичного розвитку. *Соціально-педагогічна робота в закладах освіти інклюзивної орієнтації*: тези доповідей VII Всеукраїнської науково-практичної конференції. Хмельницький, 2012. С. 136–139.

184. Футер Д. С. Заболевание нервной системы у детей. 2-е изд., доп. и испр. Москва, 1965. 556 с.

185. Холостова Е. И., Дементьева Н. Ф. Социальная реабилитация: учеб. пособ. Москва, 2002. 340 с.

186. Хрусталева С. А., Гильд С. А., Боброва Л. И. Методика и практика социально-психологической реабилитации незрячих: учеб.-метод. пособие. Москва, 1986. 67 с.

187. Цукер М. Б. Основы невропатологии детского возраста. Москва, 1947. 460 с.

188. Шевців З. М. Основи інклюзивної педагогіки: підручник. Київ, 2016. 248 с.

189. Шевцов А. Г. Методичні основи організації соціальної реабілітації дітей з вадами здоров'я: монографія. Київ, 2004. 240 с.

190. Шевцов А. Г. Методологічні принципи соціальної реабілітації осіб з обмеженими функціями здоров'я. *Збірник наук. пр. Кам'янець-Подільського державного університету. Сер. соціально-педагогічна*. Кам'янець-Подільський, 2006. Вип. VI. С. 337–342.

191. Шмелева Н. Б. Профессионально-личностное развитие социального работника : дисс. ... д-ра пед. наук: 13.00.08. Ульяновск, 1997. 251 с.

192. Шульце С. В. Підготовка майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до соціальної адаптації школярів з церебральним паралічем : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Тернопіль, 2016. 247 с.
193. Эльконин Д. Б., Давыдов В. В. Вопросы психологии учебной деятельности младших школьников. Академия педагогических наук РСФСР. Москва, 1986. 339 с.
194. Юрків Я. І. Сутність та зміст соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями. *Педагогічні науки. Соціальна педагогіка*. 2008. № 6. С. 297–308.
195. Язвина И. М. Совершенствование управления системой социальной реабилитации. Москва, 1985. 71 с.
196. Якобсон П. М. Психологические компоненты и критерии становления зрелой личности. *Психология личности в трудах отечественных психологов* / сост. Л. В. Куликов. Санкт-Петербург, 2000. С. 188–193.
197. Яковлева Н. В. Психологическая компетентность и ее формирование в процессе обучения в вузе : дисс. ... канд. психол. наук. Ярославль, 1994. 277 с.
198. Яценко К. В. Дитячий церебральний параліч: етіопатогенез, клініко-нейрофізіологічні аспекти та можливості неврологічної реабілітації. *Український неврологічний журнал*. 2015. № 2. С. 19–24.
199. Aicardi J. Cerebral palsy. *Diseases of the nervous system in childhood*. 3rd ed. London, 2009. 912 p.
200. *International Women in Science: A Biographical Dictionary to 1950*. Catharine M. C. Haines, Helen M. Stevens. Santa Barbara, 2001. 383 с.
201. *The Life of Sir William Osler*. 2 volumes. Oxford, Clarendon Press, 1925.

РОЗДІЛ 2
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ
ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ
ПРАЦІВНИКІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ
МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ
ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

У другому розділі проведено аналіз стану ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; виявлено та теоретично обґрунтовано педагогічні умови; розроблено, обґрунтовано модель та методу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

2.1. Аналіз стану готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем

Дослідження теоретичного аспекту формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП спонукало до проведення діагностики стану ГМСП за відповідним напрямом діяльності.

Аналіз досліджень щодо здійснення соціально-реабілітаційної роботи із дитиною з особливими потребами і виявлення проблем функціонування і життєдіяльності сімей з дітьми МШВ із захворюванням ДЦП дає підстави визначитися з особливостями соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП на основі функцій соціального працівника. Вони зумовлені тим, що:

- специфіка професійної діяльності МСП обумовлена вмінням взаємодіяти з фахівцями Державної соціальної служби України і громадських організацій та усвідомленням власної професійної ідентичності;
- реабілітацію дитини не можна розглядати поза межами сім'ї, яка зобов'язана сприяти розкриттю реабілітаційних можливостей дітей МШВ з

ДЦП;

- соціальна реабілітація – неперервний процес, протягом якого повинні з'явитися нові якісні характеристики дитини;

- соціальна реабілітація має свою специфічну спрямованість для кожного вікового етапу.

Наведені нами особливості соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП передбачають наявність у МСП знань, умінь, навичок, які вони здобувають у ЗВО.

Необхідною умовою для визначення змісту професійної ГМСП є системний аналіз освітньої програми підготовки майбутніх фахівців [7, с. 33]. На думку науковців, дотримання освітньої програми є важливим чинником організації освітнього процесу підготовки фахівців у ЗВО.

Відповідно до терміну науково-дослідної роботи (2015 – 2017 рр.) та обраного експерименту за псевдопаралельною методикою (контрольну та експериментальну групи становили студенти 4 курсу 2015/2016 н. р. та 4 курсу 2016/2017 н. р.) ми аналізували ОКХ / ОС, ОПП /ОП підготовки соціальних працівників, навчальні плани, програми фахових практик, програми навчальних дисциплін, розроблені й затверджені у 2012 / 2013 н. р. та у 2013 / 2014 н. р. Детальніше пояснення цього питання подано у розділі 2.1. (стор. 61).

Аналіз ОПП /ОП підготовки соціальних працівників за ОКР / ОС «Бакалавр» спеціальності 6.130102 / 231 «Соціальна робота» чотирьох ЗВО (Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка, Харківського національного педагогічного університету імені Г. С. Сковороди, Східноєвропейського національного педагогічного університету імені Лесі Українки, Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського) засвідчує домінування теоретичного аспекту.

З 2019 / 2020 н. р. зміст професійної підготовки МСП обґрунтовано в Стандарті вищої освіти України за спеціальністю 231 «Соціальна робота» для

першого (бакалаврського) рівня вищої освіти галузі знань 23 «Соціальна робота» [54]. У Стандарті наводиться перелік інтегральних, загальних, спеціальних (фахових, предметних) компетентностей, що мають бути сформовані у здобувачів ЗВО.

Аналіз оновленої ОП підготовки соціальних працівників дозволив зробити висновок, що перелік компетентностей випускника та їх змістове наповнення в цілому відображає загальні тенденції, окреслені в Стандарті вищої освіти з підготовки бакалаврів за спеціальністю 231 «Соціальна робота» галузі знань 23 «Соціальна робота» [54]. Змістову наповненість таких компетентностей подано далі:

- інтегральна (здатність розв'язувати складні спеціалізовані задачі та практичні проблеми у соціальній сфері або у процесі навчання, що передбачає застосування певних теорій та методів соціальної роботи і характеризується комплексністю та невизначеністю умов);

- загальні (здатність реалізовувати свої права і обов'язки як члена суспільства, усвідомлювати цінності громадянського (вільного, демократичного) суспільства та необхідність його сталого розвитку, верховенства права, прав і свобод людини і громадянина в Україні; здатність зберігати та примножувати моральні, культурні, наукові цінності й досягнення суспільства на основі розуміння історії та закономірностей розвитку предметної сфери, її місця у загальній системі знань про природу і суспільство та у розвитку суспільства, техніки і технологій, використовувати різні види та форми рухової активності для активного відпочинку та ведення здорового способу життя; здатності до абстрактного мислення, аналізу та синтезу; до застосування знань у практичних ситуаціях; до планування та вміння управляти часом; до розуміння предметної сфери та професійної діяльності; спілкуватися державною мовою як усно, так і письмово у професійній діяльності; до набуття навичок використання інформаційних і комунікаційних технологій; вчитися і оволодівати сучасними знаннями; здатність до пошуку, оброблення та аналізу інформації з різних джерел;

уміння виявляти, ставити та вирішувати проблеми; приймати обґрунтовані рішення; здатність до отримання навичок міжособистісної взаємодії; працювати в команді; мотивувати людей та рухатися до спільної мети; до визначеності та наполегливості щодо поставлених завдань і взятих обов'язків; діяти соціально відповідально та свідомо);

- спеціальні (фахові) (знання і розуміння сутності, значення і видів соціальної роботи та основних її напрямів (психологічного, соціально-педагогічного, юридичного, економічного, медичного); здатність прогнозувати перебіг різних соціальних процесів; знання і розуміння нормативно-правової бази стосовно соціальної роботи та соціального забезпечення; здатність до аналізу соціально-психологічних явищ, процесів становлення та соціалізації особистості, розвитку соціальної групи і громади; здатність до виявлення, соціального інспектування і оцінювання потреб уразливих категорій громадян, у тому числі які опинилися в складних життєвих обставинах; знання і розуміння організації та функціонування системи соціального захисту і соціальних служб; здатність до співпраці у міжнародному середовищі та розпізнавання міжкультурних проблем у професійній практиці; здатність застосовувати сучасні експериментальні методи роботи з соціальними об'єктами в польових і лабораторних умовах; здатність оцінювати соціальні проблеми, потреби, особливості та ресурси клієнтів; здатність розробляти шляхи подолання соціальних проблем і знаходити ефективні методи їх вирішення; здатність до надання допомоги та підтримки клієнтам із урахуванням їхніх індивідуальних потреб, вікових відмінностей, гендерних, етнічних та інших особливостей; здатність ініціювати соціальні зміни, спрямовані на піднесення соціального добробуту; здатність до розроблення та реалізації соціальних проєктів і програм; здатність до застосування методів менеджменту для організації власної професійної діяльності та управління діяльністю соціальних робітників і волонтерів, іншого персоналу; здатність взаємодіяти з клієнтами, представниками різних професійних груп та громад; здатність дотримуватися

етичних принципів та стандартів соціальної роботи; здатність виявляти і залучати ресурси організацій-партнерів із соціальної роботи для виконання завдань професійної діяльності; здатність до генерування нових ідей та креативності у професійній сфері; здатність оцінювати результати та якість професійної діяльності у сфері соціальної роботи; здатність до сприяння підвищенню добробуту і соціального захисту осіб, здійснення соціальної допомоги та надання підтримки тим, хто перебуває у складних життєвих обставинах) [54].

З-поміж багатьох навчальних дисциплін на основі аналізу ОКХ (2011 р.) та Стандарту вищої освіти (2019 р.) підготовки соціальних працівників за ОКР \ ОС «Бакалавр» спеціальності 6.130102 / 231 «Соціальна робота», на прикладі Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка виокремлюємо ті дисципліни, що сприяють формуванню компетентностей ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП: «Вступ до спеціальності», «Історія та теорія соціальної роботи», «Галузеве законодавство в соціальній роботі», «Соціальна профілактика», «Методи і організація соціальних досліджень», «Вікова і педагогічна психологія», «Соціальна політика в Україні», «Основи реабілітології», «Технології соціальної роботи», «Організаційно-кадрова робота в системі соціального захисту», «Соціальна робота з різними групами населення», «Соціальна психологія», «Спеціалізовані служби в соціальній сфері», «Автоматизоване робоче місце соціального працівника», «Менеджмент соціального забезпечення», «Актуальні проблеми соціальної політики», «Соціологія», «Соціалізація особистості», «Соціологія сім'ї та молоді», «Прикладні методики в соціальній роботі», «Соціальний супровід клієнта», «Соціальна педагогіка», «Соціальна робота з людьми з обмеженими можливостями», «Соціальна робота в закладах освіти» та інші.

Нами здійснено загальний аналіз змісту деяких із цих навчальних дисциплін, змістове наповнення яких стосується аспектів соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Також розглянемо відповідність навчальних

дисциплін до основних компетентностей, що мають бути сформовані у здобувачів ЗВО на прикладі переліку загально-професійних й спеціалізовано-професійних компетентностей ОКХ (2011 р.) (Додаток Г) та спеціальних (фахових) компетентностей Стандарту вищої освіти України (2019 р.) (див. стор. 105).

Вивчення дисципліни «Вступ до спеціальності» передбачає загальне ознайомлення студентів із базовими знаннями та вміннями в соціальній роботі, основами професійної діяльності соціальних працівників, процесом взаємодії з клієнтом, основними поняттями спеціальності «Соціальна робота» та її теоретичними засадами. Зміст дисципліни формує КЗП-1, КЗП-8 компетенції за ОКХ (2011 р.) та СК 1 компетенцію за Стандартом вищої освіти (2019 р.). У переліку основних напрямів соціальної роботи зазначено соціальну реабілітацію. Утім окремо особливості соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП дисципліна не розглядає.

Навчальний курс «Історія та теорія соціальної роботи» закладає основу професійної діяльності МСП, а саме: теоретико-методологічні засади і місце соціальної роботи серед інших наук, основні моделі соціальної підтримки населення в стародавньому та в сучасному світі, систему соціального забезпечення в країнах Заходу, структурні особливості соціальної роботи як цілісної системи специфічного виду професійної діяльності, особливості принципів суспільного механізму організації та практичного здійснення соціальної роботи, основні види та форми соціальної допомоги населенню України. Зміст дисципліни формує КЗП-3, КЗП-7, КЗП-12 компетенції за ОКХ (2011 р.) та СК 1, СК 4 компетенції за Стандартом вищої освіти (2019 р.). Соціальна реабілітація дітей МШВ з ДЦП розглядається у контексті загальної проблеми осіб з інвалідністю. Ми вважаємо, що зміст курсу «Історія та теорія соціальної роботи» може бути теоретичною основою для формування в подальшому знань про деякі особливості соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

Вагоме місце у професійній підготовці МСП відведено навчальній дисципліні «Соціальна педагогіка», яка розглядає основні категорії, функції, принципи та методи соціально-педагогічної діяльності; зміст та напрями соціально-педагогічної роботи з різними віковими та соціальними категоріями населення. Зміст навчальної програми висвітлює соціально-педагогічну й медико-соціальну характеристику особистості з обмеженими функціональними можливостями (поняття інвалідності; характеристика видів та причин відхилень у здоров'ї; типологія інвалідності; правила реабілітації дітей з обмеженою дієздатністю) та організацію соціально-педагогічної роботи з людьми з особливими потребами (особливості медичної, політико-правової та соціальної моделей підтримки осіб з обмеженою дієздатністю; зміст та форми соціально-педагогічної роботи з дітьми та молоддю з обмеженими функціональними можливостями в межах соціальної моделі). Зміст дисципліни формує КЗП-5, КЗП-9 компетенції за ОКХ (2011 р.) та СК 1, СК 2, СК 4 компетенції за Стандартом вищої освіти (2019 р.). Уважаємо, що зміст курсу «Соціальна педагогіка» є теоретичним підґрунтям для формування знань про сутність соціальної реабілітації дітей МШВ з церебральним паралічем організацію роботи з ними.

У програмі навчального курсу «Технології соціальної роботи» передбачені окремі теми лекційних занять, що стосуються особливостей соціально-реабілітаційної роботи соціального працівника із дітьми з інвалідністю. Зміст дисципліни формує КЗП-4, КЗП-6 – КСП-12 компетенції за ОКХ (2011 р.) та СК 2, СК 4, СК 5, СК 8 – СК 11 компетенції за Стандартом вищої освіти (2019 р.). Тема «Технології соціальної допомоги і підтримки осіб з обмеженими можливостями» містить базові знання з класифікації клієнтів з обмеженими можливостями; завдання роботи з дітьми з обмеженими можливостями; технології вивчення особистості таких дітей, реалізації соціально-психологічних програм соціалізації дітей з обмеженими можливостями. Цикл тем із навчальної дисципліни «Система соціальної роботи та особливості її провадження» («Спеціальні заклади, які проводять

соціальну роботу із сім'ями, дітьми та молоддю, що перебувають у складних життєвих обставинах», «Соціальний працівник у структурі професійної діяльності», «Міжнародне співробітництво у сфері соціальної роботи») розглядає характеристику основних технологій діяльності соціальних працівників, у тому числі технологій роботи з клієнтами центрів соціально-психологічної реабілітації для дітей та молоді з функціональними обмеженнями. Практичні заняття з навчальної дисципліни «Технології соціальної роботи» містять ряд завдань із самостійної роботи з метою вироблення у студентів практичних навичок застосування технологій соціальної роботи, зокрема технології соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями та сімей, які виховують дітей з інвалідністю. Зміст навчальної дисципліни «Технології соціальної роботи» є теоретичною основою для формування у соціальних працівників знань і навичок з використання технологій соціально-реабілітаційної роботи із дітьми МШВ з ДЦП.

На підготовку МСП до соціальної роботи спрямований навчальний курс «Соціальна робота з різними групами клієнтів». Метою дисципліни є вивчення особливостей соціальної роботи з різними групами клієнтів та визначення принципів, змісту і технологій соціальної роботи з різними групами клієнтів, у тому числі з особами з інвалідністю. Зокрема, зміст курсу містить тему «Соціальна допомога та підтримка осіб з обмеженими можливостями», яка дає можливість МСП ознайомитися зі специфічними проблемами осіб з обмеженими можливостями та особливостями організації соціально-реабілітаційної роботи із цією категорією дітей. Зміст дисципліни формує КЗП-3, КЗП-5, КЗП-9 компетенції за ОКХ (2011 р.) та СП 3, СП 4 компетенції за Стандартом вищої освіти (2019 р.). Цей курс містить корисну інформацію, яка може бути в майбутньому використана МСП для організації соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

У рамках підготовки МСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП значущим є теоретично-практичний матеріал навчальної

дисципліни «Основи реабілітології», який надає знання та формує вміння щодо організації системи заходів, зокрема соціальної реабілітації; спрямований на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті та здатності до самостійної суспільної, родинно-побутової діяльності. У програмі розглядаються наукові підходи до розуміння соціальної реабілітації, практичні аспекти соціальної реабілітації, її зміст, принципи та форми стосовно різних категорій населення, в тому числі й дітей з інвалідністю. Зміст дисципліни формує КЗП -9, КЗП-10, КЗП -11, КЗП-12 компетенції за ОКХ (2011 р.) та СП 1, СП 3, СП 6 компетенції за Стандартом вищої освіти (2019 р.). Зміст навчальної дисципліни розкриває основні загальні закономірності процесу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю, що може в подальшому сприяти глибшому та детальнішому оволодінню знаннями, уміннями і навичками з проведення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення розробленого нами курсу за вибором.

На формування в майбутніх соціальних працівників додаткових знань, умінь і навичок щодо надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП частково спрямований зміст деяких інших навчальних дисциплін. Зокрема, курс «Спеціалізовані служби в соціальній сфері» передбачає вивчення практик діяльності спеціалізованих служб соціальної сфери державного і приватного сектору; курси «АРМ (автоматизоване робоче місце) соціального працівника» та «Рекламно-інформаційні технології та інноваційні методи в соціальній роботі» зорієнтовані на формування у майбутніх фахівців необхідного рівня інформаційної та комп'ютерної культури. Дисципліна «Галузеве законодавство в соціальній роботі» передбачає вивчення основ права про соціальний захист населення, в тому числі дітей з інвалідністю. Навчальний предмет «Вікова та педагогічна психологія» спрямований на вивчення вікових особливостей психічного стану та поведінки дітей МШВ з ДЦП.

Аналіз програм фахових практик підготовки соціальних працівників (навчальна, технологічна, стажистська, виробнича в освітніх та реабілітаційних закладах) показав, що вони не містять безпосередніх завдань, спрямованих на здійснення соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Запропоновані завдання з проходження практики не забезпечують вироблення у МСП достатнього рівня практичних умінь і навичок з організації й проведення соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Таким чином, проведене нами дослідження дозволило дійти висновку, що підготовка студентів спеціальності «Соціальна робота» у ЗВО лише опосередковано та частково впливає на формування компетентностей МСП, які можуть бути використані для здійснення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП. Проте виникає потреба у якісній підготовці МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Цілеспрямований вплив на формування в МСП необхідних знань, умінь, навичок та якостей для соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП вимагає виявлення та застосування таких умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, дотримання яких на основі врахування особливостей підготовки МСП сприяло б підвищенню рівнів сформованості відповідного виду готовності.

2.2. Педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем

Готовність до професійної діяльності студентів за напрямом навчання «Соціальна робота» передбачає вирішення певного ряду питань. Це, передусім, досягнення високого рівня обізнаності в галузі вивчення індивідуальності й соціальної природи людини; особливостей індивідів та соціальних груп у певних умовах суспільного життя; засвоєння методів впливів, виявлення можливостей індивідів у міжособистісному спілкуванні;

надання відповідної допомоги особі чи групі людей, що потребують розв'язання їхніх проблем. Водночас професійна підготовка соціальних працівників має відбуватися з урахуванням науково-методологічних підходів, які лежать в основі соціальної роботи, психології, педагогіки та інших наук і доповнюють сутність педагогічних умов фахової готовності студентів у вищій школі.

У тлумачному словнику української мови зазначається, що умова – це «необхідна обставина, яка робить можливим здійснення, створення, утворення чого-небудь або сприяє чомусь» [43, с. 632].

Філософське поняття «умова» пов'язане з відношенням предмета до навколишніх явищ, без яких він існувати не може: «Те, від чого залежить щось інше (обумовлене); важливий компонент комплексу об'єктів (речей, їх станів, взаємодій), з наявності якого випливає існування даного явища» [62, с. 707].

Поняття «умови» у педагогічному аспекті досліджувалось ученими ([47; 50]), які розуміють їх як чинники, обставини, сукупність заходів, від яких залежить ефективність функціонування педагогічної системи [53]. Так, В. Загвязинський розглядає умови як зовнішні та внутрішні обставини, що сприяють або перешкоджають дії факторів розвитку. Якщо поняття «умови» трактується широко, тоді до них включають причини, чинники розвитку, технології, методики, засоби навчання, виховання й розвитку, адміністративний супровід тощо В. Мельниченко під умовами розуміє необхідні й достатні обов'язкові обставини, що визначають, зумовлюють існування та розвиток відповідного освітнього простору. Фундаментально розглянув поняттєво-термінологічний апарат педагогіки В. Полянський. На його думку, умови повинні впливати на фізичний, психологічний, моральний розвиток людини, її навчання й виховання, формування особистості [50].

Поняття «педагогічні умови» у вищій школі використовується для характеристики освітнього процесу та має різні тлумачення:

- комплекс спеціально спроектованих генеральних чинників впливу на зовнішні та внутрішні обставини навчально-виховного процесу й особистісні параметри всіх його учасників, що забезпечує цілісність навчання та виховання, сприяє всебічному гармонійному розвитку особистості, створює сприятливі можливості для виявлення її задатків, формування загальнолюдських та професійно важливих якостей [35, с. 87];

- умови, які свідомо створюються в педагогічній діяльності та забезпечують найбільш ефективний перебіг навчального процесу [24].

З позиції наукових досліджень Л. Міщик, однією з головних умов розвитку особистісного та інтелектуального досвіду майбутніх соціальних педагогів/працівників є створення рефлексивного середовища, що дає можливість моделювати особливі умови. Засобами реалізації умови, на думку науковиці, є навчальні дисципліни і курси за вибором, посібники та підручники, діагностичні засоби тощо [42].

Дослідниця Р. Вайнола умовами особистісного розвитку МСП у процесі професійної підготовки вважає створення позитивного, емоційно сприятливого освітнього середовища; застосування комплексу методів та організаційних форм навчально-виховного процесу, що ґрунтуються на принципах доцільності, послідовності, неперервності, функціональності та інтегративності; орієнтація змісту та форм самостійної роботи на залучення студентів до самостійної пізнавальної діяльності, самокорекції та самоконтролю тощо [8].

Досліджуючи умови професійної підготовки соціального педагога/працівника в умовах неперервної освіти, вчена В. Поліщук вважає необхідною умовою впровадження в практику ЗВО технології професійно-особистісного формування майбутнього фахівця; кредитно-модульного навчання, технологій, що базуються на використанні власного досвіду студентів; оптимального поєднання теоретичного та практичного компонентів професійної підготовки; залучення студентів до науково-дослідної та практичної соціально-педагогічної діяльності [48].

До переліку педагогічних умов підготовки майбутніх соціальних педагогів/працівників до соціальної реабілітації молодших підлітків загальноосвітніх навчальних закладів Н. Сайко [58, с. 279] включає формування оптимістичної світоглядної позиції, єдність навчання і розвитку, формування професіоналізму через особистісне зростання, гуманізацію навчання, орієнтацію на сильні сторони студента.

Згідно з твердженням Н. Андрусак [1] педагогічними умовами професійної підготовки студентів університету до соціальної роботи з дітьми-інвалідами в умовах соціальної служби є такі: реалізація міждисциплінарних зв'язків, спрямованих на інтеграцію загальнопрофесійних та відповідних спеціалізованих професійних знань; практико-зорієнтована спрямованість професійної підготовки студентів на соціальну роботу з дітьми-інвалідами; реалізація програми спеціальної дисципліни «Соціальна реабілітація дітей з обмеженими можливостями».

На переконання Ю. Колодійчук [29, с. 70], до педагогічних умов, які можуть впливати на формування підготовленості МСП до роботи з дітьми з обмеженими можливостями, належать:

- трансформування навчальних мотивів у професійні;
- інтеграція й збагачення змісту професійно зорієнтованих дисциплін в аспекті підготовки до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я;
- забезпечення практико-зорієнтованої спрямованості професійної підготовки студентів на роботу з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я;
- актуалізація професійно-особистісного досвіду роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я.

Стосовно проблеми нашого наукового дослідження зміст поняття «педагогічні умови» може бути окреслений як сукупність взаємопов'язаних дій педагогів і студентів, що спрямовані на формування готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з захворюванням на ДЦП та можуть

забезпечити оволодіння спеціальними знаннями, формами роботи, професійними якостями й цінностями особистості соціального працівника, що у своїй сукупності дозволять фахівцю продуктивно працювати з дітьми, які потребують сторонньої допомоги.

Аналіз поглядів науковців дозволяє нам узагальнити педагогічні умови, які можуть впливати на формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Серед низки педагогічних умов виокремимо такі:

- забезпечення міждисциплінарної інтеграції у змісті теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;
- збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;
- використання потенціалу професійно спрямованих дисциплін у процесі освіти;
- трансформування навчальних мотивів у професійні;
- розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором;
- практико-зорієнтована організація освіти МСП;
- залучення студентів до активної практичної соціально-реабілітаційної діяльності;
- інтегрований вплив міждисциплінарної команди фахівців на підготовку МСП;
- застосування інтерактивних технологій у процесі професійної підготовки МСП;
- формування оптимістичної світоглядної позиції.

Для виявлення ступеня дієвості зазначених педагогічних умов із формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП було використано емпіричний *метод експертного оцінювання*, який має на меті оброблення за допомогою методів математичної статистики думок експертів певної галузі. Опитування експертів може здійснюватися за допомогою

анкетування або інтерв'ювання. Оцінки експертів дозволяють проранжувати ознаки за ступенем значущості.

В експертному оцінюванні брали участь шість викладачів ЗВО за напрямом підготовки «Соціальна робота» (кандидати педагогічних наук, старші викладачі, асистенти з досвідом роботи більше трьох років) й чотири фахівці із соціальної роботи освітньо-соціальних закладів.

Експертам було запропоновано заповнити аркуш експертного оцінювання дієвості педагогічних умов (додаток Е), де потрібно було оцінити визначені педагогічні умови за 10-бальною шкалою відповідно до їх дієвості у формуванні ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП від 1 (найменш значущого) до 10 (найбільш значущого) балів. Ранжування проводилося із урахуванням міри значущості кожної педагогічної умови, що позитивно впливає на формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (табл. 2.1). З метою подальшого узагальнення результатів обчислювався середній бал. Чим більшим є середній бал, тим, на думку експертів, більш значущою є педагогічна умова.

Таблиця 2.1

Таблиця експертного оцінювання дієвості умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП

№	Педагогічні умови	Середній бал
1.	Забезпечення міждисциплінарної інтеграції у змісті теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	7,7
2.	Збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	6,3
3.	Використання потенціалу професійно спрямованих дисциплін у процесі освіти	3,0
4.	Трансформування навчальних мотивів у професійні	1,9
5.	Розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за	8,6

	вибором	
6.	Практико-зорієнтована організація освіти МСП	8,8
7.	Залучення студентів до процесу активної практичної соціально-реабілітаційної діяльності	7,8
8.	Інтегрований вплив міждисциплінарної команди фахівців на підготовку МСП	5,1
9.	Застосування інтерактивних технологій у процесі професійної підготовки МСП	4,7
10.	Формування оптимістичної світоглядної позиції	1,1

Отже, за ступенем дієвості досліджувані педагогічні умови були розташовані від найбільшого середнього бала до найменшого, а саме:

- практико-зорієнтована організація освіти МСП (середній бал 8,8);
- розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором (середній бал 8,6);
- залучення студентів до процесу активної практичної соціально-реабілітаційної діяльності (середній бал 7,8);
- забезпечення міждисциплінарної інтеграції у змісті теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (середній бал 7,7);
- збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (середній бал 6,3);
- інтегрований вплив міждисциплінарної команди фахівців на підготовку МСП (середній бал 5,1);
- застосування інтерактивних технологій у процесі професійної підготовки МСП (середній бал 4,7);
- використання потенціалу професійно спрямованих дисциплін у процесі освіти (середній бал 3,0);
- трансформування навчальних мотивів у професійні (середній бал 1,9);

- формування оптимістичної світоглядної позиції (середній бал 1,1).

Після отримання результатів була проведена перевірка на наявність узгодженості думок експертів, яка виконувалася за допомогою коефіцієнта конкордації (W) [31]. Значення цього коефіцієнта перебуває у діапазоні 0,1. Чим краща узгодженість думок експертів, тим більший коефіцієнт конкордації (W). Коефіцієнт конкордації вираховується за формулою (2.1).

$$W = \frac{12 S}{m^2 (n^3 - n)} \quad (2.1)$$

де n – кількість об'єктів,

m – кількість експертів,

S – сума квадратів відхилень рангів.

У результаті розрахунків $W = 0,856$, що свідчить про наявність високої міри узгодженості думок експертів. Отримані результати можуть бути використані у дослідженні.

Ураховуючи особливості професійної підготовки МСП, результати констатувального етапу експерименту, різні підходи науковців до трактування понять «педагогічні умови», «педагогічні умови професійної підготовки МСП», «педагогічні умови підготовки МСП до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я» та з опертям на результати експертного оцінювання викладачів ЗВО за напрямом підготовки «Соціальна робота» й фахівців із соціальної роботи, ми окреслили перелік педагогічних умов, сприятливих для формування готовності студентів до означеної діяльності у процесі фахової підготовки, а саме:

- забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП передбачає використання потенціалу професійно спрямованих дисциплін і реалізацію міждисциплінарних зв'язків з метою формування пізнавального інтересу до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП;

- розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з

дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» передбачає розроблення та впровадження авторського навчально-методичного забезпечення, що містить: курс за вибором (робочу програму, короткий зміст лекцій, практичних та лабораторних занять, систему інтерактивних та творчих завдань; засоби контролю та інше) та методичні рекомендації до нього.

– практико-зорієнтована організація освіти МСП передбачає залучення студентів до активної практичної соціально-реабілітаційної діяльності, інтегрованого впливу міждисциплінарної команди фахівців, застосування інтерактивних технологій у процесі їхньої професійної підготовки, що сприяє формуванню мотивації й позитивного ставлення до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП, ціннісно-мотиваційних орієнтирів, особистісної зрілості, самостійності МСП.

Розглянемо докладно сутність кожної педагогічної умови та обґрунтуємо доцільність запровадження цих умов.

Вибір *першої педагогічної умови – забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей* – та її необхідність зумовлено результатами аналізу стану ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, який засвідчив опосередкований та частковий розгляд сутності відповідного виду роботи.

Виникає необхідність побудови процесу фахової підготовки соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на основі інтеграції знань із різних дисциплін. Міждисциплінарну інтеграцію можна охарактеризувати як взаємопроникнення змісту різноманітних навчальних дисциплін та створення освітнього потенціалу за рахунок застосування педагогічних методів, засобів і організаційних форм навчання [3].

У нашому дослідженні ми керувалися ідеєю інтеграції освітнього процесу в ЗВО, що передбачала його побудову за принципом логічних узагальнень послідовності програмних дисциплін і «комплексування» навчання. На переконання В. Курок [33], інтеграція споріднених дисциплін в

університетському навчанні покликана відповідати такій меті: оптимальній підготовці фахівців відповідно до потреб і вимог суспільства; забезпеченню мобільності випускника на період його професійної діяльності; підвищенню дидактичної ефективності навчання. Процес інтеграції вимагає комплексного вирішення професійних завдань, зокрема й діяльності соціального працівника щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Організація практичної діяльності соціального працівника щодо надання дітям МШВ з ДЦП соціально-реабілітаційних послуг, а саме адміністрування міждисциплінарної команди, окреслення спектру запитів у клієнтів і надання їм допомоги у знаходженні відповідних агенцій, координування складання індивідуальних реабілітаційних програм і моніторинг їх виконання потребує певного обсягу знань із різних дисциплін [2]. Передусім навчання соціальних працівників соціально-реабілітаційної роботи зосереджується на вивченні особливостей психофізичного розвитку і поведінки дітей МШВ, причин та наслідків хвороби на ДЦП, сутності соціальної реабілітації та основ реабілітаційної роботи з клієнтами. Усвідомлюючи, що освіта ґрунтується на взаємозв'язку між відокремленими навчальними предметами, ми вважаємо, що для результативного формування професійної ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП необхідно вдосконалення процесу підготовки їх до цієї діяльності з урахуванням внутрішньопредметних і міждисциплінарних зв'язків з опертям на знання з психології, педагогіки, соціології, правознавства, фізіології, соціальної роботи та ін.

Формування готовності соціального працівника до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП здійснюється через взаємозв'язок між такими навчальними дисциплінами, як «Вступ до спеціальності», «Історія та теорія соціальної роботи», «Основи реабілітології», «Технології соціальної роботи», «Соціальна робота з різними групами клієнтів», «Прикладні методики в соціальній роботі», «Правове регулювання соціальних конфліктів», «Спеціалізовані служби в соціальній сфері», «Рекламно-інформаційні

технології та інноваційні методи в соціальній роботі», «Вікова психологія», «Основи медичних знань» та ін.

При визначенні структури процесу формування готовності соціальних працівників прогнозується, що студенти отримують необхідні загальнопрофесійні й спеціальні професійні знання, уміння та навички з різних дисциплін про певний об'єкт. Таким чином процес готовності матиме інтегрований характер і задовольнятиме повноцінну підготовку студента. Взаємозв'язок навчальних дисциплін, що сприяють формуванню ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, і є міждисциплінарною інтеграцією у змісті теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Отже, за умови оптимальної організації освітнього процесу відбувається поетапне засвоєння МСП необхідних знань, опанування вмінь та навичок із різних сфер науки, що, у свою чергу, сприяє побудові системи необхідних знань, формування у МСП вмінь і навичок з питань проведення процесу соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Друга педагогічна умова формування ГМСП – розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем». Ця умова передбачає побудову навчально-методичного комплексу розробленого нами курсу, який є сукупністю навчально-методичних документів (робоча програма, короткий зміст лекцій, практичних та лабораторних занять, система інтерактивних та творчих завдань; засоби контролю та інше) та методичних рекомендацій до нього, що чітко окреслені та обумовлюють зміст формування готовності на практиці [22]. Мета курсу полягає у розкритті теоретичних і практичних аспектів соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП в умовах розвитку сучасного українського суспільства. Навчальний курс за вибором побудований з двох взаємопов'язаних частин: матеріалів з планування

вивчення дисципліни й матеріалів з організації і реалізації навчального процесу. Матеріали щодо планування та організації освітнього процесу умовно поділяються на 2 змістові модулі, наповнення яких відповідає загальній меті ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Вивчення кожного модуля підсумовується проведенням різних форм контролю й корекції освітньої та пізнавальної діяльності студентів. Завершується курс навчання заліком. Засвоєння матеріалу курсу за вибором надає можливість майбутнім фахівцям соціальної сфери опанувати систему знань щодо теоретичних та практичних аспектів соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, набуті специфічних умінь із соціально-реабілітаційної діяльності.

Третя умова, а саме практико-зорієнтована організація навчання МСП, що передбачає залучення студентів до процесу практичної соціально-реабілітаційної діяльності, інтегрований вплив міждисциплінарної команди фахівців, застосування інтерактивних технологій у процесі їх професійної підготовки. Ця умова сприяє формуванню мотивуванню позитивного ставлення до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП, ціннісно-мотиваційних орієнтирів, особистісної зрілості, самостійності МСП.

Вибір третьої педагогічної умови зумовлений необхідністю вироблення у МСП практичних умінь і навичок, що становлять основу подальшої професійної діяльності в цілому та соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП зокрема. Наявність на достатньому рівні набутих умінь і навичок дозволяє оцінити сформованість ціннісно-мотиваційних орієнтирів МСП з обраного напрямку роботи.

Практико-орієнтований підхід описаний у наукових працях багатьох вітчизняних і зарубіжних учених (Н. Басалаєвої, О. Бірченко, А. Вербицького, Н. Житник, Н. Матюшенко, Т. Пушкарьової та ін.) [23, с. 30]. Часто цей підхід дослідники розглядають як метод викладання і навчання в поєднанні з практичною діяльністю, орієнтацію навчального процесу на кінцевий продукт – формування і розвиток професійних

компетенцій [3]. Ми розуміємо це як підпорядкування змісту та методів навчання вимогам компетентнісного підходу відповідно до підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Це, своєю чергою, означає співвідношення теоретичної, практичної та методичної інформації.

Отже, під практико-зорієнтованою організацією освіти МСП ми розуміємо орієнтацію змісту й методів підготовки на формування у МСП стійких навичок роботи, що передбачає залучення студентів до процесу практичної соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП; інтегрований вплив міждисциплінарної команди фахівців; застосування інтерактивних технологій, що сприяють формуванню в студентів значущих для майбутньої професійної діяльності якостей особистості, а також знань, умінь і навичок, що забезпечують якісне виконання функціональних обов'язків і досвіду практичної діяльності за обраною спеціальністю.

Залучення студентів до процесу практичної соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП дозволяє їм опанувати методи, форми організації професійної діяльності, набути практичні вміння й навички. Важливо зауважити, що забезпечення ефективної фахової підготовки МСП залежить не тільки від якості й рівня теоретичного навчання, обсягу засвоєних студентами знань, але й від інтенсивності практичної підготовки. У ЗВО практика є невіддільною складовою навчального процесу, її планують і проводять, керуючись наказами Міністерства освіти і науки України, а також Положенням про організацію практики студентів ЗВО України [49], її терміни регламентуються навчальними планами. Відповідно до Положення про систему наскрізної практики МСП проходять різноманітні її види: безвідривну ознайомлювальну, стажистську, соціально-виховну, волонтерську, практику на місці роботи соціального працівника, виробничу.

Завдяки створенню мікро- і макросоціальних умов для прояву самотворчої активності МСП практика може сприяти процесам самовдосконалення його особистості. Основними завданнями практики у професійній підготовці соціальних працівників, на думку Ю. Галагузової, є

поглиблення і вдосконалення теоретичних знань і встановлення їх зв'язку з практичною діяльністю; розвиток особистісних якостей; формування професійних умінь і навичок; ознайомлення з різними типами соціально-педагогічних закладів; засвоєння сучасних соціально-педагогічних технологій роботи з різними категоріями населення; створення умов для розвитку здібностей і самореалізації студента; формування у студентів творчого і дослідницького підходів до професійної діяльності; розвиток навичок професійної рефлексії [11, с. 43].

Як показав аналіз досвіду проведення практик у ЗВО, ефективна практична підготовка МСП потребує організації скоординованої взаємодії основних учасників цього процесу (соціального закладу (бази практики), викладача-керівника практики, студента і клієнта); взаємозв'язку теорії й практики у підготовці майбутнього фахівця, що визначається єдністю підходів до організації навчальних і практичних занять; обов'язкового включення соціальної проблематики до змісту й мети виробничої практики; виділення показників готовності до практичної діяльності у системі оцінювання результатів практики; стимулювання соціально-виробничої активності з метою розуміння соціальної значущості професії соціального працівника.

Практична підготовка МСП у ЗВО має свою специфіку, що зумовлено інновацією професії; поширеністю соціальної діяльності у сферах освіти, охорони здоров'я, соціального захисту; своєрідністю форм і методів роботи.

Інтегрований вплив міждисциплінарної команди фахівців із питань соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП є ще одним зі шляхів реалізації практико-зорієнтованої організації освіти МСП. Зазначений шлях матиме позитивний вплив на формування у МСП культури професійного самовизначення й забезпечення взаємодії предметних і методологічних знань, дасть можливість визначитися зі структурою ефективної майбутньої професійної діяльності та стійкої особистої професійної позиції.

Зазначимо, що спілкування МСП з людьми однієї професійної спрямованості супроводжується переосмисленням життєвих пріоритетів. Отже, фахівці міждисциплінарної команди, а саме соціальні працівники, соціальні педагоги, спеціалісти центру соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, центру зайнятості, психологи, лікарі та ін., є для МСП носіями інформації про реальні умови життєдіяльності дітей МШВ з ДЦП. Ми вважаємо, що змістовне спілкування з представниками різних організацій, які здійснюють соціально-реабілітаційну діяльність з дітьми МШВ з ДЦП, засвоєння їхнього досвіду роботи з цією категорією дітей, допомагатиме усвідомленню МСП «себе у професії».

Одним зі шляхів реалізації зазначеної умови є супервізія. Відповідно до Закону України «Про соціальні послуги» від 17.01.2019 р. № 2671-VIII «супервізія – професійна підтримка працівників, які надають соціальні послуги, спрямована на подолання професійних труднощів, аналіз та усунення недоліків, удосконалення організації роботи, стимулювання мотивації до роботи, дотримання етичних норм та стандартів надання соціальних послуг, запобігання виникненню професійного вигорання, забезпечення емоційної підтримки» [55]. Термін «супервізія» у соціальній роботі, окрім загальноприйнятого значення «керівництво персоналом», зазвичай, уживається і на позначення діяльності досвідченого соціального працівника з керівництва практичною підготовкою студентів в умовах вищого навчального закладу [41].

Використання супервізорства, тобто наставництва, в процесі підготовки МСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП дає можливість спеціалісту соціальної або іншої сфери (супервізору-наставнику) й студенту отримати і вдосконалити знання про клієнта (діти з захворюванням на ДЦП), про власні можливості та здібності, розвивати та поглиблювати власні професійні знання та особистий досвід, більш об'єктивно виявляти проблеми і визначати особисті ресурси для їх вирішення, краще усвідомлювати й оцінювати власні реакції на клієнтів та

їхні проблеми, ґрунтовно аналізувати динаміку взаємовідносин із ними, віднаходити різноманітні методи вирішення подібних проблем та ситуацій, на більш високому професійному рівні здійснювати професійний та особистісний самоаналіз.

Інтерактивність розуміють як процес взаємодії, своєрідного обміну знаннями, думками, емоціями, переходу їх від одного до іншого. Визначальними характеристиками цього поняття є не просто активна взаємодія (інтерактивно), це взаємодія, що здійснюється спільно-енергійно, рухливо, жваво, дієво, вкупі [16].

Саме в такому розумінні принцип інтерактивності покладено в основу інтерактивних методик навчання та виховання в освітніх закладах різного типу. Навчальний процес відбувається в ситуації постійного діалогу як співнавчання, взаємонавчання, де всі його учасники є рівноправними, рівнозначними суб'єктами, взаємодіють один з одним, обмінюються інформацією, спільно вирішують проблеми, моделюють ситуації, оцінюють дії колег і свою власну поведінку [16].

За допомогою застосування інтерактивних технологій у процесі формування ГМСП реалізується зв'язок теорії та практики проведення соціальної реабілітації; формується вміння майбутніх фахівців аналізувати проблемні ситуації, підбивати підсумки, приймати відповідальні рішення щодо проведення соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; виробляється вміння здійснювати конкретну результативну діяльність у нестандартних обставинах в умовах індивідуального підходу. Реалізація цих завдань вимагає розроблення комплексу інтерактивних технологій навчання МСП. Застосування інтерактивних технологій і методів як один зі шляхів реалізації педагогічної умови підготовки соціальних працівників реалізується нами за рахунок інноваційних ідей, що ґрунтуються на проблемному та особистісно зорієнтованому навчанні. Використання інтерактивних технологій спрямовано на побудову ситуації успіху, атмосфери творчої, активної

взаємодії, рефлексії, професійної мотивації, що має сприяти формуванню готовності до роботи з відповідною категорією клієнтів.

Таким чином, нами визначено та деталізовано педагогічні умови, які визначають загальні вимоги до процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, забезпечують реалізацію її структурних компонентів, пов'язаних зі специфікою змісту, засобів, форм і методів освітнього процесу та практичною підготовкою МСП, а саме: забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»; практико-зорієнтована організація освіти МСП. Усі вони взаємопов'язані, що зумовлює необхідність їх комплексної реалізації.

Визначені педагогічні умови обґрунтовують розроблення, впровадження моделі та методики формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, опис яких представлено в наступному підрозділі.

2.3. Модель та методика формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем

Погоджуючись із думкою Є. Лодатка, що дослідження педагогічних явищ (об'єктів і процесів) відбувається не безпосередньо, а через моделювання і в перебігу моделювання, що дозволяє виокремлювати з сукупності характеристик педагогічного явища поодинокі характеристики і досліджувати їх із застосуванням відомих чи спеціально розроблених методик [37], при формуванні ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП ми застосували метод наукового моделювання, який дав змогу

визначити найбільш суттєві риси експериментальної технології навчання на основі аналізу компонентів готовності майбутніх фахівців соціальної сфери до професійної діяльності та визначених педагогічних умов щодо її функціонування.

Обґрунтовуючи доцільність використання педагогічного моделювання, проаналізуємо наукові висновки провідних дослідників. Є. Лодатко запропонував розуміти педагогічну модель як «мисленну систему, що імітує чи відображає певні властивості, ознаки, характеристики педагогічного об'єкта дослідження або принципи його внутрішньої організації чи функціонування і репрезентується у вигляді культурної форми, притаманної певній соціокультурній практиці» [36].

Як зауважує Н. Грицай, моделювання є основною категорією теорії пізнання, на якій ґрунтуються теоретичні й експериментальні методи наукового дослідження. Його розглядають як метод опосередкованого вивчення об'єкта, в ході якого досліджують не сам об'єкт, який зацікавив дослідника, а деяку проміжну систему – модель, спеціально створену для його вивчення [15].

Слушною є думка Л. Бірюк, яка зазначає, що «об'єктами дидактичного моделювання виступають природні й штучні системи, а суб'єктом – власне, сама людська свідомість. Модель навчального процесу – це еталонне уявлення про навчання студентів, його конструювання в умовах конкретних освітньо-виховних закладів. Вона визначає цілі, основи організації і проведення навчального процесу» [6]. Цінним у контексті нашого дослідження є думка Є. Лодатка про те, що об'єктом педагогічного моделювання завжди є й зміст освіти. Його модельне проектування є віддзеркаленням уявлень розробників про реалізацію через зміст та його концептуальну організацію цілей навчання відповідно до тих настанов, які визначаються суспільством на нормативному рівні [39].

Серед педагогічних моделей виділяють такі типи:

- змістові – це тип педагогічних моделей, для яких предмет моделювання становить зміст досліджуваного педагогічного об'єкта, що утворюється сукупністю певних атрибутів (властивостей, ознак, характеристик тощо);

- структурні – це тип педагогічних моделей, для яких предметом моделювання є структура досліджуваного педагогічного об'єкта;

- функціональні – це тип педагогічних моделей, для яких предмет моделювання становить орієнтованість досліджуваного об'єкта на реалізацію певних педагогічно значущих функцій [39, с. 70, 71].

Застосування методу моделювання передбачає врахування його особливостей. На переконання Є. Лодатка, моделювання в педагогіці має особливості, природа яких ґрунтується на нечіткості, розмитості педагогічних понять, практичній відсутності механізмів виміру розвитку особистості у процесі навчання, навчальних досягнень учнів, досягнення певною категорією учнівської молоді соціально визначених освітніх орієнтирів тощо [38].

Згідно з твердженням О. Дубанесюк «особливістю моделювання педагогічної освіти є те, що модель майбутнього стану невизначена, багатогранна та змінюється на шляху досягнення мети. Мета моделювання розвитку – це вибір найкращого варіанта управління змінами, коли в процесі самореалізації змінюється сама педагогічна освіта та критерії її оцінювання. Моделювання є невід'ємним аспектом у забезпеченні природної єдності навчання та наукових досліджень у педагогічному процесі» [56, с. 13].

У процесі моделювання ми орієнтувалися на досвід О. Карпенко [28], яка розробила структурно-функціональну модель підготовки студентів до соціальної роботи. У цій моделі готовність майбутніх фахівців розглядається як єдність двох взаємообумовлених і взаємопов'язаних складових: готовності особистості до діяльності та готовності до розвитку та саморозвитку (самовдосконалення, самокорекція, самоуправління), в яких має повністю

відобразитися мотиваційно-ціннісна готовність, змістове забезпечення та операційний аспект (діяльнісно-поведінковий).

Підґрунтям створення моделі було обрано провідні функції й функціональні обов'язки соціального працівника, адже готовність до конкретної діяльності визначається системою вимог, які висуває до спеціаліста ця діяльність. Ми вважаємо, що функції соціального працівника – це предметно-інструментальна основа його професійної діяльності, зокрема соціально-реабілітаційної роботи. Ми поділяємо думку В. Поліщук, яка зауважила, що зміст професійної діяльності соціального працівника зумовлюється функціями, які він виконує згідно із законами, законодавчими актами [24, с. 999; 55].

Професійні функції соціального працівника дозволяють визначити структуру функціональних обов'язків як певну суму знань, умінь і навичок, які забезпечують професійну обізнаність спеціалістів у практичній роботі [24, с. 999]. Ми приділяємо цим питанням особливу увагу тому, що відсутність у студентів чітких уявлень про свої майбутні професійні обов'язки значно знижує мотивацію навчання. Вважаємо, що відповідальність МСП за якість засвоєння теоретичного і практичного матеріалу може підвищуватися за умови встановлення відповідного зв'язку між успішною навчальною діяльністю та ефективним виконанням майбутніх функціональних обов'язків.

Досліджуючи роль соціального працівника у процесі корекції відхилень у соціальному розвитку дитини, Н. Бастун окреслила основні функціональні обов'язки соціального працівника [2, с. 71]. Ми поділяємо погляди науковиці та адаптуємо їх до соціально-реабілітаційної роботи МСП з дітьми МШВ з ДЦП. Отже, основними функціональними обов'язками МСП у соціально-реабілітаційній роботі з дітьми МШВ з ДЦП є управлінські й організаційні функціональні обов'язки. Але обов'язково хочемо наголосити, що МСП, окрім перерахованих функціональних обов'язків, можуть також забезпечувати виконання інших додаткових функціональних обов'язків із

соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП відповідно до функцій соціального працівника, а саме:

- виявляти сім'ї, які виховують дітей МШВ з ДЦП та/або які потребують соціально-медичної, психолого-педагогічної, матеріальної чи іншої допомоги, охорони морального, фізичного і психічного здоров'я;
- з'ясувати причини виникнення у них проблем, конфліктних ситуацій (за місцем роботи, навчання, у сім'ї та ін.), сприяти їх вирішенню і надавати соціальну допомогу;
- сприяти різноманітним громадським і державним організаціям та закладам у наданні необхідної соціально-економічної допомоги сім'ям із дітьми МШВ із захворюванням на ДЦП, які її потребують;
- надавати допомогу в сімейному вихованні, укладанні трудових договорів про надомну роботу жінкам, які мають дітей з інвалідністю;
- проводити психолого-педагогічні та юридичні консультації з питань сім'ї;
- виявляти дітей МШВ з ДЦП, які мають потребу у влаштуванні в лікувальні та навчально-виховні заклади, отриманні матеріальної, соціально-побутової чи іншої допомоги, і сприяти їм у цьому [24, с. 221–222].

Можливість виконання функціональних обов'язків щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП конкретизується засвоєнням навчальних дисциплін («Історія та теорія соціальної роботи», «Соціальна педагогіка», «Соціальна робота з різними групами клієнтів», «Основи реабілітології», «Технології соціальної роботи», «Галузеве законодавство в соціальній роботі», «Ділове спілкування та психологія управління в соціальній роботі» тощо) та проходженням практики на робочому місці соціального працівника під час здобуття вищої освіти за спеціальністю «Соціальна робота».

Під час розроблення моделі формування професійної ГМСП до здійснення соціально-реабілітаційної роботи ми орієнтувались на підготовку висококонкурентного соціального працівника, який здатний довести свою

ефективність на ринку соціальних послуг в умовах складної економічної ситуації.

На основі уточнення понять «готовність», «готовність до професійної діяльності», «готовність майбутнього соціального працівника», «соціальна реабілітація», розгляду особливостей розвитку дітей МШВ з ДЦП та змісту поняття «готовність майбутнього соціального працівника до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» та його структури нами розроблено структурно-функціональну модель формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, яку репрезентовано на рис. 2.1.

Модель формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП відображає шляхи досягнення поставленої мети та має певну структурну організацію. Складовими моделі визначено цільовий, концептуальний, операційно-дидактичний та діагностувально-результативний структуранти, які між собою логічно пов'язані. Усі структурні складові моделі спрямовано на формування належного (достатнього та високого) рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Розкриємо зміст кожного структуранту більш детально. У першому, *цільовому*, структуранті закладена мета розробленої моделі, якою є формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Для досягнення мети було поставлено завдання: підвищення мотивації до професійної діяльності; забезпечення професійної обізнаності студентів щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; формування та вдосконалення професійних умінь та навичок, що сприяють дієвій соціально-реабілітаційній роботі та формуванню професійної рефлексії.

Другий, *концептуальний*, структурант базується на наукових підходах до процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Визначаючи концептуальні підходи до формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ віку з ДЦП, ми керувалися позиціями науковців

щодо вивчення проблем професійної підготовки соціального педагога/соціального працівника. Так, Л. Міщик [42] стверджує, що в основу професійної підготовки і формування особистості соціального педагога/соціального працівника має бути покладено систематичний, особистісно-діяльнісний та індивідуально-творчий підходи. На виокремленні синергетичного, структурно-діялісного та соціосистемного наукових підходів наголошує О. Карпенко у дослідженні проблеми професійної підготовки МСП в умовах університетської освіти [28, с. 7]. В. Поліщук у своїй розвідці виокремлює системний, функціональний, аксіологічний, особистісно-діялісний, особистісно-професійний, полісуб'єктний, культурологічний фундаментальні наукові підходи [48, с. 6].

У процесі побудови моделі формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ віку з ДЦП нами реалізовано гуманістичний, аксіологічний, компетентнісний, діялісний та системний підходи.

Питання місця гуманістичного підходу в системі професійної підготовки МСП знайшли висвітлення в дослідженнях таких учених, як І. Бех [5], І. Зязюн [26] та ін. Соціальна робота суттєво впливає на гуманізацію суспільних відносин, де турбота про загальне добро і благо кожної людини є повсякденною практичною діяльністю фахівців соціальної сфери. Гуманізм передбачає поєднання підтримки, допомоги та самопомоги в соціально-реабілітаційній роботі над проблемами дитини МШВ з ДЦП та її сім'ї. Гуманістичний підхід дозволяє розглядати дитину МШВ з ДЦП (людину), її цілісність, її розвиток як найвищу цінність. Опора на позитивне в особистості дитини МШВ з ДЦП, на її здатність до розвитку, повага до прав дитини та її сім'ї, конфіденційність і довіра у співпраці із сім'єю дитини – це все принципи реалізації цього підходу в соціально-реабілітаційній роботі з дитиною МШВ з ДЦП.

Аксіологічний підхід до розв'язання глобальних проблем вищої освіти передбачає передусім виховання гуманістичного типу особистості студента. Найважливішим критерієм гуманізації вищої освіти стають не стільки набуті

знання, уміння та навички, скільки усвідомлення й прийняття кожним студентом гуманістичних ідеалів, прагнення до постійного самовдосконалення [9]. Цей підхід передбачає опору на цінності в соціально-реабілітаційній роботі з дитиною МШВ з ДЦП, їх формування у МСП, співвідношення з іншими цінностями, вибудовування пріоритетів цінностей: біологічних, соціальних, духовних. Відповідна орієнтація професійної діяльності передбачає вироблення кожним МСП своєї ієрархії цінностей, де пріоритетом є інтереси дитини МШВ з ДЦП. Основними принципами аксіологічного підходу в соціально-реабілітаційній роботі з дітьми МШВ з ДЦП є етичні принципи.

Компетентнісний підхід, як зазначає В. Лозова, передбачає аксіологічні, мотиваційні, рефлексивні, когнітивні, операційно-технологічні та інші результати навчання, які відображають розширення не тільки знань, умінь і навичок, а й досвіду емоційно-ціннісного ставлення студента до дійсності [63, с. 78]. Компетентнісний підхід розглядається також як система технологій, що забезпечують формування ключових, базових та спеціальних компетенцій соціального педагога, які відповідають стандартам його підготовки за рівнем «Бакалавр» [28, с. 28]. Соціально-реабілітаційна робота МСП з дітьми МШВ з ДЦП є певною спеціальною базою знань і вмінь, володіння якою визначає рівень їхньої професійної компетентності. У процесі оцінювання ефективності та управління якістю готовності МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП компетентнісний підхід стає його підґрунтям. Для реалізації підходу необхідні компоненти підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП – когнітивний, операційно-дієвий та рефлексивний.

Суть діяльнісного наукового підходу полягає в тому, як вчитися стимулювати пізнавальні процеси, актуалізувати творчий потенціал студентів. Цей підхід дає змогу досліджувати здатність особистості до саморозвитку, формувати вміння орієнтуватися в безперервному потоці інформації, обирати стратегію для досягнення визначених цілей [46].

Діяльнісний підхід щодо дитини МШВ з ДЦП передбачає діяльність МСП як активну взаємодію з дитиною МШВ з ДЦП та її сім'єю, через яку досягаються цілі роботи, що регулюють активність дитини, враховують її потреби, а МСП дозволяють відібрати зміст, форми й методи соціально-реабілітаційної роботи. Особливістю діяльнісного підходу є спрямованість освітнього процесу безпосередньо на особистість студента, що потребує врахування його індивідуальних особливостей. Упровадження діяльнісного підходу в освітній процес професійної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП сприяє автономності й незалежності дій, стимулює свободу вибору та формує відповідальність за прийняті рішення. Основним принципом цього підходу є соціальне виховання дитини МШВ з ДЦП у діяльності та спілкуванні.

Із позиції системного підходу всі ланки педагогічної освіти повинні максимально стимулювати активний стан усіх основних структурних компонентів особистості соціального педагога/соціального працівника в їх єдності [28]. Такий підхід дає можливість проаналізувати процес професійної підготовки МСП з позицій цілісності, розкрити складові системи професійної підготовки, виявити механізми їх взаємовпливів й взаємозв'язків. У контексті системного підходу всі взаємопов'язані складові освітнього процесу, спрямовані на формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, можна організувати в єдину систему.

Концептуальний структурант також передбачає наявність принципів підготовки фахівців соціальної сфери: загальнодидактичних (науковості, систематичності й послідовності, доступності, компетентності); специфічних (відповідності, самостійності, прогностичності, єдності теоретичної та практичної підготовки МСП, професійної спрямованості навчання). Модель розроблялась відповідно до цих принципів.

Основними загальнодидактичними принципами формування готовності студентів спеціальності «Соціальна робота» до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП стали: науковість (відповідність змісту

навчання МСП сучасному рівню розвитку педагогічної та методичної науки, методам наукового пізнання), систематичність й послідовність (обумовлює побудову змісту навчання МСП соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП як цілісного утворення, але при цьому становить органічну складову загальної професійної підготовки), доступність.

Більш детально зупинимося на *специфічних принципах*.

За принципом відповідності зміст підготовки МСП до роботи з дітьми МШВ з ДЦП має відповідати інтересам студентів, зближувати високу суспільну значущість професії та глибокий особистісний сенс майбутньої професійної діяльності й таким чином сприяти розвитку їхньої професійної ідентичності.

Принцип самостійності дає можливість студентам виявити ініціативу, власну позицію на основних етапах навчання. Цей принцип відбиває ідеї індивідуалізації навчання, які орієнтують на конкретні потреби й цілі студентів, на рівень їхньої підготовки. Обов'язковою умовою досягнення високого рівня опанування професійної діяльності є усвідомлення МСП цієї діяльності, а також своєї життєдіяльності в цілому.

Принцип прогностичності забезпечує здатність системи підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП змінюватися відповідно до зміни соціальних умов.

Принцип органічної єдності теоретичної та практичної підготовки МСП. Фахівець із соціальної роботи, який володіє професійними навичками, здатний творчо втілювати теорію в практичну діяльність. Орієнтація на практичну соціально-реабілітаційну діяльність у процесі вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» має сприяти формуванню фахівця-діяча, людини з активною життєвою позицією. Умовою забезпечення цього принципу є раціональне співвідношення теоретичних і практичних занять, яке реалізується у структурі курсу за вибором.

Реалізація принципу професійної спрямованості навчання, що регулює співвідношення загального та специфічного, визначає діалектику взаємодії цілісного розвитку особистості та її професійних особливостей та відіграє роль системоутворювального елемента для всього процесу навчання [10, с. 134].

Операційно-дидактичний структурант охоплює компоненти, етапи, зміст освіти, форми та методи, які сприятимуть формуванню готовності студентів до соціальної реабілітації дітей МШВ з захворюванням на ДЦП. До взаємопов'язаних та взаємообумовлених компонентів ми віднесли мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний.

Процес формування готовності студентів відповідно до розробленої моделі передбачає декілька *етапів*. Спираючись на дослідження О. Карпенко, ми виділили чотири основні етапи формування професійної ГМСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП [28, с. 204–205]: I – адаптивно-ознайомлювальний; II – пошуково-інформаційний; III – практико-моделювальний; IV – аналітико-узагальнювальний.

Адаптивно-ознайомлювальний етап передбачає ознайомлення студентів із соціальною обумовленістю, функціями, місцем і етикою діяльності соціального працівника, усвідомлення МСП необхідності спеціальної підготовки до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП, ознайомлення з особливостями і можливостями професійної діяльності.

На цьому етапі студенти передусім опановують загальнопрофесійні знання щодо особливостей психофізичного та соціального розвитку дитини МШВ з ДЦП, специфіку роботи з цією категорією дітей у процесі вивчення відповідних дисциплін.

Пошуково-інформаційний етап характеризується розширенням знань студентів про особливості соціальної реабілітації. Саме на цьому етапі МСП вчать виявляти предмет для аналізу, аналізувати соціальні, психологічні та

вікові особливості розвитку дітей МШВ з ДЦП. У процесі навчання студенти засвоюють навички оволодіння активними формами навчання, роботи зі спеціальною науковою літературою, опановують уміння застосувати окремі соціально-реабілітаційні методики і техніки у роботі з дітьми МШВ з ДЦП.

Практико-моделювальний етап процесу формування готовності студентів характеризується засвоєнням ними певних зразків розв'язання соціально-реабілітаційних ситуацій із метою підвищення рівня професіоналізму. Забезпечення реалізації завдань цього етапу передбачається шляхом вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем».

На практико-моделювальному етапі особлива увага звертається на вдосконалення комунікативних умінь спілкування з особами, що потребують соціально-реабілітаційних послуг, представниками державних установ, з колегами, батьками. Водночас передбачається, що під час вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» МСП мають навчитися проводити роботу з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, моделювати соціально-реабілітаційні ситуації щодо покращення умов життєдіяльності конкретних осіб. У цей період студенти опановують уміння адекватно оцінювати результати своєї роботи, нести відповідальність за свої дії, шукати ефективні й правильні способи вирішення конкретних ситуацій, що стосуються системи соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

І найважливішим етапом, на нашу думку, є *аналітико-узагальнювальний*, оскільки він передбачає достатній розвиток професійного мислення. Саме на цьому етапі завершується формування цілісного уявлення про систему соціальної роботи взагалі та соціальну роботу в системі надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП зокрема. Визначається можливість МСП виявляти, аналізувати, знаходити шляхи вирішення та подолати складних ситуацій із соціальної реабілітації окремої особи чи групи осіб з числа дітей МШВ з ДЦП. Саме на цьому етапі в роботу вводиться

соціально-технологічний практикум у різних соціальних установах (виробнича практика на місці роботи соціального працівника). Одночасно відшліфовуються професійні вміння, студенти включаються в науково-дослідницьку діяльність щодо вивчення особливостей провадження соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Зміст діяльності охоплює курс за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»; виробничу практику; методичні рекомендації до курсу за вибором, які ми розробляли відповідно до основних і додаткових функціональних обов'язків соціального працівника.

Розроблена модель формування готовності МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП передбачає застосування методів проблемного викладу, пояснювально-ілюстративних, репродуктивних, частково-пошукових, дослідницьких методів. До форм організації навчання МСП віднесені: індивідуальна, групова, колективна.

Сприяють процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП створені педагогічні умови (забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»; практико-зорієнтована організація освіти МСП), обґрунтовані у розділі 2.2.

Діагностувально-результативний структурант конкретизує критерії (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний, оцінювально-рефлексивний), їх показники та рівні (початковий, базовий, достатній, високий) сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, що були детально висвітлені у розділі 1.3 дисертації.

Вважаємо, що в результаті впровадження розробленої моделі МСП матимуть можливість опанувати необхідні знання, набути вміння і навички / компетентності щодо соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП, навчитися нетрадиційно мислити, використовувати інноваційні технології у процесі надання клієнтам допомоги, самостійно виявляти, опрацьовувати й аналізувати соціальні ситуації щодо покращення показників життєдіяльності дітей МШВ з діагнозом ДЦП та їхніх сімей, підвищити рівень мотивації до професійної діяльності та оволодіти здатністю до самооцінювання, самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Запропонована модель схематично окреслює процес ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, але не виключаємо, що є не єдино правильною та може набути подальшого вдосконалення.

Реалізацією розробленої моделі є методика формування готовності, результатом якої має бути позитивна динаміка сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

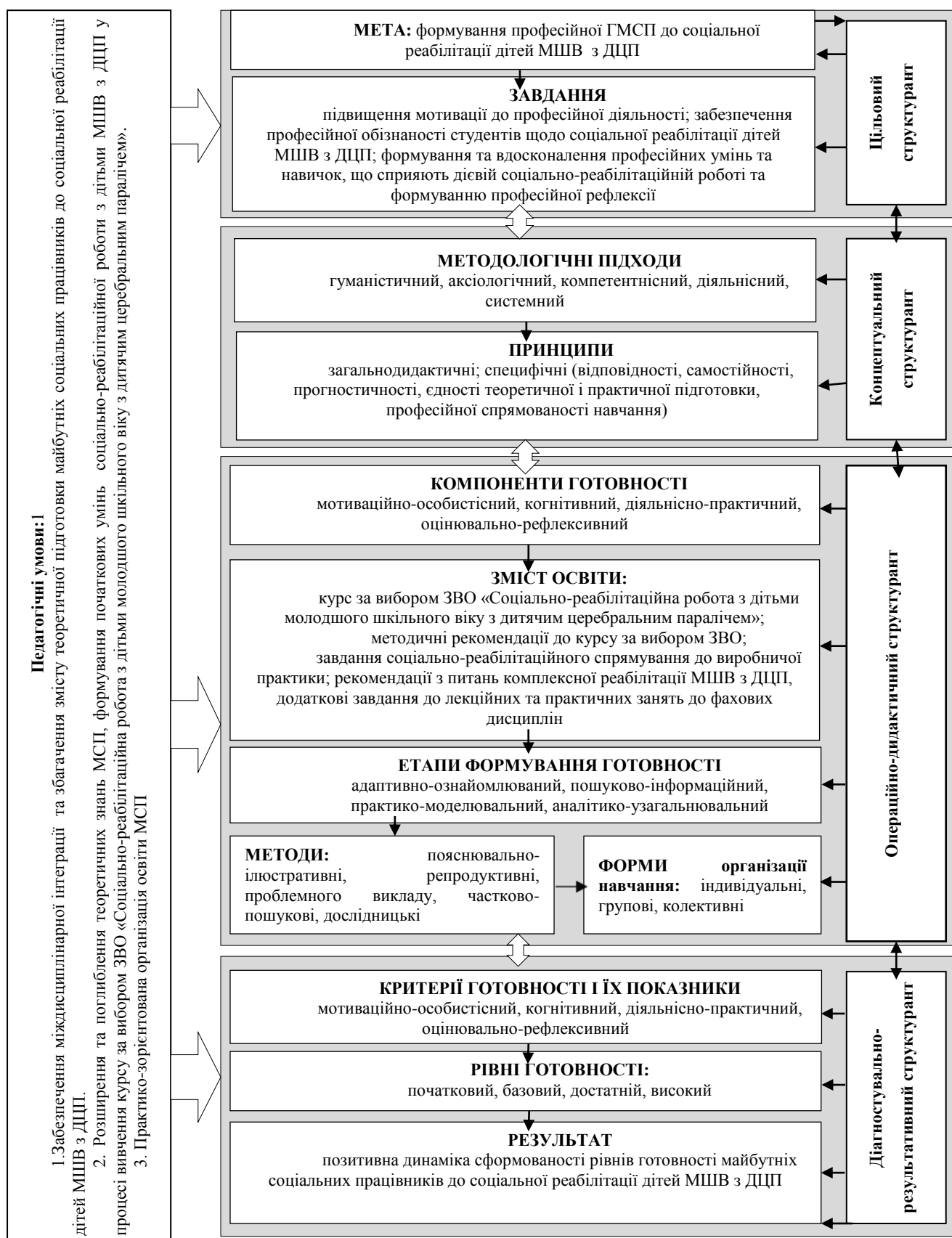


Рис. 2.1. Структурно-функціональна модель формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем

Проведемо детальний опис методики формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та її впровадження у освітній процес студентів за спеціалістю «Соціальна робота».

Розроблення методики формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП є одним із важливих завдань дослідно-експериментальної роботи. В основу поняття «методика» покладено термін «метод» («*methodos*» – шлях дослідження чи пізнання). Згідно з твердженням науковця О. Гончаренка метод – спосіб організації практичного й теоретичного засвоєння дійсності, зумовлений закономірностями певного об'єкта [13, с. 205].

Із метою успішної реалізації процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП виникає необхідність визначення структури, змісту навчально-методичного забезпечення цього процесу.

Структуру і зміст навчально-методичного забезпечення процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП утворюють такі структурно-змістовні одиниці:

- нормативно-навчальна база (освітньо-кваліфікаційна характеристика (2011р.) низка ключових компетентностей відповідно до державних вимог до мінімального змісту рівня підготовки фахівців за спеціальністю «Соціальний працівник», освітньо-професійна програма (2011р.) робочі програми та навчальні плани, плани лекційних, семінарських занять, практичні матеріали до занять відповідно до загального навчального плану ЗВО);

- робоча програма курсу за вибором ЗВО «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем», яка передбачала лекційні, практичні, лабораторні заняття, проекти самостійної, дослідницької, творчої діяльності студентів; засоби контролю, спрямовані на визначення не лише рівня засвоєння знань, але й на виявлення здібності використання знань у практичній діяльності;

- методичні рекомендації щодо викладання курсу «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим

церебральним паралічем» для студентів напряму підготовки 231 «Соціальна робота» ОС «Бакалавр» [22];

- завдання соціально-реабілітаційного спрямування до виробничої практики на робочому місці соціального працівника (4 курс) (додаток Ж);
- рекомендацій з питань комплексної реабілітації для дітей МШВ з ДЦП (додаток З).

Метою впровадження методики було: здійснити роботу з формування ГМСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП відповідно до моделі та педагогічних умов, визначених у дисертації.

Основними завданнями впровадження були такі:

1. Перевірити на практиці дієвість методики формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.
2. Удосконалити підготовку МСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.
3. Оптимізувати процес формування ГМСП шляхом використання комплексу форм і методів навчання.

Формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на формувальному етапі експерименту здійснювалося поетапно, відповідно до моделі: I – адаптивно-ознайомлювальний; II – пошуково-інформаційний; III – практико-моделювальний; IV – аналітико-узагальнювальний.

Із метою впровадження методики формування ГМСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП опишемо детально зміст та особливості комплексної реалізації взаємопов'язаних педагогічних умов у освітньому процесі ЗВО.

Так, перша педагогічна умова (забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП) передбачала використання потенціалу професійно спрямованих дисциплін і реалізацію міждисциплінарних зв'язків. У напрямі реалізації цієї педагогічної умови та в межах адаптивно-ознайомлювального етапу забезпечення міждисциплінарної інтеграції змісту

теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП здійснювалося за рахунок засвоєння МСП необхідних теоретичних знань із різних сфер наук протягом чотирьох років навчання (педагогіки, психології, фізіології, соціології та інших), які містяться у навчальних дисциплінах, дібраних відповідно до навчальних планів підготовки МСП за ОС «Бакалавр» спеціальності 231 «Соціальна робота».

Нами виокремлено коло навчальних дисциплін (на прикладі Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка): 1–2 курси навчання ЕГ (13–15 нр.) – «Вступ до спеціальності» (теми: «Фах – соціальна робота», «Соціальні послуги та їх споживачі», «Цінності та етика соціальної роботи» тощо), «Волонтерський рух» (тема: «Волонтерство як феномен цивілізованого суспільства» тощо), «Історія та теорія соціальної роботи» (теми: «Соціальна робота як системно організована професійна діяльність», «Соціальний працівник: його професійний статус, етичні принципи та моральні якості» тощо), «Соціальна профілактика» (теми: «Соціальна профілактика як аспект соціальної політики держави», «Система соціальної профілактики в практичній діяльності соціальних служб», «Духовні цінності в системі профілактики негативних явищ у суспільстві» тощо), «Соціальна політика в Україні» (теми: «Актуальні проблеми соціальної політики: соціальна реабілітація», «Соціальний захист населення» тощо), «Соціальна педагогіка» (теми: «Методи соціально-педагогічної діяльності», «Соціально-психологічний портрет особистості з обмеженими функціональними можливостями», «Характеристика моделей соціальної підтримки осіб з обмеженою дієздатністю» тощо), «Соціальна психологія», «Соціальна і демографічна статистика», «Вікова фізіологія», «Загальна психологія», «Вікова і педагогічна психологія» тощо, які надавали теоретико-практичну базу для подальшого ефективного впровадження розробленого нами курсу за вибором. Усе це допомагало розвинути спроможність студентів до системного мислення, сприяло побудові повного обсягу системи необхідних знань із питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Поглибити та засвоїти отримані знання студенти мали можливість під час проходження на 1–2 курсах ЕГ (13–15 н. р.) професійно-орієнтовної та волонтерської практик, а також у процесі залучення МСП до волонтерської та благодійної діяльності з дітьми з особливими потребами, в т. ч. з дітьми МШВ з ДЦП. Серед завдань волонтерської практики МСП було: участь у проведенні акцій «Соціальне «Ні» насиллю», «Щаслива родина – щаслива дитина», «Подаруй посмішку дітям» для дітей з інвалідністю. Під час організації і проведення акцій студенти змогли проявити свої комунікативні та соціально-професійні здібності у спілкуванні з дітьми МШВ з ДЦП та їхніми сім'ями.

Можливість розширити знання та опанувати соціально-реабілітаційні методики, техніки у роботі з дітьми МШВ з ДЦП студенти могли у процесі вивчення навчальних дисциплін протягом 2–3 курсів, у межах II-го пошуково-інформаційного етапу. До відповідних дисциплін належать: «Методи та організація соціальних досліджень», «Біологічні і медико-соціальні основи здоров'я», «Актуальні проблеми соціальної політики» (теми: «Методи аналізу соціальної політики держави», «Соціальний захист населення. Соціальне страхування. Сучасний аспект», «Механізми реалізації соціальної політики. Сучасний аспект» тощо), «Технології соціальної роботи» (теми: «Технології діагностики, профілактики, корекції, реабілітації, організації дозвілля, консультування, посередництва, волонтерства», «Методика роботи з дітьми з обмеженими можливостями» тощо), «Соціальне інспектування», «Спеціалізовані служби в соціальній сфері», «Соціологія сім'ї та молоді», ««Організаційно-кадрова робота в системі соціального захисту», «Соціальна робота з різними групами клієнтів», «Правове регулювання соціальних конфліктів», «Основи психодіагностики та психоконсультації», «Прикладні методики в соціальній сфері», «Соціальний супровід клієнта» тощо.

Позитивним було те, що студенти мали змогу апробувати свої знання в ході технологічної та стажерської практик на 2 і 3 курсах ЕГ (14–16 н. р.),

спрямованих на поглиблення та закріплення отриманих ними знань. За результатами проходження практики МСП організували та провели комплекс заходів (виховний, профорієнтаційний, корекційний, консультативний) з дітьми МШВ, в тому числі з захворюванням на ДЦП (виховний захід «До Дня толерантності», корекційно-розвивальний захід «Дружба», діагностувальний захід «Знайомство» тощо). Студенти змогли пересвідчитися в необхідності соціального розвитку дітей МШВ з ДЦП.

Отже, знання, уміння та навички отримані шляхом опанування, систематизації та узагальнення матеріалу різних навчальних дисциплін, стали фундаментом для подальшого вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем». Навчальна інформація, набута під час вивчення інших дисциплін, використовувалася для мотивації соціально-реабілітаційної діяльності студентів з дітьми МШВ з ДЦП, актуалізації опорних знань, умінь і навичок, обґрунтування та з'ясування сутності процесу соціальної реабілітації дітей з особливими потребами.

У напрямі реалізації *першої педагогічної умови (забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП)* та у межах III-го практико-моделювального етапу збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП здійснювалося завдяки доповненню змісту обраних нами навчальних дисциплін («Соціальна педагогіка», «Технології соціальної роботи», «Соціальна робота з різними групами клієнтів»), передбачених професійною підготовкою МСП в Глухівському навчальному педагогічному університеті імені Олександра Довженка й навчальним матеріалом, що є необхідним для формування знань МСП із соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

Процес доповнення змісту навчальних дисциплін розглянемо докладно. Дисципліну «Соціальна педагогіка» додали такими навчальними питаннями: особливості сутності соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;

напрями соціально-педагогічної роботи з сім'ями, в яких виховуються діти МШВ з ДЦП; спеціальні принципи соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; специфіка роботи соціального педагога/соціального працівника з дітьми МШВ з ДЦП відповідно до функціональних обов'язків у освітніх та соціальних закладах; різні форми роботи соціального педагога/соціального працівника в освітніх та соціальних закладах; функції соціальних служб щодо надання послуг із соціальної реабілітації дітям МШВ з ДЦП.

Додатковим завданням до практичних занять із навчальної дисципліни «Соціальна педагогіка» нами було запропоновано професійно зорієнтоване завдання «Порівняй». Воно передбачало складання порівняльної таблиці основ формування первинних навичок соціалізації дитини МШВ з ДЦП та дитини МШВ за встановленими нормами вікової категорії. Наступним завданням було опрацювання законодавчо-нормативної бази України, яка регламентує надання різних видів соціальних послуг дітям МШВ з ДЦП («Твоє право»).

Дисципліну «Технології соціальної роботи» було доповнено такими навчальними питаннями: специфіка застосування технологій соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у соціальних, освітніх та інших закладах; теоретико-технологічні основи процесу соціального супроводу дітей МШВ з ДЦП; психолого-педагогічна корекція дітей МШВ з ДЦП.

Із метою формування у МСП умінь виявляти, аналізувати й оцінювати конкретні ситуації, вироблення практичних навичок володіння й застосування технологій соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей були запропоновані додаткові завдання до практичних занять із навчальної дисципліни «Технології соціальної роботи». Професійно зорієнтоване завдання «Зрозумій та допоможи» складалося з двох частин: самостійно розробити ситуацію; дібрати форми, методи й засоби соціальної реабілітації для дитини МШВ з ДЦП за участю соціального педагога/соціального працівника і її сім'ї й репрезентувати відповідну роботу.

Дисципліну «Соціальна робота з різними групами клієнтів» доповнено такими навчальними питаннями: соціальна реабілітація як один із видів соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП; труднощі й перешкоди в соціально-педагогічній роботі з сім'єю, яка виховує дитину МШВ з ДЦП.

Із метою формування у МСП уміння аналізувати й оцінювати соціальні явища, пов'язані з конкретними групами клієнтів соціальної роботи, практичне заняття було доповнено додатковим завданням «Проблема, планування, дії», яке складалося з заповнення таблиці (проблеми дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей; планування організації соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП та їхніми сім'ями; шляхи реалізації соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП).

Перелік додаткових навчальних питань, професійно зорієнтованих завдань і навчальних дисциплін представлений у Додатках И 1, И 2.

Для реалізація другої педагогічної умови – розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» нами був розроблений і впроваджений курс «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» [22]. Теоретико-практичним підґрунтям засвоєння відповідного курсу були навчальні дисципліни, які МСП вивчали протягом 1–4 курсів.

Робоча програма курсу «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» містить базові знання історичних фактів соціальної реабілітації, термінології, загальної характеристики структури соціальної реабілітації та захворювання на ДЦП, законодавчо-нормативної бази, структури, особливостей соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

Вивчення навчального курсу «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»

побудоване на принципах кредитно-модульної системи, яка сприяє систематичній роботі студентів над засвоєнням знань, опануванням умінь, набуттям навичок, та на особистісно орієнтованому навчанні, в центрі якого особистість студента, його індивідуальний досвід, потреба в самореалізації, саморозвитку, самовизначенні.

Мета програми полягає у розкритті теоретичних та практичних аспектів соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Зауважимо, що завданням вивчення курсу є формування у студентів знань, умінь, навичок та особистісно-професійних якостей, потрібних для виконання професійних обов'язків, що постають на конкретному етапі соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

Програмою передбачено, що студенти мають можливість засвоїти знання про:

1) на поняттєвому рівні: основні законодавчі та нормативно-правові акти, ухвалені у сфері соціальної роботи та важливі при наданні соціально-реабілітаційних послуг у різних типах закладів для дітей МШВ з захворюванням на ДЦП;

2) на фундаментальному рівні: становлення сутності поняття «соціальна реабілітація»; структуру процесу соціальної реабілітації; принципи та методи соціально-реабілітаційної діяльності;

3) на практично-творчому рівні: роботу соціальних служб України; напрями соціально-реабілітаційної роботи з сім'єю; технології соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

Уміннями:

1) відтворювати основні поняття, які відображають сутність та розвиток соціальної реабілітації; соціально-реабілітаційну роботу з дітьми МШВ з ДЦП; положення законодавства України, ухваленого у соціальній сфері;

2) довільно використовувати засвоєні знання для розв'язання соціально-реабілітаційних ситуацій; планувати та прогнозувати роботу з

дітьми МШВ з ДЦП, які потребують підтримки соціального працівника, диференціювати зміст діяльності відповідно до різних напрямів соціально-реабілітаційної роботи; добирати адекватні форми та методи соціально-реабілітаційної діяльності;

3) знаходити шляхи розв'язання нетипових задач, які можуть виникати при виконанні соціальними працівниками своїх функціональних обов'язків; налагоджувати роботу з дітьми МШВ з ДЦП;

4) регулярно збагачувати свої знання новою інформацією, самовдосконалюватися; адаптувати раніше отриманий досвід до конкретних ситуацій, що виникають; розв'язувати професійні завдання самостійно та варіативно; вести науково-дослідну роботу; продукувати нові підходи, методи, технології вирішення стандартних ситуацій.

Курс (розроблений у 2015–2016 н.р., коли кредит навчальної дисципліни становив 30 годин) розрахований на 90 годин (3 кредити). З них: 36 годин передбачається на аудиторну роботу (12 годин лекції, 12 годин практичні заняття та 12 годин лабораторні роботи зі студентами), 54 години відведено на самостійну роботу студентів. Кількість практичних та лабораторних занять зумовлена прикладним характером програми підготовки. Вид підсумкового контролю – залік.

Крім того, до складу навчально-методичного комплексу нами включено теоретичні матеріали до практичних робіт та методичні рекомендації, які можна використовувати для більш якісного викладання навчальної дисципліни та ефективнішого засвоєння матеріалу студентами [34].

Розподіл лекційних занять відбувався таким чином: 8 годин відведено на I-й змістовий модуль «Теоретичні основи розвитку соціальної реабілітації», 4 години – на II-й змістовий модуль «Практичні аспекти соціальної реабілітації». Лекційні заняття до I-го модуля передбачають розгляд таких тем: «Вступ. Історичний аспект виникнення соціальної реабілітації. Суть основних понять досліджуваної проблеми»; «Загальна

характеристика структури соціальної реабілітації»; «Теоретичні основи захворювання на ДЦП» та «Особливості життєдіяльності дітей з захворюванням на ДЦП». Другий змістовий модуль передбачав вивчення тем «Специфіка психофізичного та соціального розвитку дітей МШВ з ДЦП у соціально-реабілітаційній роботі соціального працівника»; «Характеристика технологій роботи соціального працівника з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП».

Підсумуємо: протягом часу, відведеного на теоретичну частину курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем», майбутні фахівці актуалізували і поглиблювали здобуті раніше знання, одночасно набуваючи нових, специфічно професійних знань, пов'язаних з особливостями соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

Таким чином, розроблення та впровадження курсу «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» сприяло реалізації *другої педагогічної умови*.

Погоджуємось із думкою Н. Берденникової, В. Мезенцева, Н. Панова [4, с. 9] про те, що ефективність професійної підготовки майбутнього фахівця із соціальної роботи залежить не лише від взаємоузгодженості етапів цієї підготовки, але і від форм та методів навчання, використаних для її забезпечення. Із метою заохочення студентів до активної комунікативної та пізнавальної діяльності у процесі викладання теоретичного матеріалу у формі лекційних занять нами використовувалися нетрадиційні методи ефективної роботи МСП, а саме: диспути, використання інформаційно-комунікативних технологій (перегляд інформаційно-пізнавальних фільмів, презентації), розгляд конкретних складних життєвих ситуацій, постановка проблемних питань, пояснювально-ілюстративні методи тощо.

Так, нами передбачено активне застосування проблемної лекції у викладанні курсу. Проблемна лекція на тему «Соціальна реабілітація як науково-практична проблема» характеризувалася активною участю

студентів, що спонукало їх до активного та свідомого засвоєння нових знань. Зазначений вид лекції сприяв розвитку пізнавального інтересу до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП і теоретичного мислення; забезпечував професійну мотивацію, корпоративність. Постановка проблемних запитань («За яких часів люди почали безкорисливо допомагати злиденним?», «У якій формі проявлялася ця допомога?», «Чи можемо ми назвати цю допомогу соціальною реабілітацією та чому?» тощо) відповідно до розгляду конкретної ситуації викликала суперечності та спонукала МСП до пошуку їх розв'язання в ході дискусії. На думку вчених (А. Кузьмінський [32], В. Ортинський [45]), увагу потрібно приділяти структурі проблемної лекції. Ми керувалися наступною структурою проблемної лекції у процесі планування впровадження курсу: вступ, постановка проблеми, надання завдань, обґрунтування своєї позиції та узагальнення висновків. Усе це допомогло активізувати діяльність студентів під час засвоєння теоретичного матеріалу.

Такий вид лекції за способом викладу матеріалу, як диспут, теж застосовано у процесі викладання курсу за вибором. Лекція-диспут на тему «Особливості психофізичного та соціального розвитку дітей МШВ з ДЦП» становила продовження та розвиток проблемного викладу матеріалу в діалозі трьох фахівців. Реальні ситуації обговорення теоретичних і практичних питань моделювалися лікарем, практичним психологом та фахівцем із соціальної роботи. Перевагами такої лекції були актуалізація наявних у студентів знань, потрібних для розуміння діалогу і участі у ньому; створення проблемної ситуації тощо. На такій лекції виховується культура дискусії, вміння вести діалог та приймати конкретні рішення. Підготовка лекції вимагала дотримання певних умов: попереднього обговорення теоретичних питань її учасниками, їх особистісної та інтелектуальної сумісності; швидкої реакції й здатності до імпровізації.

Достатньо мотивувальним та спонукальним до прояву емоцій та висловлення власних думок став такий вид лекції за способом викладу

матеріалу, як лекція-перегляд з обговоренням збірки інформаційно-пізнавальних фільмів на тему «Особливості життєдіяльності дітей із захворюванням на ДЦП». Збірка тематичних фільмів складалася з реальних життєвих історій сімей, які виховували дітей з ДЦП. МСП були запропоновані для перегляду такі інформаційно-пізнавальні фільми: «ДЦП у дітей», «Подаруй дітям життя» тощо. Окрім того, що студенти мали змогу дізнатися про основні прояви, симптоми та наслідки ДЦП, особливості життєдіяльності дітей з ДЦП у суспільстві, перегляд фільмів спонукав до співчутливого та толерантного ставлення до особистості дитини з церебральним паралічем.

Практична частина курсу «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» складається з практичних та лабораторних занять: 12 годин відведено на практичні заняття, 12 годин – на лабораторні. Практичні заняття, що є формою зв'язку теорії з практикою, ми проводили з метою закріплення теоретичних знань щодо питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП шляхом залучення студентів до виконання різних навчально-практичних та пізнавальних завдань, відпрацювання навичок тлумачення і застосування нормативно-правових актів, спеціальної літератури, технічних засобів. Із метою активізації самостійної роботи МСП та закріплення практичних умінь та навичок, необхідних для соціально-реабілітаційної роботи із дітьми МШВ з ДЦП, ми проводили лабораторні заняття.

У процесі проведення практичних та лабораторних занять з метою організації практико-зорієнтованої освіти МСП та реалізації *третьої умови (практико-зорієнтована організація освіти МСП)* ми передбачили підтримання процесу обміну інформацією з метою розвитку в студентів умінь та особистісно-професійних якостей, потрібних для проведення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП. Кожне практичне і лабораторне заняття містило мету, перебіг заняття та було проведене як за традиційною схемою, так і за інноваційною: у формі екскурсій, виступів із

подальшою тематичною дискусією, рольових ігор, круглих столів, представлення презентацій, тренінгових занять тощо.

Під час проведення практичних і лабораторних занять із курсу нами використовувалися інтерактивні методи мозкової атаки, конкретних ситуацій, підготовки презентації, технологічного практикуму тощо.

Вважаємо слушною позицією В. Сидорова [60] стосовно того, що однією з визначальних умов ефективної діяльності соціального працівника є готовність працювати у команді. Із метою підвищення практичної спрямованості навчання нами використано інтерактивний метод повторення «Технологічний практикум». Основними формами роботи на практикумах є групова та парна робота, де відбувається відпрацювання у МСП конкретних умінь і навичок у режимі діалогу. Парна і групова діяльність – це спільна діяльність викладача та студента, що дає змогу реалізувати природне прагнення до спілкування, взаємодопомоги та розвитку творчості. Головна мета групової і парної роботи – розвиток мислення студентів. Як у кожній грі, тут існують свої правила. Правила можуть бути опрацьовані заздалегідь і використовуватися в подальшій роботі; можуть опрацьовуватися тут і зараз, тобто тільки для роботи над конкретним завданням; можуть доповнюватися й змінюватися, але складати і опрацьовувати їх треба всім разом. Положення про групову і парну роботу затверджуються колективно, і далі вся робота підпорядковується цим правилам.

Із допомогою роботи в групах та парах на лабораторному занятті на тему «Загальна характеристика структури соціальної реабілітації» МСП виконували творче самостійне завдання. Фрагмент лабораторного заняття з використанням творчого самостійного завдання поданий у Додатку К.

Невеликі групи МСП дозволили викладачу бачити кожного у процесі практичної діяльності, сприяли виникненню стійких зв'язків між усіма присутніми, стимулювали процеси глибокого осмислення діяльності. У нашій науковій праці впровадження курсу за вибором обумовлено правилами групової й парної роботи: цінування часу, ввічливості, позитивності,

говорити від свого імені, додавання, добровільної активності, конфіденційності, піднятої руки та зворотного зв'язку [19].

У ході проведення лабораторних занять нами використовувалися елементи тренінгової технології навчання. У практичній психології тренінг розглядають як метод і як форму групової роботи. Особливістю тренінгової технології навчання є інтеграція інтерактивних (переважно групових) форм, що сприяє забезпеченню інтенсивності процесу підготовки.

Із метою опанування теми «Загальна характеристика структури соціальної реабілітації» МСП для закріплення питання щодо управлінських функціональних обов'язків (адміністрування міждисциплінарної команди, супервізія) було запропоновано проведення заняття на тему «Робота міждисциплінарної команди та супервізора» з допомогою тренінгу. Метою тренінгу було сприяти формуванню вміння роботи в команді; розвивати вміння використовувати досвід інших фахівців, сприяти формуванню професійної співдружності. Структура заняття складалася з ряду елементів: вступу, постановки проблеми, вправ «Правила роботи в групі», «Скринька очікувань», «Мозковий штурм», інформаційного повідомлення, вправи «Правила успішної командної роботи», інформаційного повідомлення, вправ «Метод Прес», «Передавання інформації», інформаційного повідомлення, вправ «Павутинка», «Визначення проблеми соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з ДЦП», «Підбиття підсумків».

Застосовуючи елементи тренінгу в процесі підготовки МСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ із ДЦП, ми вирішували такі педагогічні задачі.

Перша – налагодження педагогічної взаємодії, яка дає можливість студентам підвищити власну суб'єктність шляхом часткового делегування функцій викладача (тренера) з організації, проведення, контролю й оцінювання процесу навчання (зміна позицій сприятиме підвищенню самостійності). Варто також зауважити, що, виконуючи тренерські функції, студенти опановують одну з форм організації діяльності – групову роботу.

Ми вважаємо, що майбутній спеціаліст із соціально-реабілітаційної роботи, який освоює професійну діяльність, засобами тренінгової технології навчання перетворюється із потенційного на активного суб'єкта спілкування, отримуючи реальні можливості для задоволення своїх соціальних потреб (у спілкуванні, творчості, визнанні) і розвитку комунікативних здібностей.

Друга задача – підвищення інтенсивності навчання, що досягається шляхом одночасного заглиблення в навчальну і професійну діяльність, тобто повного занурення в процес вивчення певного напрямку соціально-педагогічної діяльності, практично так само, як у процесі проходження практики. В аудиторії моделюється професійна ситуація, в якій у режимі реального часу учасники виконують професійні дії, спрямовані на реальний об'єкт роботи, або дії, що виконуються з метою отримання справжнього результату, що сприяє включенню студентів до практико-орієнтованого навчання.

Третя задача полягає у наповненості практичних занять подіями. Це є дуже суттєвим для виконання умови створення практико-орієнтованого навчання МСП. Говорячи про професійний розвиток студентів, яких ми готуємо до роботи з дітьми із особливими потребами, спираємось на уявлення про сутність розвитку особистості, яке є в концепції особистісно орієнтованої освіти. З погляду цієї концепції, розвиток особистості відбувається шляхом накопичення (доповнення, оновлення, структурування) особистісного досвіду [59]. Професійно-особистісний розвиток майбутнього соціального працівника – це головна мета професійної підготовки майбутніх спеціалістів. Вона сформульована нами як становлення особистості студента в якості суб'єкта професійної соціально-реабілітаційної роботи, який усвідомлює й приймає професійну місію відновлення та збереження соціальної функції дитини МШВ з захворюванням на ДЦП. Основою такого професійно-особистісного розвитку, в нашому розумінні, є накопичення життєвого й професійно-особистісного досвіду під час вивчення курсу за

вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем».

Ефективною колективною формою організації навчання під час проведення практичних занять курсу є «Мозкова атака». Це метод пошуку конкретних рішень, що спонукає учасників демонструвати свою уяву та творчість, що досягається шляхом вільного вираження думок усіма учасниками. Викладач пропонує тему дискусії, обговорення якої шляхом штурму організується за такими етапами: усі учасники «штурму» пропонують ідеї щодо розв'язання висунутої проблеми (ідеї можуть бути будь-якими, навіть фантастичними). Коли група вважає кількість поданих ідей достатньою, їх подання припиняється; після того, як всі ідеї зібрані, вони групуються, аналізуються, розвиваються групою; вибираються ті ідеї, що, на думку учасників, допоможуть вирішити поставлену проблему.

МСП під час опановування розробленого нами курсу були запропоновані завдання з використанням методу «Мозкова атака» на практичному занятті. Фрагмент практичного заняття поданий у Додатку К.

Основними правилами під час використання згаданого методу були: заборона критики чи осуду; заохочення стихійності та свободи; бажаною є кількість, а не якість; заохочення комбінованих, витончених та вдосконалених ідей. Усе це спонукало до вияву толерантного ставлення один до одного, до активного прояву й захисту власних думок щодо ціннісних орієнтирів особистості соціального працівника.

Також у ході проведення практичних та лабораторних занять із курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» МСП виконували ряд завдань практичного характеру: з нагоди новорічних свят підготувати та провести святковий захід для дітей з інвалідністю і благодійний збір іграшок та книжок для вихованців Центрів соціальної реабілітації дітей з інвалідністю; у рамках тижня кафедри до Міжнародного Дня осіб з інвалідністю:

- провести відкрите заняття;

- підготувати стенди-презентації соціальної реклами;
- узяти участь у флешмобі «Марш толерантності»;
- організувати та провести соціальну акцію «Від серця до серця», благодійну акцію «Де є добрі люди, там біди не буде».

Організація та проведення таких заходів допомогли МСП виявити свої управлінські й організаційні здібності; застосувати раніше засвоєні теоретичні знання на практиці; проаналізувати свої помилки і досягнення в соціально-реабілітаційній роботі з дітьми МШВ з ДЦП.

Однією із форм самостійної роботи МСП з курсу було творче завдання. Із метою визначення найважливіших особистісно-моральних якостей соціального працівника для проведення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП, а надалі – для визначення показників мотиваційно-особистісного критерію готовності, ми запропонували таке творче завдання студентам КГ та ЕГ: написати мінівір на тему «Найважливіші особистісно-моральні якості соціального працівника у соціально-реабілітаційній діяльності з дітьми МШВ з ДЦП». Виявилось, що необхідними особистісно-моральними якостями соціального працівника у проведенні соціальної реабілітації з дітьми МШВ з ДЦП є: гуманність, емпатія, комунікабельність, самокритичність, справедливість. Відповідні особистісно-моральні якості МСП були враховані при адаптуванні методики діагностування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за мотиваційно-особистісним критерієм.

Таким чином, у процесі теоретичної та практичної підготовки МСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП під час упровадження курсу ми використовували індивідуальні, групові, колективні форми організації навчання та пояснювально-ілюстративні, репродуктивні, проблемного викладу, частково-пошукові та дослідницькі методи з метою підвищення ефективності формування у студентів якостей, які відповідають задекларованим критеріям. Крім того, у процесі підготовки організувалася *самостійна робота студентів*, здійснення якої відбувалося в

позааудиторний час і також мало на меті залучення студентів до практико-зорієнтованого процесу навчання та сприяло застосуванню творчого підходу до пошуку необхідної інформації. Самостійна робота виконувалася студентами відповідно до теоретичних модулів навчання та передбачала певну тематику й завдання.

Для реалізації третьої педагогічної умови, а саме залучення МСП до практико-зорієнтованої організації освіти, що передбачає залучення студентів до процесу практичної соціально-реабілітаційної роботи та в межах IV-го аналітико-узагальнюючого етапу, нами розроблено та апробовано завдання соціально-реабілітаційного спрямування (Додаток Ж) до виробничої практики на робочому місці соціального працівника для студентів спеціальності «Соціальна робота» (Додаток Л). Також розроблено рекомендації з питань комплексної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, яка містить фізичний, психологічний та соціальний компоненти (Додаток З). Із деякими елементами методик (М. Монтесорі, пальчикової гімнастики, ігротерапії, арттерапії тощо) з відповідної програми МСП мали можливість ознайомитися й опанувати їх під час роботи з дітьми МШВ з ДЦП протягом проходження практики.

Із метою реалізації *третьої педагогічної умови* нами розроблене завдання соціально-реабілітаційного спрямування й методичні рекомендації щодо проходження практики МСП (Додаток Ж). Завдання за реабілітаційним напрямом до практики з курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» розраховане на бакалаврів четвертого курсу напряму підготовки «Соціальна робота».

Об'єктом практики є діти МШВ з ДЦП. Головна мета реабілітаційного напряму проходження виробничої практики на робочому місці соціального працівника – сформувати ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП в умовах практико-орієнтованого навчання.

Студентам були запропоновані завдання щодо соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП відповідно до управлінських та організаційних функціональних обов'язків соціального працівника. Із метою забезпечення якісної роботи було наголошено на обов'язковій підготовці форм звіту (щоденник, інформаційні стенди, таблиці, звіт та ін.). Результати проходження виробничої практики були узагальнені й оцінені керівниками баз проходження виробничої практики, методистами ЗВО та мали вплив на сформованість рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ.

Окрім того, протягом усього періоду навчання студенти були залучені до дослідницької роботи поза освітнім процесом. У формі участі в обговоренні вони були залучені до наукових семінарів, засідань, інтернет-конференцій, пов'язаних із особливостями життєдіяльності дітей МШВ з ДЦП та їхніх родин, проведення соціально-реабілітаційної допомоги їм. У II півріччі 4 курсу майбутні фахівці соціальної сфери взяли участь у круглому столі на тему «Світ очима дитини з ДЦП», головною метою якого було розкриття та усвідомлення кола соціальних проблем дітей МШВ із захворюванням на ДЦП та їхніх родин.

За результатами дослідницької роботи відповідно до тематики, що пов'язана з проведенням соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, МСП було запропоновано написання курсових, магістерських робіт; участь у конкурсах наукових робіт та публікацію статей у збірниках наукових праць.

Важливою складовою освітнього процесу в ЗВО є контроль за навчально-пізнавальною діяльністю студентів, адже перевірка і оцінювання знань студентів сприяють активізації їхньої пізнавальної діяльності, ґрунтовному засвоєнню знань, формуванню професійних умінь і навичок [65, с. 213].

У процесі підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП нами використовувалися такі форми контролю: тест закритої форми, творча робота з використанням проблемних ситуацій, самостійна робота студента, залік, опитування тощо.

Отже, формуванню теоретичних знань студентів напряму підготовки «Соціальна робота» сприяли лекційні й практичні заняття, які не тільки закріплювали теоретичні знання, але й мали практико-орієнтоване спрямування щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; лабораторні заняття, під час яких виконання самостійних та творчих завдань сприяло розвитку пізнавальних, емоційно-вольових процесів і творчих здібностей МСП та сприяло формуванню в них особистісного досвіду. У цілому всі навчальні завдання та форми контролю знань, застосовані у процесі формування ГМСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП, сприяли залученню студентів до дій, які відбивали специфіку вмінь організації соціально-реабілітаційної роботи та вимагали одночасного опанування комплексу знань, використання творчих здібностей; орієнтували МСП на сприймання себе суб'єктом соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

У процесі формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ із ДЦП ми використовували пояснювально-ілюстративні, репродуктивні, проблемного викладу, частково-пошукові та дослідницькі методи навчання. Використання цих методів обумовлює підвищення рівня прояву пізнавальної активності й самостійності МСП у навчально-практичній та творчій діяльності, формуванню в них умінь аналізувати проблему з погляду формулювання тактичних і стратегічних цілей її вирішення, самопізнання. Зазначені давали можливість студентам «приміряти» на себе професійну діяльність із конкретним клієнтом і надавали інформацію для міркувань про вибір напряму соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у майбутньому.

Трансформування традиційних навчальних завдань у практико-спрямовані дало змогу використати в ролі провідного елемента навчання особливий вид досвіду – практико-орієнтовану діяльність, у результаті якої формуються професійні знання і вміння МСП, необхідні для роботи з дитиною з особливими потребами. Передбачено, що всі завдання повинні

бути наповнені особистісним сенсом, що сприятиме ефективності засвоєння необхідних знань, умінь, навичок.

Однією з характеристик завдань, сприятливою для формування усвідомленості професійної діяльності, має бути оволодіння професійними якостями і практичними діями, спонукання до розуміння відсутності особистісного досвіду і підтримка наміру його набути. Актуалізація особистісних функцій особливо ефективно виявлялася під час виконання проблемних завдань, для яких характерний дефіцит інформації, способів рішення, оцінювання одержаного результату.

Сутність практико-орієнтованих завдань полягала в тому, що студент буде спрямований не тільки на результат, але і на сам процес, пов'язаний із навчальними діями в процесі формування професійних якостей і вмінь. Завдання привертали увагу до змісту діяльності й мали необхідне інформаційне навантаження. Завдяки цьому студенти могли бачити результати, у них формувалася здатність до аналізу, самоаналізу, бачення альтернатив.

У межах підготовки МСП соціально-реабілітаційного напрямку роботи в умовах ЗВО головним вважаємо спрямувати зусилля студентів на розвиток співробітництва, адже успішне встановлення особливих відносин неможливе без рівності психологічних позицій викладача й студента. Рівні позиції в спілкуванні дозволили визнати право МСП на власні судження й оцінки, які можна відстоювати на заняттях. Одним із завдань викладача була відмова від категоричних суджень і оцінок, тобто оцінка не зовсім усувалася, а лише змінювалося її авторство: студент отримував право оцінити себе сам. Відкритість спілкування допомагала взаємному залученню студентів до світу почуттів і переживань один одного. Таким чином, культивування рефлексивності МСП сприяло орієнтуванню їх на усвідомлення себе в системі пізнавальної діяльності й міжособистісної комунікації. Процес підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП став більш керованим із включенням механізмів рефлексивності, які характеризували

самосвідомість студентів, осмислення ними підстав власних дій і вчинків. На основі рефлексивності під час навчання будувалися такі процеси, як самоаналіз, самооцінювання, самоконтроль, тобто елементи самопізнання, необхідні МСП у професійній діяльності з дітьми МШВ з ДЦП.

Вважаємо, що для нашого дослідження формування умінь самоконтролю й самооцінювання під час теоретико-практичної підготовки МСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП дуже важливо, тому що для успішного здійснення відповідного виду роботи недостатньо надати їм лише теоретичну підготовку. Рефлексивні процеси стали для нас не тільки показником усвідомленого ставлення до навчання, але й інструментом, за допомогою якого здійснюється формування практичних умінь та навичок у процесі професійної підготовки МСП.

Реалізація третьої умови (практико-зорієнтована організація освіти МСП), що передбачала інтегрований вплив міждисциплінарної команди фахівців у процесі підготовки МСП до соціально-реабілітаційної роботи із дітьми МШВ з ДЦП, відбувалася протягом упровадження курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» та проходження виробничої практики. До реалізації теоретичної частини курсу за вибором залучалися фахівці з соціальної роботи, які мали теоретико-практичний досвід у соціально-реабілітаційній роботі з дітьми МШВ з ДЦП (лікарі, практичні психологи, соціальні працівники, вчителі-реабілітологи та ін.).

Так, лекційний блок із навчального курсу був змодельований через активізацію суб'єкт-суб'єктної взаємодії у векторі «викладач – студент» за допомогою інтерактивних методів: пояснювально-ілюстративного методу з акцентуванням на життєвому досвіді та майбутній професійній діяльності студентів, навчальної дискусії, проблемної лекції (теми: «Теоретичні основи захворювання на ДЦП», «Специфіка психофізичного та соціального розвитку дітей МШК з ДЦП у соціально-реабілітаційній роботі соціального працівника»).

Із метою реалізації третьої педагогічної умови (практико-зорієнтована організація освіти МСП) використовувалася така форма лабораторного заняття, як екскурсія до місцевого закладу соціальної реабілітації дітей з інвалідністю з метою ознайомлення, набуття досвіду з питань проведення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП (тема: «Структура та діяльність установ із соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП»).

При проходженні практики на 4 курсі на допомогу виконання завдань з проведення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП використовувався така форма підтримки, як супервізія, у ролі супервізора виступав фахівець із соціальної роботи з особливими дітьми. Запровадження відповідної педагогічної умови заохочувало МСП до більш свідомого, повноцінного розуміння себе як спеціаліста соціально-реабілітаційного напрямку роботи з дітьми з особливими потребами. Також це сприяло формуванню мотиваційного та рефлексивного компонентів досліджуваної готовності, а саме ефективному засвоєнню позитивних професійних стереотипів та створенню підґрунтя для подальшої професійної самоорганізації майбутніх фахівців.

Таким чином, запровадження методики формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП відбувалося відповідно до комплексної реалізації взаємопов'язаних педагогічних умов.

У наступному розділі дисертації ми детально зупинимося на особливостях організації і проведення констатувального, формувального та контрольного етапів педагогічного експерименту, аналізі результатів дослідно-експериментальної роботи з формування готовності МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Висновки до другого розділу

У процесі проведеної діагностики стану ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП виявлені такі результати. Аналіз освітніх програм, навчальних планів та програм фахових практик виявив, що зміст професійної підготовки студентів за спеціальністю «Соціальна робота» у ЗВО лише опосередковано та частково, без розгляду специфіки впливає на формування знань, умінь та навичок МСП, які можуть бути використані для соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

Визначено та деталізовано педагогічні умови, які можуть сприяти ефективності формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП у процесі фахової підготовки, а саме: забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціально-реабілітації дітей МШВ з ДЦП; розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»; практико-зорієнтована організація освіти МСП.

Відповідно до кваліфікаційних вимог до соціальних працівників, визначених педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та ідей педагогічного моделювання обґрунтовано та розроблено структурно-функціональну модель формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Складовими розробленої моделі визначено цільовий, концептуальний, операційно-дидактичний та діагностувально-результативний структурианти. Забезпечують ефективність моделі визначені педагогічні умови. Усі складові моделі спрямовано на підвищення рівнів сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Цільовий структуриант охоплює мету (формування професійної ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ віку з ДЦП) та завдання означеного

процесу (підвищення мотивації до професійної діяльності; забезпечення професійної обізнаності студентів щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; формування та вдосконалення професійних умінь і навичок, що сприяють дієвій соціально-реабілітаційній роботі й формуванню професійної рефлексії).

Концептуальний структурант конкретизує наукові підходи (гуманістичний, аксіологічний, компетентнісний, діяльнісний і системний) до процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП і принципи: загальнодидактичні (науковості, систематичності й послідовності, доступності, компетентності), специфічні (відповідності, самостійності, прогностичності, єдності теоретичної та практичної підготовки МСП, професійної спрямованості навчання).

Операційно-дидактичний структурант складається з компонентів, змісту, етапів, форм і методів формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Діагностувально-результативний структурант окреслює критерії, їх показники й рівні сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП і результат означеного процесу.

Усі складові моделі спрямовано на позитивну динаміку сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Авторська модель формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП у структурі професійної підготовки студентів за спеціальністю «Соціальна робота» є основою для отримання прогнозовано позитивних наслідків навчання.

На основі розробленої моделі схарактеризовано методику ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, що ґрунтується на основі організації освітнього процесу із цілеспрямованим застосуванням комплексу організаційних форм, методів, орієнтованих на формування всіх компонентів досліджуваної готовності та забезпечення реалізації педагогічних умов.

Матеріали, що увійшли до розділу, опубліковані автором у наукових роботах [17], [18], [19], [20], [21], [22], [52], [61].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ДО ДРУГОГО РОЗДІЛУ

1. Андрусяк Н. Ю. Профессиональная подготовка студентов университета в работе с детьми-инвалидами в учреждениях социальной службы : автореф. дисс. канд. пед. наук: 13.00.08. Магнитогорск, 2006. 21 с.
2. Бастун Н. А. Служби раннього втручання в Україні: шлях до інтеграції: інформаційно-довідкове видання. Київ, 2005. 184 с.
3. Беляева А. П. Методолого-теоретические основы развития профессионального образования в современных условиях. *Методолого-теоретические проблемы развития профессионального образования*: монография / под ред. Х. Беднарчика. Санкт-Петербург, 1995. С. 37–45.
4. Берденникова Н. Г., Мезенцев В. И., Панов Н. И. Организационное и методическое обеспечение учебного процесса в вузе: учебно-метод. пособ. Санкт-Петербург, 2006. 208 с.
5. Бех В. П. Цілісність соціальної роботи: методологічні, теоретичні та праксеологічні аспекти. *Соціальна робота в Україні: теорія і практика*. 2002. № 1. С. 25–40.
6. Бірюк Л. Я. Комунікативна компетентність майбутнього вчителя початкових класів: теорія і технології (на матеріалі теорії викладання російської мови): монографія. Київ–Глухів, 2009. 317 с.
7. Вайнола Р. Х. Особистісний розвиток майбутнього соціального педагога в процесі професійної підготовки: монографія / за ред. С. О. Сисоєвої. Київ, 2008. 460 с.
8. Вайнола Р. Х., Сисоєва С. О. Методика викладання соціально-педагогічних дисциплін: навч. посіб. Київ, 2010. 152 с.
9. Вітвицька С. С. Аксіологічний підхід до виховання особистості майбутнього вчителя. *Креативна педагогіка*. Наук.-метод. журнал / Академія міжнародного співробітництва з креативної педагогіки. Вінниця, 2015. Вип. 10. С. 63–67.

10. Водянова О. В. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до соціального супроводу сімей, в яких перебувають діти під опікою : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Тернопіль, 2016. 358 с.
11. Галагузова Ю. Н. Концепция практики в профессиональной подготовке социальных педагогов. *10 лет социальной педагогике в России: результаты и перспективы развития*: материалы науч.-практ. конф. / отв. за вып. Л. В. Куриленко, Л. Я. Хисматуллина, О. В. Черкасова. Самара, 2001. С. 42–44.
12. Галузевий стандарт вищої освіти: Проект: Освітньо-кваліфікаційна характеристика бакалавра (назва освітньо-кваліфікац. рівня), за спец. 23, напрям підготовки 231: Освітньо-проф. програма підготов. бакалавра / розроб. Т. С. Яценко та ін. Київ, 2004. 325 с.
13. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження: Методологічні поради молодим науковцям. Київ – Вінниця, 2008. 278 с.
14. Гончаренко С. У. Український педагогічний словник. Київ, 1997. 375 с.
15. Грицай Н. Б. Система методичної підготовки майбутніх учителів біології в педагогічних університетах : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.02. Полтава, 2016. 526 с.
16. Дашевська І. М., Томкович О. І. Інтерактивні методи навчання та їх застосування в екскурсійній діяльності. *Вісник Луганського національного університету ім. Т. Шевченка*. 2012. № 4 (239). Ч. II. С. 129–134.
17. Єгорова К. Г. Забезпечення міждисциплінарної інтеграції – одна з умов формування готовності соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з ДЦП. *Глухівські наукові читання – 2016. Актуальні питання суспільних та гуманітарних наук*: матеріали VI Міжнародної інтернет-конференції молодих учених і студентів (м. Глухів, 27–29 вересня 2016 р.). Глухів, 2016. С. 99–101.
18. Єгорова К. Г. Компоненти готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з

дитячим церебральним паралічем. *Збірник наукових праць «Педагогічні науки»*. Херсон, 2017. Вип. LXXIX. Т. 2. С. 206–209.

19. Єгорова К. Г. Методика формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Професіоналізм педагога: теоретичні й методичні аспекти* : зб. наук. пр.: наукове електронне видання. Вип. 8. Слов'янськ, 2019. С. 140–151.

20. Єгорова К. Г. Модель формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Педагогічний часопис Волині: науковий журнал*. Луцьк, 2017. № 2 (5). С. 118–124.

21. Єгорова К. Г. Організаційно-педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору: матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції за участю вчених України та зарубіжжя* (м. Київ, 24–26 листопада 2016). Київ, 2016. Вип. 1. С. 62–71.

22. Єгорова К. Г. Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем: метод. рекомендації. Глухів, 2018. 60 с.

23. Житник Н. В. Практико-орієнтована підготовка фахівців в умовах регіонального вищого навчального закладу. *Професійна освіта: проблеми і перспективи*. 2015. Вип. 9. С. 29–35.

24. Журавська Л. М. Педагогічні умови управління самостійною роботою студентів вищих закладів освіти : автореф. дис. ... канд. пед. наук: спец. 13.00.04. Київ, 1999. 27 с.

25. Зверева І. Д., Безпалько О. В., Харченко С. Я. Соціальна робота в Україні: навч. посіб. / за заг. ред. І. Д. Зверевої, Г. М. Лактіонової. Київ, 2004. 256 с.

26. Зязюн И. А. Процессы модернизации современного педагогического образования в Украине. *Профессиональное образование: педагогика и психология*: польско-украинский журнал. Ченстохова–Киев, 2006. VIII. С. 105–115.
27. Ильин Е. П. Психология общения и межличностных отношений: веб-сайт. URL: <https://psy.wikireading.ru/9837> (дата звернення: 30.03.2019).
28. Карпенко О. Г. Професійна підготовка соціальних працівників в умовах університетської освіти: науково-методичний та організаційно-технологічний аспекти: монографія / за ред. С. Я. Харченко. Дрогобич, 2007. 374 с.
29. Колодійчук Ю. В. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров'я : дис. ... канд. пед. наук: 13.00.04. Одеса, 2017. 265 с.
30. Конюхов Н. И. Словарь-справочник практического психолога. Воронеж, 1996. 224 с.
31. Коэффициент конкордации онлайн: веб-сайт. URL: <https://math.semestr.ru/corel/concordance.php> (дата звернення: 15.03.2019).
32. Кузьмінський А. І. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. Київ, 2005. 488 с.
33. Курок В. П. Цілісна система загальнотехнічної підготовки вчителя трудового та професійного навчання : автореф. дис. ... канд. пед. наук: 13.00.01. Київ, 1993. 24 с.
34. Кыверялг А. А. Методы исследования в профессиональной педагогике. Таллинн, 1980. 334 с.
35. Литвин А. В., Мацейко О. В. Методологічні засади поняття «педагогічні умови». Науково-методичний журнал «*Педагогіка і психологія професійної освіти*». Львів, 2013. № 4. С. 43–63.
36. Лодатко Є. О. Властивості педагогічних моделей: теоретико-методологічний дискурс. *Оновлення змісту, форм та методів навчання і виховання в закладах освіти*: збірник наукових праць «*Наукові записки*

Рівненського державного гуманітарного університету». Рівне–Київ, 2015. Вип. 12(55). Ч. 1. С. 106–113.

37. Лодатко Є. О. Моделювання в педагогіці: точки відліку. *Педагогічна наука: історія, теорія, практика, тенденції розвитку*. 2010. Випуск I. URL: http://intellect-invest.org.ua/pedagog_editions_e-magazine_pedagogical_science_vypuski_n1_2010_st_2/ (дата звернення: 05.02.2020 р.).

38. Лодатко Є. О. Моделювання педагогічних систем і процесів: монографія. Слов'янськ, 2010. 148 с.

39. Лодатко Є. О. Типологія педагогічних моделей. *Вища освіта України. Тематич. вип. Педагогіка вищої школи: методологія, теорія, технології*. Вип 3 (Дод. 1). Т. 1. Київ, 2013. С. 68–72.

40. Михеев В. И. Моделирование и методы теории замерений в педагогике. 3-е изд., стереотип. Москва, 2006. 200 с.

41. Міщик Л. І. Теоретико-методичні основи професійної підготовки соціального педагога у закладах вищої освіти : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.05. Запоріжжя, 1997. 358 с.

42. Міщик Л. І. Теорія і практика професійної підготовки соціального педагога: монографія. Глухів, 2011. 116 с.

43. Новий тлумачний словник української мови: у 4 т. Київ, 1999. Т. 2. 910 с.

44. Образцов П. И. Методология и методы психолого-педагогического исследования: курс лекций. Орел, 2002. 291с.

45. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. для студ. ВНЗ. Київ, 2009. 472 с.

46. Пасічник О. Діяльнісний підхід – сутність та особливості реалізації у процесі навчання студентів ВНЗ: веб-сайт. URL: https://www.cuspu.edu.ua/images/conf-2017-04/s6/6-Пасічник_тези (дата звернення: 12.06.2019).

47. Педагогический словарь: учеб. пособ. для студ. высш. учеб.

завед.; под. ред. В. Загвязинского, А. Закировой. Москва, 2008. 352 с.

48. Поліщук В. А. Теорія і методика професійної підготовки соціальних педагогів в умовах неперервної освіти: монографія / за ред. Н. Г. Ничкало. Тернопіль, 2006. 424 с.

49. Положення про організацію практики в Глухівському національному педагогічному університеті імені Олександра Довженка. Глухів, 2015. 22 с.

50. Полонский В. М. Понятийно-терминологический аппарат педагогики. *Педагогика*. 1999. № 8. С. 17.

51. Понятийно-термінологічний словник з соціальної роботи / за ред. І. І. Козубовської, І. І. Мигович. Ужгород, 2000. 250 с.

52. Понятийно-термінологічний словник: для підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери / Л. І. Міщик, Т. М. Тюльпа, С. П. Панченко, О. В. Наконечна, О. Д. Ветрова, К. Г. Єгорова, В. М. Пилипчук; за заг. ред. проф. Л. І. Міщик. 2-ге вид., доп. та перероб. Глухів, 2017. 332 с.

53. Посталюк Н. Ю. Творческий стиль деятельности. Педагогический аспект. Казань, 1989. 200 с.

54. Про затвердження стандарту вищої освіти за спеціальністю 231 «Соціальна робота» для першого (бакалаврського) рівня вищої освіти: Наказ Міністерства освіти і науки України від 24.04.2019 р. № 557. URL: <https://mon.gov.ua/storage/app/media/vishcha-osvita/zatverdzeni%20standarty/2019/04/25/231-sotsialna-robota-bakalavr.pdf> (дата звернення: 01.08.2019).

55. Про соціальні послуги: Закон України від 17.01.2019 р. № 2671-VIII. / Верховна Рада України. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2671-19> (дата звернення: 05.11.2019).

56. Професійно-педагогічна освіта: сучасні концептуальні моделі та тенденції розвитку: монографія / авт. кол. О. А. Дубасенюк, О. Є. Антонова, С. С. Вітвицька, Н. Г. Сидорчук, О. М. Спірін, Н. В. Якса та ін.; за заг. ред. О. А. Дубасенюк. Вид. 2-е, допов. Житомир, 2008. 380 с.

57. Савчук О. Використання моделі супервізії в соціальній роботі / О. Савчук. *Соціальна політика, соціальна робота й охорона здоров'я: як Україні досягти європейського рівня якості послуг*: збірник тез доповідей конференції. Київ, 2007. С. 224–227.
58. Сайко Н. О. Соціальна реабілітація як процес та кінцевий результат. *Педагогічні науки*. 2018. № 71. С. 16–20.
59. Семья Г., Вильясте Л. Семейные формы устройства детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей. *Соц. педагогіка*. 2007. № 1. С. 32–40.
60. Сидоров В. Н. Профессиональная деятельность социального работника: ролевой подход. Винница, 2006. 408 с.
61. Тюльпа Т. М., Ніколаєнко С. І., Наконечна О. В., Єгорова К. Г. Волонтерський рух в Україні: теорія і практика: навчально-методичний посібник / за заг. ред. Л. І. Міщик. Глухів, 2016. 104 с.
62. Философский энциклопедический словарь / под. ред. Л. Ф. Ильичева, П. Н. Федосеева, С. М. Ковалева. Москва, 1983. 840 с.
63. Фіцула М. М. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. Київ, 2006. 352 с.
64. Фрадинська А. П. Соціально-педагогічні умови підтримки дітей з особливостями психофізичного розвитку. *Соціально-педагогічна робота в закладах освіти інклюзивної орієнтації*: тези доповідей VII Всеукраїнської науково-практичної конференції. Хмельницький, 2012. С. 136–139.
65. Чиганова С. Социальная поддержка семей и профилактика социального сиротства в муниципальных образованиях. *Соц. педагогіка*. 2006. № 1. С. 32–40.

РОЗДІЛ 3

ДОСЛІДНО-ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПЕДАГОГІНИХ УМОВ ФОРМУВАННЯ ГОТОВНОСТІ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИТЯЧИМ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

У розділі описано особливості і проведення дослідно-експериментальної роботи з формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; проаналізовано результати формувального етапу експерименту щодо стану сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; доведено ефективність педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

3.1. Особливості і проведення дослідно-експериментальної роботи

Будь-яке педагогічне дослідження завершується аналізом і узагальненням результатів, висновками щодо ефективності виконаної дослідної роботи. У методико-педагогічних дослідженнях такі висновки роблять на підставі порівняння стану досліджуваного об'єкта до і після проведення експерименту. Ми вважаємо, що використання в дослідженні ЕГ і КГ робить висновки науково обґрунтованими. Це відзначають такі науковці, як Ю. Бабанський [2], М. Скаткін [19] та ін.

Саме тому органічною частиною нашої дослідно-експериментальної роботи став педагогічний експеримент, котрий логічно об'єднав комплекс методів дослідження з метою перевірки дієвості визначених педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Педагогічний експеримент, на відміну від інших методів, дозволяє найбільш глибоко перевірити ефективність нововведень у галузі навчання та виховання; порівняти значущість різних факторів у структурі педагогічного

процесу і вибрати оптимальне для відповідних ситуацій їх поєднання; виявити необхідні умови реалізації певних педагогічних завдань [14, с. 134].

Методика експерименту передбачала реалізацію комплексу педагогічних умов формування ГМСП протягом двох навчальних років. Дієвість роботи оцінювалася на основі порівняння результатів початкових і кінцевих зрізів досягнутих рівнів сформованих у студентів КГ та ЕГ здатностей до соціально-реабілітаційної діяльності, а також порівняння їх із рівнем сформованості у масовій практиці.

У зв'язку з тим, що наповнюваність груп студентами, які навчаються за спеціальністю 231 «Соціальна робота» у ЗВО, не висока, експеримент було побудовано за псевдопаралельною методикою, описаною С. Гончаренком, під час якої порівнюють дані аналогічних об'єктів (студентських груп), отримані минулого року (без уведення активного фактора), з даними поточного року (з його введенням) при дотриманні інших основних умов перебігу навчального процесу [4]. Використання такого виду експерименту потребує пояснення, що умови, в яких відбувалася експериментальна робота, були однаковими, тобто пасивні фактори не зазнали змін за цей час. З метою виконання цієї вимоги нами було залучено до експериментального дослідження 112 студентів, які навчалися за ОС «Бакалавр» спеціальності 231«Соціальна робота»; термін навчання – чотири роки (денна форма навчання); у період упровадження розробленого нами курсу за вибором навчалися на 4 курсі; отримували знання, вміння й навички за однаково складеними навчальними планами, робочими програмами навчальних дисциплін та програмами фахових практик. Самопідготовка студентів до навчальних дисциплін відбувалася за однотипною навчально-методичною літературою.

Експериментальною базою дослідження були Глухівський національний педагогічний університет імені Олександра Довженка, Харківський національний педагогічний університету імені Г. С. Сковороди, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки,

Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського (Додаток X). В експерименті під час анкетування та діагностування брали участь 112 студентів спеціальності «Соціальна робота», освітнього ступеня «Бакалавр» денної форми навчання (57 осіб залучено до КГ, 55 осіб – до ЕГ). До дослідно-експериментального дослідження залучалися викладачі та керівники практик ЗВО з досвідом роботи щодо підготовки МСП.

Із метою проведення експерименту в межах дослідження нами було розроблено науковий апарат, зміст, етапи та методику експериментальної роботи.

Мета експерименту полягала у експериментальній перевірці ефективності педагогічних умов, що реалізуються у запропонованій методиці формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП під час професійної підготовки в ЗВО.

Реалізація поставленої мети передбачала вирішення таких завдань:

- визначити контрольні та експериментальні сукупності студентів;
- розробити методики для оцінювання рівнів прояву різних компонентів ГМСП та виявити вихідний рівень їх сформованості;
- розробити комплекс засобів експериментального впливу на студентів ЕГ;
- реалізувати експериментальний комплекс у ЕГ;
- виявити проміжні рівні сформованості ГМСП;
- виявити підсумковий рівень сформованості ГМСП;
- здійснити математичне оброблення отриманих емпіричних даних і сформулювати висновок щодо дієвості запропонованої методики реалізації педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Об'єкт експерименту – процес професійної підготовки МСП у ЗВО.

Предмет експерименту – педагогічні умови формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Гіпотеза експерименту – позитивна динаміка сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП буде досягнута, якщо у процесі професійної підготовки застосувати ряд певних педагогічних умов, а саме:

- забезпечення міждисциплінарної інтеграції у змісті теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;
- розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором ЗВО «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»;
- практико-орієнтована організація освіти МСП.

Залежна змінна експерименту: рівень сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Часткові залежні змінні:

1. Рівень особистісно-мотиваційного компонента ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.
2. Рівень когнітивного компонента ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.
3. Рівень діяльнісно-практичного компонента ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.
4. Рівень оцінювально-рефлексивного компонента ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Незалежна змінна: навчально-методичне забезпечення з організації соціально-реабілітаційної роботи студентів, що реалізує педагогічні умови формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Розв'язання завдань програми експериментальної роботи дисертації зумовило використання комплексу теоретичних, емпіричних та статистичних методів.

Учасники експерименту: студенти, викладачі ЗВО, фахівці із соціальної сфери.

Структурно-функціональна модель процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП детально описана в розділі 2.3.

Дослідно-експериментальне дослідження проводилося протягом 2015 – 2017 рр. і охоплювало 3 етапи: констатувальний, формувальний, контрольний, кожен з яких мав свої завдання та особливості. Проте всі етапи пов'язані між собою спільною метою – експериментально перевірити ефективність педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

На першому, *констатувальному, етапі експерименту* (2015 – 2016 рр.) дослідженням було передбачено: розроблення діагностичного інструментарію для виявлення рівнів сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; проведення констатувального зрізу щодо стану сформованості ГМСП КГ та ЕГ; аналіз отриманих даних.

У ході проведення констатувального етапу експерименту було з'ясовано рівні сформованості ГМСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП відповідно до структурних компонентів: особистісно-мотиваційного, когнітивного, діяльнісно-практичного та оцінювально-рефлексивного (див. розділ 1.2). Оцінювання рівня сформованості структурних компонентів відбувалося за чотирибальною шкалою: початковий (відсутні більшість необхідних якостей, знань, умінь, навичок та бажання їх розвивати); базовий (необхідні якості, знання, уміння, навички виражені слабо, що може створювати проблеми під час роботи з дитиною МШВ з ДЦП та її родиною); достатній (набуття якостями, опанування знаннями, уміннями, навичками достатньою мірою); високий (набуття визначеними якостями, опанування знаннями, уміннями, навичками більшою мірою, ніж достатньою) (див. розділ 1.2).

Формувальний етап експерименту (2016 – 2017 рр.) передбачав реалізацію програми формувальної дії в ЕГ; проміжний контроль рівнів сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Зміст формувального етапу експерименту полягав у:

- впровадженні в ЕГ розробленої методики формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП;
- цілеспрямованому впливі на студентів спеціальності «Соціальна робота» (ЕГ) з метою підвищення мотивації до професійної діяльності; забезпечення професійної обізнаності студентів щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; формування та вдосконалення професійних умінь та навичок, що сприяють дієвому здійсненню соціально-реабілітаційної роботи та формуванню професійної рефлексії;
- дослідження стану ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

МСП з КГ навчались за традиційною методикою.

Реалізація завдань формувального етапу експерименту була можлива завдяки впровадженню моделі (див. розділ 2.3) формування готовності МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП:

1. Залучення МСП до волонтерсько-благодійної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП.
2. Використання опанованої системи знань, умінь і навичок із навчальних дисциплін протягом періоду загальної професійної підготовки МСП як додаткової теоретико-практичної бази для ефективного впровадження розробленого нами курсу.
3. Упровадження навчально-методичного комплексу до курсу «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» [9].

Комплекс до курсу складався з робочої програми курсу; методичних рекомендацій щодо викладання курсу «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» студентам напряму підготовки 231 «Соціальна робота» ОС «Бакалавр»; завдання соціально-реабілітаційного спрямування до виробничої практики на робочому місці соціального працівника (4 курс) (Додаток Ж); рекомендації з питань комплексної реабілітації для дітей МШВ з ДЦП (Додаток З).

Із метою реалізації формувального етапу псевдопаралельного експерименту було сформовано КГ та ЕГ із використанням гніздового методу формування вибірки й перевірено їх однорідність. Студенти, яких було залучено для участі в експерименті, за більшістю напрямів дослідження показали середні показники. Тобто для експериментального дослідження нами відібрані групи МСП за ОС «Бакалавр» спеціальності 231«Соціальна робота» 2015–2016 року вступу (57 осіб), які були визначені як КГ, та групи МСП за ОС «Бакалавр» спеціальності 231«Соціальна робота» 2016–2017 року вступу (55 осіб), визначені як ЕГ. ЕГ та КГ склалися тільки зі студентів денної форми навчання.

Поділ студентів на КГ та ЕГ був зумовлений результатами констатувального діагностування та відповідав задекларованим положенням сучасних досліджень таких науковців, як С. Гончаренко [4], В. Шейко, Н. Кушнарєнко [21]. Відповідно до положень під час встановлення кількості студентів (МСП) КГ та ЕГ виходили з обсягу репрезентативної вибірки – загальної кількості студентів, охоплених педагогічним псевдопаралельним експериментом. Також відбір КГ та ЕГ відповідав гніздовому типу вибірки за умови якісної й кількісної подібності складу обох груп.

Студенти КГ навчалися за традиційною методикою, їх загальна кількість становила 57 осіб. Для зручності порівняння ЕГ та КГ нами визначалися середні показники за критеріями.

Формувальну роботу проводили, спираючись на методичні поради проведення наукових досліджень С. Гончаренка [4], з урахуванням інваріантних і варіативних умов. Серед інваріантних умов визначили однакову кількість аудиторних годин для вивчення дисциплін навчального плану і годин, які були відведені на самостійну роботу студентів КГ та ЕГ. Варіативні умови були спричинені впровадженням навчально-методичного комплексу в освітній процес ЕГ студентів (див. підрозділ 2.2) відповідно до спроектованої моделі формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (див. розділ 2.3).

На *контрольному етапі* (2016 – 2017 рр.) проведено завершальний контроль рівнів сформованості готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП у МСП КГ і ЕГ; здійснено систематизацію, аналіз, зведення статистично оброблених результатів оцінювання. Сформульовано висновки щодо ефективності педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Пошук детермінант формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП пов'язаний з контрольним етапом експериментального дослідження. У процесі моніторингу передбачалося фіксування результатів початкового і підсумкового контролю та аналіз динаміки змін рівнів сформованості досліджуваної готовності. Діагностичним інструментарієм контрольного етапу експерименту стали методики, які також використовувалися на констатувальному етапі експерименту. Система вимірювання та облік результатів, що містить критерії, їх показники та рівні сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, використовувалися ідентично до констатувального етапу експерименту.

Підсумовуючи викладене, зазначимо, що нами була розроблена програма експерименту; спроектовані етапи її реалізації та визначені їх особливості організації й умови проведення з МСП.

Схарактеризуємо констатувальний етап педагогічного експерименту детальніше.

У ході проведення *констатувального етапу* експерименту, з метою виявлення рівня обізнаності МСП щодо соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП було розроблено авторську анкету (Додаток М), яка містить запитання на виявлення рівня обізнаності МСП щодо проблем дітей МШВ з церебральним паралічем та організації соціально-реабілітаційної діяльності з цією категорією клієнтів. Анкетуванням було охоплено 112 студентів Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка, Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки, Харківського національного педагогічного університету

імені Г. С. Сковороди, Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, які навчаються за спеціальністю «Соціальна робота».

Оброблені результати анкетування засвідчили, що майже всі студенти знають про особливості стану здоров'я дітей з інвалідністю із захворюванням на ДЦП (89 %), однак при цьому відповіді студентів можна назвати поверховими. Про існування нормативно-правових документів, які регламентують соціально-реабілітаційну допомогу дітям з інвалідністю з ДЦП, знають 28 % опитуваних, але треба зауважити, що нормативно-правова база названа у кількості одного-двох документів. Більша частина опитуваних, а саме 58 %, на запитання «Чи доводилось Вам взаємодіяти із дитиною з інвалідністю з ДЦП та її родиною?» всі студенти дали відповідь «так, під час проходження практики в реабілітаційному закладі».

Визначити проблеми дітей з інвалідністю з ДЦП та їхніх сімей змогли 100 % опитуваних, 43 % до проблем віднесли соціально-побутові питання, 32 % – фінансову незахищеність сімей, 25 % – проблеми соціального включення у суспільство. На запитання «Що може бути мотивацією для Вас в роботі з дітьми-інвалідами МШВ із захворюванням на ДЦП?» 39 % студентів відповіли, що ініціативу повинен проявити соціальний працівник, 36 % надали відповідь, що активність повинні проявляти батьки дітей, 25 % респондентів вважають, що це повинні бути сім'я та соціальний працівник.

На запитання щодо форм взаємодії соціального працівника із дитиною МШВ з інвалідністю з ДЦП та її родиною відповіді були такі: консультації – 30 %, бесіди – 44 %, тренінги – 5 %, 21 % респондентів не визначилися з відповіддю. Такі відповіді свідчать про низький рівень обізнаності МСП щодо форм роботи у процесі взаємодії з членами сімей дітей МШВ з захворюванням на ДЦП.

Анкета містить запитання стосовно мотивації до роботи із дитиною МШВ з ДЦП, на яке нами отримано різноманітні відповіді, але найчастіше траплялася така: допомога дитині МШВ з ДЦП у вирішенні її проблем

(61 %). Отже, відповіді свідчать, що мотивація МСП більшою мірою спрямована на допомогу людям. Отримана статистика свідчить про необхідність підвищення рівня готовності студентів у процесі підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Аналіз опитування студентів свідчить про недостатню обізнаність МСП з питань організації соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Тож в умовах вищої школи у змісті підготовки МСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП виникає потреба активізувати у них зацікавленість, самостійне опанування знань та вироблення вмінь за відповідним напрямом.

Оцінювання у студентів наявного рівня сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП є основним завданням проведення констатувального етапу педагогічного дослідження.

Для визначення рівнів сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП нами було обрано, адаптовано й апробовано відповідні діагностичні методики (Додаток Н 1), складено шкалу оцінювання рівнів сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (Додаток Н 2).

Рівень ГМСП за особистісно-мотиваційним критерієм визначався з використанням комплексу методик:

1. Методики визначення ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптованої на основі методики МПЦУ І. К. Шалаєва [18] (Додаток П).
2. Методики діагностування рівня емпатійних здібностей МСП за В. В. Бойко [10] (Додаток Р).
3. Тесту на визначення рівня комунікабельності у МСП за тестом В. Ф. Раховського [17] (Додаток С).
4. Самоаналізу та самооцінювання.
5. Спостереження.

Рівень ГМСП за когнітивним критерієм визначався за допомогою комплексу методик:

1. Методики визначення ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптованої на основі методики МПЦУ І. К. Шалаєва [18] (Додаток П).

2. Тесту на визначення у МСП рівня здатності до пізнання проблеми соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (авторський тест) (Додаток Т).

3. Аналізу продуктів навчально-наукової діяльності студентів (аналіз документації, МКР, СР, усні та письмові відповіді, творчі завдання).

4. Самоаналізу і самооцінювання.

5. Спостереження.

Рівень ГМСП за діяльнісно-практичним критерієм визначався за допомогою комплексу методик:

1. Методики визначення ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптованої на основі методики МПЦУ І. К. Шалаєва [18] (Додаток П).

2. Тесту на виявлення власних управлінських здібностей у МСП (Додаток У).

3. Оцінювання практики.

4. Самоаналізу та самооцінювання.

5. Спостереження.

Рівень ГМСП за оцінювально-рефлексивним критерієм визначався за допомогою комплексу методик, а саме:

1. Методики визначення рівня розвитку рефлексивності МСП за А. В. Карповим [11] (Додаток Ф 1).

2. Картки самооцінювання рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптованої на основі картки О. В. Демченко [5] (Додаток Ф 1).

Розглянемо діагностувальний інструментарій для кожного критерію готовності (Додатки П – Ф).

Із метою визначення рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за мотиваційно-особистісним критерієм (МК) на констатувальному етапі експерименту була залучена «Комплексна методика структурно-типологічної діагностики готовності до професійної діяльності», адаптована на основі методики, розробленої науковою школою мотиваційного програмно-цільового управління (МПЦУ) під керівництвом професора І. К. Шалаєва [18] (Додаток П). Методика містить блоки запитань по 10 тверджень, за якими студент оцінює свої якості за десятибальною шкалою, за допомогою якої визначається середнє значення. Із метою визначення об'єктивного значення рівня готовності враховувалися результати кожної групи експертів: I-й експерт сам атестований (студент за напрямом підготовки «Соціальна робота») – А; II-й експерт з числа викладачів ЗВО – В; III-й експерт визначається закладом, у якому МСП проходив практику – С. Для оцінювання сформованості рівня готовності залучалися фахівці з соціальної роботи реабілітаційних закладів для дітей з інвалідністю, кожен з експертів мав однаковий термін для проведення оцінювання.

Залежно від критерію методи, якими користувалися експерти, змінювалися. Усі вони були адаптовані з метою можливості занесення результатів до загальної таблиці експертного оцінювання, де М(ср.) – середнє значення за мотиваційно-особистісним критерієм, К(ср.) – середнє значення за когнітивним критерієм, Д(ср.) – середнє значення за діяльнісно-практичним критерієм, ОЗ – об'єктивне значення підготовленості за кожним критерієм (див. табл. 3.1).

Таблиця 3.1

**Загальна таблиця експертного оцінювання
ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП
відповідно до одного з критерієв**

(мотиваціно-особистісного / когнітивного / діяльнісно-практичного)

№ п/п	Шифр студента	A М(ср.) / К(ср.) / Д(ср.)	B М(ср.) / К(ср.) / Д(ср.)	C М(ср.) / К(ср.) / Д(ср.)	ОЗ

Визначається об'єктивне значення підготовленості за кожним критерієм відповідно до формули (3.1):

$$ОЗ = \frac{3C+2B+A}{6} \quad (3.1)$$

де А – результати оцінювання першим експертом (сам атестований, студент за напрямом підготовки «Соціальна робота»);

В – результати оцінювання другим експертом (викладач ЗВО);

С – результати оцінювання третім експертом (особа, яка визначається закладом, де МСП проходив практику).

Рівень ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за мотиваційно-особистісним критерієм з'ясовували за параметрами відповідно до таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

I. Параметр. Мотиваційно-особистісний критерій – «М»

Параметр	Якісна характеристика
М-1	Особистісна зрілість, самостійність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП
М-2	Пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП
М-3	Мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП
М-4	Альтруїстична мотивація у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (перевага суспільних інтересів над особистими)
М-5	Усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП
М-6	Гуманістична спрямованість у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП
М-7	Здатність до емпатії у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (розуміння ставлень, почуттів іншої особи)
М-8	Комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП

М-9	Здатність до самокритичності у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП
М-10	Відчуття справедливості у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (відповідність моральним і правовим нормам людських стосунків)

Експертами для оцінювання параметрів мотиваційно-особистісного критерію – «М» з таблиці 3.2 використовувалися:

- методика діагностування рівня емпатійних здібностей МСП за В. Бойко (параметр М-7 – здатність до емпатії) [10] (експерти В, С) (Додаток Р); тест на визначення рівня комунікабельності у МСП за тестом В. Раховського (параметр М-8 – комунікабельність) [17] (експерти В, С) (Додаток С);

- самоаналіз (параметри від М-1 до М-10) (експерт А);
- спостереження (параметри від М-1 до М-10) (експерти В, С).

Аналіз відповідей та визначення об'єктивного значення рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за показниками мотиваційно-особистісного критерію дали змогу встановити, що у КГ початковий рівень готовності не виявлено у жодного студента (0 % від загальної кількості студентів у цій групі, яка дорівнює 57); кількість студентів, у яких виявлено базовий рівень, – 12 осіб, що становить 21 % від загальної кількості; достатній рівень – 38 студентів, що відповідає 67 %; високий рівень готовності виявлено в 7 студентів, що становить 12 %. Початковий рівень в ЕГ не притаманний жодному студенту; кількість студентів, у яких виявлено базовий рівень, – 15, що становить 27 % від загальної кількості 55 студентів у цій групі; достатній рівень – 35 студентів, або 64 %; високий рівень – 5 студентів, що дорівнює 9 %.

Дані за результатами дослідження рівня мотиваційно-особистісного критерію в студентів КГ та ЕГ на констатувальному етапі дослідження систематизовано в таблиці 3.5.

Порівняння результатів дослідження за мотиваційно-особистісним критерієм ЕГ та КГ представлено у вигляді гістограми (рис. 3.1):

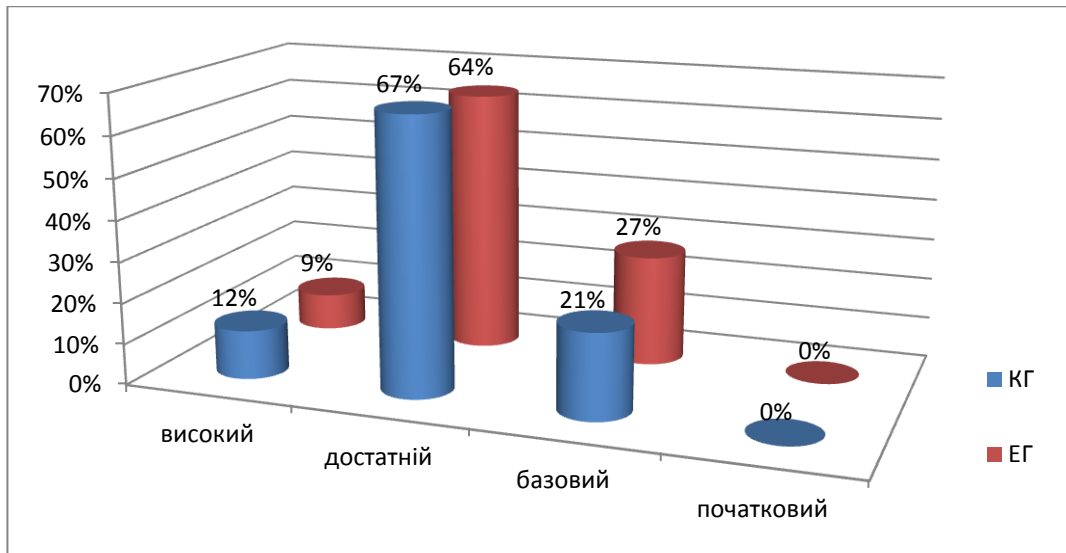


Рис. 3.1. Порівняння результатів діагностики рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП КГ та ЕГ за мотиваційно-особистісним критерієм на констатувальному етапі експерименту

Таким чином, нами виявлено, що більшість МСП КГ і ЕГ має базовий та достатній рівні готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за мотиваційно-особистісним критерієм.

Із метою надання можливості визначення рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за когнітивним критерієм до констатувального етапу експерименту були використано дві методики діагностування, а саме: «Комплексна методика структурно-типологічної діагностики готовності до професійної діяльності», адаптована на основі методики, розробленої науковою школою мотиваційного програмно-цільового управління (МПЦУ) під керівництвом професора І. К. Шалаєва (К I – методика I-ша за когнітивним критерієм) [18] (Додаток П) та розроблений нами тест на визначення у МСП рівня здатності до пізнання проблем соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (К II – методика II-га за когнітивним критерієм) (Додаток Т).

Рівень ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за когнітивним критерієм ми з'ясовували за параметрами відповідно до таблиці

3.3 за допомогою комплексної методики, адаптованої на основі методики МПЦУ І. К. Шалаєва.

Таблиця 3.3

II. Параметр. Когнітивний критерій – «К»

Параметр	Якісна характеристика
К-1	Знання основ історії та теорії соціальної роботи, теорії соціальної педагогіки, основ реабілітології
К-2	Знання з вікової і педагогічної та соціальної психології
К-3	Знання основ менеджменту соціального забезпечення
К-4	Знання з соціальної політики стосовно дітей МШВ з ДЦП в Україні (динаміка, причини та наслідки, сучасні проблеми у наданні соціально-реабілітаційних послуг)
К-5	Знання нормативно-правової бази України щодо надання соціальної реабілітації дітям МШВ з ДЦП
К-6	Знання про функціональні обов'язки соціального працівника у наданні соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП
К-7	Володіння системою знань про особливості захворювання на ДЦП
К-8	Знання про особливості психофізичного та соціального розвитку дітей МШК з ДЦП
К-9	Знання технології надання соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП
К-10	Володіння системою знань про структуру та діяльність установ із соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП

Експерти для оцінювання відповідних параметрів використовували такі методи: самоаналіз (параметри від К-1 до К-10) (експерт А); аналіз продуктів навчально-наукової діяльності студентів (аналіз документації, модульні контрольні роботи, самостійні роботи, усні та письмові відповіді, творчі завдання) та спостереження (параметри від К-1 до К-10) (експерти В, С).

Розроблений нами тест на визначення у МСП рівня здатності до пізнання проблеми соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП складається з 6 запитань, на які студенти надають відповіді, які оцінюються у межах від 0 до 2 балів.

Розраховування середнього арифметичного показника готовності МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за когнітивним критерієм на констатувальному етапі експериментального дослідження здійснювалося за такою формулою (3.2):

Для когнітивного критерію – $\frac{K I + K II}{N}$ (3.2)

де $K I, K II$ – результати (кількість осіб) методик дослідження за кожним рівнем;

N – кількість методик (у нашому випадку – дві методики).

Результати дослідження за когнітивним критерієм, які були отримані на основі проведення комплексної методики та авторського тесту, показали такий рівень теоретичної ГМСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП. Показники у КГ такі: початковий рівень – 32 % (18 студентів); базовий рівень – 47 % (27 студентів); достатній – 21 % (12 студентів); високого рівня готовності не виявлено в жодного студента.

Показники ЕГ за когнітивним критерієм становлять: з початковим рівнем – 34 % (19 студентів); з базовим – 44 % (24 студенти); з достатнім – 22 % (12 студентів); з високим рівнем готовності не виявлено жодного студента.

Дані результатів дослідження студентів ЕГ та КГ за когнітивним критерієм наведені у таблиці 3.5.

Наочно результати дослідження рівня теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на констатувальному етапі експерименту виглядають так (див. рис.3.2):

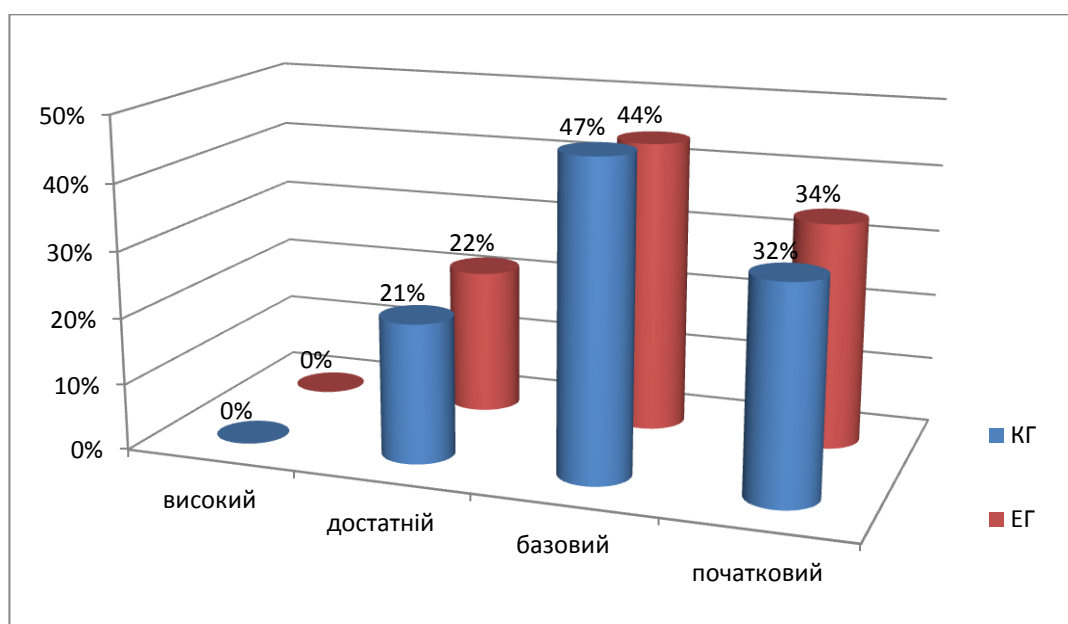


Рис. 3.2. Порівняння результатів діагностики рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП КГ та ЕГ за когнітивним критерієм на констатувальному етапі експерименту

Таким чином, нами виявлено, що більшість МСП КГ і ЕГ мають початковий та базовий рівні готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за когнітивним критерієм.

Рівень ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за діяльнісно-практичним критерієм ми з'ясували за параметрами відповідно до таблиці 3.4 за допомогою комплексної методики, адаптованої на основі методики МПЦУ І. К. Шалаєва (Додаток П)

Таблиця 3.4

III. Параметр. Діяльнісно-практичний критерій – «Д»

Параметр	Якісні характеристики	
1	Володіння технологіями та техніками менеджменту	Володіння вміннями адміністрування міждисциплінарної команди (забезпечення ефективної взаємодії її членів, перспективне планування, супервізія роботи команди) з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП
2		Володіння вміннями координування складання індивідуальних реабілітаційних планів для дітей МШВ з ДЦП та моніторинг їх виконання
3		Володіння вміннями працювати з дітьми МШВ з ДЦП та їхніми сім'ями, з колегами; знання психології організаційних процесів, навички оцінювання і впливу на людей, уміння стимулювати і спрямовувати
4	Володіння технологіями соціального прогнозування	Володіння вміннями визначення спектру запитів клієнтів з числа дітей МШВ з ДЦП, надання їм допомоги у пошуку відповідних агенцій
5	Володіння технологіями зв'язку з громадськістю	Володіння вміннями створення інформаційного банку даних про послуги державних та недержавних організацій і умови їх надання дітям МШВ з ДЦП та їхнім сім'ям
6	Володіння технологіями посередництва та розв'язання конфліктів	Володіння вміннями ініціювання створення клієнтських груп взаємодопомоги (батьківських/материнських, груп сиблі) серед родин з дітьми МШВ з ДЦП, забезпечення таких груп додатковою інформацією правового та іншого характеру
7		Володіння вміннями ведення переговорів з представниками органів місцевої влади та громадськості з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП

8	Володіння рекламно-інформаційними технологіями та технологіями зв'язку з громадськістю	Володіння вміннями оприлюднення через засоби масової інформації стану задоволення соціальних потреб дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей
9	Уміння здійснювати дослідницьку діяльність	Володіння вміннями прогнозування, діагностування, організації діяльності, аналізу і синтезу, узагальнення тощо з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП
10	Володіння технологіями особистісно орієнтованої взаємодії	Володіння вміннями індивідуального підходу, комунікативності в процесі проведення соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП

Експертами для оцінювання відповідних параметрів використано такі методи: самоаналіз (параметри від Д-1 до Д-10) (експерт А); тест на виявлення власних управлінських здібностей у МСП (Додаток У) (параметр Д-3 – володіння вміннями працювати з дітьми МШВ з ДЦП та їхніми сім'ями) та спостереження (параметри від Д-1 до Д-10) (експерти В, С).

Результати дослідження за діяльнісно-практичним критерієм показали такий рівень практичних умінь студентів ЕГ і КГ. Початковий рівень володіння соціально-реабілітаційними технологіями мають у КГ 23 % (13 студентів), базовий – 65 % (37 студентів), достатній рівень у 12 % (7 студентів) та високий не притаманний жодному студенту. Студенти ЕГ мають такі показники практичної підготовки: початковий рівень – 18 % (10 студентів), базовий – 66 % (36 студентів), достатній рівень – 16 % (9 студентів) та високий не притаманний жодному студенту.

Дослідження за діяльнісно-практичним критерієм систематизовано в таблиці 3.5.

Результати дослідження рівня практичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП виглядають таким чином (рис. 3.3):

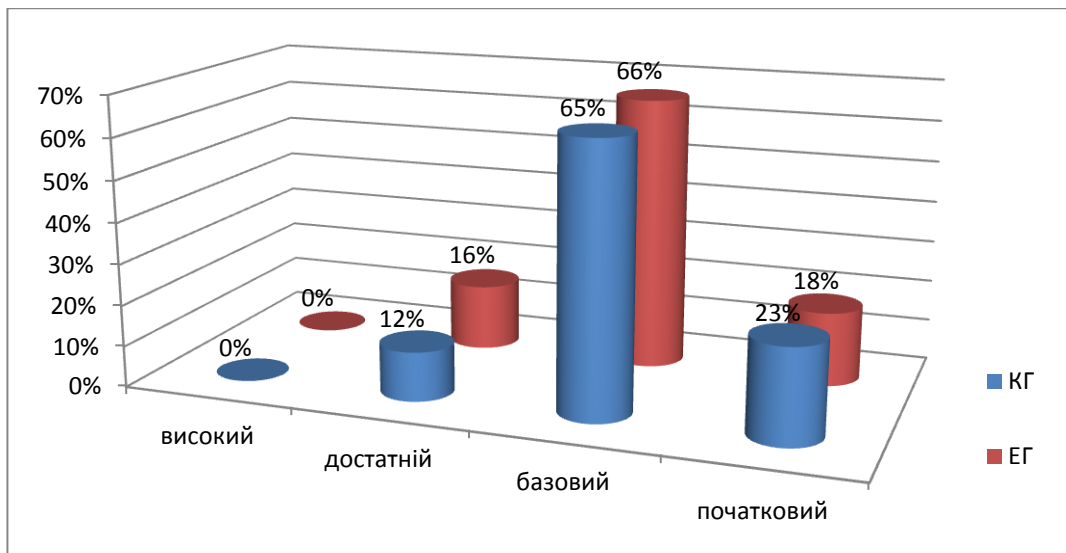


Рис. 3.3. Порівняння результатів діагностики рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП КГ та ЕГ за діяльнісно-практичним критерієм на констатувальному етапі експерименту

Таким чином, нами з'ясовано, що більшість МСП КГ і ЕГ мають початковий та базовий рівні готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за діяльнісно-практичним критерієм.

Для нашого дослідження важливим також є визначення рівня рефлексивності студентів, адже, як було вказано вище, ця якість безпосередньо впливає на формування особистісного досвіду МСП. Для визначення цієї якості нами обрано авторську методику доктора психологічних наук, професора О. В. Карпова (О I – методика I-ша за діяльнісно-практичним критерієм) [11] (Додаток Ф 1) та картка самооцінювання рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптована на основі картки О. В. Демченко (О II – методика II-га за діяльнісно-практичним критерієм) [5] (Додаток Ф 2).

У методиці О. В. Карпова в якості стандартної запропоновано «стену» шкалу переводу «сирих» тестових балів у нормалізовані показники та на підставі проведеного автором інтерпретаційного аналізу даних за методом «полярних або контрастних груп» визначено, що під час інтерпретації результатів доцільно виходити з диференціації учасників

експерименту на чотири основні категорії. Результати методики, які дорівнюють або більші ніж 8 балів свідчать про творчий рівень рефлексивності, результати в діапазоні від 5 до 7 стенів є показниками достатнього рівня, показники в діапазоні від 2 до 4 свідчать про базовий рівень рефлексивності, менш ніж 2 стени свідчать про початковий рівень рефлексивності. Текст опитувальника містить 27 тверджень.

Відповідно до картки самооцінювання рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптованої на основі картки О. В. Демченко, студентам пропонується оцінити свій рівень готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за 4-бальною шкалою (1 бал – «володію на початковому рівні»; 2 бали – «володію на базовому рівні»; 3 бали – «володію на достатньому рівні»; 4 бали – «володію на високому рівні») за переліченими показниками критеріїв готовності (Додаток Ф 2).

Після діагностування студентів на основі методики О. В. Карпова й картки самооцінювання рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП визначається середній арифметичний показник ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за оцінювально-рефлексивним критерієм. Середній арифметичний показник ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за оцінювально-рефлексивним критерієм на констатувальному етапі експериментального дослідження розраховувався за формулою (3.3):

$$\text{Для оцінювально-рефлексивного критерію} - \frac{O I + O II}{N} (3.3)$$

де $O I$, $O II$ – результати (кількість осіб) методик дослідження за кожним рівнем;

N – кількість методик (у нашому випадку – дві методики).

Таким чином, ми з'ясували, що рівень ГМСП за оцінювально-рефлексивним критерієм у студентів КГ, які брали участь у констатувальному експерименті, становить: початковий – 16 % (9 студентів), базовий – 47 % (27 студентів), достатній – 32 % (18 студентів), високий – 5 % (3 студенти). Показники ЕГ за оцінювально-рефлексивним критерієм становлять: за початковим рівнем – 13 % (7 студентів), за базовим – 45 %

(25 студентів), за достатнім – 36 % (20 студентів), за високим – 6 % (3 студенти). Середні показники дослідження за оцінювально-рефлексивним критерієм систематизовано в таблиці 3.5. Графічно результати діагностування за оцінювально-рефлексивним критерієм мають такий вигляд (рис. 3.4).

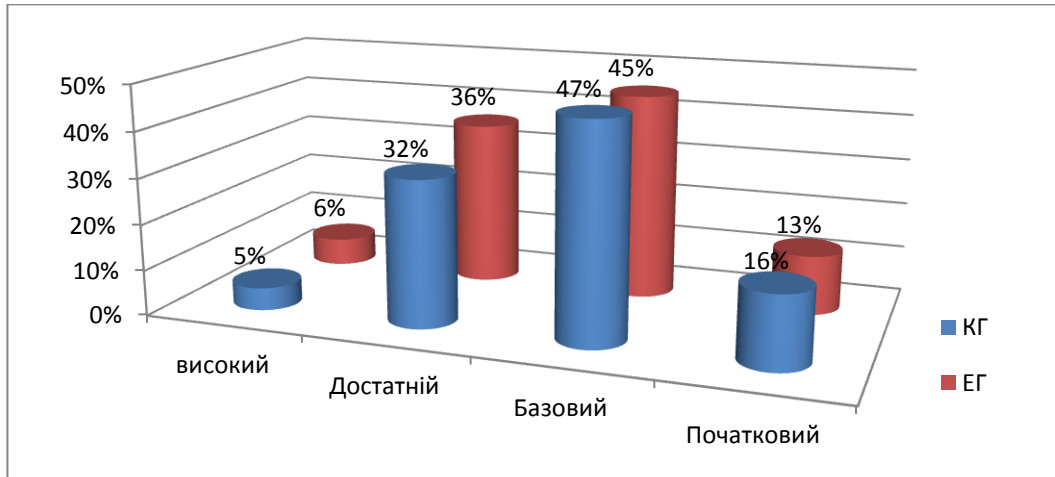


Рис 3.4. Порівняння результатів діагностики рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП КГ та ЕК за оцінювально-рефлексивним критерієм на констатувальному етапі експерименту

Таким чином, нами виявлено, що більшість МСП КГ і ЕГ мають базовий та достатній рівні готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за оцінювально-рефлексивним критерієм.

Важливим для нашого дослідження було визначення вихідного рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Узагальнені результати констатувального етапу експерименту наведено в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Оцінювання сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на констатувальному етапі експерименту

Компоненти готовності	Рівні	ЕГ (55 осіб)		КГ (57 осіб)	
		осіб	%	осіб	%
Мотиваційно-особистісний	Початковий	0	0	0	0
	Базовий	15	27	12	21
	Достатній	35	64	38	67
	Високий	5	9	7	12

Когнітивний	Початковий	19	34	18	32
	Базовий	24	44	27	47
	Достатній	12	22	12	21
	Високий	0	0	0	0
Діяльнісно-практичний	Початковий	10	18	13	23
	Базовий	36	66	37	65
	Достатній	9	16	7	12
	Високий	0	0	0	0
Оцінювально-рефлексивний	Початковий	7	13	9	16
	Базовий	25	45	27	47
	Достатній	20	36	18	32
	Високий	3	6	3	5

За результатами констатувального етапу експерименту виявлено, що основна кількість студентів КГ та ЕГ за когнітивним, діяльнісно-практичним та оцінювально-рефлексивним компонентами мають високі кількісні показники початкового та базового рівнів, тобто необхідні для роботи з дітьми МШВ з ДЦП знання, вміння, показники рефлексивності виражені слабо, що може створювати проблеми під час роботи з відповідною категорією дітей. При цьому МСП мають доволі високі показники особистісно-мотиваційного компонента, що може допомогти студентам здійснювати регулювання власної навчально-пізнавальної діяльності та усвідомити вибір особистих цілей у соціально-реабілітаційній діяльності під час роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

Коректність формування експерименту можлива за умови незначних розбіжностей показників ЕГ та КГ щодо сформованості всіх компонентів ГМСП до соціальної реабілітації ДМШВ з ДЦП. Для встановлення статистичної залежності між результатами ЕГ та КГ на етапі констатувального діагностування нами використано критерій згоди К. Пірсона χ^2 . Доцільність використання визначається тим, що він належить до непараметричних мір. З огляду на цей фактор було сформульовано нульову (H_0) та альтернативну (H_1) гіпотези: H_0 – рівень сформованості ГМСП в ЕГ та КГ достовірно не відрізняється; H_1 – рівень сформованості ГМСП в ЕГ суттєво відрізняється від рівня КГ.

Для перевірки визначення критерію χ^2 використовували формулу (3.4) [13, с. 286] (див. табл. 3.6).

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^n \left[\frac{(f'_e - f'_k)^2}{f'_k} \right] \quad (3.4)$$

де f'_e – відносна частота i -го інтервалу експериментальної групи;

f'_k – відносна частота i -го інтервалу контрольної групи;

n – кількість інтервалів (у нашому випадку $n = 4$ – за кількістю рівнів).

У педагогічних дослідженнях критерій згоди К. Пірсона χ^2 доцільно використовувати тому, що він не ставить жорстких вимог до типу розподілу випадкової величини та порівнює між собою самі розподіли.

Визначимо кількість ступенів свободи. Для цього скористаємось формулою $\nu = 4 - 1$ і визначимо критичну точку $\chi^2_{кр}$ за рівнем значущості $\alpha = 0,05$: $\chi^2_{кр} = 7,81$.

Відмінності вважаються достовірними, якщо значення емпіричного критерію χ^2 більше за критичне, в даному випадку більше за 7,81 ($p = 95\%$).

Для зручності аналізу даних щодо встановлення статистичної залежності між результатами ЕГ та КГ на етапі констатувального діагностування їх систематизовано й подано у Додатку Х.

На констатувальному етапі експерименту: за мотиваційним компонентом $\chi^2_{емп} = 2,59$. Оскільки $\chi^2_{емп} = 2,59 < 7,81 = \chi^2_{кр}$, то є підстави вважати результати КГ та ЕГ однаковими за мотиваційним компонентом сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ.

На констатувальному етапі експерименту: за теоретичним компонентом $\chi^2_{емп} = 0,37$. Оскільки $\chi^2_{емп} = 0,37 < 7,81 = \chi^2_{кр}$, то є підстави вважати результати КГ та ЕГ однаковими за теоретичним компонентом сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ.

На констатувальному етапі експерименту: за практичним компонентом $\chi^2_{емп} = 1,59$. Оскільки $\chi^2_{емп} = 1,59 < 7,81 = \chi^2_{кр}$, то є підстави вважати

результати КГ та ЕГ однаковими за практичним компонентом сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ.

На констатувальному етапі експерименту: за рефлексивним компонентом $\chi^2_{\text{емп}} = 1,35$. Оскільки $\chi^2_{\text{емп}} = 1,35 < 7,81 = \chi^2_{\text{кр}}$, то є підстави вважати результати КГ та ЕГ однаковими за рефлексивним компонентом сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ.

Дані розрахунків рівнів сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на констатувальному етапі експерименту за критерієм хі свідчать, що виконується нерівність $\chi^2_{\text{емп}} < \chi^2_{\text{крит}}$. Отже, нульова гіпотеза H_0 , відповідно до якої розподіл рівнів сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП не відрізняється між собою у КГ та ЕГ на констатувальному етапі експериментального дослідження, приймається за кожним із критеріїв. Відмінності між КГ та ЕГ є випадковими за всіма визначеними критеріями.

Відтак, постає необхідність перевірки гіпотези H_0 , відповідно до якої розподіл рівнів сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП після завершення формувального етапу в ЕГ достовірно відрізняється від рівня в КГ.

Аби перевірити схожість КГ та ЕГ, ми використали U-критерій Манна-Уїтні, призначений для оцінювання відмінностей між двома вибірками за рівнем певної ознаки, вимірної кількісно [1]. Цей критерій обраний насамперед через невеликий обсяг досліджуваних сукупностей КГ та ЕГ.

У процесі розрахунку U-критерію Манна-Уїтні вибірці студентів КГ присвоєно ім'я «Вибірка 1», вибірці студентів ЕГ – «Вибірка 2».

Сформульовані такі гіпотези:

H_0 рівень показника готовності до соціальної реабілітації в роботі з дітьми МШВ з ДЦП у студентів ЕГ достовірно не відрізняється від рівня готовності студентів КГ.

H_0 рівень показника готовності до соціальної реабілітації в роботі з дітьми МШВ з ДЦП у студентів ЕГ достовірно відрізняється від рівня готовності студентів КГ.

Виконано ранжування значень вибірок та підраховано суму рангів Т-1 (266,5) та Т-2 (264) для двох вибірок.

Для зручності аналізу дані систематизовано й подано у Додатку Ц.

Визначено значення U-критерію Манна-Уїтні за формулою (3.5) [1]:

$$U = n_1 * n_2 + \frac{n_x * (n_x + 1)}{2} - T_x, \quad (3.5)$$

де n_1 – обсяг першої вибірки;

n_2 – обсяг другої вибірки;

T_x – найбільша з двох рангових сум;

n_x – обсяг групи з більшою сумою рангів.

Результат: $U_{emp} = 125,5$.

Важливо зауважити, що емпіричне значення критерію U відображає те, наскільки велика зона між рядами. Тому чим менше U_{emp} , тим більш імовірно, що відмінності достовірні.

За таблицею критичного значення критерію Манна-Уїтні для спрямованих альтернативних (однобічна область) $p < 0,05$ прирівнюється до 83 балів та $p < 0,01$ прирівнюється до 66 балів. Таким чином, оскільки $U_{emp} > U_{crit}$ і, відповідно, перебуває поза межами критичних значень, альтернативна гіпотеза H_0 відхиляється. Отримані емпіричні дані ($U = 125,5$) у зоні незначущості, що свідчить про відсутність відмінностей між вибірками.

Ураховуючи результати теоретичного та емпіричного досліджень на етапі констатувального експерименту, ми визначили рівні сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; особливості формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, які полягають у цілеспрямованому впливі на:

- розвиток мотивації у МСП до позитивного, толерантного ставлення до дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей;

- формування знань МСП щодо соціальної реабілітації; нормативно-правових актів України щодо проведення соціальної реабілітації дітей з інвалідністю; особливостей життєдіяльності й соціалізації дітей із захворюванням на ДЦП та їхніх сімей; наукових підходів до організації соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП;
- розвиток умінь працювати в міждисциплінарній команді, налагодження співпраці дитини МШВ з діагнозом ДЦП та її родини з соціальним середовищем;
- розвиток рефлексивності як основи формування особистісного досвіду.

Визначені нами рівні й особливості підготовки МСП вимагають створення певної схеми або плану дій, спрямованих на ефективне формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. У сучасних науково-педагогічних дослідженнях така схема дій викладача під час освітнього процесу визначається поняттям «модель навчального процесу» [12]. В інструментальному значенні модель є проміжною ланкою між висунутими теоретичними положеннями та їх перевіркою в реальних умовах здійснення підготовки студентів [6, с. 516].

Отже, цілеспрямований вплив на формування в МСП необхідних знань, умінь, навичок та якостей для соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП вимагає виявлення та застосування таких умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, дотримання яких на основі врахування особливостей підготовки МСП сприяло б підвищенню рівнів сформованості відповідного виду готовності. Виявлення, теоретичне обґрунтування педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП детально описано у П.2.2.

Наступним етапом наукової роботи буде проведення аналізу результатів дослідно-експериментальної перевірки ефективності педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

3.2. Аналіз результатів дослідно-експериментальної роботи

Результати констатувального етапу наукового дослідження засвідчили недостатній рівень сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. З огляду на це виникла потреба вдосконалення процесу формування цієї готовності у студентів спеціальності «Соціальна робота».

Вихідним науково-педагогічним узагальненням констатувального етапу стали створені обґрунтовані педагогічні умови (див. розділ 2.2), розроблена модель формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (див. розділ 2.3).

Контрольний етап експериментального дослідження спрямовано на аналіз та порівняння результатів підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, до репрезентації цих результатів було взято до уваги теоретико-практичну скерованість роботи й студентів КГ, які навчалися за традиційною методикою.

Із метою перевірки ефективності виявлених педагогічних умов та дієвості розробленої нами методики формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП було проведено діагностування рівнів сформованості досліджуваного напряму роботи за мотиваційно-особистісним, когнітивним, діяльнісно-практичним та оцінювально-рефлексивним компонентами на контрольному етапі експерименту.

Діагностування для визначення рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП було проведене за тими самими умовами (див. розділ 3.1) та комплексом діагностувальних методик, за якими реалізовувався констатувальний етап експерименту (див. розділ 3.1).

У результаті проведеного формувального етапу експерименту було підбито підсумки. Схарактеризуємо їх детальніше.

Аналіз результатів дослідження за мотиваційно-особистісним критерієм дозволив виявити такі результати. У КГ за початковим рівнем не виявлено жодного студента, за базовим рівнем – 16 % (9 студентів), за

достатнім рівнем – 70 % (40 студентів), за високим рівнем – 14 % (8 студентів). В ЕГ за початковим рівнем студенти відсутні, за базовим рівнем – 4 % (2 студенти), за достатнім рівнем – 78 % (43 студенти), за високим рівнем – 18 % (10 студентів). Дані за результатами дослідження рівня мотиваційно-особистісного критерію в студентів КГ та ЕГ на контрольному етапі дослідження систематизовано в таблиці 3.6 «Оцінювання сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту».

Наочно порівняння результатів дослідження за мотиваційно-особистісним критерієм ЕГ та КГ представлено у вигляді гістограми:

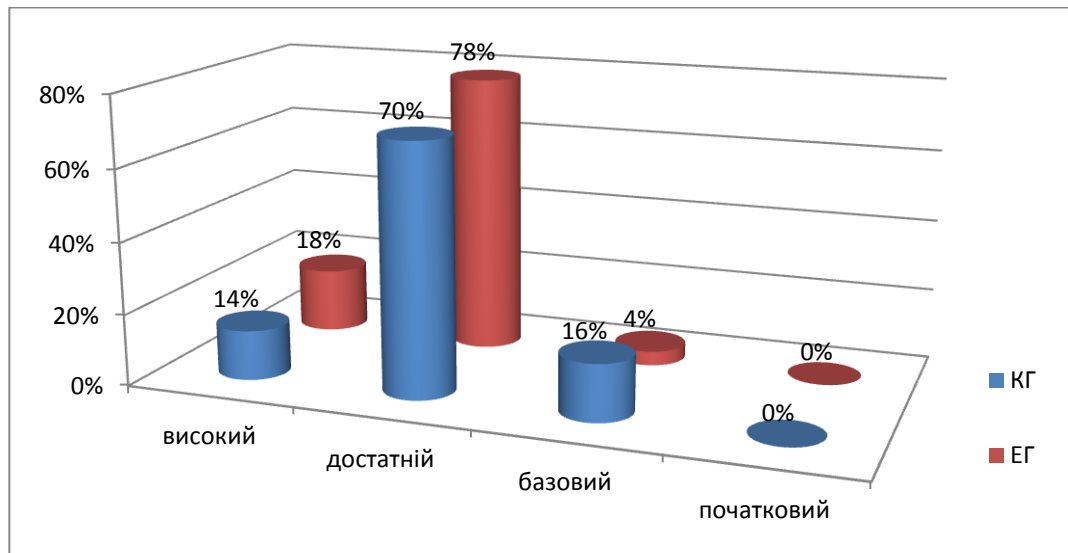


Рис. 3.5. Порівняння результатів діагностики рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП КГ та ЕК за мотиваційно-особистісним критерієм на контрольному етапі експерименту

Таким чином, нами виявлено, що більшість МСП КГ і ЕГ мають базовий та достатній рівні готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за мотиваційно-особистісним критерієм.

З метою отримання результатів дослідження за когнітивним критерієм, які були отримані на основі впровадження комплексної методики та проведення авторського тесту, нами був визначений середній

арифметичний показник ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, який розраховувався за такою формулою (3.1):

$$\text{Для когнітивного критерію} - \frac{K1+K2}{N} \quad (3.1)$$

де $K1, K2$ – результати (кількість осіб) методик дослідження за кожним рівнем;

N – кількість методик (у нашому випадку – дві методики).

Аналіз результатів контрольного зрізу за когнітивним критерієм дав змогу визначити такі загальні результати. Початковий рівень ГМСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП мають у КГ 18 % (10 студентів), базовий рівень – 51 % (29 студентів), достатній рівень – 28 % (16 студентів) та високий рівень – 3 % (2 студенти). Студенти ЕГ мають такі показники теоретичної підготовки: початковий рівень – 9 % (5 студентів), базовий рівень – 35 % (19 студентів), достатній рівень – 47 % (26 студентів) та високий рівень 9 % (5 студентів).

Дані результатів дослідження теоретичного рівня підготовки студентів ЕГ та КГ за когнітивним критерієм наведені у таблиці 3.6 «Оцінювання сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту».

Наочно порівняння результатів дослідження за когнітивним критерієм ЕГ та КГ представлено у вигляді гістограми:

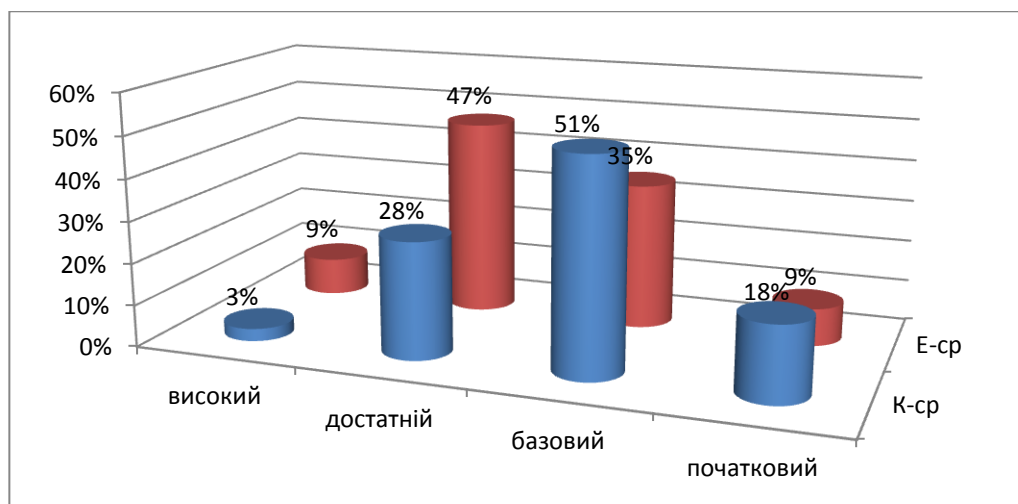


Рис. 3.6. Порівняння результатів діагностики рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП КГ та ЕК за когнітивним критерієм на контрольному етапі експерименту

Таким чином, нами виявлено, що більшість МСП КГ і ЕК мають базовий та достатній рівні готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за когнітивним критерієм.

Аналіз результатів контрольного зрізу за діяльнісно-практичним критерієм дав змогу окреслити такі результати. Початковий рівень володіння соціально-реабілітаційними технологіями мають у КГ 21 % (12 студентів), базовий – 51% (29 студентів), достатній рівень – 23 % (13 студентів) та високий – 5 % (3 студенти). Студенти ЕК мають такі показники практичної підготовки: початковий рівень – 11 % (6 студентів), базовий – 44 % (24 студенти), достатній рівень – 38 % (21 студент) та високий – 7 % (4 студенти).

Дані дослідження за діяльнісно-практичним критерієм систематизовано в таблиці 3.6 «Оцінювання сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на констатувальному етапі експерименту».

Наочно результати дослідження рівня практичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП представлено у вигляді гістограми:

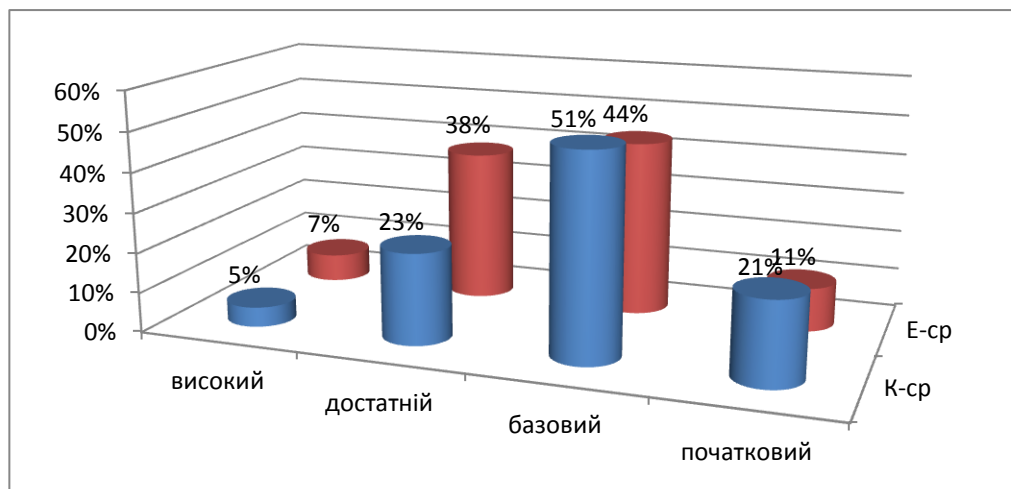


Рис. 3.7. Порівняння результатів діагностики рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП КГ та ЕГ за діяльнісно-практичним критерієм на контрольному етапі експерименту

Таким чином, нами виявлено, що більшість МСП КГ і ЕГ мають базовий та достатній рівні готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за діяльнісно-практичним критерієм.

Після діагностування студентів на основі методики та картки визначається середній арифметичний показник ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за оцінювально-рефлексивним критерієм. Середній арифметичний показник ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за оцінювально-рефлексивним критерієм на контрольному етапі експериментального дослідження розраховувався за такою формулою (3.2):

$$\text{Для оцінювально-рефлексивного критерію} - \frac{O_1 + O_2}{N} \quad (3.2)$$

де O_1 , O_2 – результати (кількість осіб) методик дослідження за кожним рівнем;

N – кількість методик (у нашому випадку – дві методики).

Аналіз результатів діагностування рефлексивності МСП за оцінювально-рефлексивним критерієм зпсвідчив такі загальні результати. Початковий у КГ рівень мають 12 % (7 студентів), базовий – 32 % (18 студентів), достатній рівень – 47 % (27 студентів) та високий – 9 % (5 студентів). Студенти ЕГ мають такі показники: початковий рівень 4 % (2 студенти), базовий – 27 % (15 студентів), достатній рівень – 54 % (30 студентів) та високий – 15 % (8 студентів).

Середні показники дослідження за оцінювально-рефлексивним критерієм систематизовано в таблиці 3.6 «Оцінювання сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту».

Графічно результати діагностування за оцінювально-рефлексивним критерієм ЕГ та КГ представлено у вигляді гістограми:

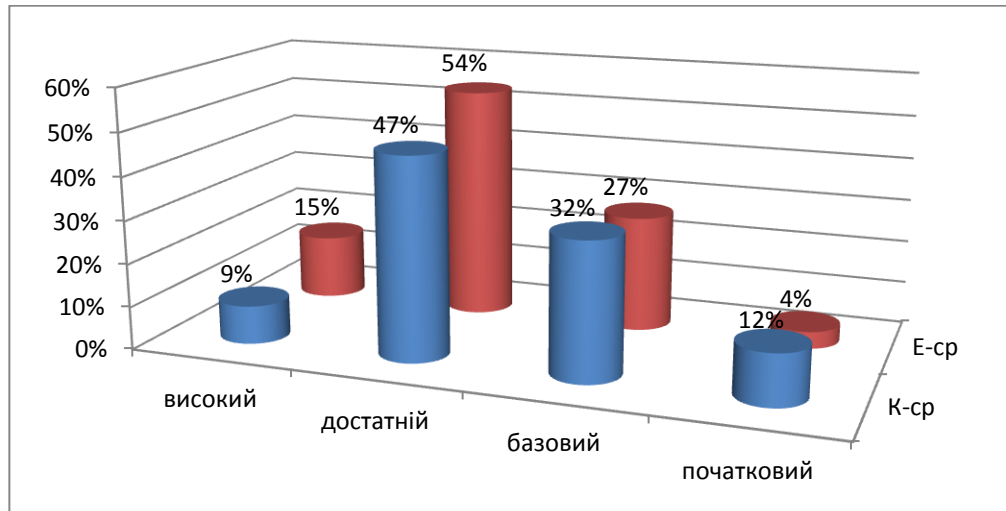


Рис 3.8. Порівняння результатів діагностики рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП КГ та ЕК за оцінювально-рефлексивним критерієм на контрольному етапі експерименту

Таким чином, нами виявлено, що більшість МСП КГ і ЕК мають базовий та достатній рівні готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП за оцінювально-рефлексивним критерієм.

Узагальнені результати контрольного етапу експерименту наведено в таблиці 3.6 «Оцінювання сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту».

Таблиця 3.6

Оцінювання сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту

Компоненти готовності	Рівні	ЕК (55 осіб)		КГ (57 осіб)	
		Осіб	%	Осіб	%
Мотиваційно-особистісний	Початковий	0	0	0	0
	Базовий	2	4	9	16
	Достатній	43	78	40	70
	Високий	10	18	8	14
Когнітивний	Початковий	5	9	10	18
	Базовий	19	35	29	51
	Достатній	26	47	16	28
	Високий	5	9	2	3

Діяльнісно-практичний	Початковий	6	11	12	21
	Базовий	24	44	29	51
	Достатній	21	38	13	23
	Високий	4	7	3	5
Оцінювально-рефлексивний	Початковий	2	4	7	12
	Базовий	15	27	18	32
	Достатній	30	54	27	47
	Високий	8	15	5	9

Для встановлення статистичної залежності між результатами ЕГ та КГ на етапі контрольного діагностування використали критерій згоди К. Пірсона χ^2 . Доцільність використання визначається тим, що він не належить до непараметричних мір. Із огляду на це було сформульовано нульову (H_0) та альтернативну (H_1) гіпотези: H_0 – рівень сформованості ГМСП в ЕГ і КГ достовірно не відрізняється; H_1 – рівень сформованості ГМСП в ЕГ суттєво відрізняється від рівня КГ. Для перевірки визначення χ^2 використали формулу (3.3) [13, с. 286].

Для зручності аналізу даних щодо встановлення статистичної залежності між результатами ЕГ та КГ на етапі контрольного діагностування їх систематизовано й подано у Додатку Ш.

На контрольному етапі експерименту: за мотиваційно-особистісним критерієм $\chi^2_{\text{емп}} = 11,04$. Оскільки $\chi^2_{\text{емп}} = 11,04 > 7,81 = \chi^2_{\text{кр}}$, то є підстави вважати результати КГ та ЕГ неоднаковими за мотиваційно-особистісним критерієм сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту.

На контрольному етапі експерименту: за когнітивним критерієм $\chi^2_{\text{емп}} = 34,41$. Оскільки $\chi^2_{\text{емп}} = 34,41 > 7,81 = \chi^2_{\text{кр}}$, то є підстави вважати результати КГ та ЕГ неоднаковими за когнітивним критерієм сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту.

На контрольному етапі експерименту: за діяльнісно-практичним критерієм $\chi^2_{\text{емп}} = 16,3$. Оскільки $\chi^2_{\text{емп}} = 16,3 > 7,81 = \chi^2_{\text{кр}}$, то є підстави вважати результати КГ та ЕГ неоднаковими за діяльнісно-практичним критерієм

сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту.

На контрольному етапі експерименту: за оцінювально-рефлексивним критерієм $\chi^2_{\text{емп}} = 11.15$. Оскільки $\chi^2_{\text{емп}} = 11,15 > 7,81 = \chi^2_{\text{кр}}$, то є підстави вважати результати КГ та ЕГ неоднаковими за оцінювально-рефлексивним критерієм сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту.

Дані розрахунків рівнів сформованості компонентів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному етапі експерименту за критерієм χ^2 свідчать, що виконується нерівність $\chi^2_{\text{емп}} > \chi^2_{\text{крит}}$. Отже, відповідно до правил прийняття рішень нульова гіпотеза відхиляється на користь альтернативної.

Із метою оцінювання відмінностей між двома малими вибірками (КГ – 57 осіб, ЕГ – 55 осіб) за рівнем певної ознаки, вимірної кількісно [1], емпіричні дані контрольного етапу експерименту перевірено за допомогою U-критерію Манна-Уїтні.

У процесі розрахунку U-критерій Манна-Уїтні вибірці студентів КГ присвоєно ім'я «Вибірка 1», вибірці студентів ЕГ присвоєно ім'я «Вибірка 2».

Сформульовані такі гіпотези:

H_0 рівень показника готовності до застосування соціальної реабілітації в роботі з дітьми МШВ з ДЦП у студентів ЕГ достовірно не відрізняється від рівня готовності студентів КГ.

H_1 рівень показника готовності до застосування соціальної реабілітації в роботі з дітьми МШВ з ДЦП у студентів ЕГ достовірно відрізняється від рівня готовності студентів КГ.

Виконано ранжування значень вибірок та підраховано суму рангів: Т-1 (2456) та Т-2 (3872) для двох вибірок за мотиваційно-особистісним критерієм; Т-1 (1568,8) та Т-2 (3566) для двох вибірок за когнітивним критерієм; Т-1 (2915) та Т-2 (3413) для двох вибірок за діяльнісно-

практичним критерієм; T-1 (2654) та T-2 (3674) для двох вибірок за оцінювально-рефлексивним критерієм.

Для зручності аналізу дані систематизовано й подано у Додатках Щ 1 та Щ 2.

Значення U-критерію Манна-Уїтні визначено за формулою (3.4) [1]:

$$U = n_1 * n_2 + \frac{n_x * (n_x + 1)}{2} - T_x, \quad (3.4)$$

де n_1 і n_2 – об'єм вибірок, n_x – обсяг вибірки з більшою сумою рангів; T_x – найбільша із двох рангових сум.

Результат: $U_{\text{емп}} = 803$ за мотиваційно-особистісним критерієм; $U_{\text{емп}} = 1109,5$ за когнітивним критерієм; $U_{\text{емп}} = 1262$ за діяльнісно-практичним критерієм; $U_{\text{емп}} = 1001$ за оцінювально-рефлексивним критерієм.

За таблицею критичного значення критерію Манна-Уїтні $p \leq 0,05$ прирівнюється до 1284 балів та $p \leq 0,01$ прирівнюється до 1167 балів. Таким чином, оскільки за кожним критерієм $U_{\text{емп}} < U_{\text{крит}}$ і відповідно перебуває в зоні значущості, гіпотеза H_0 відхиляється на рівні 0,01. Отримані емпіричні дані відповідно до кожного критерію перебувають у зоні значущості, що свідчить про наявність відмінностей між двома вибірками (КГ та ЕГ).

Порівняльний аналіз результатів, отриманих у ході контрольного етапу експериментального дослідження, виявив збільшення кількісних показників достатнього рівня за мотиваційно-особистісним, когнітивним, діяльнісно-практичним та оцінювально-рефлексивним критеріями в ЕГ за рахунок зменшення кількості студентів з базовим та початковим рівнями готовності порівняно з показниками студентів КГ. Зокрема, результати діагностування ЕГ та КГ показують таку динаміку змін.

За мотиваційно-особистісним критерієм кількісний показник студентів за високим рівнем збільшився з 9 % до 18 %, за достатнім рівнем готовності – з 64 % до 78 %. Натомість кількість студентів, які мали базовий рівень готовності, зменшився з 27 % до 4 %. Крім того, студентів із початковим рівнем готовності в ЕГ не виявлено, як і на початку експерименту. Результати діагностування студентів КГ за мотиваційно-

особистісним критерієм мають таку динаміку: збільшення кількості студентів із високим рівнем готовності з 12 % до 14 %, студентів за достатнім рівнем збільшилося з 67 % до 70 %, за базовим рівнем – зменшення з 21 % до 16 %, за початковим рівнем показник не змінився та становить 0 %, як і на початку експерименту.

За когнітивним критерієм нами визначено такі зміни результатів: студентів із творчим рівнем теоретичної підготовки в ЕГ збільшилося з 0 % до 9 %, з достатнім рівнем – з 22 % до 47 %; одночасно зменшилася кількість студентів, які мали базовий рівень теоретичної підготовки, з 44 % до 35 %; початковий рівень за когнітивним критерієм в ЕГ значно зменшився з 34 % до 9 %. КГ також має динаміку, наприклад, кількість студентів із високим рівнем збільшилася з 0 % до 3 %, з достатнім – з 21 % до 28 %; кількість студентів із базовим рівнем теоретичної підготовки збільшилася з 47 % до 51 %; тоді як із початковим рівнем кількість студентів контрольної групи зменшилася з 32 % до 18 %.

За діяльнісно-практичним критерієм також маємо істотну позитивну динаміку в ЕГ. Високий рівень практичних умінь студентів збільшився з 0 % до 7 %, достатній – з 16 % до 38 %, зменшення кількості студентів із базовим рівнем практичних умінь в ЕГ відбулося на 22 % (з 66 % до 44 %), початковий рівень зменшився з 18 % до 11 %. Показники КГ за діяльнісно-практичним критерієм теж змінилися: кількість студентів із високим рівнем збільшилася з 0 % до 5 %, з достатнім рівнем з 12 % до 23 %; зменшення кількості студентів із базовим рівнем відбулося на 14 % (з 65 % до 51 %); початковий рівень в КГ змінився неістотно – зменшився з 23 % до 21 %.

У процесі підготовки МСП до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП показники студентів за оцінювально-рефлексивним критерієм зазнали змін у позитивний бік. За результатами контрольного зрізу нами встановлено, що рефлексивність студентів ЕГ у середньому підвищилася на 9 % (з 6 % до 15 %) за високим рівнем та на 18 % (з 36 % до 54 %) за достатнім рівнем за рахунок зменшення базового та початкового

рівнів на 18 % (з 45 % до 27 %) та на 9 % (13 % до 4 %) відповідно. У КГ підвищення показників студентів відбулося в середньому на 4 % (з 5 % до 9 %) за високим рівнем та на 15 % (з 32 % до 47 %) за достатнім рівнем за рахунок зменшення базового та початкового рівнів на 15 % (з 47 % до 32 %) та на 4 % (з 16 % до 12 %) відповідно.

Наведені результати свідчать про підвищення якості знань, умінь, навичок МСП, які навчалися за програмою курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» у межах реалізації моделі підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Аналіз кількісних показників результатів формувального етапу експерименту дозволяє простежити істотну відмінність рівнів ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП у студентів ЕГ та КГ. Для зручності аналізу динаміки змін ЕГ та КГ в ході констатувального і контрольного етапів експериментального дослідження дані систематизовано у таблицю 3.7 «Динаміка змін рівнів ГМС до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП».

Таблиця 3.7

**Динаміка змін рівнів ГМСП до соціальної реабілітації
дітей МШВ з ДЦП**

Компоненти готовності	Рівні	ЕГ (55 осіб)			КГ (57 осіб)		
		Конст. етап (%)	Контр. етап (%)	Динамі ка змін (%)	Конст. етап (%)	Контр. етап (%)	Динамі ка змін (%)
Мотиваційно- особливісний	Початковий	0	0	0	0	0	0
	Базовий	27	4	-23	21	16	-5
	Достатній	64	78	+14	67	70	+3
	Високий	9	18	+9	12	14	+2
Когнітивний	Початковий	34	9	-25	32	18	-14
	Базовий	44	35	-9	47	51	+4
	Достатній	22	47	+25	21	28	+7
	Високий	0	9	+9	0	3	+3
Діяльнісно- практичний	Початковий	18	11	-7	23	21	-2
	Базовий	66	44	-22	65	51	-14
	Достатній	16	38	+22	12	23	+11
	Високий	0	7	+7	0	5	+5

Оцінювально-рефлексивний	Початковий	13	4	-9	16	12	-4
	Базовий	45	27	-18	47	32	-15
	Достатній	36	54	+18	32	47	+15
	Високий	6	15	+9	5	9	+4

Таким чином, аналіз даних, отриманих за результатами проведення формувального етапу педагогічного експерименту, дозволяє констатувати позитивну динаміку змін рівнів сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП в результаті впровадження розробленої методики формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП у процесі навчання студентів спеціальності «Соціальна робота» у ЗВО.

Зроблені висновки дозволяють уважати гіпотезу експерименту доведеною, а виявлені, обґрунтовані педагогічні умови формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП – доцільними.

Висновки до третього розділу

З метою перевірки ефективності педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП була організована дослідно-експериментальна робота протягом 2015 – 2017 навчальних років.

Дослідно-експериментальне дослідження містило констатувальний, формувальний, контрольний етапи педагогічного дослідження, кожен з яких мав свої завдання та особливості. Всі етапи пов'язані між собою спільною метою – експериментально перевірити ефективність педагогічних умов процесу формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Пошук детермінант формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП пов'язаний з контрольним етапом експериментального дослідження. У процесі моніторингу зафіксовано результати початкового і підсумкового контролю у КГ та ЕГ та проаналізовано динаміку змін рівнів сформованості досліджуваної готовності. Для визначення рівнів сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП дібраний, адаптований і апробований діагностичний інструментарій (соціально-психологічні методики, тестові опитувальники, аналіз продуктів діяльності студентів тощо).

Для експериментального дослідження псевдопаралельного виду, умови якого обґрунтовані у наукових дослідженнях С. Гончаренка (порівняння даних аналогічних об'єктів (студентських груп), одержаних минулого року (без введення активного фактора), та даних поточного року (з введенням активного фактора)), були відібрані групи студентів четвертих курсів освітнього ступеня «Бакалавр» спеціальності «Соціальна робота» 2012 року вступу чотирьох ЗВО (57 осіб), які були визначені як контрольні групи (КГ), та групи студентів четвертих курсів освітнього ступеня «Бакалавр» спеціальності «Соціальна робота» 2013 року вступу чотирьох ЗВО (55 осіб), які стали експериментальними групами (ЕГ). Експериментальною базою дослідження були Глухівський національний педагогічний університет імені Олександра Довженка, Харківський національний педагогічний університету

імені Г. С. Сковороди, Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки, Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського.

На констатувальному етапі експерименту (2015 – 2016 р. р.) дослідженням було передбачено: розроблення діагностичного інструментарію для виявлення рівнів сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; проведення констатувального зрізу щодо стану сформованості досліджуваної готовності у КГ та ЕГ; аналіз отриманих даних.

За результатами констатувального етапу експерименту виявлено, що більшість студентів КГ та ЕГ характеризувалася початковим та базовим рівнями сформованості досліджуваної готовності за когнітивним (КГ: 32 % та 47 %; ЕГ: 34 % та 44 %), діяльнісно-практичним (КГ: 23 % та 65 %; ЕГ: 18 % та 66 %) та оцінювально-рефлексивним компонентами (КГ: 16 % та 47 %; ЕГ: 13 % та 45 %). При цьому майбутні соціальні працівники мали базовий та достатній рівні за мотиваційно-особистісним компонентом (КГ: 21 % та 67 %; ЕГ: 27 % та 64 %).

Формувальний етап експерименту (2016 – 2017 р. р.) передбачав реалізацію програми формувальної дії в ЕГ; проміжний контроль рівнів сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Формувальну роботу проводили, спираючись на методичні поради проведення наукових досліджень С. Гончаренка [4], з урахуванням інваріантних і варіативних умов. Серед інваріантних умов визначили однакову кількість аудиторних годин для вивчення дисциплін навчального плану і годин, які були відведені на самостійну роботу студентів КГ та ЕГ. Варіативні умови були спричинені впровадженням навчально-методичного комплексу в освітній процес ЕГ студентів відповідно до спроєктованої моделі формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

На формувальному етапі дослідження представлено шляхи організації та проведення педагогічного експерименту і схарактеризовано методичне

забезпечення кожної педагогічної умови формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Із метою перевірки ефективності педагогічних умов формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП було проведено діагностування рівнів сформованості досліджуваної готовності на *контрольному* (2016 – 2017 р.р.) *етапі експерименту*. Аналіз результатів засвідчив збільшення кількості МСП у ЕГ із достатнім та високим рівнями за особистісно-мотиваційним на 14 % та на 9 %, когнітивним – на 25 % та на 9 %, діяльнісно-практичним – на 22 % та на 7 %, оцінювально-рефлексивним – на 18 % та на 9 % компонентами за рахунок зменшення кількості МСП із базовим та початковим рівнями порівняно з констатувальним етапом експерименту.

Аналіз й узагальнення результатів експериментального дослідження вможливили виявити позитивну якісну та кількісну динаміку змін рівнів сформованості ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Таким чином, одержані в процесі дослідно-експериментальної роботи емпіричні дані свідчать про ефективність виявлених педагогічних умов та доцільність упровадження розробленої методики формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Проведене дослідження не вичерпує всіх аспектів проблеми.

Матеріали, що ввійшли до розділу, опубліковані автором у наукових роботах [7], [8], [9].

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ДО ТРЕТЬОГО РОЗДІЛУ:

1. Алексеева Н. П. Введение в статистические методы: учеб. пособ. Санкт-Петербург, 2010. 69 с.
2. Бабанский Ю. К. Проблема повышения эффективности педагогических исследований. Москва, 1982. 192 с.
3. Галузевий стандарт вищої освіти: Проект: Освітньо-кваліфікаційна характеристика бакалавра (назва освітньо-кваліфікац. рівня), за спец. 23, напрям підготовки 231: Освітньо-проф. програма підготов. бакалавра / розроб. Т. С. Яценко та ін. Київ, 2004, 325 с.
4. Гончаренко С. У. Педагогічні дослідження: Методологічні поради молодим науковцям. Київ – Вінниця, 2008. 278 с.
5. Демченко О. П. Виховні ситуації в особистісно зорієнтованому просторі початкової школи: монографія. Київ, 2014. 416 с.
6. Енциклопедія освіти / гол. ред. В. Г. Кремень ; Акад. пед. наук України. Київ, 2008. 1040 с.
7. Єгорова К. Г. Організаційно-педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору: матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції за участю вчених України та зарубіжжя* (м. Київ, 24–26 листопада 2016). Київ, 2016. Вип. 1. С. 62–71.
8. Єгорова К. Г. Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем: методичні рекомендації. Глухів, 2018. 60 с.
9. Єгорова К. Г. Методика формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Професіоналізм педагога: теоретичні й методичні аспекти* : зб. наук. пр.: наукове електронне видання. Вип. 8. Слов'янськ, 2019. С. 140–151.

10. Зоткин А. О. Альтернативные педагогические системы (методологический аспект). *Образование в Сибири*. 1996. № 1. С. 50–58.
11. Карпов А. В. Психология рефлексивных механизмов деятельности. Москва, 2004. С. 391–396.
12. Кларин М. В. Инновации в обучении: метафоры и модели. Москва, 1997. 223 с.
13. Кыверялг А. А. Методы исследования в профессиональной педагогике. Таллинн, 1980. 334 с.
14. Образцов П. И. Методология и методы психолого-педагогического исследования: курс лекций. Орел, 2002. 291с.
15. Ортинський В. Л. Педагогіка вищої школи: навч. посіб. для студ. ВНЗ. Київ, 2009. 472 с.
16. Педагогика / под. ред. Ю. К. Бабанского. Москва, 1988. 432 с.
17. Психологічні тести для самоконтролю: веб-сайт. URL: <http://pozytyv.in.ua/testy/566-psykholohichni-testy-dlia-samokontroliu.html> (дата звернення: 30.03.2019).
18. Санжаева Р. Д. Психологические механизмы формирования готовности человека к деятельности : дис. ... д-ра психол. наук: 19.00.01. Новосибирск, 1997. 486 с.
19. Скаткин М. Н. Методология и методика педагогических исследований (в помощь начинающему исследователю). Москва, 1986. 152 с.
20. Слипченко М. В. Организация самообразования будущих педагогов профессионального обучения : дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.08. Оренбург, 2003. 235 с.
21. Шейко В. М., Кушнарєнко Н. М. Організація та методика науково-дослідницької діяльності: підруч., 6-те вид., перероб. і допов. Київ, 2008. 310 с.

ВИСНОВКИ

У дисертації теоретично обґрунтовано і практично реалізовано наукове завдання щодо формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП у процесі професійної підготовки у ЗВО. Отримані результати дослідження спонукають до таких висновків:

1. За результатами вивчення наукових напрацювань, нормативно-правових актів досліджено стан розробленості проблеми формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП в науці і педагогічній практиці. Аналіз теоретично-методологічних засад формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП переконує, що зазначена проблема розроблена на недостатньому рівні. Бракує наукових розвідок щодо особливостей соціально-реабілітаційної роботи майбутніх соціальних працівників із дітьми МШВ з ДЦП та специфіки їх теоретичної й практичної підготовки до цього виду діяльності.

2. Узагальнення теоретико-методологічних досліджень спонукало до уточнення сутності та структури готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, яку потрактовано як комплексне особистісне утворення, що характеризується сформованістю знань студентів про сутність і особливості проведення соціальної реабілітації з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем, умінь та мотиваційно-особистісного ставлення до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем на основі опанування функцій і функціональних обов'язків соціального працівника.

У структурі готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП виокремлено такі компоненти (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний).

Визначено критерії (мотиваційно-особистісний, когнітивний, діяльнісно-практичний та оцінювально-рефлексивний), показники та рівні (початковий, базовий, достатній, високий) сформованості готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

3. Виявлено, теоретично обґрунтовано педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (забезпечення міждисциплінарної інтеграції та збагачення змісту теоретичної підготовки майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем; розширення та поглиблення теоретичних знань майбутніх соціальних працівників, формування початкових умінь соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором ЗВО «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»; практико-орієнтована організація освіти майбутніх соціальних працівників).

4. Розроблено модель та методику формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Структурантами моделі визначено: цільовий (мета і завдання), концептуальний (підходи, принципи), операційно-дидактичний (компоненти готовності, зміст, етапи, форми, методи навчання), діагностувально-результативний (критерії, показники, рівні та кінцевий результат).

Методика формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП ґрунтується на організації освітнього процесу із цілеспрямованим застосуванням комплексу організаційних форм навчання, методів, спрямованих на формування всіх компонентів досліджуваної готовності та забезпечення реалізації педагогічних умов.

5. Експериментально перевірена ефективність педагогічних умов формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Аналіз та узагальнення результатів науково-

експериментальної роботи дозволили виявити позитивну динаміку змін на всіх рівнях сформованості компонентів досліджуваної готовності в майбутніх соціальних працівників у межах ЕГ. Збільшилася кількість студентів спеціальності «Соціальна робота» із вищими показниками сформованості всіх компонентів готовності на високому рівні (мотиваційно-особистісний – на 9 %; когнітивний – на 9 %; діяльнісно-практичний – на 7 %; оцінювально-рефлексивний – на 9 %) й на достатньому рівні (мотиваційно-особистісний – на 14 %; когнітивний – на 25 %; діяльнісно-практичний – на 22 %; оцінювально-рефлексивний – на 18 %), відповідно, зменшилася кількість майбутніх соціальних працівників на базовому й початковому рівнях. Це дало можливість довести результативність упровадження методики у межах розробленої моделі формування ГМСП соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Із метою перевірки достовірності та значущості результатів експерименту були використані методи математичної статистики (критерій згоди Пірсона, U-критерій Манна-Уїтні), що дало підстави для висновку стосовно ефективності педагогічних умов формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Отже, розв'язання завдань дослідження обумовило досягнення його мети – виявити, теоретично обґрунтувати й експериментально перевірити ефективність педагогічних умов формування готовності МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.

Проведене наукове дослідження не претендує на повноту вирішення порушеної в ньому проблеми. Подальший науковий пошук убачаємо в дослідженні формування ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП в умовах інклюзії.

ДОДАТКИ

Додаток А

Симптоми дитячого церебрального паралічу

1. Затримка досягнення таких віх розвитку, як контроль голови, перевертання, утримання предметів рукою, сидіння без підтримки, повзання чи хода.
2. Утримання «дитячих» чи «примітивних» рефлексів, які нормально зникають через 3 – 6 місяців після народження.
3. Переважне використання однієї руки (праворукості або ліворукості) до віку 18 місяців. Це вказує на слабкість чи патологічний м'язовий тонус однієї сторони і може бути однією з ранніх ознак ДЦП.
4. Клінічні прояви та проблеми, пов'язані з ДЦП, можуть варіюватись від дуже незначних до дуже виражених. Важкість проявів пов'язана зі ступенем пошкодження мозку. Ці прояви можуть бути дуже незначними, помітними лише для професіоналів-медиків або можуть бути ясними і очевидними для батьків та інших оточуючих людей.
5. Патологічний м'язовий тонус: м'язи можуть бути дуже тугими (спастичними) або надмірно розслабленими (гіпотонічними). Через підвищення тонузу кінцівки можуть перебувати у незвичному та невігідному положенні.
6. Патологічні рухи: рухи можуть бути незвично різкими, раптовими або повільними та хробакоподібними. Вони можуть бути неконтрольованими або безцільними.
7. Скелетні деформації: хворі на ДЦП часто мають вкорочення кінцівки на ураженій стороні, це може стати причиною перекошу тазу та формування сколіозу (викривлення хребта).
8. Контрактури суглобів: у пацієнтів із ДЦП часто рухи в суглобах стають тугими, з обмеженою амплітудою рухів. Це спричиняється нерівномірним тиском (зусиллям) на суглоб різних м'язових груп за рахунок зміни їх тонузу та сили.

9. Затримка розумового розвитку: деякі діти з ДЦП мають затримку розумового розвитку.

10. Судоми: біля третини дітей з ДЦП мають судоми. Судоми можуть початися в ранньому віці або через роки після пошкодження мозку, яке спричинило ДЦП. Фізичні прояви судом можуть бути частково замаскованими патологічними мимовільними рухами особи з ДЦП.

11. Проблеми з мовленням: мовлення частково залежить від рухів язика, губ та горла. Деякі особи з ДЦП не можуть нормально керувати цими м'язами і, таким чином, не можуть нормально розмовляти.

12. Проблеми з ковтанням. Ковтання є дуже складною функцією, яка вимагає точної взаємодії багатьох груп м'язів. Пацієнти з ДЦП, які не можуть достатньо контролювати роботу цих м'язів, будуть мати проблеми зі смоктанням, питтям, прийомом їжі та контролем виділення слини. У них часто розвивається слинотеча. Це супроводжується ризиком аспірації – вдихання в легені їжі або рідини через рот або ніс. Як наслідок, це може спричинити розвиток інфекції або навіть удушся дитини.

13. Втрата слуху: часткова втрата слуху не є рідкістю при ДЦП. Дитина може не відгукуватися на звуки або мати затримку розвитку мовлення.

14. Порушення зору: три чверті людей із церебральними паралічами мають косоокість (страбізм), тобто відхилення назовні або всередину одного ока. Це спричинено слабкістю м'язів, які контролюють рухи очей. Ці люди часто є близорукими, що з часом може спричинити серйозні проблеми зору.

15. Проблеми із зубами.

16. Проблеми з контролем випорожнення та сечовипускання, що спричинено недостатністю контролю над роботою відповідних груп м'язів [155].

Основні особливості розвитку дітей МШВ з ДЦП

Напрями розвитку	ІІІ авторів	Зміст напрямів розвитку	Прояви напрямів розвитку
Фізичний розвиток	О. Приходько [116], Є. Холостова, Н. Дементьєва [177] та ін.	Порушення довільності рухів та м'язової активності спричинені недорозвиненням чи ушкодженням центральної нервової системи.	Скелетні деформації, контрактура, патологічний м'язовий тонус, судоми, патологія рухів та внутрішніх органів; порушення зорових, слухових, тактильних, кінестетичних відчуттів та сприймань; проблеми з фізіологічними процесами (з ковтанням, з контролем випорожнення та сечовипускання та ін.).
Психічний розвиток	Відхилення (розлади) та/або несформованість довільності психічних (пізнавальних, емоційних, вольових) процесів, станів і особистісних властивостей, діяльності та поведінки:		
	Є. Холостова, Н. Дементьєва [177], Р. Абрамович-Лехтман [1] та ін.	Відхилення (розлади) та/або несформованість довільності пізнавальних психічних процесів.	Зниження рівня концентрації уваги, обсягу механічної пам'яті тощо; відхилення просторового та часового сприйняття, осмислення та використання інформації з навколишнього середовища;
	В. Лубовський [84], В. Розанова [84], Л. Солнцева [84] та ін.		недостатня сформованість наочно-дієвого та образного мислення у поєднанні зі стійкими мовними розладами, що обумовлює відставання в розвитку словесно-логічного мислення;
	С. Дуванова, Н. Трофимова, Т. Пушкіна [168, с. 216] та ін.		нерівномірно знижений запас відомостей та уявлень про навколишній світ; знижений рівень оволодіння мовленням, що приводить до повільного розвитку словникового запасу.

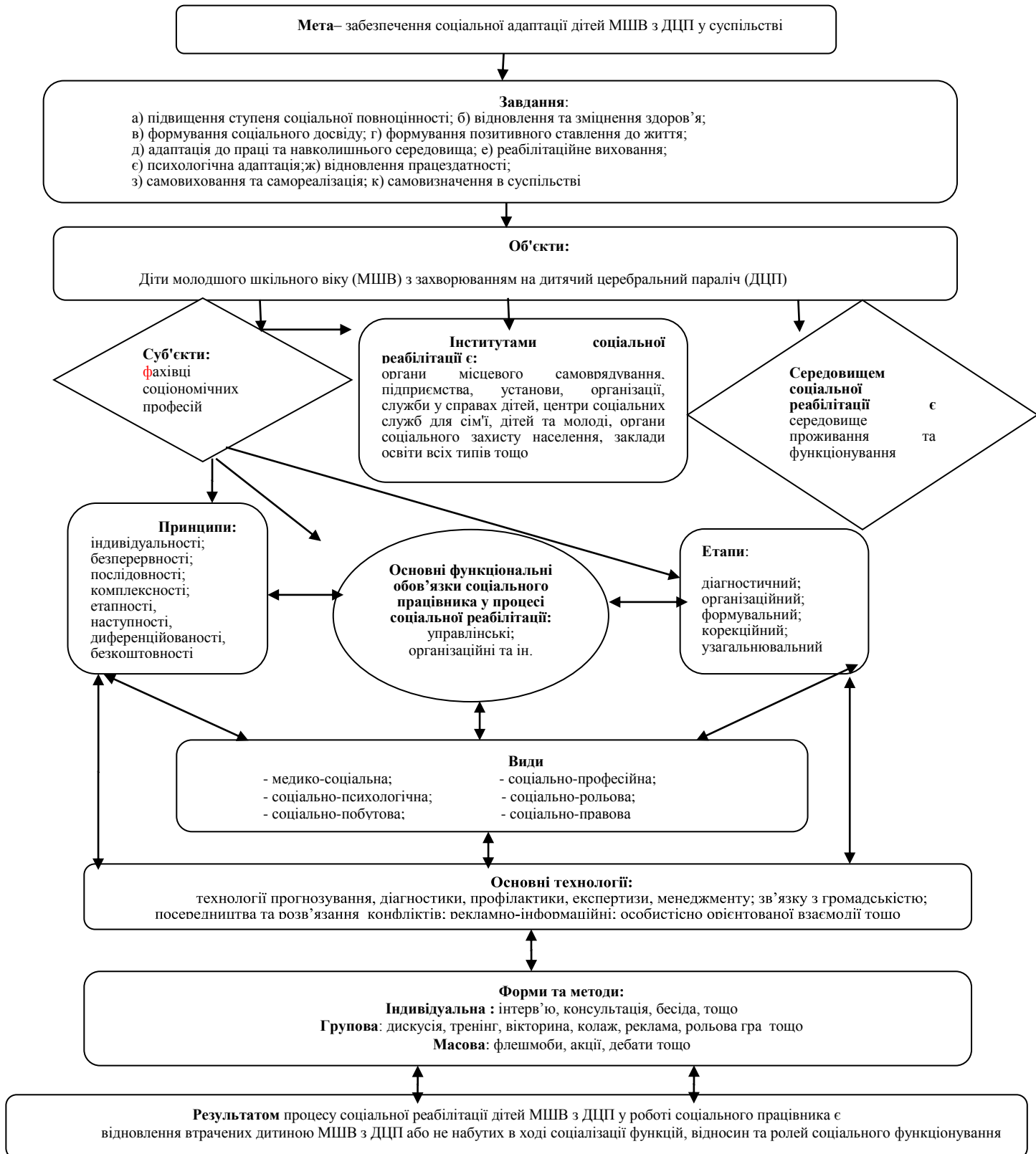
Продовження додатка Б

	<p>С. Дуванова, Н. Трофимова [168, с. 218] та ін.</p> <p>В. Лубовський [63], В. Розанова [63], Л. Солнцева [63] та ін.</p> <p>О. Мастюкова [93], К. Семенова [148]</p>	<p>Відхилення (розлади) та/або несформованість довільності емоційно- вольових процесів.</p> <p>Риси своєрідного психічного інфантилізму.</p>	<p>Підвищена емоційна збудливість, дратівливість, рухове розгальмування, загальмованість, сором'язливість, боязкість, схильність до коливань настрою часто поєднуються з інертністю емоційних реакцій;</p> <p>стійкі порушення сну (труднощі засинання, часті пробудження, занепокоєння в нічний час).</p> <p>Егоцентризм, лабільність, недостатня глибина емоцій, підвищена сугестивність і залежність від оточення; поряд із рисами незрілості в окремих судженнях та інтересах можуть відзначатися елементи солідності, розважливості; поряд із переважанням ігрових інтересів можуть мати місце розгальмування та патологія потягів.</p>
	<p>Н. Трофимова [168]</p>	<p>Нерівномірний, дисгармонійний характер інтелектуальної недостатності (особистісної психічної властивості), тобто порушення одних інтелектуальних функцій, затримка розвитку інших і збереження третіх.</p>	<p>Відсутність інтересу до завдань, слабка зосередженість, повільність і знижений перебіг психічних процесів.</p>

Продовження додатка Б

Соціальний розвиток	О. Романенко [141], Р. Бернс [14], Бочелюк [16], Н. Максимова [88] та ін.	Порушення у формуванні Я-образу та його компонентів, що проявляється у сповільненій динаміці формування понять, які становлять Я-образ особистості, у неадекватності їх розуміння, слабкій узагальненості та диференційованості; порушення у формуванні міжособистісних відносин.	Соціальна дезадаптованість (зміни уявлень індивіда про себе, перегляд цінностей і цілей, втрати свого місця в соціумі); соціальна ізоляція; почуття неповноцінності; соціальна депривація (зниження або відсутність можливості спілкуватися з іншими людьми); загальмування вироблення навичок, необхідних для спілкування з оточенням; соціальна незахищеність.
----------------------------	---	---	--

Організація процесу соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП у роботі соціального працівника



Основні задачі інститутів (закладів та установ), залучених до процесу надання послуг із соціальної реабілітації дітям МШВ з ДЦП (додаткова інформація до розділу 1, п. 1.2)

Відповідно до ст. 11. Закону України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» (2005) [134] **місцеві органи виконавчої влади та органи місцевого самоврядування** в межах повноважень, передбачених нормативно-правовими актами:

- уживають заходи щодо розширення мережі реабілітаційних установ, у тому числі шляхом створення недержавних реабілітаційних установ;
- організують виконання державних програм у сфері реабілітації інвалідів;
- організують контроль за діяльністю суб'єктів господарювання, які здійснюють реабілітаційні заходи незалежно від підпорядкування і форми власності, щодо додержанням ними вимог ліцензування;
- створюють умови для забезпечення осіб з інвалідністю, дітей з інвалідністю, виходячи з їхніх потреб та відповідно до рекомендацій медико-соціальних експертних комісій (лікарсько-консультативних комісій лікувально-профілактичних закладів), технічними та іншими засобами і послугами реабілітації, в т. ч. соціальної реабілітації, виробами медичного призначення, спеціальним автотранспортом;
- створюють умови для розвитку творчих здібностей дітей МШВ з ДЦП, занять фізичною культурою і спортом; затверджують положення (статути) реабілітаційних установ комунальної форми власності, погоджують положення (статути) реабілітаційних установ недержавної форми власності;
- організують підготовку і підвищення кваліфікації кадрів із комплексної, в т. ч. з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, роботу з науково-методичного забезпечення реабілітаційних установ;
- забезпечують реалізацію державних програм, розробляють з урахуванням соціально-економічних, демографічних та інших особливостей і фінансують регіональні, місцеві програми зазначеного напрямку; сприяють роботі громадських організацій, у тому числі громадських організацій осіб з інвалідністю, залучають їх до співпраці та партнерства у цій сфері;
- беруть участь у створенні й підтримці міжвідомчого інформаційного простору з проблем інвалідності;
- організують інформування сімей із дітьми з ДЦП про зміни у законодавстві про реабілітацію дітей з інвалідністю.

Основними завданнями **служби у справах дітей** відповідно до Типового положення про службу в справах дітей [125] є:

- реалізація на відповідній території державної політики з питань соціального захисту дітей, в т. ч. дітей МШВ з ДЦП;
- розроблення і здійснення самостійно або разом з відповідними органами виконавчої влади, органами місцевого самоврядування, підприємствами, установами та організаціями всіх форм власності, громадськими організаціями заходів щодо захисту прав, свобод і законних інтересів дітей МШВ з ДЦП;
- здійснення контролю за умовами утримання і виховання дітей МШВ з ДЦП у закладах для дітей-сиріт та дітей,

Продовження додатка В 2

позбавлених батьківського піклування, спеціальних установах і закладах соціального захисту для дітей усіх форм власності;

- визначення пріоритетних напрямів поліпшення на відповідній території становища дітей МШВ з ДЦП, їх соціального захисту, сприяння соціальному, фізичному, духовному та інтелектуальному розвитку.

Основними завданнями, які реалізує **Центр соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді** щодо надання послуг із соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, є:

- проведення соціально-профілактичної роботи, спрямованої на запобігання потраплянню в складні життєві обставини сімей із дітьми МШВ з ДЦП;

- здійснення соціального супроводу сімей із дітьми МШВ з ДЦП, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, надання їм соціальних послуг за результатами проведеного оцінювання їхніх потреб у таких послугах [126].

Організаційна структура системи соціального захисту населення та відповідних установ соціального обслуговування населення України має свої особливості. Для вироблення й здійснення соціальної політики державою створюються відповідні структури законодавчої та виконавчої влади. Правом законодавчої ініціативи згідно з Конституцією України володіє Кабінет Міністрів України, який розробляє та вносить на затвердження Верховної Ради України найважливіші законопроекти щодо визначення стратегії та основних параметрів соціальної політики, спрямованих на розвиток соціальної сфери, реалізацію соціальних програм збереження та відтворення фізичного, інтелектуального, духовного й трудового потенціалу, створення інституційних та соціально-економічних передумов для задоволення громадянами (різними соціальними верствами і групами) своїх потреб та інтересів, вияву активності, а також максимального розкриття особистісного потенціалу кожною дитиною МШВ з ДЦП.

Парламентський контроль за дотриманням конституційних прав і свобод громадян здійснює Уповноважений Верховної Ради України з прав людини. У складі Верховної Ради України діє Комітет з питань соціальної політики та праці. На державному рівні функції соціальної політики здійснюють насамперед соціальні міністерства і відомства, зокрема Міністерство соціальної політики.

Завданнями діяльності міністерства є вирішення таких гострих соціальних проблем, як реформування систем оплати праці та пенсійного забезпечення, подолання бідності, реалізація Державної програми зайнятості, Концепції подальшого реформування оплати праці, національних програм медико-соціально-трудова реабілітації дітей з інвалідністю та ін.

На центральному рівні органів виконавчої влади, крім Міністерства соціальної політики, також залучені до розв'язання проблем соціальної політики та соціального захисту дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей Міністерство економічного розвитку і торгівлі, Міністерство інфраструктури, Міністерство освіти і науки, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство з питань надзвичайних ситуацій, Міністерство охорони здоров'я, Міністерство регіонального розвитку, будівництва та житлово-комунального господарства, Міністерство фінансів, Пенсійний фонд України.

На місцевому рівні соціальну політику здійснюють обласні та районні управління праці та соціального захисту населення, сільські, селищні центри праці та соціального захисту населення в складі державних адміністрацій та органів місцевого самоврядування [37].

Відповідно до Типового положення про **Головне управління праці та соціального захисту населення** [128], основним завданнями управління щодо надання

соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП є забезпечення у межах своїх повноважень додержання законодавства про загальнообов'язкове державне соціальне страхування, пенсійне забезпечення та соціальний захист дітей з ДЦП та їхніх сімей.

Одним із підрозділів управління праці та соціального захисту населення, який бере участь у наданні послуг з соціальної реабілітації дітям МШВ з ДЦП, є **територіальний центр соціального обслуговування**.

Центр утворюється для здійснення соціального обслуговування та надання соціальних послуг громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах і потребують сторонньої допомоги, за місцем проживання, в умовах стаціонарного, тимчасового або денного перебування.

Основними завданнями територіального центру відповідно до Типового положення є [165]:

- виявлення дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей, формування електронної бази даних таких родин, визначення (оцінювання) їхніх індивідуальних потреб у соціальному обслуговуванні (наданні соціальних послуг);
- забезпечення якісного соціального обслуговування (надання соціальних послуг);
- встановлення зв'язків із підприємствами, установами та організаціями всіх форм власності, фізичними особами, родичами громадян, яких обслуговують територіальні центри, з метою сприяння в здійсненні соціального обслуговування (наданні соціальних послуг) сімей із дітьми МШВ з ДЦП.

Стаціонарне соціальне обслуговування осіб з інвалідністю, в тому числі й дітей МШВ з ДЦП здійснюється в стаціонарних установах (відділеннях) соціального обслуговування, профільованих відповідно до їхнього віку, стану здоров'я та соціального становища. До стаціонарних установ соціального обслуговування дітей МШВ з ДЦП належать дитячі будинки-інтернати для дітей із фізичними вадами.

У будинки-інтернати для дітей із фізичними вадами приймаються діти з інвалідністю зі збереженим інтелектом і з порушенням опорно-рухового апарату, які не пересуваються без сторонньої допомоги, не обслуговують себе в силу тяжкості рухових порушень та потребують індивідуального догляду. В основному це діти з інвалідністю, які страждають на церебральні паралічі різної етіології та інші захворювання.

Соціальне обслуговування дітей МШВ з ДЦП в стаціонарних установах соціального обслуговування здійснюється шляхом надання соціальних послуг громадянам, які частково або повністю втратили здатність до самообслуговування і потребують постійного стороннього догляду та створення відповідних їхньому віку і стану здоров'я умов життєдіяльності, проведення заходів медичного, психологічного, соціального характеру, харчування і догляду, а також організацію посиленої трудової діяльності, відпочинку та дозвілля.

Діти з ДЦП, які проживають у стаціонарних установах соціального обслуговування, мають право на здобуття освіти та професійне навчання відповідно до їхніх фізичних можливостей та розумових здібностей. Це право забезпечується шляхом організації в стаціонарних установах соціального обслуговування спеціальних освітніх закладів (класів, груп) і майстерень трудового навчання.

Напівстаціонарне соціальне обслуговування передбачається для дітей із інвалідністю, в т.ч. для дітей з ДЦП, які зберегли здатність до самообслуговування і активного пересування та не мають медичних протипоказань до зарахування на таке соціальне обслуговування. Напівстаціонарне соціальне обслуговування здійснюється в

Продовження додатка В 2

установах соціального обслуговування або відділеннях денного (нічного) перебування, створюваних при центрах соціального обслуговування населення, які призначені для здійснення заходів щодо соціальної адаптації до умов життя в суспільстві дітей з ДЦП, які втратили соціально корисні зв'язки.

Напівстаціонарне соціальне обслуговування охоплює соціально-побутове, медичне і культурне обслуговування осіб з інвалідністю, в тому числі дітей з ДЦП.

У зазначених установах реалізуються такі види послуг:

- 1) організація харчування, побуту і дозвілля (забезпечення гарячим харчуванням, надання постільних речей, забезпечення книгами, журналами, газетами);
- 2) соціально-медичні послуги (сприяння в отриманні медико-психологічної допомоги, надання санітарно-гігієнічних послуг, організація лікувально-оздоровчих заходів, сприяння у проведенні реабілітаційних програм для інвалідів, допомога в отриманні путівок на санаторно-курортне лікування, сприяння протезуванню тощо);
- 3) сприяння в отриманні освіти та професійної підготовки;
- 4) сприяння у працевлаштуванні;
- 5) сприяння в організації правових послуг та ін. [78].

Реабілітаційні установи залежно від змісту реабілітаційних заходів, які вони здійснюють, належать до таких типів:

- медичної реабілітації;
- медико-соціальної реабілітації;
- соціальної реабілітації;
- психолого-педагогічної реабілітації;
- фізичної реабілітації;
- професійної реабілітації;
- трудової реабілітації;
- фізкультурно-спортивної реабілітації.

Реабілітаційні установи можуть бути змішаного типу [134, ст. 13].

У рамках аналізу основних задач інститутів (закладів та установ), що залучені до процесу надання послуг із соціальної реабілітації дітям МШВ з ДЦП, розглянемо послуги, що надаються **центром комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю**. Відповідно до Типового положення про центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю [158] центром комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю є реабілітаційна установа, цільовим призначенням якої є здійснення комплексу реабілітаційних заходів, спрямованих на створення умов для всебічного розвитку осіб з інвалідністю, які досягли повноліття, та/або дітей з інвалідністю та/або дітей віком до трьох років (включно), які належать до групи ризику щодо отримання інвалідності, засвоєння ними знань, умінь, навичок, досягнення і збереження їх максимальної незалежності, фізичних, розумових, соціальних, професійних здібностей з метою максимальної реалізації особистісного потенціалу (пункт 1 розділу 1).

Відповідно до завдань Типового положення [38] установа забезпечує:

- виконання норм і положень, визначених Конвенцією ООН про права осіб з інвалідністю, законами України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» та іншими актами законодавства щодо забезпечення прав осіб на реабілітацію (абілітації) з метою їх подальшої інтеграції у суспільство;
- створення умов для зменшення та подолання фізичних, та/або психічних, та/або інтелектуальних, та/або сенсорних порушень, запобігання таким порушенням,

Продовження додатка В 2

коригування порушень розвитку, формування та розвиток основних соціальних і побутових навичок;

- створення умов для запобігання та недопущення дискримінації осіб, зокрема шляхом забезпечення розумного пристосування;
- проведення (надання) комплексу заходів (послуг) з ранньої, та/або соціальної, та/або психологічної, та/або фізичної, та/або медичної, та/або психолого-педагогічної, та/або фізкультурно-спортивної, та/або професійної, та/або трудової реабілітації (абілітації) відповідно до потреб дитини МШВ з ДЦП. Реабілітаційні заходи (послуги) проводяться (надаються) виключно на підставі індивідуальних планів реабілітації осіб, складених, зокрема, з метою реалізації індивідуальних програм реабілітації із залученням до участі в цьому процесі осіб і (за потреби) їхніх батьків або законних представників;
- розвиток навичок автономного проживання осіб у суспільстві з необхідною підтримкою, формування стереотипів безпечної поведінки, опанування навичок захисту власних прав, інтересів і позитивного сприйняття себе та оточення;
- підготовку батьків або законних представників осіб до продовження (в разі потреби) реабілітаційних заходів поза межами установи;
- проведення заходів (надання послуг), зокрема з професійної орієнтації, опанування особами трудових навичок, у тому числі в майстернях, визначення їхніх можливостей для подальшого професійного навчання та/або майбутньої трудової діяльності;
- оперативне коригування (за потреби) індивідуальних програм реабілітації осіб у частині зміни обсягів, строків і черговості проведення реабілітаційних заходів;
- співпрацю з вітчизняними та закордонними реабілітаційними, освітніми, медичними, науковими підприємствами, установами, організаціями та громадськими об'єднаннями.

Система закладів освіти для дітей з особливими потребами, в тому числі для дітей МШВ з ДЦП, об'єднує сукупність різних типів закладів, які забезпечують відповідну освіту, виховання, корекційну роботу, соціальну допомогу дітям із вадами психофізичного розвитку. Відповідну систему освіти становлять: спеціальні освітні школи-інтернати, навчально-реабілітаційні центри та класи в освітніх закладах загального типу [124]. У Законі України «Про освіту» (2017), наголошено на тому, що метою освіти для всіх дітей, в тому числі й для дітей МШВ з ДЦП, є всебічний розвиток людини як особистості та найвищої цінності суспільства, її талантів, інтелектуальних, творчих і фізичних здібностей, формування цінностей і необхідних для успішної самореалізації компетентностей, виховання відповідальних громадян, які здатні до свідомого суспільного вибору та спрямування своєї діяльності на користь іншим людям і суспільству, збагачення на цій основі інтелектуального, економічного, творчого, культурного потенціалу українського народу, підвищення освітнього рівня громадян задля забезпечення сталого розвитку України та її європейського вибору [120].

Одним з основних завдань законодавства України про загальну середню освіту є створення належних умов для здобуття освіти дітьми з особливими освітніми потребами з урахуванням їхніх індивідуальних потреб в умовах інклюзивного навчання [122].

Здобуття дітьми МШВ з ДЦП повної загальної середньої освіти забезпечують також такі заклади освіти:

- спеціальна школа – заклад загальної середньої освіти для дітей, які потребують корекції фізичного та/або розумового розвитку;

Продовження додатка В 2

- санаторна школа – заклад загальної середньої освіти з відповідним профілем для дітей, які потребують тривалого лікування;
- школа соціальної реабілітації – заклад загальної середньої освіти для дітей, які відповідно до рішення суду потребують особливих умов виховання;
- навчально-реабілітаційний центр – заклад загальної середньої освіти для дітей з особливими освітніми потребами, зумовленими складними порушеннями розвитку [122].

Для надання протезно-ортопедичної допомоги дітям МШВ з ДЦП в Україні у складі **Українського виробничого протезного концерну «Укрпротез»** функціонують державні експериментальні протезно-ортопедичні підприємства, виробничі дільниці, ательє з надання малоскладної протезно-ортопедичної допомоги. Підприємства і дільниці розташовані в обласних центрах і великих промислових містах, таких як Київ, Вінниця, Дніпро, Донецьк, Одеса, Харків та ін. Протезно-ортопедичними підприємствами за індивідуальними замовленнями виготовляються протези верхніх і нижніх кінцівок, рати, татори, ортези, корсети, ортопедичне взуття та специфічні засоби реабілітації [123].

**Соціально-особистісні, інструментальні, загальнонаукові
та професійні компетенції напрямку «Соціальна робота»**

(до розділу 1, п. 1.2)

Відповідно до п. 5 (Компетенції щодо вирішення проблем і задач соціальної діяльності, інструментальних і загально-наукових задач та уміння що забезпечують наявність цих компетенцій) галузевого нормативного документу освітньої-кваліфікаційної характеристики за ОКР «Бакалавр» спеціальності 6.130102 «Соціальна робота», залузі знань 1301 «Соціальне забезпечення»), затвердженого ректором Глухівського національного педагогічного університету імені Олександр Довженка (від «14 вересня» 2011 р.).

**Соціально-особистісні, інструментальні, загальнонаукові та професійні компетенції
напрямку «Соціальна робота»**

Компетенції	Шифр компетенції
Компетенції соціально-особистісні:	КСО
- розуміння та сприйняття етичних норм поведінки відносно інших людей і відносно природи (принципи біоетики);	КСО 01
- розуміння необхідності та дотримання норм здорового способу життя;	КСО 02
- здатність учитися;	КСО 03
- здатність до критики та самокритики;	КСО 04
- креативність, здатність до системного мислення;	КСО 05
- адаптивність і комунікабельність;	КСО 06
- наполегливість у досягненні мети;	КСО 07
- турбота про якість виконуваної роботи;	КСО 08
- толерантність;	КСО 09
- екологічна грамотність	КСО 10
Загальнонаукові компетенції:	КЗН
- базові уявлення про основи філософії, психології, педагогіки, що сприяють розвитку загальної культури й соціалізації особистості, схильності до етичних цінностей, знання вітчизняної історії, економіки й права, розуміння причинно-наслідкових зв'язків розвитку суспільства й уміння їх використовувати в професійній й соціальній діяльності;	КЗН-1
- базові знання в галузі інформатики й сучасних інформаційних технологій, навички використання програмних засобів і навички роботи в комп'ютерних мережах, уміння створювати бази даних і використовувати інтернет-ресурси;	КЗН-3
- базові знання фундаментальних наук, в обсязі необхідному для освоєння	КЗН-4

загальнопрофесійних дисциплін;	
- базові знання в галузі, необхідні для освоєння загальнопрофесійних дисциплін	КЗН-5
Інструментальні компетенції:	КІ
- здатність до письмової та усної комунікації рідною мовою;	КІ-1
- знання іншої мови (мов);	КІ-2
- навички роботи з комп'ютером;	КІ-3
- навички управління інформацією;	КІ-4
- дослідницькі навички	КІ-5
Загально-професійні:	КЗП
- базові уявлення про різноманітність об'єктів соціального забезпечення; розуміння значення комплексного підходу щодо соціального забезпечення;	КЗП-1
- володіння методами спостереження, опису, ідентифікації, класифікації об'єктів соціального забезпечення;	КЗП-2
- сучасні уявлення про принципи організації соціального забезпечення та механізми практичної роботи з об'єктами соціального забезпечення;	КЗП-3
- здатність застосовувати основні теоретичні та практичні методи аналізу та оцінки стану об'єктів соціального забезпечення;	КЗП-4
- сучасні уявлення про принципи державної соціальної політики, напрями соціальної допомоги та соціальної роботи, про шляхи вирішення проблем соціального забезпечення;	КЗП-5
- здатність застосовувати сучасні технології роботи з об'єктами соціального забезпечення в умовах соціальних служб, організацій, установ; навички роботи з сучасними програмами роботи комп'ютерного забезпечення;	КЗП-6
- базові уявлення про основні закономірності, історичні та сучасні досягнення практичної роботи з об'єктами соціального забезпечення; розуміння ролі особистості соціального працівника в роботі з об'єктами соціального забезпечення;	КЗП-7
- уявлення про основи соціального забезпечення;	КЗП-8
- базові уявлення про психофізіологічні особливості об'єктів соціального-забезпечення; володіння методами роботи з різними групами клієнтів системи соціального забезпечення;	КЗП-9
- базові уявлення про основи правової, фінансової, медичної, реабілітаційної, соціально-побутової, психолого-педагогічної підтримки об'єктів соціального забезпечення, принципи комплексного підходу до вирішення їхніх проблем;	КЗП-10
- базові уявлення про основи охорони здоров'я та формування здорового способу життя людини;	КЗП-11
- сучасні уявлення про досвід соціального забезпечення в Україні та інших державах;	КЗП-12
- знання та застосування на практиці принципів деонтології, розуміння соціальних та психологічних наслідків в сфері професійної діяльності;	КЗП-13
- сучасні уявлення про принципи моніторингу оцінки стану соціального середовища, в яких перебувають об'єкти соціального забезпечення;	КЗП-14
- здатність планувати й реалізовувати відповідні заходи;	КЗП-15
- знання правових основ роботи і законодавства України в галузі соціального забезпечення;	КЗП-16
- здатність організовувати роботу відповідно до вимог безпеки життєдіяльності та охорони праці	КЗП-17
Спеціалізовано-професійні:	КСП

- здатність використовувати професійно-профільовані знання в галузі соціології, психології, педагогіки для практичного застосування;	КСП-1
- здатність використовувати професійно-профільовані знання у забезпеченні посередництва між особистістю та родиною, між різними суспільними та державними структурами;	КСП-2
- здатність використовувати професійно-профільовані знання у здійсненні впливу на відношення між клієнтами та ситуацією у малій групі, стимулюванні до виконання соціально важливої діяльності;	КСП-3
- здатність використовувати професійно-профільовані знання у роботі в умовах неформального спілкування, створюючи можливості для клієнта у прояві ініціативи та активної життєвої позиції;	КСП-4
- здатність використовувати професійно-профільовані знання у формуванні соціально-психологічної характеристики особистості, інтерпретації результатів психодіагностичного аналізу;	КСП-5
- здатність використовувати професійно-профільовані знання під час моніторингу соціальних проблем різних груп клієнтів, здійсненні соціологічного аналізу;	КСП-6
- здатність використовувати професійно-профільовані знання в аналізі життєвих ситуацій клієнта та надання кваліфікованої соціально-правової, психологічної допомоги;	КСП-7
- здатність використовувати професійно-профільовані знання в реалізації програм профілактики соціального неблагополуччя різних груп клієнтів;	КСП-8
- здатність використовувати професійно-профільовані знання при здійсненні соціального патронажу клієнтів, що потребують соціальної допомоги, реабілітації та підтримки;	КСП-9
- здатність використовувати професійно-профільовані знання в соціальній підтримці та здійсненні заходів по адаптації клієнтів;	КСП-10
- здатність використовувати професійно-профільовані знання при здійсненні соціально-медичної реабілітації певних груп клієнтів;	КСП-11
- здатність використовувати професійно-профільовані знання в соціальній профілактиці гендерної нерівності, негативних явищ та здорового способу життя	КСП-12

**Взаємозв'язок між компонентами, критеріями та їх показниками
щодо сформованості готовності майбутніх соціальних працівників до
соціальної реабілітації дітей
молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем**

Компонент	Критерій	Показник
<p>1. Особистісно-мотиваційний (характеризує здатність майбутнього фахівця мотивувати себе на набуття необхідних професійних знань, умінь і навичок та формування компетентності у питаннях соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з захворюванням на ДЦП)</p>	<p>1. Мотиваційно-особистісний (сформованість професійної ціннісно-мотиваційної спрямованості особистості та професійно важливих якостей і моральних норм особистості МСП до соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП)</p>	<p>1.1. Наявність сформованих ціннісно-мотиваційних орієнтирів до соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП</p> <p>1.2. Наявність необхідних особистісно-моральних якостей (гуманність, емпатія, комунікабельність, самокритичність, справедливість) МСП для соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП</p>
<p>2. Когнітивний (містить сукупність загальних знань про людину, закономірності її взаємодії у суспільстві, соціальну поведінку, вплив середовища на її соціалізацію, спеціальних знань про дитину МШВ з ДЦП та про особливості життєдіяльності цієї дитини і її родини)</p>	<p>2. Когнітивний (наявність у майбутнього фахівця певного рівня набутих професійних знань із соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП)</p>	<p>2.1. Наявність професійних знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП</p> <p>2.2. Здатність до пізнання щодо проблем із соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП</p>

Продовження додатка Д 1

<p>3. Діяльнісно-практичний (дозволяє визначити рівень сукупності професійних умінь (діагностичних, прогностичних, комунікативних, управлінських, організаційних тощо), які необхідні для здійснення соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП; конструктивно вирішувати конфліктні ситуації; здійснювати дослідницьку діяльність)</p>	<p>3. Діяльнісно-практичний (передбачає здатність до оволодіння вміннями та навичками, необхідними для професійної діяльності МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП)</p>	<p>3.1. Наявність організаційно-управлінських здібностей щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП</p> <p>3.2. Здатність до реалізації знань, умінь у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП</p>
<p>4. Оцінювально-рефлексивний (передбачає наявність у соціального працівника сукупності навичок до самооцінювання та здатності до самоаналізу, самокорекції, тобто рефлексії)</p>	<p>4. Оцінювально-рефлексивний (характеризує рівень самодіагностики власної соціально-реабілітаційної діяльності, прагнення до подальшого вдосконалення своїх інформаційно-аналітичних умінь, самостійний пошук інформації для аналізу з метою саморозвитку, здатність до рефлексії власного досвіду)</p>	<p>4.1. Самооцінювання готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП</p> <p>4.2. Здатність до самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку (розвиненість рефлексії)</p>

Критерії, показники та рівні готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем

Рівень	Критерії і показники
Початковий	<p>Особистісно-мотиваційний: у студентів недостатньо сформовані ціннісно-мотиваційні орієнтири МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (особистісна зрілість, самостійність; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація; усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП) та необхідні особистісно-моральні якості МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (гуманістична спрямованість; здатність до емпатії; комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самокритичності; відчуття справедливості).</p> <p>Когнітивний: наявність нестійких, несистематизованих знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП (з основ історії та теорії соціальної роботи, соціальної педагогіки; володіння системою знань про особливості психофізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання сутності та технологій надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП; знання нормативно-правової бази України щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та ін.); відсутність здатності до пізнання з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Діяльнісно-практичний: наявність поверхових організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; дуже низький або відсутній рівень здатності до реалізації знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Оцінювально-рефлексивний: занижена самооцінка готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; неусвідомленість, безсистемність і епізодичність самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку.</p>
Базовий	<p>Особистісно-мотиваційний: студентам цього рівня притаманна наявність частково сформованих ціннісно-мотиваційних орієнтирів МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (особистісна зрілість, самостійність; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація; усвідомлення значущості соціальної реабілітації для поліпшення соціального становища дітей МШВ з ДЦП) та необхідних особистісно-моральних якостей МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (гуманістична спрямованість; здатність до емпатії; комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самокритичності; відчуття справедливості; недостатньо</p>

	<p>виражена здатність до пізнання питань щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Когнітивний: володіння поверховими, нестійкими знаннями, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП (з основ історії та теорії соціальної роботи, соціальної педагогіки; володіння системою знань про особливості психофізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання сутності та технологій надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП; знання нормативно-правової бази України щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та ін.); недостатньо виражена здатність до пізнання питань щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Діяльнісно-практичний: наявність слабо виражених організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; низький рівень нестійкої, ситуативної здатності до реалізації знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Оцінювально-рефлексивний: неадекватна самооцінка готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; обмежене, ситуативне здійснення самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку.</p>
Достатній	<p>Особистісно-мотиваційний: студентам цього рівня притаманна наявність помірної сформованості ціннісно-мотиваційних орієнтирів МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (особистісна зрілість, самостійність; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація; усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП) та необхідних особистісно-моральних якостей МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (гуманістична спрямованість; здатність до емпатії; комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самокритичності; відчуття справедливості; достатньо виражена зацікавленість колом питань щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП).</p> <p>Когнітивний: наявність частково систематизованих професійних знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП (з основ історії та теорії соціальної роботи, соціальної педагогіки; володіння системою знань про особливості психофізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання сутності та технологій надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП; знання нормативно-правової бази України щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та ін.); достатньо виражена зацікавленість колом питань щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Діяльнісно-практичний: наявність помірно виражених організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; середній (достатній) рівень здатності до реалізації знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Оцінювально-рефлексивний: стійка адекватна самооцінка готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; достатньо</p>

	<p>виражена здатність до самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку.</p>
<p>Високий</p>	<p>Особистісно-мотиваційний: студентам цього рівня притаманна наявність максимально вираженої сформованості ціннісно-мотиваційних орієнтирів МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (особистісна зрілість, самостійність; пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП; мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП; альтруїстична мотивація; усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП) та необхідних особистісно-моральних якостей МСП у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (гуманістична спрямованість; здатність до емпатії; комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; здатність до самокритичності; відчуття справедливості; підвищена зацікавленість колом питань щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Когнітивний: володіння повним обсягом глибоких, стійких, систематизованих професійно важливих знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП (з основ історії та теорії соціальної роботи, соціальної педагогіки; володіння системою знань про особливості психофізичного розвитку дітей МШВ з ДЦП; знання сутності та технологій надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП; знання нормативно-правової бази України щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП та ін.); підвищена зацікавленість колом питань щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Діяльнісно-практичний: наявність стійких організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; високий рівень усвідомленої, сталої здатності до реалізації знань, умінь та навичок у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.</p> <p>Оцінювально-рефлексивний: адекватна, але часом завищена самооцінка готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; системна, усвідомлена здатність до самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку.</p>

Аркуш експертного оцінювання дієвості педагогічних умов
(розробка автора)

Шановні колеги! Аналіз досліджень із проблем підготовки майбутніх соціальних працівників у ЗВО дозволив виокремити 11 педагогічних умов, які можуть забезпечити дієвість такої підготовки. Оцініть, будь ласка, відповідні педагогічні умови за ступенем значущості від 1 до 10 балів (1 бал – найменш значуща, 10 балів – найбільш значуща) щодо їх дієвості у формуванні готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з ДЦП. Дякуємо за співпрацю!

№ з/п	Педагогічні умови	Оцінка експертів
1	Забезпечення міждисциплінарної інтеграції у змісті теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	
2	Збагачення змісту теоретичної підготовки МСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	
3	Використання потенціалу професійно спрямованих дисциплін у процесі освіти	
4	<i>Трансформування навчальних мотивів у професійні</i>	
5	Розширення та поглиблення теоретичних знань МСП, формування початкових умінь до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП у процесі вивчення курсу за вибором	
6	Практико-зорієнтована організація освіти МСП	
7	Залучення студентів до процесу активної практичної соціально-реабілітаційної діяльності	
8	Інтегрований вплив міждисциплінарної команди фахівців на підготовку МСП	
9	Застосування інтерактивних технологій у процесі професійної підготовки МСП	
10	<i>Формування оптимістичної світоглядної позиції</i>	

Вчений ступінь _____

Вчене звання _____

Стаж педагогічної роботи _____

**Завдання з виробничої практики
до курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота
з дітьми молодшого шкільного віку
з дитячим церебральним паралічем»**

- Курс – 4, бакалаври
- Напрямок – реабілітаційний
- Об'єкти – діти молодшого шкільного віку (МШВ) з

захворюванням на дитячий церебральний параліч (ДЦП).

- Мета – сформувати готовність майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на практиці (під час проходження практики).

№ з/п	Завдання	Форма звіту
1	Спостереження та аналіз соціально-реабілітаційної роботи соціального працівника у складі міждисциплінарної команди	Відображення у щоденнику з практики за Формою 1
2	Визначення спектру запитів клієнтів (дітей МШВ з ДЦП), надання їм допомоги у пошуку відповідних агенцій та заповнення Форми 2	Відображення у щоденнику з практики за Формою 2
3	Створення інформаційного банку даних про послуги державних та недержавних організацій і умови їх надання за Формою 3	Відображення у щоденнику з практики за Формою 3
4	Розроблення та підготовка для інформаційного стенду інформації про коло проблем дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей різного напрямку: пізнавального, статистичного наукового, висвітлення заходів та подій	Наявність роздрукованої інформації та фото інформаційного стенду у відповідному закладі

Продовження додатка Ж

- Форма 1

	Вид роботи	Засоби	Результат

- Форма 2

	*Коло проблем	Перелік державних та недержавних організацій з вирішення відповідних проблем

- *Коло проблем: фізичний, психічний та соціальний розвиток, освіта та виховання, умови проживання та пристосування до навколишнього середовища дитини МШВ з ДЦП та її родини, соціальні виплати та ін.

- Форма 3

	*Перелік державних та недержавних організацій	Умови надання ними соціальних послуг дітям МШВ з ДЦП

- *Організації відповідно до населеного пункту проходження практики

**Рекомендації з питань комплексної реабілітації
дітей молодшого шкільного віку (МШВ)
з дитячим церебральним паралічем (ДЦП)**

Орієнтовна програма комплексної реабілітації дітей МШВ з ДЦП спрямована на визначення змісту, завдань, принципів, основних методів різних видів реабілітації. Програма містить опис основних методик, які використовуються в процесі організації відповідних видів реабілітації; рекомендації фахівцям щодо особливостей роботи з дітьми МШВ з ДЦП.

Об'єднувальною метою дібраних видів реабілітації є створення і забезпечення умов для включення дитини МШВ з ДЦП до активної соціальної участі в житті; відновлення порушених функцій організму, профілактики ускладнень і рецидивів захворювання та повернення дитини МШВ з ДЦП до нормальної життєдіяльності; для отримання послуг з освіти та психологічної допомоги; для функціонального відновлення дитини МШВ з ДЦП і компенсації функціональних можливостей її організму.

Для досягнення об'єднувальної мети потрібне виконання таких завдань:

- збереження природних механізмів розвитку дитини, попередження його викривлення та гальмування;
- активізація самостійності дитини, розвиток її нахилів та здібностей, навичок взаємодії з дорослим та однолітками, комунікативних навичок;
- соціальний розвиток та адаптація до шкільного навчання, формування соціально адаптованої поведінки;
- підвищення ступеня соціальної повноцінності;
- відновлення порушених чи втрачених функцій організму;
- виявлення та активізація компенсаторних можливостей організму;
- відновлення, корекція психологічних функцій, якостей, властивостей дитини;
- формування засобів оволодіння знаннями, уміннями і навичками;
- покращення фізичного стану життєдіяльності дитини;
- оздоровлення, формування компенсаторних функцій організму.

Продовження додатка 3

Принципи:

- раннього виявлення патології та раннього втручання;
- послідовності та етапності здійснення реабілітаційних програм;
- неперервності та наступності в організації реабілітаційного процесу;
- усебічного та комплексного характеру реабілітаційних заходів;
- глибокої індивідуалізації реабілітаційних програм з урахуванням інвалідизуючого захворювання дитини;
- системності;
- регулярності;
- розвитку дитини;
- опори на наявні у дитини ресурси;
- гуманізму;
- конфіденційності;
- міждисциплінарності;
- варіативності;
- співпраці з батьками.

Важливим етапом роботи з дитиною з церебральним паралічем є діагностика захворювання, яка ґрунтується на спостереженні за наявністю відхилень в інтелектуальному та фізичному розвитку дитини, даних аналізів, а також інструментальних методів дослідження (магнітно-резонансна томографія спинного мозку, ультразвукове обстеження головного мозку, комп'ютерна томографія мозку, електроенцефалографія, електроміографічне дослідження тощо).

Запідозрити хворобу можна ще в ранньому дитинстві, спостерігаючи за розвитком і згасанням рефлексів у немовлят.

1. Захисний рефлекс. Якщо дитину покласти на живіт, вона рефлекторно поверне голову вбік, щоб не задихнутися.

2. Рефлекс опори. Поставивши новонародженого на тверду поверхню, можна спостерігати, що він стає на повну стопу. А якщо малюка трохи нахилити вперед, то він автоматично зробить кілька кроків.

3. Хапальний рефлекс. Вклавши в долоньку дитини палець, доведеться потрудитися, щоб витягти його.

Продовження додатка 3

4. Рефлекс повзання. Дитина лежить на животі, до її ступнів приставляють долоньку – вона відштовхується і проповзає кілька сантиметрів.

5. Рефлекс Моро. Якщо поруч з новонародженим вдарити долонею по столу, він різко розведе руки в сторони і через кілька секунд поверне їх у вихідне положення.

6. Долонно-ротовий рефлекс. Якщо натиснути великим пальцем на долоню немовляти, він відкриє рот.

У кожного рефлексу є свій час зникнення, і якщо по закінченні цього часу він зберігається, з'явився привід звернутися до лікаря. Крім цього, повинні насторожити такі ознаки:

- зорові дефекти, наприклад, косоокість;
- якщо у дитини спостерігаються мимовільні рухи, наприклад, часті ритмічні кивки головою, посмикування руки і т. д.;
- 4 місяці малюк не повертається в бік вихідного звуку;
- її м'язи дуже напружені або сильно розслаблені;
- 4 місяці малюк не тягнеться за іграшкою, щоб взяти її;
- після 7 місяців малюк не сидить самостійно;
- після року дитина не ходить або її хода вас сильно бентежить;
- рухи досить різкі або дуже повільні;
- ноги перехрещуються по типу ножиць;
- ранній зубний карієс;
- у важких ситуаціях проблеми з сечовипусканням і випорожненням.

Особливості проведення заходів із комплексної реабілітації дітей МШВ з ДЦП

При виникненні у дитини дефекту здоров'я в результаті захворювання або травми, у тому числі при переході захворювання в хронічну стадію, медико-соціальні експертні комісії (лікарсько-консультативні комісії лікувально-профілактичних закладів для неповнолітніх) або реабілітаційні установи становлять відповідний розділ індивідуальної програми реабілітації дитини з інвалідністю.

Конкретні обсяги, методи, місце реалізації і строки проведення реабілітаційних заходів визначаються в індивідуальній програмі реабілітації дитини з інвалідністю.

Діти із важкими формами інвалідності, які згідно з медичним висновком потребують постійного стороннього догляду, забезпечуються медичним, соціальним,

Продовження додатка З

педагогічним і психологічним патронажем (повсякденною допомогою) за місцем проживання (вдома). У разі необхідності послуги з соціального, педагогічного, психологічного, медичного патронажу надають виїзні реабілітаційні бригади [8].

СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Соціальна реабілітація – система заходів, спрямованих на створення і забезпечення умов для повернення особи до активної участі у житті, відновлення її соціального статусу та здатності до самостійної суспільної і родинно-побутової діяльності шляхом соціально-середовищної орієнтації та соціально-побутової адаптації, соціального обслуговування задоволення потреби у забезпеченні технічними та іншими засобами реабілітації [8].

Мета: створення і забезпечення умов для включення дитини МШВ з ДЦП до активної соціальної участі в житті.

Завдання:

1. формування позитивного ставлення до життя;
2. підвищення ступеня соціальної повноцінності;
3. формування соціального досвіду;
4. самовизначення в суспільстві;
5. психолого-педагогічна адаптація;
6. відновлення та зміцнення здоров'я;
7. попередження вторинних дефектів;
8. адаптація родини.

Принципи:

- раннього виявлення патології та раннього втручання;
- послідовності та етапності здійснення реабілітаційних програм;
- неперервності та наступності в організації реабілітаційного процесу;
- всебічного та комплексного характеру реабілітаційних заходів;
- співпраці з батьками;
- глибокої індивідуалізація реабілітаційних програм з урахуванням інвалідизуючого захворювання дитини;
- системності;

- розвитку дитини;
- опори на наявні у дитини ресурси;
- гуманізму;
- конфіденційності⁴
- міждисциплінарності;
- варіативності.

Етапи процесу соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП:

1. Діагностичний
2. Організаційний
3. Формувальний
4. Корекційний
5. Узагальнювальний

Напрями: пристосування меблів, установлення обладнання для адаптації житлових приміщень; навчання основних соціальних навичок (особиста гігієна, самообслуговування, пересування, спілкування тощо) [7].

Форми: індивідуальна, групова.

Методи: консультація, тренінг, соціальне спостереження, соціально-побутовий патронаж, працетерапія, глинотерапія, ігротерапія, музикотерапія, арттерапія, лялькотерапія; бібліотерапія, казкотерапія, сміхотерапія тощо.

Результатом процесу соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП є відновлення втрачених дитиною МШВ з ДЦП або не набутих у ході соціалізації функцій, відносин та ролей соціального функціонування.

Формування реабілітаційного середовища

Після народження дитина потрапляє в певне соціальне середовище та предметно-просторове оточення, де і здійснюється її розвиток. Оточення, в якому росте, розвивається дитина МШВ з ДЦП, неодмінно впливає на процес формування особистості, має вирішальне значення для життєдіяльності майбутнього громадянина.

Проте оточення, середовище, в яке потрапляє дитина, створено передусім для дітей з нормальним психофізичним розвитком. А для розвитку дитини з вадами, за словам Л. Виготського, потрібні «...спеціально створені культурні форми для того, щоб здійснювати культурний розвиток дефективної дитини». Л. Виготський вважав, що

Продовження додатка 3

соціальне середовище займає визначальне місце для розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров'я. «Шлях розвитку глибоко відсталого дитини лежить через спілкування та співробітництво, через іншу людину».

Особливого значення ця теза набуває тоді, коли мова йде про організацію соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями здоров'я, про їхню життєву компетентність.

Неможливо здійснювати формування, не маючи форми. Оптимально сплановане та якісно облаштоване реабілітаційне середовище і є тією формою, тією організувальною структурою, в рамках якої і відбувається процес реабілітації, процес розвитку особистості.

Творення такого середовища має декілька своєрідних умов. Реабілітаційне середовище повинно:

- створюватись на основі суспільного життя та предметно-просторового оточення;
- урахувати індивідуальні потреби дітей, насамперед ті, які виникли внаслідок відхилень від нормального розвитку;
- урахувати інтереси і можливості сім'ї, передбачати її участь у реабілітаційному середовищі;
- мати дидактичний, розвивальний характер, мати можливість до трансформування, до змін, пов'язаних з ростом та розвитком дитини; воно повинно вивести дитину в реальний світ, поступово зводячи до мінімуму спеціальні пристосування та штучно створені умови.

Реабілітаційне середовище має дві основні складові, а саме:

1. сімейно-суспільне оточення;
2. предметно-просторове оточення.

Сімейно-суспільне оточення забезпечує спілкування дитини МШВ з ДЦП з оточуючими людьми і є необхідною умовою її соціалізації. Це оточення можна поділити на три основні напрями:

- суто сімейне оточення (СО) – це мати, тато, сестри, брати, бабусі, дідусі, інші члени родини, рідні та близькі, тобто ті люди, з якими дитина має стійкі й постійні контакти на фоні глибокого позитивного емоційного сприйняття;
- ближнє суспільне оточення (БСО) – це друзі сім'ї та сусіди, оточення у

Продовження додатка 3

- дворі, діти з реабілітаційної групи, вчителі-реабілітологи, соціальні, педагогічні та медичні працівники, тобто ті люди, з якими дитина має стійкі, але періодичні контакти на фоні здебільш позитивного, різнорівневого емоційного сприйняття;

- дальнє суспільне оточення (ДСО) – це люди, які епізодично трапляються на життєвому шляху дитини; перехожі на вулиці, покупці в магазині, незнайомі гості та ін., з якими дитина має короткотривалі, епізодичні контакти на фоні різнорівневого, здебільш нетривкого емоційного сприйняття.

1. Предметно-просторове оточення дитини з ДЦП, яка відвідує реабілітаційні заклади, складається із основних сфер перебування дитини в середовищі, а саме:

- сфера перебування у своїй кімнаті, у своєму домі;
- сфера перебування в реабілітаційних закладах;
- сфера переходів.

Предметно-просторове оточення дитини МШВ з ДЦП повинно сприяти подоланню наявних у неї вад, своєрідності саме цієї дитини, тобто бути цілеспрямованим і індивідуалізованим. Саме тому, виходячи з проблем конкретної дитини, необхідно формувати її оточення відповідно до поставлених для неї реабілітаційних цілей [3].

Методики, що використовуються в процесі соціальної реабілітації

1. Методика «Пальчикова гімнастика»

Пальчикова гімнастика – це одна з методик розвитку дрібної моторики, яка складається з інсценування віршів чи якихось історій за допомогою пальців.

Соціально-реабілітаційний ефект методики:

-допомагають розвивати чутливість нервових закінчень на подушечках пальців рук, що, з одного боку, готує руку до письма, а з іншого – стимулює мовленнєвий центр головного мозку, що впливає на розумовий і мовленнєвий розвиток дитини з порушенням опорно-рухового апарату, в тому числі з ДЦП;

-покращується увага;

-розвивається тактильна та рухова пам'ять, формуються більш упевнені рухи.

Види діяльності: розминка, погладжування і рух пальчиків.

2. Методика «Пальчикові вправи та ігри»

Продовження додатка 3

Соціально-реабілітаційний ефект методики:

- зняття фізичного напруження та активізація рухів дитини з ДЦП;
- розвиток координації рухів, рівноваги, корекція тону м'язів рук;
- розвиток мислення.

Види діяльності:

- нанизування намистинок, кульок на нитку;
- розбирання крупинок;
- шнурування, зав'язування бантиків;
- застібання гудзиків;
- вирізування ножицями;
- ліплення з пластиліну;
- малювання та штрихування олівцями;
- ігри з мозаїкою, конструктором;
- ігри з крупами.

Методика передбачає використання різних предметів і матеріалів (глина, пісок, гудзики, кульки, намисто, м'ячики тощо).

3. Методика Марії Монтессорі

Методика передбачає спеціальні дидактичні вправи щодо навчання дітей з ДЦП спілкування, вирішення завдань сенсорного виховання;

Соціально-реабілітаційний ефект методики Марії Монтессорі:

- корекція та розвиток когнітивних психічних процесів;
- формування очно-дійового мислення;
- формування уявлення про предмети і явища навколишнього світу;
- інформація з навколишнього світу через органи відчуття без зусиль і несвідомо.

4. Казкотерапія

Методика є засобом емоційно-психологічного, педагогічного впливу, соціально-морального формування, який передбачає активізацію творчого потенціалу, розвиток

Продовження додатка 3

асоціативного образного мислення.

Види діяльності: оповідання, переказ, театралізація.

Форма діяльності – групова, індивідуальна, масова.

Соціально-реабілітаційний ефект казкотерапії:

- формування ставлення до персонажу, дії на емоційному рівні (тренінг емоційної сфери);
- прояв у поведінці власних позицій, необхідних для соціалізації;
- ідентифікація власного «я» з тим чи іншим персонажем;
- задоволення потреби в пізнанні чарівних загадкових проявів життя;
- колективна участь у спільних діях;
- залучення до народної художньої культури.

Варіанти роботи з казкою у соціально-культурній діяльності: свята; театралізовані вистави; використання фрагментів у конкурсах, шоу; літературно-художні заходи; виставки малюнків за казковими сюжетами; сімейні вечори.

5. Ігротерапія

Ігротерапія – це комплекс соціально-культурних реабілітаційних заходів, в основі яких використання ігрових методик, форм, ситуацій з метою надання дитині з психофізичними обмеженнями можливості самостійно вирішувати свої проблеми, залагоджувати конфлікти.

Соціально-реабілітаційний ефект ігротерапії:

- формування навичок спілкування, побудови продуктивних комунікативних стосунків із використанням спеціальних тренінгів;
- формування довільності психічних процесів (пам'яті та уваги);
- розвиток розумової діяльності, уяви, мовлення, опорно-рухової та вольової активності.

Види діяльності:

- гра (у навчанні, вихованні, спорті, оздоровленні, комунікації, отриманні інформації, профорієнтації);

Продовження додатка 3

- діалог;
- тренінг;
- інформативність;
- ілюстративність;
- показ.

Форма діяльності – індивідуальна, групова, масова.

6. Арттерапія

Арт-терапія допомагає розширити спілкування дитини-інваліда, позбутися агресивної поведінки.

Соціально-реабілітаційний ефект:

- підвищує самооцінку дитини;
- формує активну соціальну життєву позицію, впевненість у своїх силах;
- розвиває самостійність та життєтворчість;
- передбачає можливість актуалізації психічних резервних можливостей; формування на їх основі адекватної поведінки за рахунок творчої образотворчої діяльності.

Види діяльності:

- роз'яснення;
- діалог;
- показ;
- гра;
- ілюстративність;
- заохочування.

Форма діяльності – індивідуальна, групова.

Реабілітаційний напрям:

- розвиток тонкої моторики, можливостей інших частин тіла (при відсутності рук);
- самовизначення;
- корекція психоемоційної сфери;
- розширення кругозору, сприйняття;
- розвиток пам'яті, уваги, асоціативного та образного мислення.

Продовження додатка 3

Арттерапію можна застосовувати у поєднанні музикотерапією.

7. Гарденотерапія

Сприяє заохоченню дітей з інвалідністю до роботи з рослинами та передбачає:

- розвиток тонкої моторики;
- орієнтацію в просторі;
- логічне мислення;
- естетичний смак;
- релаксацію.

Основними завданнями гарденотерапії є:

- формування адекватної самооцінки дітей з обмеженими можливостями;
- попередження невротичних та неврозоподібних розладів;
- корекція психоемоційної та вольової сфери;
- розвиток елементарних трудових та професійних навичок;
- розвиток пізнавальної та творчої активності;
- оволодіння систематизованими знаннями про навколишнє життя.

Види діяльності:

- догляд;
- збір;
- сушка рослин;
- складання композицій.

Форма діяльності: індивідуальна, групова.

Гарденотерапію можна застосовувати у поєднанні з елементами музикотерапії, ізотерапії, арттерапії, бібліотерапії.

8. Музикотерапія

Сприяє підвищенню соціальної активності, комунікативних здібностей особистості, її самореалізації, збагаченню естетичного досвіду дитини-інваліда, розширенню сфери естетичних інтересів, навчає дитину розуміти прекрасне, прагнути до спілкування з ним.

Види діяльності:

Продовження додатка 3

- гра на дитячих музичних інструментах;
- ігри з музичним супроводом;
- прослуховування творів або фрагментів;
- розспівування і співи.

Терапевтичний ефект – підвищення прояву соціальної активності; фізичне оздоровлення за рахунок розвитку моторних функцій, спритності руки, тонкості слуху; покращення психічного стану здоров'я.

Реабілітаційний ефект:

- естетизація смаку;
- розвиток почуття ритму;
- сприйняття музичних образів;
- вироблення навичок використання можливостей голосу, дихання;
- розвиток морально-вольової сфери – активності, самостійності, рішучості;
- уміння володіти собою;
- почуття колективізму;
- навички співробітництва;
- прагнення до перемоги.

Для терапевтичних та реабілітаційних цілей використовується різножанрова музика.

Особливе значення має власне виконання музичних творів на музичних інструментах. Інвалід відразу відчуває своє «я», відповідальність за виконання, тим самим підвищується його статус серед оточуючих.

9. Лялькотерапія

Лялькотерапія сприяє:

- зняттю в дитини-інваліда емоційного напруження;
- розвитку мовлення;
- формуванню соціально-побутових навичок;
- дає можливість розв'язувати конфлікти.

Форма участі у грі:

Продовження додатка З

- дитина як глядач дивиться гру ляльок;

- дитина є учасником рольової гри, у якій їй пропонується грати або її саму, або когось іншого (сміливого, боязливого, доброго, агресивного, маленького, дорослого).

Створюється симбіотична пара: дитина – дорослий, сильний – слабкий і т. ін.

- дитина може вільно грати без підказки дорослих;

- психотерапевт та педагог можуть стати партнерами чи об'єктами гри, контролювати у процесі гри психічний стан дитини;

- дитина може грати в ігри за допомогою ігрового матеріалу (ляльок, фарб, піску), а педагог-психотерапевт направляє чи виявляє приховані можливості дитини.

МЕДИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Медична реабілітація – система лікувальних заходів, що спрямовані на відновлення порушених чи втрачених функцій організму особи, на виявлення та активізацію компенсаторних можливостей організму з метою забезпечення умов для повернення особи до нормальної життєдіяльності, на профілактику ускладнень та рецидивів захворювання [8].

Мета: створення і забезпечення умов з відновлення порушених функцій організму, профілактики ускладнень і рецидивів захворювання та повернення дитини МШВ з ДЦП до нормальної життєдіяльності

Завдання:

1. Відновлення порушених чи втрачених функцій організму.
2. Виявлення та активізація компенсаторних можливостей організму.

Принципи:

1. раннього виявлення патології та раннього втручання;
2. комплексності (із залученням неврологів, ортопедів, реабілітологів, психологів та лікарів інших спеціальностей);
3. суворої індивідуалізації відповідно до стадії захворювання, його тяжкості, віку дитини, її психічного розвитку;
4. послідовності (терапевтичне лікування з обов'язковою ортопедичною реабілітацією, при формуванні показань до оперативного лікування – хірургічне, подальша неврологічна та ортопедична реабілітація);
5. етапності (поліклініка, стаціонар, реабілітаційний центр або санаторно-курортне лікування).

Етапи:

1. Стаціонарний.
2. Амбулаторний.
3. Санаторний.
4. Диспансерний.

Форми: індивідуальне, групове, масове.

Методи: медичне спостереження, медичний патронаж, відновна терапія,

Продовження додатка 3

реконструктивна хірургія, профілактичні заходи, санаторно-курортне лікування тощо.

Методики, що використовуються в процесі медичної реабілітації

1. Медичне спостереження

Медичне спостереження – це комплекс профілактичних заходів, спрямованих на забезпечення санітарно-гігієнічного та протиепідеміологічного режиму, надання, за потреби, першої медичної допомоги.

2. Метод Козьявкіна

Важливою віхою в розвитку медичної реабілітації стало створення в середині 80-х років системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації, відомої у світі як метод проф. Козьявкіна. Основою системи відновного лікування стали дослідження, які сприяли формуванню нового погляду на церебральні паралічі, на значення вертеброгенного компонента в етіопатогенезі цього захворювання.

Метод проф. Козьявкіна становить інтегральний реабілітаційний комплекс, основою якого є біомеханічна корекція хребта. Унікальна авторська методика корекції рухів хребта спрямована на ліквідацію функціональних блоkad хребцево-рухових сегментів, відновлення активності аутохтонних м'язів та активацію потоку пропріоцептивної інформації з периферії.

3. Хірургічні методи лікування ДЦП

Одним із додаткових засобів лікування ДЦП є хірургічні методи. Найбільш поширеними з них є ортопедичні втручання, спрямовані на усунення вкорочення м'язів і кісткових деформацій. Метою цих операцій у дитини з потенціалом до ходьби в майбутньому є поліпшення можливостей до пересування. Для дітей, у яких немає перспективи самостійної ходьби, метою оперативного втручання може бути поліпшення можливості сидіти, полегшення виконання гігієнічних функцій, а також, у ряді випадків, усунення больових синдромів.

4. Метод Бобат

Значний внесок у розвиток методів реабілітації ДЦП внесли Берта і Карел Бобат. Ще в 40-х роках вони почали розробляти свій підхід, який базувався на клінічних спостереженнях Берти Бобат. Їхні погляди перебували під впливом популярної в той час теорії рефлекторного та ієрархічного дозрівання нервової системи.

5. Медикаментозне лікування ДЦП

Продовження додатка 3

Медикаментозне лікування застосовується при лікуванні в гострому періоді ураження головного мозку новонародженої дитини, переважно в першому півріччі життя.

При формуванні церебрального паралічу медикаментозне лікування переважно призначається тим пацієнтам, у яких ДЦП супроводжується судомами, а також іноді використовується для зниження спастичності м'язів та мимовільних рухів.

6. Немедикаментозне лікування ДЦП

Рефлексотерапія (РТ) – різноманітні способи впливу через шкірні, шкірном'язові та нервові утворення різних за силою, характером та терміном подразнень, нанесених на певні рефлексогенні зони, акупунктурні точки (АТ) з лікувальною метою. Клінічний досвід доводить високу ефективність РТ, зокрема у хворих з органічним ураженням ЦНС. У разі церебральної патології найчастіше використовують корпоральну класичну голкотерапію (акупунктуру), аурикулярну терапію, скальппунктуру, лазеропунктуру тощо. Скальпакупунктура (скальптерапія, скальппунктура, краніопунктура, церебральна акупунктура, церебропунктура та ін.) – методика інвазивного впливу на мікроакупунктурну систему скальпа (МАС), яка виникла на основі стародавніх і сучасних концепцій традиційної китайської медицини. Серед численних методів РТ на сучасному етапі скальпакупунктура набула подальшого розвитку і обґрунтування на основі дослідження рефлексорних і нейрогуморальних зв'язків, даних сучасної нейроанатомії, нейрофізіології, удосконалень техніки голковколювання, що дуже розширило можливості голкорексотерапії, зокрема в медичній реабілітації хворих з органічною неврологічною патологією. Голкова стимуляція відповідних ділянок голови за механізмом дії дає можливість досягати впливу на церебральну діяльність, кровообіг та нейропластичність головного мозку, що сприяє підвищенню адаптаційного потенціалу організму, зменшенню проявів супутньої соматичної патології тощо.

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Психолого-педагогічна реабілітація – система психологічних та педагогічних заходів, спрямованих на формування способів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, надання психологічної допомоги, зокрема щодо формування самоутвердження і належного самооцінювання особою своїх можливостей, засвоєння правил суспільної поведінки шляхом здійснення системної навчально-виховної роботи [8].

Мета: створення та забезпечення умов для отримання послуг з освіти та психологічної допомоги дітям МШВ з ДЦП.

Завдання:

1. формування самоутвердження і належної самооцінки своїх можливостей;
2. засвоєння правил суспільної поведінки;
3. відновлення, корекція психологічних функцій, якостей, властивостей дитини;
4. створення сприятливих умов для розвитку та утвердження дитини у суспільстві;
5. формування засобів оволодіння знаннями, уміннями і навичками, які необхідні для життя, здобуття освіти і особистісного розвитку в суспільстві.;
6. сприяння соціальному розвитку особистості.

Принципи:

- комплексного характеру;
- раннього початку послідовних реабілітаційних дій з опорою на збережені функції дитини;
- тісного взаємозв'язку із батьками та оточенням дитини;
- спостереження за дитиною в динаміці розвитку психіки і мовлення.

Форми: індивідуальна, сімейна, групова.

Реабілітація засобами освіти означає:

- збіг початку цілеспрямованого навчання з моментом визначення порушення в розвитку дитини (з початку перших місяців життя);
- висування тих завдань, що не є складовою змісту освіти дитини, що нормально розвивається;
- побудова «обхідних шляхів» навчання, використання специфічних засобів освіти, більш диференційоване, «покрокове» навчання, що не властиве освіті у звичайній

Продовження додатка 3

ситуації;

- особливі форми організації освітнього середовища, що не потрібні дитині, яка нормально розвивається;

- максимальне розширення освітнього простору, що означає необхідність постійного цілеспрямованого навчання дитини за межами освітньої установи;

- пролонгованість процесу навчання і вихід за рамки шкільного віку [4].

Методи: психолого-педагогічна реабілітація (психолого-педагогічне консультування, спостереження, діагностика, патронаж, корекція, адаптація, профілактика; аутогенне тренування, психологічний тренінг, когнітивно-поведінкова терапія, психоаналіз, психорелаксація, гештальт-терапія; переконання, інклюзія, дидактичні ігри, розвивальне навчання, методика М. Монтесорі, елементи кондуктивної методики Петьо, навчання читання за методикою Шелестової, освітні послуги тощо).

Методики, що використовуються в процесі психолого-педагогічної реабілітації

1. Кондуктивна педагогіка

Кондуктивна педагогіка була розроблена після Другої світової війни угорським лікарем та педагогом Андрашем Петьо (Andras Peto). Спочатку цей підхід використовувався тільки в інституті кондуктивної педагогіки в Будапешті, який названий іменем автора, а з часом набув популярності й почав застосовуватися в багатьох країнах світу.

Принцип

Кондуктивна педагогіка базується переважно на освітній моделі втручання та об'єднує педагогічні та реабілітаційні цілі в одній програмі. Ця концепція спрямована на те, щоб допомогти дітям з руховими порушеннями набути «ортофункції», що визначається як здатність брати участь і функціонувати у суспільстві незважаючи на свою неповносправність. Кондуктивна педагогіка базується на ідеї, що нервова система, незважаючи на своє пошкодження, все ж таки має можливості до формування нових нервових зв'язків. На думку професора Петьо, моторні порушення розвиваються не лише за рахунок пошкодження центральної нервової системи, але переважно через недостатність координації та взаємодії між різними відділами мозку та їх функціями. Ця здатність нервової системи може бути мобілізована за допомогою відповідним чином спрямованого, активного процесу навчання.

Продовження додатка 3

Методика

При лікуванні хворих на ДЦП заняття проводяться в спеціалізованих групах від 10 до 25 дітей. Діти разом займаються, спостерігають та заохочують один одного до виконання вправ. Кондуктори керують групою та забезпечують мотивувальне оточення й емоційну підтримку. Цілі програми визначаються загальним рівнем розвитку групи та вміннями кожної окремої дитини. Заняття у групах є структурованими і проводяться відповідно до розробленої програми. Програма містить блоки, які складаються з комплексів вправ та педагогічних занять, які проводяться в ігровій формі. Комплекси вправ, а також завдання, які до них входять, добираються залежно від характеру патології дитини, її рухових та інтелектуальних можливостей. Усі вправи комплексу базуються на фізіологічних рухах. До комплексу входять вправи з різними предметами та спортивними знаряддями, вправи з м'ячем, на сходах, на гімнастичній лавочці, з гімнастичною палкою, а також хода з ускладненими завданнями та вправами біля шведської стінки. При проведенні рухових вправ використовується спеціально розроблене для цієї методики меблеве обладнання – драбинки, столи, бокси, виготовлені з дерев'яних заокруглених лакованих планок. Під час занять широко застосовують ритм та пісні у техніці, яка називається «ритмічний намір» (rhythmical intention). Ритмічний намір – це словесні ритмічні інструкції, які подаються під час виконання серії завдань. За допомогою ритму, пісень та віршиків задається фоновий ритм рухової активності, який сприяє навчанню та мотивації дитини, а також допомагає привернути увагу до того руху, який здійснюється у даний момент.

Ефективність

Ефективність участі дитини в реабілітаційному процесі залежить значною мірою від її мотивації. Як правило, діти з ДЦП пасивні у своїх діях. Метод кондуктивної педагогіки вимагає активної участі дитини у подоланні своєї неповносправності. Правильно поставлена мета дає дитині належну мотивацію до занять, підносить самооцінку. Програма занять передбачає безперервну участь дитини у різних видах діяльності, які навчають дітей думати і діяти в різних ситуаціях. Велике значення у формуванні мотивації має прагнення дитини до успіху та досягнення прогнозованого результату. Тому навіть дуже незначний успіх отримує позитивну підтримку та заохочення в кондукторів.

2. Гештальттерапія

Гештальттерапію визначають як допомогу людині в пошуку справжньої життєвості, здатності насолоджуватись життям нині, «тут-і-тепер», не відкладаючи радість і щастя на невизначене «коли-небудь потім». Бути здоровим і щасливим, задоволеним собою, упевненим у своїх силах, любити друзів і близьких, не висловлювати їм претензій, а собі не докоряти вічними сумнівами, стати відповідальним і зрілим, залишаючись веселим і спонтанним, – основні цілі гештальттерапії.

Гештальттерапія – психотерапевтичний напрям, оснований на синтезі психоаналітичних ідей і принципів гештальтпсихології; спрямований на усвідомлення і закінчення цілісних патернів взаємодії зі світом (гештальтів), а несвідомі компоненти і психологічні захисти розглядає як основні цілі терапевтичного втручання.

3. Когнітивно-поведінкова терапія (КПТ)

Когнітивно-поведінкова терапія є одним із провідних, сучасних, науково обґрунтованих методів психотерапії. Вона базується на усвідомленні того, що при багатьох психіатричних розладах та психологічних проблемах спотворене сприйняття реальності (себе, інших людей, майбутнього і т. п.), а також неадекватні дії у відповідь на існуючі проблеми є основними факторами, що підтримують розвиток, утримання існуючих проблем та розладів. Відповідно, критично переосмислюючи своє сприйняття дійсності та свою поведінку, з допомогою психотерапевта клієнт намагається змінити дисфункційні, негативні взірці та цикли мислення та поведінки на більш реалістичні та такі, що сприятимуть покращенню емоційного стану, вирішенню міжособистісних та інших проблем, зміні життєвої ситуації на краще.

Когнітивно-поведінкова терапія базується на партнерській співпраці між клієнтом та терапевтом. У процесі спільного дослідження проблем терапевт та клієнт вибудовують спільне розуміння проблеми/розладу, формулюють цілі та тоді співпрацюють над їх досягненням. Це передбачає активну участь клієнта у процесі терапії, виконання ним домашніх завдань, орієнтацію на те, щоб, зрештою, зможти бути собі самому «психотерапевтом». Когнітивно-поведінкова терапія використовує широкий, інтегративний арсенал технік та втручань (у тому числі з інших методів психотерапії), використовуючи їх у індивідуальному випадку кожного клієнта на досягнення терапевтичних цілей.

Продовження додатка 3

4. Методика аутотренінгу

Як психотерапевтичний метод аутотренінг був запропонований у 1932 р. німецьким психотерапевтом Іоганном Генріхом Шульцем. Він розробив спеціальний комплекс вправ, спрямованих на тренування розслаблення кістякової мускулатури і гладких м'язів, судин і внутрішніх органів. Стан, що виникає в процесі релаксації (розслаблення), супроводжується відчуттям глибокого заспокоєння, зняття напруження і тривоги. У цьому особливому стані, близькому до легкого гіпнозу, успішно реалізуються формули самонавіювання, спрямовані на регуляцію різних психічних станів і фізіологічних функцій організму.

Аутогенне тренування – це науково обґрунтована і випробувана на практиці методика, а не просто гіпотезу про владу самонавіювання над поведінкою людини. Аутогенне тренування дозволяє людині за допомогою розслаблення і самонавіювання впливати на функціональний стан своїх внутрішніх органів і вегетативну нервову систему. В основу методу закладений принцип тренування нервових процесів збудження і гальмування, що підвищує здатність людини до саморегуляції своїх психічних станів, так звану психосаморегуляцію.

Один із важливих факторів впливу при аутотренінгу – використання певних словесних формулювань, що активізують чи пригніблюють ті або інші функції організму і психічний стан, тим самим забезпечуючи профілактичний і оздоровчий ефекти.

Психосаморегуляція поліпшує стан здоров'я, сприяє підвищенню працездатності, допомагає уникнути стресів, доповнює ефект впливу фізичних вправ на організм.

Особливості навчання дітей МШВ з ДЦП

Хвора на церебральний параліч дитина може мати чимало проблем у школі, тому їй потрібна індивідуальна допомога.

Для дітей шкільного віку, включаючи молодший шкільний вік, спеціальне навчання та супутні послуги надаються через шкільну систему. Персонал школи працює з батьками дитини над розробленням індивідуального навчального плану. Цей план схожий на попередній, що описує унікальні потреби дитини та послуги, які вона має отримати для задоволення цих потреб. Спеціальне навчання та послуги можуть охоплювати фізичну терапію, окупаційну терапію та логопедичну допомогу. Здатність мозку після

Продовження додатка 3

ушкодження знаходити нові шляхи для відновлення вражають. Проте батькам складно уявити майбутнє своєї дитини. Якісна терапія та догляд можуть допомогти, але найважливішим за лікування є любов і підтримка дитини батьками та друзями. Завдяки правильній комбінації підтримки, використання обладнання, додаткового часу та пристосування всі діти, які страждають на церебральний параліч, можуть бути успішними учнями та мати повноцінне життя.

На додаток до терапевтичних послуг та спеціального обладнання дітям, які страждають на церебральний параліч, може знадобитися допоміжна техніка. Зокрема:

- комунікаційні пристрої (від найпростіших до найскладніших). Комунікаційні дошки, наприклад, з малюнками, символами, буквами або словами. Дитина може спілкуватися, вказуючи пальцем або очима на малюнки, символи. Існують і більш складні комунікаційні пристрої, в яких використовуються голосові синтезатори, що допомагають дитині «розмовляти» з іншими;

- комп'ютерні технології (від електронних іграшок зі спеціальними кнопками до складних комп'ютерних програм, які працюють від простих адаптованих клавіш).

Рекомендації фахівцям щодо організації навчання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату:

- необхідно дізнатися більше про церебральний параліч, про організації, які надають допомогу, та джерела, з яких ви можете отримати корисну інформацію;

- потрібно зосередити увагу на конкретній дитині та дізнатися безпосередньо про її особисті потреби і здібності, інколи вигляд учня з церебральним паралічем справляє враження, що він не зможе навчатися як інші;

- потрібно проконсультуватися з іншими вчителями, які у попередні роки навчали дитину, стосовно організації навчального середовища для саме цього учня. Батьки найкраще знають потреби своєї дитини. Вони можуть чимало розповісти про особливі

Продовження додатка 3

потреби та можливості учня. Залучивши у свою команду фізіотерапевта, логопеда та інших фахівців, ви зможете використати найкращі підходи для конкретного учня з огляду на його індивідуальні та фізичні можливості;

-необхідно продумати, яким чином він діставатиметься класу, пересуватиметься у межах школи, користуватиметься туалетом тощо. Ймовірно, у закладі доведеться зробити певні архітектурні зміни (пандус, спеціальні поручні, пристосування у туалеті тощо), шлях учня до його робочого місця має бути безперешкодним (зручне відкривання дверей, достатньо широкі проходи між партами тощо);

-треба бути готовими персоналу чи учням завжди допомогти учневі з церебральним паралічем (потримати двері, доки заїде візок, під час подолання сходів чи порогів тощо). Такі помічники мають бути проінструктованими спеціалістом (ортопедом, фізіотерапевтом, інструктором з лікувальної фізкультури);

-уміти використовувати допоміжні технології, які можуть зробити учня незалежним (спеціальні пристрої для письма, додаткове устаткування для комп'ютера тощо);

-облаштувати робоче місце учня з урахуванням його фізичного стану та особливостей розвитку навчальних навичок з допомогою фахівців чи батьків (для утримання постави у зручному положенні, для обмеження мимовільних рухів, полегшення письма, читання);

-консультуватись із фізіотерапевтом стосовно режиму навантаження учня, необхідних перерв і вправ. Нагадувати про це учневі, стежити, щоб він не перевтомлювався;

-намагатися говорити на нижчих тонах, переконатися, що учень добре чує звуки *т, к, с, п, є, ф, ш* (іноді у дітей з церебральним паралічем може спостерігатися зниження слуху на високочастотні тони, водночас, зберігається на низькі);

-знижувати вимоги до письмових робіт учня. Можливо, йому буде зручно використовувати спеціальні пристосування, комп'ютер чи інші технічні засоби;

-стежити, щоб необхідні матеріали, навчальне приладдя, унаочнення були у межах досяжності учня;

-не обтяжувати учня надмірним піклуванням. Допомогати, коли напевно знаєте, що він не може щось подолати або коли він звернеться по допомогу;

Продовження додатка 3

-адаптувати вправи відповідним чином, розробити завдання у вигляді тестів та ін. (учневі необхідно більше часу для виконання завдання).

Загальні рекомендації щодо адаптації учнів з особливими потребами в закладі загальної середньої освіти

Найважливіше – створити загальну атмосферу. Необхідно залучати дитину з особливими потребами до всіх видів діяльності (освітньої та позакласної). При цьому необхідно сформувати в однокласників ставлення до неї як до рівної і водночас як до людини, якій буває потрібна допомога та підтримка. Цей настрій у класі залежить від учителів та адміністрації школи. На думку педагогів шкіл, у яких уже навчаються такі учні, це є головною умовою комфортного навчання в закладі загальної середньої освіти дітей з особливими потребами.

Рекомендації щодо адаптації дітей з порушеннями опорно-рухового апарату:

1. Вхід. Для того, щоб ці діти змогли потрапити до школи, необхідно продублювати сходи пандусом. Пандус має бути пологим (ухил 1:12), щоб дитина на візку могла самостійно підніматися і спускатися ним. Можна обладнати вхід дзвоником, щоб попередити про прихід охорону.

2. Внутрішній простір. Гарне рішення – встановлення на сходах підйомників. Уздовж коридорів (по всьому периметру) бажано зробити поруччя, щоб дитина, яка погано ходить, могла рухатися, тримаючись за них. Ширина дверей має бути не менша за 85–90 см, тому варто перенести заняття для класів, у яких навчаються діти з особливими потребами, на перший поверх.

3. Роздягальня. У роздягальнях дітям з особливими потребами в разі необхідності можна виділити зону, відокремлену від проходів, і обладнати її бильцями, лавочками і гачками для сумок, одягу.

4. Їдальня. У їдальні варто передбачити окрему непрохідну зону для учнів-інвалідів. Ширину проходів між столами для вільного пересування на інвалідному візку рекомендується збільшити до 1,1 м. Також бажано, щоб столи в їдальні були розташовані недалеко від буфетної стійки. Водночас не варто розміщати дітей з особливими потребами окремо від решти однокласників.

5. Туалет. У шкільних туалетах варто передбачити одну спеціалізовану туалетну кабінку для дітей з особливими потребами, які мають порушення опорно-рухового

Продовження додатка 3

апарату, в тому числі й тих, які користуються інвалідними візками. У туалеті варто хоча б одну раковину встановити на висоті 0,8 м від підлоги. Нижній край дзеркала та електричного засобу для сушіння рук, рушник і туалетний папір розміщуються на такій самій висоті.

6. Спортивна зала. Діти з особливими потребами мають бути залучені й до уроків фізкультури. Вони можуть виконувати посильні вправи і брати участь у різних іграх разом з однокласниками. Це допоможе їм не відокремлюватися від однолітків і виконувати шкільну програму в більш повному обсязі. Роздягальню, душову і туалет при фізкультурному залі для дітей, які користуються інвалідними візками, необхідно переобладнати. Бажано, щоб у роздягальні всі проходи були не вужчі, ніж 90 см.

7. Бібліотека. Читальний зал шкільної бібліотеки також бажано обладнати для вільного доступу школярів з особливими потребами: принаймні частину стійки для видавання книг рекомендується переобладнати до рівня не вище 0,7 м. Книги, що є у відкритому доступі, картотеку бажано розмістити в межах зони досяжності (протягнутої руки) людини на візку, тобто не вище 1,2 м при ширині проходу біля стелажів чи картотеки не менше 1,1 м.

8. Класні кімнати. Важливо враховувати, що дитині з особливими потребами необхідний додатковий простір для вільного пересування. Мінімальний розмір зони учнівського місця для дитини на візку (з урахуванням розвороту візка) –150 см. Біля парти варто передбачити додатковий простір для зберігання інвалідного візка (якщо дитина пересідає з нього за стіл), милиць, палиці тощо. Ширина проходу між рядами столів у класі має бути не меншою за 90 см [4].

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Фізична реабілітація – система заходів, спрямованих на вироблення і застосування комплексів фізичних вправ на різних етапах лікування і реабілітації, що забезпечують функціональне відновлення особи, виявляють і розвивають резервні й компенсаторні можливості організму шляхом вироблення нових рухів, компенсаторних навичок, користування технічними та іншими засобами реабілітації, виробами медичного призначення [8].

Мета: створення і забезпечення умов для функціонального відновлення дитини МШВ з ДЦП та покращення фізичного стану її життєдіяльності.

Завдання:

1. розвиток дрібної моторики шляхом опанування навичок самообслуговування;
2. Покращення крово- та лімфообігу, роботи дихального апарату.
3. Зміцнення м'язової сили уражених кінцівок.
4. Розвиток функціональних можливостей уражених систем.
5. Розвиток координації і точності рухів, спритності, швидкісно-силових якостей.
6. Розвиток узгодженості рухів у процесі виконання вправ.
7. Розвиток координації і точності рухів, спритності, швидкісно-силових якостей.
8. Зміцнення нервової та серцево-судинної систем.
9. Розвиток координації рухів, орієнтування в просторі.
10. Зміцнення вестибулярного апарату.
11. Покращення амплітуди рухів в уражених кінцівках.
12. Розвиток дрібної моторики.
13. Вироблення нових рухових навичок.
14. Зменшення стану напруженості та збудження учня.
15. Зменшення спастичності різних груп м'язів, зняття гіперкінезів.

Принципи:

1. ранній початок лікування;
2. регулярність;

Продовження додатка 3

3. систематичність;
4. безперервність;
5. сувора індивідуалізація відповідно до стадії захворювання, його тяжкості, віку дитини, її психічного розвитку;
6. суворе дозування, поступове збільшення навантаження.

Перша підсистема структурно-функціональної організації системи інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації – інтенсивна корекція.

Етапи:

1. Адаптація.
2. Діагностика.
3. Релаксація.
4. Мобілізація й маніпуляція.
5. Фіксація.
6. Створення нового рухового стереотипу.
7. Активація системи нових мотивацій.

Друга підсистема інтенсивної корекції – стабілізація та потенціювання ефекту.

Етапи:

1. Активація системи нових мотивацій.
2. Формування м'язового корсета.
3. Оптимізація біомеханічної моделі руху.
4. Соціально-психологічна адаптація.

Форми: індивідуальні, групові.

Методи: консультування, ЛФК, лікувальний масаж, різні форми фізіотерапії (Войта-терапія, ерготерпія, кінетотерапія, рефлексотерапія, світлолікування, електролікування, вібротерапія, магнітотерапія, теплолікування, водолікування, гіпокситерапія, сенсорна інтеграція) тощо.

Методики, що використовуються в процесі соціальної реабілітації

1. Войта-терапія

В 1954 році чеський лікар Войта в результаті багаторічних спостережень відкрив основні моделі рефлекторного руху вперед, які пізніше були класифіковані та запропоновані, як метод терапії – рефлексна локомоція, або за ім'ям автора – Войта-терапія.

Продовження додатка 3

Спочатку методика Войта-терапії використовувалася в лікуванні дітей, які вже мали сформований церебральний параліч, а згодом її почали застосовувати для лікування дітей малюкового віку з порушеннями рухової сфери.

Принципом Войта-терапії є не тільки вплив на рухову сферу, а й на все тіло загалом: на сенсорну, вегетативну та психічну системи. При проведенні терапії спостерігаються зміни частоти пульса, дихання та кров'яного тиску. Основним завданням методики є формування рухових навичок відповідних віку дитини. Для його вирішення використовують рефлекс повзання і рефлекс повороту. Їх основні феномени мають вплив на управління тілом у цілому, його вертикалізацію та можливість руху вперед.

Перед початком проведення Войта-терапії дітям малюкового віку проводиться Войта-діагностика, їх оглядає невролог та педіатр, крім того, застосовуються додаткові обстеження (електрокардіографія, УЗД серця, нейросонографія, електроенцефалографія) за показаннями. Практичним результатом Войта-терапії є формування правильних рухових навичок. Ефективність терапії визначається за допомогою Войта-діагностики та клінічних даних.

Войта-терапія як метод реабілітації дітей з руховими порушеннями може бути реалізований при частому повторенні вправ протягом тривалого часу (3–4 рази на день по 20–30 хвилин протягом не менше 1 року) і через це розрахований на інтеграцію батьків у процес реабілітації. Батьки проходять період навчання під керівництвом фахівця Войта-терапевта з подальшим проведенням комплексу вправ вдома. Войта-терапевт періодично проводить корекцію комплексу вправ під час консультацій або повторних курсів реабілітації в центрі. Виконання вправи полягає у фіксації дитини в позі рефлексу і ручному впливі на зони подразнення, вибір зони подразнення проводиться індивідуально, залежить від виду рухових порушень та реакцій-відповідей. Вплив на зони стимуляції не викликає болю. Негативна поведінка дитини на вимушене положення під час проведення терапії може бути проявом страху або природнього протесту, особливо у дітей малюкового віку. Негативна поведінка дитини не повинна бути проявом агресії та повинна бути усунута методами психологічної корекції.

Показання для проведення Войта-терапії у дітей малюкового віку розподіляються на абсолютні та відносні.

Абсолютні показання:

Продовження додатка 3

1. Центральні координаційні порушення середнього та важкого ступенів. Бажано розпочати лікування в перші 5 місяців життя для отримання позитивних результатів.

2. Асиметричні центральні координаційні порушення.

3. М'язова кривошия.

4. Периферичні парези та паралічі. Тривалість лікування залежить від ступеня ураження і становить від 1 до 10 років. Лікувати треба кожную дитину і мета терапії – відновлення процесів регенерації, покращення функції для використання руки та китиці в повсякденному житті.

5. SpinaBifida. При проведенні терапії досягається: покращення кровообігу, що позитивно впливає на зріст та розвиток кісток; зменшення порушень чутливості та атрофії м'язів; покращення спонтанної моторики, дихальної мускулатури та діяльності тазових органів.

6. Уроджені міопатії.

7. Кісткові порушення хребта (сколіоз).

8. Артрогрипоз. Войта-терапія застосовується як допоміжна. Мета лікування – не допустити вторинної слабкості м'язів та утворення контрактур, а також досягти покращення взаємного функціонування окремих м'язів.

Відносні показання:

1. Рухові порушення (відставання) та порушення статури.

2. Функціональні порушення суглобів (дисплазія кульшових суглобів, клишоногість), крім ревматичного.

Протипоказами до проведення Войта-терапії є:

1. 10 днів після профілактичного щеплення.

2. Температура тіла вища 38,5°C.

3. Загострення соматичних захворювань.

4. Гідроцефалія (період декомпенсації).

5. Афект-респіраторні стани.

6. Батьки психологічно не підготовлені до застосування методики.

Умови проведення Войта-терапії:

1. Перед початком проведення Войта-терапії дітям малюкового віку проводиться Войта-діагностика (для виявлення ступеня рухових порушень по 7 положенням дитини в

Продовження додатка 3

просторі), їх оглядає невролог та педіатр, крім того, застосовуються додаткові обстеження (електрокардіографія, нейросонографія, електроенцефалографія) за показаннями. Мета цих обстежень – з'ясувати функціональні можливості дитини витримувати фізичні навантаження. Починати терапію можна лише тоді, коли функціональні можливості дитини відповідають тренувальному режиму.

2. Войта-терапія як метод реабілітації дітей з руховими порушеннями може бути реалізованим при частому повторенні вправ протягом тривалого часу (3–4 рази на день по 20–30 хвилин протягом не менше 1 року) і через це розрахований на інтеграцію батьків у процес реабілітації. Батьки проходять період навчання в Центрі реабілітації під керівництвом фахівця Войта-терапевта з подальшим проведенням комплексу вправ удома.

3. Виконання вправи полягає у фіксації дитини в позі рефлексу і ручному впливі на зони подразнення, вибір зони подразнення проводиться індивідуально, залежить від виду рухових порушень та реакцій-відповідей. Вплив на зони стимуляції не викликає болю. Негативна поведінка дитини на вимушене положення під час проведення терапії може бути проявом страху або природного протесту, особливо у дітей малюкового віку. Негативна поведінка дитини не повинна бути проявом агресії та повинна бути усунута методами психологічної корекції. Крім того, необхідна попередня психологічна підготовка батьків до проведення терапії та очікуваних результатів.

4. При введенні Войта-терапії як реабілітаційної методики доцільно використовувати її самостійно, насамперед це пов'язано з розрахунком адекватного навантаження (особливо у дітей малюкового віку).

5. Доцільність комбінування Войта-терапії з іншими реабілітаційними методиками: Войта-терапія сумісна з плаванням, лікувальною гімнастикою та масажем, якщо ці процедури проводяться безпосередньо перед Войта-терапією, але лише у випадках, коли батьки з будь-яких причин не можуть досягти оптимального навантаження тільки за рахунок Войта-терапії.

6. Войта-терапія несумісна з електропроцедурами та електростимуляцією м'язів.

7. При проведенні Войта-терапії має місце часте повторення вправ (3–4 рази на день по 5–20 хвилин протягом одного року). Перший курс навчання батьків Войта-терапії триває 3–4 тижні (терапія проводиться 3–4 рази на день по 5–20 хвилин щоденно).

8. Корекція комплексу вправ проводиться під час консультацій (через 1 місяць

Продовження додатка 3

після першого курсу реабілітації та через 1–3 місяці після повторних курсів).

9. Повторні курси реабілітації з метою корекції Войта-терапії проводяться індивідуально, але не менше 2–3 разів на рік для дітей першого року життя (курс – 3 тижні) і 2 рази на рік для дітей старше 1,5 років (курс 3–4 тижні).

10. Терапія проводиться протягом одного року до отримання позитивних результатів.

2. Метод ЛФК

Ураховуючи те, що проявами захворювань на ДЦП є порушення рухових функцій організму дитини, одним з основних методів комплексної реабілітації є ЛФК. Лікувальна фізична культура (ЛФК) – метод лікування, що полягає в застосуванні фізичних вправ і природних факторів до хворої дитини з лікувально-профілактичними цілями. В основі цього методу лежить використання основної біологічної функції організму – руху.

Лікувальна фізкультура має загальнотонізуючий вплив на організм. Вона сприяє виправленню анатомо-фізіологічних порушень в окремих органах, нормалізує патологічно змінені й компенсує втрачені функції, поліпшує якість рухів, виробляє і закріплює замінні навички. Лікувальна фізкультура добре впливає на стан серцево-судинної і дихальної систем, на психіку хворих, активізує обмін речовин, зміцнює кісткову і м'язову системи, посилює збудливі та гальмівні процеси. Водночас лікувальна фізкультура підвищує дію медикаментів та інших лікувальних засобів при комплексному лікуванні.

Під впливом фізичних вправ у тканинах організму настають зміни білкового обміну з утворенням продуктів розпаду, які стимулюють тканинний обмін і, надходячи в кров, підвищують нервово-м'язовий тонус.

Лікувальна фізкультура сприяє відновленню фізіологічних функцій, уражених хворобливими процесами.

Лікувальна фізкультура є засобом відновлювальної і компенсаторної терапії. З допомогою фізичних вправ можна посилити компенсаторно-приспосувальні функції організму.

Педагогічні принципи лікувальної фізкультури:

- 1) Свідомість.
- 2) Активність.
- 3) Доступність. Вправи повинні бути простими, легкими для запам'ятовування та

Продовження додатка 3

виконання.

4) Міцне засвоєння. Вправи треба добре вивчити, старанно виконувати, по можливості точно.

5) Систематичність.

6) Послідовність. Це додержання окремих принципів методики.

7) Наростання навантаження.

8) Неприпустимість різких переходів у коливанні навантаження.

9) Емоційність.

Способи і зміст вправ для роботи з дітьми із церебральним паралічем:

1. Вправи для розтягування м'язів: зняття напруження в м'язах, профілактика тератогенезу, розширення діапазону руху.

2. Вправи для розвитку дрібної моторики.

3. Коригувальні вправи для виправлень порушень постави.

4. Дихальні вправи.

5. Лікування положенням.

6. Вправи на виконання побутових рухів (надівання та знімання одягу і т.д.).

7. Вправи взаємного впливу для зміцнення провідних і антагоністичних груп м'язів.

8. Вправи на витривалість, для підтримки ефективності функціонування органів.

9. Тренування на розслаблення, для усунення спазмів, напруженості й судом.

10. Тренування ходи (для навчання правильній ході).

11. Вправи на підйом по похилій площині та по прямій для поліпшення рівноваги і рухової сили.

12. Вправи на опір: поступово збільшується тренування на опір для розвитку м'язової сили.

13. Рухливі ігри та елементи спортивних ігор.

Вихідними положеннями повинні бути положення, що їх набуває людський організм послідовно в процесі розвитку і вертикалізації.

Вихідними положеннями, у яких пропонується використовувати лікувальну гімнастику, є:

- положення лежачи на спині;

- положення лежачи на боці (відповідно правому і лівому);

Продовження додатка 3

- положення лежачи на животі;
- положення на животі з опорою на кисть;
- колінно-ліктьове положення;
- колінно-кистьове положення;
- положення стоячи на колінах із додатковою вертикальною опорою;
- положення стоячи.

При плануванні та проведенні занять із лікувальної фізкультури вчитель або інструктор ЛФК повинен урахувати особливості організму дітей, їхні знижені функціональні можливості, повільність адаптації до фізичних навантажень. Особистісно орієнтований підхід дуже важливий.

Тому вчитель або інструктор ЛФК досконально вивчає стан кожної дитини. На перших заняттях проходить оцінювання фізичного розвитку, його тестування. Вивчаються рухові можливості, характер захворювання, його важкість, наявність супутніх захворювань, виявляються можливі протипоказання для збільшення інтенсивності навантажень (епілепсія, новоутворення головного мозку, декомпенсована гідроцефалія, ураження ССС та інше). На заняттях з ЛФК використовуються загальнорозвивальні вправи і коригувальні вправи, рухливі ігри, прикладні вправи, дихальна гімнастика.

Основними видами занять є спеціальні вправи з метою корекційного впливу. Корекційний вплив занять залежить не лише від добору вправ, а й методики їх застосування. На заняттях ЛФК в молодших класах необхідно використовувати нескладне різноманітне спорядження. Бажано в процесі занять використовувати тренажери з метою підвищення функціональних здібностей школярів. Необхідність використовувати тренажери особливо зростає в осінньо-зимовий період.

На заняттях з ЛФК оцінювання навчальних досягнень не здійснюється. Оцінювання роботи учня на занятті проводиться лише у словесній формі.

Програмний матеріал розподіляється за класами, передбачений сіткою годин (таблиця 1), обсяг навчального часу на проходження відповідних розділів – орієнтовні, залежно від умов і об'єктивної необхідності вчитель може змінювати обсяг навчального часу, однак не більше 50 %. Тривалість заняття становить 40 хвилин. Програма розраховується на роботу з групами кількістю 6–10 осіб.

Структура заняття ЛФК має свої особливості:

Продовження додатка 3

Вступна частина (5 хв.) включає загальнозміцнювальні вправи, дихальні, різні види ходьби (якщо дитина самостійно пересувається). Учнів слід шикувати не за зростом, а за функціональними можливостями по підгрупах.

Виконання вправ спочатку проводиться в повільному, а надалі – в середньому темпі. Кожну вправу потрібно повторювати 4–5 разів, згодом 6–8 разів (до 10 разів). Особливу увагу необхідно звертати на рівномірне та глибоке дихання, узгоджуючи з фізичними вправами, застосовувати вправи, що вимагали б великих м'язових зусиль із затримкою дихання. Фізичне навантаження потрібно підвищувати поступово, причому спеціальні вправи повинні сприяти рівномірності фізіологічної кривої уроку.

Основна частина (25 хв.). В основну частину входить виконання вправ на формування правильної постави, зміцнення м'язів спини, живота, верхніх та нижніх кінцівок. У першій половині основної частини всі учні разом повинні повторювати комплекс спеціальних вправ, вивчених на попередніх уроках, у другій – у підгрупах виконувати індивідуальні завдання, заплановані на урок. Навчальний матеріал в основній частині уроку варто розподіляти так, щоб фізіологічна крива відповідної реакції організму учнів на фізичне навантаження мала найбільший пік у другій її половині. Вправи можуть виконуватися з використанням різноманітних допоміжних засобів (гімнастичних палок, м'ячів, гантель та інших уважувачів, на гімнастичній стінці, на гімнастичній лаві, з використанням елементів гри).

Завершальна частина (до 10 хв.) має складатися з дихальних вправ, вправ на розслаблення, її завдання – зниження фізіологічного навантаження і приведення організму до відносно спокійного стану, підбиття підсумків уроку.

При виконанні комплексів вправ застосовуються такі знаряддя:

- гімнастичні палки,
- уважнювачі;
- гантелі різної ваги, еспандери, м'ячі, гімнастичний каток, дошка Євминова;
- мінітренажери, сенсорні доріжки, пристосування для механотерапії.

3. Сенсорна інтеграція

Сенсорна інтеграція – це одна з найбільш результативних методик корекції XXI століття. Сенсорна інтеграція – це фізичний вплив на фізіологічні особливості при певному захворюванні, з подальшим впливом на когнітивні функції з метою розвитку

Продовження додатка 3

фізичного, психічного здоров'я, полегшення різної симптоматики, реабілітації та гармонізації психоемоційного стану. Таким чином, можна визначити, що сенсорний вплив сполучний між психічним і фізичним. Основою сенсорної інтеграції є різні тренажери на базі сучасних технологій. Вони можуть бути базою для класичної корекції й можуть використовуватися як незалежний метод реабілітації. Сенсорна корекція відбувається виключно з урахуванням особливостей дитини, її потреб та бажань – добровільно і невимушено.

Сенсорна корекція захворювання на ДЦП

ДЦП має ряд форм з різним ступенем ураження ЦНС і порушенням фізіологічних функцій організму. При цьому, безумовно, страждає сприйняття. Через спотворення в сприйнятті сенсорна інтерпретація сповільнюється і неправильно аналізується в корі головного мозку. Тому особливо важливо проводити сенсорну корекцію для дітей з цією недугою. Проте не можна застосовувати однакові тренажери для корекції різних форм, нехай і одного захворювання. Кожна форма має свою характеристику, виходячи з якої необхідно призначати ряд сенсорних вправ. Спастична диплегія, або синдром Літтля – найпоширеніша форма ДЦП по всьому світу. Варто зауважити, що це не найважча форма, і вона піддається корекції. Діти з синдромом Літтля можуть розвинути в собі навички самообслуговування, у деяких трапляється збережений інтелект або неглибокі порушення, які можна подолати за допомогою регулярних занять. Сенсорна корекція дає можливість одночасно впливати і на фізичні, і на психічні порушення та розвивати їх рівною мірою.

З особливостями методики ви можете ознайомитися далі:

Сенсорна корекція дитячого церебрального паралічу – ДЦП. Форма – спастична диплегія.

- Особливості сприйняття у дітей з синдромом Літтля.
- Критерії комплектації сенсорної кімнати для дітей з ДЦП.
- Методичні рекомендації щодо застосування обладнання в контексті сенсорної корекції.

Особливості сприйняття у дітей з синдромом Літтля

Дитячий церебральний параліч – це насамперед синдромокомплекс. Саме через широкий спектр симптоматики корекцію необхідно призначати залежно від особистісних

Продовження додатка 3

особливостей і особливостей захворювання. Особливості сприйняття у дітей з синдромом Літтля можна охарактеризувати так:

- Порушення просторового сприйняття, при спастичній диплегії відбувається орієнтація по вертикалі.
- Унаслідок рухового дефекту утруднюється перцептивна активність.
- У дитини відсутні рефлексі повороту голови і очей до світла. Предмет очима не фіксує. Відсутнє зосередження погляду на блискучих і яскравих предметах.
- Порушення фонематичного слуху ускладнюють навчання письма та читання. Відставання у формуванні словника і семантичні порушення.
- Не співвідносить форму реальних предметів із заданою геометричною формою.
- Впізнає 4–5 кольорів спектра. Поняття протяжності (ширше – вужче, довше – коротше) не сформовані. Починає диференціювати кутові й округлі фігури. Відзначається грубий астереогноз.
- Сприйняття ситуативне і недиференційоване.
- Не наслідує мову оточуючих, реакція на звернення неяскрава.
- Можливі порушення зору і слуху залежно від глибини ураження.

Глибину ураження визначають, орієнтуючись на ступінь тяжкості. Існує три види ступеня тяжкості: першого ступеня – легка форма, можуть самостійно просуватися, другий ступінь – вимагають сторонньої допомоги, можуть пересуватися за допомогою спеціального обладнання. Третій ступінь – найбільш важкий, основною характеристикою є те, що діти не здатні пересуватися. Особливості сприйняття виражаються залежно від глибини ураження, при легкій формі деякі й зовсім можуть бути відсутні. Крім того, необхідно продіагностувати ступінь відчуття дотику дитиною, простеживши її реакцію на стимули різної сили і типології. Також важливо диференціювати порушення в роботі аналізаторів і порушення інтелекту, тобто оброблення інформації.

Є певні критерії комплектації сенсорної кімнати для дітей з ДЦП та методичні рекомендації щодо застосування обладнання в контексті сенсорної корекції.

ФІЗКУЛЬТУРНО-ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ

Фізкультурно-фізична реабілітація – фізкультурно-спортивна реабілітація – система заходів, розроблених із застосуванням фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення і компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для покращення фізичного і психологічного стану [8].

Мета: створення і забезпечення умов з відновлення і компенсації функціональних можливостей організму дитини МШВ з ДЦП.

Завдання:

1. Покращення загального стану здоров'я дитини.
2. Підвищення рухової активності.
3. Оздоровлення, формування компенсаторних функцій організму.
4. Формування позитивної мотивації дитини МШВ з ДЦП до суспільної адаптації.

Напрями: навчання дітей МШВ з ДЦП занять фізичною культурою; оздоровлення у таборах фізкультурно-спортивної реабілітації осіб з інвалідністю; навчально-тренувальні заняття фізичною культурою і спортом; заняття спортом.

Методи: навчально-тренувальні вправи, режим харчування, загартування.

Продовження додатка 3

Загальні рекомендації щодо роботи з дітьми МШВ з ДЦП

1. Створіть для роботи спокійну атмосферу:

- міміка та пантоміміка (жести) відіграють важливу роль у встановленні контактів;
- жести повинні мати відкритий доброзичливий характер;
- не слід перехрещувати руки на грудях, ховати їх за спину або у кишені.

2. Намагайтеся налагодити доброзичливий, партнерський контакт:

- починайте свою роботу з усмішки;
- ні в якому разі не можна налаштовуватись на почуття жалю або зверхності, тим більше нехтувати дитиною – ваше обличчя і жести вас видають.

3. Дитина має свої власні особисті властивості:

- коректно увійдіть у внутрішній світ дитини;
- м'яко зацікавте дитину грою або іграшкою, завданням;
- використовуйте дидактичні ігри, роздатковий матеріал, мозаїку, конструктор та ін.;
- у процесі гри доцільно включати елементи корекції порушень мовлення;
- дитина-інвалід піддається впливу страхів більше, ніж здорова;
- повсякчас підбадьорюйте дитину;
- приберіть із розмови слова «не вмієш», «злякався», «у тебе не вийде»;
- постійно тримайте дитину у полі зору, стежте за її реакціями: напруженість, стереотипні рухи, невдоволені репліки мають бути поміченими;
- будьте насторожі, якщо дитина голосно сміється, співає, залишаючись напруженою;
- іноді можуть виявлятися сексуальні нахили дитини.

Для того, щоб реабілітаційна спрямованість навчання дітей з особливостями психофізичного розвитку дала позитивні результати, вчитель повинен знати, наскільки вона ефективна, тобто враховувати такі критерії, як:

- якісне і кількісне полегшення структури дефекту;
- виправлення недоліків і перехід до скоригованої вади, до позитивних можливостей дитини;
- підвищення рівня актуального розвитку і, як наслідок, збільшення зони найближчого розвитку;
- свідоме користування дітьми набутиим досвідом;

Список використаних джерел

1. Абраменко В. В. Комплексна реабілітація дітей, хворих на церебральний параліч, із застосуванням скальпакупунктури. *Современная педиатрия. Неврология*. Київ, 2017, Вип. 3 (83). С. 132–137.
2. Войтко В. Навчання і виховання дітей з особливими освітніми потребами: сучасні підходи: навчально-методичний посібник. Кропивницький, 2016. 84 с.
3. Методичні рекомендації по формуванню реабілітаційного середовища. Миколаїв, 2003. 31 с.
4. Міщик Л. І., Шейко Г. Д., Смик А. С. Інклюзивна освіта: здобутки, проблеми та перспективи: монографія; за заг. ред. проф. Л. І. Міщик. Суми, 2018. 144 с.
5. Остапенко Т. В., Авраменко Л. Ю., Свистуг Г. М. Програма корекційних занять з ЛФК для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату. Київ, 2015.
6. Приходько О. Г. Рання допомога дітям з церебральним паралічем в системі комплексної реабілітації: монографія. Санкт-Петербург, 2008. 208 с.
7. Про затвердження Державної типової програми реабілітації осіб з інвалідністю: Постанова Кабінету Міністрів України від 08.12.2006 р. № 1686. URL: http://search.ligazakon.ua/l_doc2.nsf/link1/КР061686.html (дата звернення: 24.01.2019).
8. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні, Закон України від 06.10.2005 р. № 2961-IV. Відомості Верховної Ради України (ВВР). 2006. № 2–3. С. 36.
9. Чеботарьова О. В., Коваль Л. В., Данілавичюте Е. А. Дитина із церебральним паралічем. Харків, 2018. 40 с.

Додаткові навчальні завдання до фахових дисциплін

Навчальні питання	Дисципліни
<p>1. Особливості сутності соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; напрями соціально-педагогічної роботи з сім'ями, в яких виховуються діти МШВ з ДЦП.</p> <p>2. Спеціальні принципи соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП; специфіка роботи соціального педагога/соціального працівника з дітьми МШВ з ДЦП відповідно до функціональних обов'язків у освітніх та соціальних закладах.</p> <p>3. Традиційні й нетрадиційні форми роботи соціального педагога/соціального працівника в освітніх та соціальних закладах; функції соціальних служб щодо надання послуг із соціальної реабілітації дітям МШВ з ДЦП.</p>	Соціальна педагогіка
<p>1. Специфіка застосування технологій соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП в соціальних, освітніх та інших закладах.</p> <p>2. Теоретико-технологічні основи процесу соціального супроводу дітей МШВ з ДЦП; психолого-педагогічна корекція дітей МШВ з ДЦП.</p>	Технології соціальної роботи»
<p>1. Соціальна реабілітація як один із видів соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП.</p> <p>2. Труднощі й перешкоди в соціально-педагогічній роботі з сім'єю, яка виховує дитину МШВ з ДЦП.</p>	Соціальна робота з різними групами клієнтів

Додаткові завдання до практичних занять із фахових дисциплін

Професійно зорієнтовані завдання	Методи навчання	Дисципліни
<p>1. Складіть порівняльну таблицю основ формування первинних навичок соціалізації дитини МШВ з ДЦП та дитини МШВ за встановленими нормами вікової категорії.</p> <p>2. Опрацюйте законодавчо-нормативну базу України, яка регламентує надання різних видів соціальних послуг дітям МШВ з ДЦП.</p>	<p>1. Професійно зорієнтоване завдання «Порівняй».</p> <p>2. Професійно зорієнтоване завдання «Твоє право»</p>	Соціальна педагогіка
1. Самостійно розробіть ситуацію; доберіть форми, методи й засоби соціальної реабілітації для дитини МШВ з ДЦП за участю соціального педагога/соціального працівника і її сім'ї й репрезентуйте відповідну роботу.	1. Професійно зорієнтоване завдання «Зрозумій та допоможи»	Технології соціальної роботи
1. Заповніть таблицю (проблеми дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей; планування організації соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП та їхніми сім'ями; шляхи реалізації соціальної роботи з дітьми МШВ з ДЦП).	1. Професійно зорієнтоване завдання «Проблема, планування, дії»	Соціальна робота з різними групами клієнтів

Фрагмент лабораторного заняття

Тема. Загальна характеристика структури соціальної реабілітації.

Підтема. Функціональні обов'язки соціального працівника в наданні соціально-реабілітаційних послуг дітям молодшого шкільного віку з ДЦП. Організаційні функціональні обов'язки.

Перебіг заняття: творче самостійне завдання (кожен пункт розрахований на роботу в парі):

а) складіть форму документа з метою визначення спектру запитів клієнтів, надання їм допомоги в пошуку відповідних агенцій;

б) складіть форму документа з метою створення інформаційного банку даних про послуги державних та недержавних організацій і умови їх надання;

в) розробіть план-схему роботи з ініціювання створення клієнтських груп взаємодопомоги (батьківських/материнських, груп сиблінгів – братів та сестер тощо), забезпечте такі групи додатковою інформацією правового та іншого характеру;

г) розробіть план-схему ведення переговорів із представниками органів місцевої влади та громадськості з певної теми;

д) розробіть та репрезентуйте соціальну рекламу з проблем захисту прав дітей із ДЦП, з метою оприлюднення через засоби масової інформації стану задоволення соціальних потреб дітей МШВ з ДЦП.

Перебіг заняття: проведення заняття з допомогою інтерактивних технологій: виконання творчого самостійного завдання до кожного пункту переліку організаційних функціональних обов'язків соціального працівника в наданні соціально-реабілітаційних послуг дітям молодшого шкільного віку з ДЦП; з допомогою методу роботи в парах.

Форма роботи – виступ і тематична дискусія.

Фрагмент практичного заняття

Тема. Професійні якості соціального працівника в роботі з надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП

Мета. Надати знання про роль соціального працівника в роботі з надання соціально-реабілітаційних послуг дітям МШВ з ДЦП.

Питання для підготовки.

1. Особистісні якості (у т. ч. комунікативні) соціального працівника у проведенні соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП.
2. Професійна компетентність соціального працівника у реабілітаційній роботі.
3. Етичний кодекс соціального працівника в соціально-реабілітаційній роботі з дітьми МШВ з ДЦП.

Перебіг заняття: метод «Мозкова атака»:

а) на тему «Особистісні якості соціального працівника у проведенні соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП». Із варіантів відповідей виводяться особисті якості соціального працівника з відповідного виду роботи;

б) на тему «Професійна компетентність соціального працівника у відповідному напрямі роботи». Із варіантів відповідей виводяться компоненти професійної компетентності соціального працівника з відповідного виду роботи;

в) на тему «Етичний кодекс соціального працівника в соціально-реабілітаційній роботі з дітьми МШВ з ДЦП. Із варіантів відповідей виводяться принципи діяльності та норми поведінки соціального працівника з відповідного виду роботи.

Характеристика виробничої практики

Галузь знань

1301 «Соціальне забезпечення»/23 «Соціальна робота»

напрямок підготовки, спеціальність

6.130102 «Соціальна робота»/231 «Соціальна робота»

освітній ступінь (бакалавр)

- Основною метою практики є закріплення й поглиблення теоретичних знань студентів, а також формування у них професійних навичок і вмінь.

Основними завданнями практики в цілому є:

- вивчення системи спеціалізованої соціальної допомоги різним категоріям населення та змісту діяльності окремих установ;
- освоєння основних прийомів, форм і методів роботи з різними групами населення фахівця із соціальної роботи;
- отримання навичок індивідуальної роботи з клієнтом;
- освоєння навичок організаційно-управлінської роботи в установах і структурах соціальної роботи;
- встановлення і підтримання професійних контактів із фахівцями та керівниками установ соціальної сфери;
- формування культури ділового мислення, мовлення, спілкування (спеціаліст – клієнт);
- освоєння окремих елементів професійних операцій;
- вивчення правового простору діяльності фахівця з соціальної роботи;
- оволодіння прийомами надання соціально-психологічної підтримки клієнта;

Продовження додатка Л

- оволодіння сучасними методами пошуку, обробки та використання службово-професійної інформації та розвиток умінь інтерпретувати й адаптувати інформацію для адресата;
- оволодіння технологією організації та проведення анкетування;
- освоєння вмінь постановки соціального діагнозу;
- оволодіння технологією організації та проведення патронажу клієнта;
- оволодіння навичками складання листів-звернень;
- оволодіння методами соціологічних досліджень у своїй професійній діяльності;
- розвиток діагностичних, аналітичних, проєктивних, прогностичних і рефлексивних умінь;
- вивчення основ і принципів соціально-психологічної консультації.

Виробнича практика (стажування за спеціалізацією) включає в себе:

- навчання елементів організації, адміністрування та керівництва в рамках структурних підрозділів різних соціальних служб;
- набуття навичок ведення документації;
- участь у розробленні планів, стратегій діяльності соціальних служб, соціальних програм і проєктів;
- аналіз та оцінювання ефективності діяльності установи соціальної роботи;
- набуття навичок прогнозування розвитку організацій;
- набуття навичок комплексного аналізу всіх аспектів діяльності соціальної установи;

Продовження додатка Л

- отримання навичок роботи на посаді фахівця із соціальної роботи в конкретній сфері або з конкретними категоріями населення з метою можливого подальшого працевлаштування.

Перед виходом на практику студенти повинні:

- ознайомитися з програмою практики;
- отримати індивідуальне завдання від наукового керівника з практики;
- отримати направлення на практику;
- отримати необхідні консультації з організації та методики роботи, звітності в керівника практики;
- дібрати і вивчити рекомендовану наукову та довідкову літературу.

Під час проходження практики студент зобов'язаний:

- виконувати всі види робіт, передбачені програмою практики і індивідуальним завданням;
- підкорятися чинним в установі, організації правилам внутрішнього трудового розпорядку, дисципліни;
- виконувати адміністративні, виробничі та науково-технічні вказівки керівників практики, забезпечувати високу якість виконуваних робіт;
- проводити необхідні дослідження, спостереження, вивчати нормативну документацію і збирати матеріал для науково-дослідної роботи;
- брати активну участь у роботі установи, вносити свої пропозиції щодо вдосконалення соціальної роботи;
- систематично вести щоденник практики та своєчасно скласти звіт про проходження практики.

Після завершення практики студент-практикант складає письмовий звіт

Продовження додатка Л

і здає його груповому керівнику практики від кафедри. Звіт складається студентом-практикантом відповідно до вимог проходження певного виду практики. Після завершення практики студент захищає звіт перед науковим керівником практики від кафедри. Оцінювання проходження практики здійснюється за критеріями:

- повнота і якість виконаного звіту;
- відгук керівників практики від установи;
- ініціативність студента на практиці;
- своєчасність складання звіту про практику;
- знання студентом теоретичного матеріалу та вміння застосовувати їх у практичній діяльності;
- захист звіту.

АНКЕТА ДЛЯ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ

(авторська анкета)

Шановні друзі, дайте відповіді на запитання, запропоновані в анкеті. Те, що ви вкажете, не буде повідомлятися третім особам. Воно буде використано для наукового дослідження.

1. Чи знаєте Ви про таку соціальну категорію, як діти-інваліди?
2. Чим характерне захворювання на дитячий церебральний параліч (ДЦП) ?
3. Чи потребує дитина цієї категорії особливого ставлення? Якого?
4. Якого виду соціальної допомоги потребує найбільше дитина із цим захворюванням?
5. Чи потрібна дітям-інвалідам МШВ з ДЦП соціальна адаптація у суспільстві? Чому?
6. Чи відомо Вам про такий вид соціальної роботи, як соціальна реабілітація?
7. Як Ви розумієте поняття «соціальна реабілітація»?
8. Яка, на Вашу думку, головна мета соціальної реабілітації дітей-інвалідів МШВ з ДЦП?
9. Чи відомі вам законодавчо-нормативні документи, які регламентують соціально-реабілітаційну допомогу дітям-інвалідам із церебральним паралічем? Які?
10. Чи доводилось Вам взаємодіяти з дитиною-інвалідом МШВ з ДЦП та її родиною? За яких обставин?
11. Які проблеми дітей-інвалідів МШВ з ДЦП та їхніх родин ви можете визначити?
12. Хто повинен бути ініціатором взаємодії між соціальним працівником та родиною, яка виховує дитину з захворюванням на ДЦП?
13. Які форми взаємодії соціального працівника з дитиною цієї категорії та її родиною ми можете запропонувати?
14. Які організації, на Вашу думку, допомагають вирішити проблеми членів родини, в якій виховується дитина-інвалід МШВ із захворюванням на ДЦП ?
15. Які знання та вміння необхідні, на Ваш погляд, для організації успішної взаємодії з дітьми та їхніми батьками?
16. Які знання та вміння, необхідні для цієї роботи, Ви одержали у виші?
17. Які навчальні дисципліни, на Ваш погляд, допомагають набути знань та вмінь, необхідних для налагодження соціально-реабілітаційної взаємодії з дітьми даної категорії?
18. Що може бути мотивацією для Вас у роботі з дітьми-інвалідами МШВ з захворюванням на ДЦП?

Ключ до анкети:

За позитивну відповідь («Так») нараховується по 1 балу за запитання: 1, 6, 10.

За повну (додатково до відповіді «Так») та правильну відповідь відповідно до змісту запитання нараховується по 1 балу за запитання 3, 5, 9, 10, 18 та за запитання 2, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 (до 1-х найменувань відповіді).

За повну (додатково до відповіді «Так») та правильну відповідь відповідно до змісту запитання нараховується по 2 бали за запитання 2, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 (до 2-х найменувань відповіді).

Продовження додатка М

За повну (додатково до відповіді «Так») та правильну відповідь відповідно до змісту запитання нараховується по 3 бали за запитання 2, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 (3-х та більше найменувань відповіді).

Інструкція щодо оброблення результатів:

Підраховується загальна кількість балів.

Якщо сума балів більша за 50, то у майбутнього соціального працівника рівень обізнаності з питання організації соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП високий.

При 37–50 балах – рівень достатній.

Якщо сума 24-37 балів, то рівень базовий.

Якщо результат нижчий за 24 бали, то рівень початковий.

Характеристика рівнів обізнаності МСП щодо соціально-реабілітаційної роботи з дітьми МШВ з ДЦП

Початковий рівень:

- відсутні відповіді на запитання 1, 6, 9;
- відсутні, подекуди беззмістовні або неправильні відповіді на запитання 2, 4, 5, 7, 8, 11, 13–15;
- відповідям на запитання 3, 10, 12, 16–18 притаманний поверховий, нечітко окреслений характер.

Базовий рівень:

- відповіді позитивні на запитання 1, 6, 9 (не перелічено жодного або у кількості одного документа);
- подекуди беззмістовні або неправильні чи частково правильні відповіді на запитання: 2 (перелічена одна ознака), 4 (перелічений один вид соціальної допомоги), 5, 7 (визначення має загальний, поверховий характер), 8 (відповідь відсутня або неправильна), 11 (наведено до 2-х проблем), 13–15 (13 – перелічено до однієї форми, 14 – перелічено до однієї організації, 15 – надана відповідь у кількості не більше двох);
- відповідям на запитання 3, 10, 12, 16–18 притаманний загальний, поверховий, частково розкритий характер.

Достатній рівень:

- відповіді позитивні на запитання 1, 6, 9 (перелічено 1–2 документи);
- відповіді частково правильні, зміст розкритий неповністю на запитання: 2 (перелічено до 2-х ознак), 4 (перелічено до 2-х видів соціальної допомоги), 5, 7 (визначення правильне, але зміст розкритий частково), 8 (відповідь частково правильна,), 11 (наведено до 3-х проблем), 13–15 (13 – перелічено до 2-х форм, 14 – перелічено до 2-х організацій, 15 – надана відповідь у кількості не більше 3-х);
- відповідям на запитання 3, 10, 12, 16–18 притаманний змістовний, чітко окреслений характер.

Продовження додатка М

Високий рівень:

- відповіді позитивні на запитання 1, 6, 9 (перелічено більше 3-х документів);
- відповіді правильні, зміст розкритий повністю на запитання: 2 (перелічено більше 3-х ознак), 4 (перелічено більше 3-х видів соціальної допомоги), 5, 7 (визначення правильне, зміст повністю розкритий), 8 (відповідь правильна, деталізована), 11 (наведено більше 3-х проблем), 13–15 (13 – перелічено більше 2-х форм, 14 – перелічено більше 2-х організацій, 15 – надана відповідь у кількості більше 3-х);
- відповідям на запитання 3, 10, 12, 16–18 притаманний змістовний, детальний та усвідомлений характер.

**Методики дослідження рівня сформованості компонентів ГМСП
до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП**

Компоненти готовності	Методика діагностування
Особистісно-мотиваційний	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методика визначення ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптована на основі методики МПЦУ І. К. Шалаєва 2. Методика діагностування рівня емпатійних здібностей МСП за В. В. Бойко 3. Тест на визначення рівня комунікабельності у МСП за тестом В. Ф. Раховського 4. Самоаналіз та самооцінювання 5. Спостереження
Когнітивний	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методика визначення ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптована на основі методики МПЦУ І. К. Шалаєва 2. Тест на визначення у МСП рівня здатності пізнання щодо проблем соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (авторський тест) 3. Аналіз продуктів навчально-наукової діяльності студентів (аналіз документації, МКР, СР, усні та письмові відповіді, творчі завдання) 4. Самоаналіз та самооцінювання 5. Спостереження
Діяльнісно-практичний	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методика визначення ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптована на основі методики МПЦУ І. К. Шалаєва 2. Тест на виявлення власних управлінських здібностей у МСП 3. Оцінювання практики 4. Самоаналіз та самооцінювання 5. Спостереження
Оцінювально-рефлексивний	<ol style="list-style-type: none"> 1. Методика визначення рівня розвитку рефлексивності МСП за А. В. Карповим 2. Картка самооцінювання рівня ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП, адаптована на основі картки О. В. Демченко

**Шкала оцінювання рівнів сформованості компонентів ГМСП до
соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП**

Компоненти	Показник	Методика	Інди- катор	Норма (рівень)
1. Особистісно- мотиваційний	1.1. Наявність сформованих ціннісно-мотиваційних орієнтирів до соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП	1. Експертне оцінювання 2. Тестування	0–5	0–3 (початковий) 4–5 (базовий)
	1.2. Наявність необхідних особистісно-моральних якостей МСП до соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП	3. Самоаналіз та самооцінювання 4. Спостереження		6–8 (достатній) 9–10 (високий)
2. Когнітивний	2.1. Здатність до пізнання проблем щодо соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	1. Тестування	0–5	0–3 (початковий) 4–5 (базовий) 6–8 (достатній) 9–10 (високий)
	2.2. Наявність професійних знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП	2. Експертне оцінювання 3. Самоаналіз та самооцінювання 4. Спостереження 5. Аналіз продуктів діяльності		0–5

Продовження додатка Н 2

3. Діяльнісно-практичний	3.1. Наявність організаційно-управлінських здібностей щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	1. Експертне оцінювання 2. Тестування 3. Самоаналіз та самооцінювання 4. Спостереження 5. Аналіз продуктів діяльності	0–5	0–3 (початковий) 4–5 (базовий) 6–8 (достатній) 9–10 (високий)
	3.2. Здатність до реалізації знань, умінь у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП			
4. Оцінювально-рефлексивний	4.1. Самооцінювання готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	1. Тестування 2. Самоаналіз	0–5	1 – (початковий) 2 – (базовий) 3 – (достатній) 4 – (високий)
	4.2. Здатність до самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку (розвиненість рефлексії)	1. Тестування II 2. Самоаналіз та самооцінювання	-5	>2 – (початковий) 2–4 – (базовий) 5–7 – (достатній) <8 – (високий)

Методика визначення готовності майбутніх соціальних працівників (ГМСП) до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку (МШВ) з дитячим церебральним паралічем (ДЦП)

(адаптована на основі методики МПЦУ І. К. Шалаєва)

Інструкція для учасників дослідження:

Шановні друзі, оцініть свої якості за 10-бальною шкалою (ваші дані – колонка А). Те, що ви вкажете, не буде повідомлятися третім особам. Воно буде використано для наукового дослідження.

Таблиця П.1

1. Параметр. Мотиваційно-особистісний критерій – «М»

Параметр	Якісна характеристика	А	В	С
М-1	Особистісна зрілість, самостійність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП			
М-2	Пізнавальний інтерес до соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП			
М-3	Мотивація позитивного ставлення до дітей МШВ з ДЦП			
М-4	Альтруїстична мотивація у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (перевага суспільних інтересів над особистими)			
М-5	Усвідомлення значущості соціальної реабілітації в поліпшенні соціального становища дітей МШВ з ДЦП			
М-6	Гуманістична спрямованість у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП			
М-7	Здатність до емпатії у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (розуміння ставлень, почуттів іншої особи)			
М-8	Комунікабельність у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП			
М-9	Здатність до самокритичності у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП			
М-10	Відчуття справедливості у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП (відповідність моральним і правовим нормам людських стосунків)			
Середній показник	$M(\text{ср.}) = \frac{(M-1)+(M-2)+\dots+(M-10)}{10}$			

Продовження додатка П

Таблиця П.2

2. Параметр. Когнітивний критерій - «К»

Параметр	Якісна характеристика	А	В	С
К-1	Знання основ історії та теорії соціальної роботи, теорії соціальної педагогіки, основ реабілітології			
К-2	Знання вікової і педагогічної та соціальної психології			
К-3	Знання основ менеджменту соціального забезпечення			
К-4	Знання соціальної політики стосовно дітей МШВ з ДЦП в Україні (динаміка, причини та наслідки, сучасні проблеми у наданні соціально-реабілітаційних послуг)			
К-5	Знання нормативно-правової бази України щодо надання соціальної реабілітації дітям МШВ з ДЦП			
К-6	Знання функціональних обов'язків соціального працівника щодо надання соціально-реабілітаційних послуг дітям з ДЦП			
К-7	Володіння системою знань про особливості захворювання на ДЦП			
К-8	Знання особливостей психофізичного та соціального розвитку дітей МШВ з ДЦП			
К-9	Знання технології надання соціально-реабілітаційної допомоги дітям МШВ з ДЦП			
К-10	Володіння системою знань про структуру та діяльність установ із соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП.			
Середній показник	$K(\text{ср.}) = \frac{(K-1)+(K-2)+\dots+(K-10)}{10}$			

Таблиця П.3

3. Параметр. «Діяльнісно-практичний» – «Д»

Параметр	Якісні характеристики		А	В	С
Д-1	Володіння технологіями та техніками менеджменту	Володіння вміннями адміністрування міждисциплінарної команди (забезпечення ефективної взаємодії її членів, перспективне планування, супервізії роботи команди) з питань соціальної реабілітації дітей			
Д-2		Володіння вміннями координування складання індивідуальних реабілітаційних планів на дітей МШВ з ДЦП та моніторинг їх виконання			
Д-3		Володіння вміннями працювати з дітьми МШВ з ДЦП та їхніми сім'ями, з колегами; знання психології організаційних процесів, навички оцінювання і впливу на людей, вміння стимулювати і спрямовувати			
Д-4	Володіння технологіями соціального прогнозування	Володіння вміннями визначення спектру запитів клієнтів із числа дітей МШВ з ДЦП, надання їм допомоги у пошуку відповідних агенцій			

Продовження додатка П

Д-5	Володіння технологіями зв'язку з громадськістю	Володіння вміннями створення інформаційного банку даних про послуги державних та недержавних організацій і умови їх надання дітям МШВ з ДЦП та їхнім сім'ям			
Д-6	Володіння технологіями посередництва та розв'язання конфліктів	Володіння вміннями ініціювання створення клієнтських груп взаємодопомоги (батьківських/материнських, груп сиблі) серед родин з дітьми МШВ з ДЦП, забезпечення таких груп додатковою інформацією правового та іншого характеру			
Д-7		Володіння вміннями ведення переговорів із представниками органів місцевої влади та громадськості з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП			
Д-8	Володіння рекламно-інформаційним і технологіями та технологіями зв'язку з громадськістю	Володіння вміннями оприлюднення через засоби масової інформації стану задоволення соціальних потреб дітей МШВ з ДЦП та їхніх сімей			
Д-9	Уміння здійснювати дослідницьку діяльність	Володіння вміннями прогнозування, діагностування, організації діяльності, аналізу і синтезу, узагальнення тощо з питань соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП			
Д-10	Володіння технологіями особистісно орієнтованої взаємодії	Володіння вміннями індивідуального підходу, комунікативності в процесі проведення соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП			
Середній показник	$D(\text{ср.}) = \frac{(D-1)+(D-2)+\dots+(D-10)}{10}$				

Інструкція щодо оброблення результатів:

Методика містить блоки питань по 10 тверджень, за якими студент оцінює свої якості за десятибальною шкалою – за кожним із показників визначається середній показник. Із метою визначення об'єктивного значення (ОЗ) за рівнем готовності враховується у кожній групі експертів: перший експерт визначається закладом, у якому майбутній соціальний працівник проходив практику – С; другий експерт з числа викладачів – В; третій експерт сам атестований (майбутній соціальний працівник) – А.

Після цього визначається об'єктивне значення ОЗ готовності за формулою:

$$OZ = \frac{3C + 2B + A}{6}$$

Методика діагностування рівня емпатійних здібностей майбутніх соціальних працівників

(адаптована на основі методики В. В. Бойко)

Інструкція для учасників дослідження:

Шановні друзі, на зазначені запитання дайте відповідь (+) або (-). Те, що ви вкажете, не буде повідомлятися третім особам. Воно буде використано для наукового дослідження.

1. Я маю звичку уважно вивчати обличчя і поведінку людей, щоб зрозуміти їхній характер, схильності, здібності.
2. Якщо оточення виявляє ознаки нервозності, я, зазвичай, залишаюсь спокійним.
3. Я більше довіряю доказам свого розуму, ніж інтуїції.
4. Я вважаю цілком доречним для себе цікавитися домашніми проблемами своїх співробітників.
5. Я можу легко ввійти в довіру до людини, коли в цьому виникає потреба.
6. Зазвичай, я з першої ж зустрічі вгадую «споріднену душу» в новій людині.
7. Я з цікавості, як правило, розпочинаю розмову про життя, роботу, політику з випадковими попутниками у потязі, літаку.
8. Я втрачаю душевну рівновагу, якщо оточуючі чимось пригнічені.
9. Моя інтуїція – надійніший спосіб розуміння оточуючих, ніж знання чи досвід.
10. Виявляти цікавість до внутрішнього світу іншої особистості – нетактовно.
11. Своїми словами я часто ображаю близьких мені людей, не помічаючи цього.
12. Я легко можу уявити себе якоюсь твариною, відчути її звички і стани.
13. Я майже не розмірковую над причинами вчинків людей, які мають до мене безпосереднє відношення.
14. Я рідко приймаю до серця проблеми своїх друзів.
15. Як правило, за кілька днів я відчуваю: щось повинно трапитися з близькою мені людиною, і очікування збуваються.
16. Спілкуючись з діловими партнерами, я, зазвичай, намагаюсь уникати розмов про особисте.
17. Іноді рідні дорікають мені за черствість, неувагу до них.
18. Мені легко вдається скопіювати інтонацію, міміку людей, наслідуючи їх.
19. Мій зацікавлений погляд часто бентежить нових партнерів.
20. Чужий сміх, зазвичай, передається і мені.
21. Часто, діючи навмання, я все ж таки знаходжу правильний підхід до людини.
22. Плакати від щастя – дурниця.
23. Я здатен цілком злитися з близькою для мене людиною, ніби розчинитися в ній.
24. Мені рідко зустрічалися люди, яких би я розумів без зайвих слів.
25. Я мимоволі чи з цікавості часто підслуховую розмови сторонніх людей.
26. Я можу залишатися спокійним, навіть якщо всі навколо мене хвилюються.
27. Мені набагато легше підсвідомо відчути сутність людини, ніж зрозуміти її, «розклавши на полочки».
28. Я спокійно ставлюся до дрібних неприємностей, які трапляються у когось із членів сім'ї.
29. Мені було б складно щиро і довірливо вести бесіду з настороженою, замкнутою людиною.

Продовження додатка Р

30. У мене творча натура – поетична, художня, артистична.

31. Я без особливої цікавості вислуховую сповіді нових знайомих.

32. Я засмучуюсь, якщо бачу людину в сльозах.

33. Моє мислення більше відрізняється конкретністю, строгістю, послідовністю, ніж інтуїцією.

34. Коли друзі починають говорити про свої неприємності, я волю перевести розмову на іншу тему.

35. Якщо я бачу, що у когось з рідних погано на душі, то, як правило, стримуюсь від розпитувань.

36. Мені складно зрозуміти, чому дрібниці можуть так сильно засмучувати людей.

Обробка даних: Підраховується кількість правильних відповідей (відповіді до «ключа») за кожною шкалою, а потім визначається сума-оцінка:

1. Раціональний канал емпатії: + 1, + 7, -13, + 19, +25, -31;

2. Емоційний канал емпатії: -2, +8, -14, +20, - 26, +32;

3. Інтуїтивний канал емпатії: -3, +9, +15, +21, +27, - 33;

4. Установки, які сприяють емпатії: +4, -10, -16, -22, -28, -34;

5. Здатність до емпатії: + 5, -11, - 17, - 23, -29, -35;

6. Ідентифікація в емпатії: +6, +12, +18, - 24, + 30, -36.

Інструкція щодо оброблення результатів:

Аналізуються показники окремих шкал і загальна сумарна оцінка рівня емпатії. Оцінки на кожній шкалі можуть варіюватися від 0 до 6 балів і вказувати на значущість конкретного параметра в структурі емпатії.

Раціональний канал емпатії. Характеризує спрямованість уваги, сприйняття і мислення емпатуючого на суть будь-якої іншої людини – її стан, проблеми, поведінку. Це спонтанний інтерес до іншої людини, який відкриває «шлюзи» емоційного та інтуїтивного її відображення. У раціональному компоненті емпатії не слід шукати логіку чи мотивацію інтересу до іншого. Людина привертає увагу своєю буттєвістю, що дає змогу емпатуючому неупереджено виявляти її суть.

Емоційний канал емпатії. Фіксується здатність емпатуючого входити в емоційний резонанс з оточенням – співпереживання, співучасть. Емоційна чутливість у цьому разі стає засобом «входження» до енергетичного поля партнера. Зрозуміти його внутрішній світ, прогнозувати його поведінку і ефективно впливати можливо тільки за умови енергетичного підстроювання. Співучасть і співпереживання виконують роль зв'язки, провідника від емпатуючого до емпатованого і навпаки.

Інтуїтивний канал емпатії. Бальна оцінка свідчить про здатність респондента бачити поведінку партнерів, діяти в умовах дефіциту вихідної інформації про них, спираючись на досвід підсвідомості. На рівні інтуїції замикаються і узагальнюються різноманітні дані про партнерів. Інтуїція, слід вважати, менше залежить від оцінювальних стереотипів, ніж усвідомлене сприйняття партнерів.

Установки, які сприяють чи перешкоджають емпатії, відповідно, полегшують чи, навпаки, утруднюють дію всіх емпатичних каналів. Ефективність емпатії, мабуть, знижується, якщо людина намагається уникнути особистих контактів, вважає недоречним виявити цікавість до іншої особистості, переконати себе спокійно ставитися до переживань і проблем оточуючих. Такі умонастрої різко обмежують діапазон емоційної чутливості й емпатичного сприйняття. Навпаки, різноманітні канали емпатій діють активніше і надійніше, якщо з боку установок особистості немає перешкод.

Проникаюча здатність в емпатії розцінюється як важлива комунікативна ознака людини, яка дає змогу створювати атмосферу відкритості, серdecності, щирості,

Продовження додатка Р

напруженості, штучності, підозри перешкоджає вираженню і емпатійному розумінню.

Ідентифікація – ще одна необхідна умова успішної емпатії. Це вміння зрозуміти іншого на основі співпереживань, постановки себе на місце партнера. В основі ідентифікації – легкість, рухливість і гнучкість емоцій, здатність до наслідувань.

Шкальні оцінки виконують допоміжну роль в інтерпретації основного показника рівня емпатії. Сумарний показник теоретично може змінюватися у межах від 0 до 36 балів.

За наявними попередніми даними можна вважати:

- 30 балів і вище – надзвичайно високий рівень емпатії (високий);
- 29–22 – середній (достатній);
- 21–15 – занижений (базовий);
- менше 14 балів – дуже низький (початковий).

Примітка. Щоб мати можливість перенести отримані результати до загальної таблиці експертного оцінювання з 10-ти бальним оцінюванням, нами розроблені такі норми:

- 9–10 балами ми оцінюємо високий рівень емпатії (високий);
- 6–8 – середній (достатній);
- 4–5 – занижений (базовий);
- 0–3 – дуже низький (початковий).

**Тест на визначення рівня комунікабельності
у майбутніх соціальних працівників
(Тест за В. Ф. Ряховським)**

Інструкція для учасників дослідження:

Шановні друзі, дайте відповіді на запитання: «Так» (2 бали), «Ні» (0 балів), «Іноді» (1 бал) та підрахуйте суму набраних балів. Дані, які ви вкажете, не будуть повідомлятися третім особам. Вони будуть використані для наукового дослідження.

№ з/п	Запитання	Так	Ні	Іноді
1.	На Вас чекає ділова зустріч. Чи дуже це Вас бентежить?			
2.	Чи відкладаєте Ви відвідування лікаря, доки Вам не стане зовсім зле?			
3.	Чи викликає у Вас незадоволення доручення виступити з докладом, повідомленням на зборах?			
4.	Вам пропонують відрядження до міста, в якому Ви ніколи не були. Чи докладете Ви максимум зусиль, щоб уникнути цього відрядження?			
5.	Чи любите Ви ділитися своїми переживаннями з ким-небудь?			
6.	Чи дратуєтесь Ви, якщо незнайома людина звертається до Вас на вулиці з проханням?			
7.	Чи вірите Ви, що існує проблема «батьків і дітей» та що людям різних поколінь важко порозумітися?			
8.	Чи соромитесь Ви нагадати знайомому, що він забув повернути вам 100 гривень, які позичив минулого місяця?			
9.	Якщо Вам у ресторані чи кафе подали неякісну страву, Ви промовчите, лише розсерджено відставивши тарілку?			
10.	Опинившись наодинці з незнайомою людиною, Ви не почнете з нею говорити та будете невдоволені, якщо першою заговорить вона. Чи так це?			
11.	Вас жахає довга черга – у магазині, кінотеатрі... Чи відмовитесь Ви від свого наміру замість того, щоб стати в кінці довгої черги та очікувати?			

Продовження додатка С

12.	Чи боїтеся Ви брати участь у комісії з яких-небудь конфліктних ситуацій?			
13.	Ви маєте власні, суто індивідуальні критерії оцінювання творів літератури, мистецтва і жодних інших думок не сприймаєте. Чи так це?			
14.	Почувши в «кулуарах» помилкове судження стосовно добре відомого Вам питання, чи вважаєте за краще промовчати й не розпочинати суперечки?			
15.	Чи викликає у Вас приємні почуття прохання допомогти комусь розібратися у службовому питанні, навчальній темі?			
16.	Чи охочіше Ви подаєте свої погляди в письмовій формі, ніж в усній?			

Інструкція щодо оброблення результатів:

30–32 бали. Ви дуже некоммунікбельні й від цього страждаєте насамперед Ви самі.

25–29 балів. Ви відлюдькуваті, мовчазні, надаєте перевагу самотності, тому у Вас мало друзів.

Якщо 25–32 бали, то рівень коммунікбельності початковий.

19–24 бали. Ви достатньо товариська людина, у незнайомій ситуації почуваетесь досить упевнено. У Ваших висловлюваннях інколи забагато сарказму без вагомих причин. Але ці недоліки можна виправити.

Якщо 19–24 бали, то рівень коммунікбельності базовий.

15–18 балів. Ви маєте нормальну коммунікбельність. Ви розпочинаєте нові справи, йдете на зустріч із новими людьми без неприємних почуттів. Хоча, ймовірно, не полюбляєте галасливих компаній, багатослів'я Вас дратує.

Якщо 15–18 балів, то рівень коммунікбельності достатній.

6–14 балів. Ви завжди почуваетесь впевнено, з радістю висловлюєтесь із будь-якого приводу, навіть якщо маєте лише поверхове уявлення. Беретеся за будь-яку справу, хоча не завжди можете успішно довести її до кінця. Поміркуйте над цим.

5 та менше балів. Ваша товариськість занадто велика. Ви забагато розмовляєте, цікавитесь справами, які Вас не стосуються. Ви маєте вибухову вдачу, часто необ'єктивні. Людям важко перебувати поруч із Вами.

Якщо 14 та менше балів, то рівень коммунікбельності високий.

Продовження додатка С

Примітка. Щоб мати можливість перенести отримані результати до загальної таблиці експертної оцінки з 10-бальним оцінюванням, нами розроблені такі норми:

- 9–10 балами ми оцінюємо високий рівень комунікабельності (високий);
- 6–8 – середній (достатній);
- 4–5 – занижений (базовий);
- 0–3 – дуже низький (початковий)

**Тест на визначення у майбутніх соціальних працівників
рівня здатності до пізнання проблем соціальної реабілітації
дітей молодшого шкільного віку (МШВ)
з дитячим церебральним паралічем (ДЦП)
(Авторський тест)**

Інструкція для учасників дослідження:

Шановні друзі! Просимо дати відповіді на пропоновані запитання. Це дозволить виявити рівень до пізнання проблем соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. Ваші відповіді допоможуть удосконалити методики викладання в аспекті соціально-реабілітаційного спрямування.

Дайте відповіді на запитання: «Ні» (0 балів), «Іноді» (1 бал), «Так» (2 бали) та підрахуйте суму набраних балів.

Умовні скорочення: **МШВ** – молодший шкільний вік; **ДЦП** – дитячий церебральний параліч; **ДДІ** – додаткові джерела інформації; **ІКТ** – інформаційно-комунікаційні технології (інтернет-ресурси, усі види аудіо та відеообробки тощо); **ЗМІ** – засоби масової інформації (преса, радіо телебачення, інтернет, кінематограф, звукозаписи та відеозаписи тощо); **НЛ** – наукова література (енциклопедії, довідники, наукові статті, збірники наукових матеріалів тощо).

№з/п	Запитання	Ні	Іноді	Так
1	Чи цікава для Вас, як майбутніх соціальних працівників, проблема соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП?			
2	На Вашу думку, чи потрібно цікавитися та використовувати ДДІ?			
3	Чи використовуєте Ви ДДІ з даної проблеми, крім рекомендованої навчальної літератури?			
4	Ви використовуєте таке ДДІ, як ІКТ з даної проблеми?			
5	Ви використовуєте таке ДДІ, як ЗМІ з даної проблеми?			
6	Ви використовуєте таке ДДІ, як НЛ з даної проблеми?			
7	Чи потрібно використовувати людські ресурси (спілкування з фаховими спеціалістами) у процесі ознайомлення з проблемою з метою ефективного пізнання?			

Продовження додатка Т**Інструкція щодо оброблення результатів:**

11–12 балів. У майбутнього соціального працівника рівень пізнання проблеми соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП високий.

8–10 балів. Рівень пізнання – достатній.

6–7 балів. Рівень пізнання – базовий.

0–5 балів. Рівень пізнання – початковий.

Тест на виявлення у майбутніх соціальних працівників управлінських здібностей

Інструкція для учасників дослідження:

Шановні друзі! Пропонований тест допоможе Вам визначитися на шляху виявлення власних управлінських здібностей. Читаючи тестові завдання, спробуйте уявити, що керуєте якимось колективом. Дані, які ви вкажете, не будуть повідомлятися третім особам. Вони будуть використані для наукового дослідження.

Відповіді на всі запитання можуть бути трьох видів:

1 – «так»; 2 – «важко відповісти»; 3 – «ні».

Запитання	Відповідь
<ol style="list-style-type: none"> 1. Я без сумніву звільню з роботи навіть дуже вправного працівника, з яким у мене чудові стосунки, якщо той працюватиме за принципом «Третій сорт – не брак!» 2. У невизначеній ситуації я здатний(на) зупинитися на якійсь одній чіткій меті й без вагань йти до неї. 3. Умію налагодити доброзичливі стосунки з підлеглими та керівництвом. 4. Іноді корисно переходити до тимчасової конфронтації у взаємовідносинах з адміністрацією та підлеглими. 5. Регулярно переглядаю цілі моєї діяльності. 6. Нині недоцільно навчатися й отримувати спеціальність, ліпше зосередитися на накопиченні коштів, аби відкрити (розвинути) свою справу. 7. Умію впливати на людей так, аби вони керувалися моєю логікою і вважали себе зобов'язаними сприяти досягненню моїх цілей. 8. Рідко дію врозріз із моїми переконаннями. 9. Я настільки захоплений(на) бажанням домогтися успіху, що нерідко йду на такі тимчасові «жертви», як благополучна атмосфера в родині, спілкування з дітьми, спільний сімейний відпочинок тощо. 10. Завжди економлю час і сили, пильно обмежуючи інформацію, що надходить, лише найнеобхіднішою. 11. Вважаю, якщо людина постійно переглядає й перевіряє свої переконання, то вона їх просто не має. 12. Я здатний(на) підтримувати свій настрій, купуючи якусь дрібничку, недорого, але хорошу річ, аби пережити свої життєві негаразди, наприклад, період тривалого безгрошів'я. 13. Вважаю, що в тих випадках, коли немає повної визначеності ситуації, не варто вдаватися до рішучих дій. 14. Я часто змушений(а) жертвувати творчими інтересами й задумами, вирішуючи проблеми матеріального забезпечення та просування по службі. 15. Я здатний(на) переходити до тимчасової конфронтації й жорсткого протистояння в сім'ї та з друзями, аби повною мірою розкрити свої можливості на роботі. 	

<p>16. Постійно змушую себе чинити так, як треба, а не так, як заманеться.</p> <p>17. Я такий демократичний(на), що в спілкуванні з підлеглими просто не можу змусити себе сказати «я» замість «ми».</p> <p>18. Проблеми матеріального забезпечення завжди суперечать завданням збереження благополуччя в родині та отримання задоволення від життя.</p> <p>19. Мені заважає по-справжньому активно й плідно діяти в якості керівника громадська плутанина та анархія.</p> <p>20. Керівнику треба бути готовим жертвувати своїм духовним життям заради службових справ.</p> <p>21. Я найліпше вирішую проблеми, коли є можливість усамітнитися й зосередитися.</p>	
--	--

Інструкція щодо оброблення результатів:

Підрахуйте кількість балів. За кожен позитивну і негативну відповідь у питаннях зараховується по одному балу.

Якщо сума балів менша 9, то рівень управлінських здібностей початковий.

При 10–21 балах – рівень базовий.

Як маєте суму понад 22 бали, то рівень достатній.

А якщо результат вищий за 26 балів, то рівень творчий.

Примітка. Щоб мати можливість перенести отримані результати до загальної таблиці експертної оцінки з 10-бальним оцінюванням, нами розроблені такі норми:

- 9–10 балами ми оцінюємо високий рівень власних управлінських здібностей (високий);
- 6–8 – середній (достатній);
- 4–5 – занижений (базовий);
- 0–3 – дуже низький (початковий).

**Методика визначення рівня розвитку рефлексивності
майбутніх соціальних працівників**

(методика за А. В. Карповим)

Інструкція для учасників дослідження:

Шановні друзі, Вам пропонується відповісти на кілька тверджень опитувальника. На бланку відповідей напроти номера запитання поставте, будь ласка, цифру, яка відповідає варіанту відповіді. Дані, які ви вкажете, не будуть повідомлятися третім особам. Вони будуть використані для наукового дослідження.

1 – абсолютно неправильно

2 – неправильно

3 – скоріше неправильно

4 – не знаю

5 – скоріше правильно

6 – правильно

7 – абсолютно правильно

Не замислюйтесь над відповіддю тривалий час, пам'ятайте, що не передбачено «правильних» або «неправильних» відповідей.

Продовження додатка Ф 1

Текст опитувальника

№ з/п	Твердження	Відповідь
1	Коли я прочитав гарну книгу, завжди думаю про неї, з'являється бажання обговорити з ким-небудь її зміст	
2	Коли мене раптово про щось запитують, я можу відповісти не замислюючись	
3	Перш ніж зателефонувати у справі, я подумки планую розмову	
4	Коли трапляється невдача у справах, я тривалий час думаю про неї	
5	Коли я розмірковую про щось або розмовляю з іншими, мені буває цікаво пригадати, з чого почався ланцюжок думок	
6	Починаючи виконувати важке завдання, я намагаюся не замислюватися про ймовірні труднощі	
7	Для мене головне – уявити кінцеву мету діяльності, деталі мають другорядне значення	
8	Буває так, що я розумію, чому хтось незадоволений моєю поведінкою	
9	Я часто ставлю себе на місце іншої людини	
10	Для мене важливо уявити хід майбутньої справи у деталях	
11	Мені було б важко написати змістовного листа, якби я заздалегідь не склав плану	
12	Я надаю перевагу діям, а не міркуванням щодо причин власних невдач	
13	Я доволі легко приймаю рішення стосовно придбання коштовних речей	
14	Зазвичай, плануючи справу, я прокручую в голові задуми, уточнюю деталі, розглядаю можливі варіанти	
15	Я турбуюся про своє майбутнє	
16	Гадаю, що в більшості ситуацій слід діяти швидко, керуючись першим, що спало на думку	
17	Іноді я приймаю незважені рішення	
18	По закінченні розмови, буває, я продовжую вести її подумки, наводячи нові аргументи на захист власної точки зору	
19	Якщо відбувся конфлікт, то, розмірковуючи над тим, хто в ньому винен, я починаю з себе	
20	Перш ніж прийняти рішення, я завжди ретельно все обмірковую	
21	Іноді я потрапляю в конфліктну ситуацію, тому що не можу передбачити, якої поведінки чекають від мене оточуючі	
22	Трапляється, що, плануючи розмову з іншою людиною, я начебто веду діалог подумки	
23	Я намагаюся не замислюватися, які думки та почуття викликають у оточуючих мої слова та дії	
24	Перш ніж зробити зауваження, я обов'язково подумаю, як це краще висловити, щоб не образити людину	
25	Вирішуючи важку задачу, я думаю про неї навіть коли займаюся іншими справами	
26	Якщо я з ким-небудь сварюся, то здебільшого не вважаю себе винним	
27	Зрідка буває, що я жалкую про сказане	
Загальна сума відповідей:		

Продовження додатка Ф 1

Інструкція щодо оброблення результатів:

З 27 тверджень, наведених у опитувальнику, 15 (1, 3, 4, 5, 9, 10, 11, 14, 15, 18, 19, 20, 22, 24, 25) є прямими, інші 12 – зворотними, що необхідно враховувати під час оброблення результатів, коли для отримання даних додаються результати прямих тверджень, а у зворотних значення замінюються на ті, що дає інверсія (зміна звичайного порядку слів у реченні для виділення смислової значущості або надання фразі особливого смислового забарвлення) шкали відповідей. Відповідність кількісних показників стеновим балам наведено у таблиці.

Переведення тестових балів у стени

Стени	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Бали від	80	100	108	114	123	131	140	148	157	172
Бали до	Та нижче	100	113	122	130	139	147	156	171	Та вище

Методику адаптовано для визначення рівня рефлексивності майбутніх соціальних працівників, за темою «Формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем».

Результати методики, які дорівнюють або більші ніж 8 стенив свідчать про високий рівень рефлексивності; результати в діапазоні від 5 до 7 стенив є показниками достатнього рівня; показники в діапазоні від 2 до 4 свідчать про базовий рівень рефлексивності; менш ніж 2 стени свідчать про початковий рівень рефлексивності.

**Картка самооцінювання рівня готовності
майбутнього соціального працівника (МСП)
до соціальної реабілітації
дітей молодшого шкільного віку (МШВ)
з дитячим церебральним паралічем (ДЦП)
(адаптована на основі картки О. В. Демченко)**

Шановні друзі! Оцініть за 4-бальною шкалою свій рівень готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП. Потім визначте цифру відповіді на запитання, обведіть її.

Дані, які ви вкажете, не будуть повідомлятися третім особам. Вони будуть використані для наукового дослідження.

Значення цифр: 1 бал – «володію на початковому рівні»; 2 бали – «володію на базовому рівні»; 3 бали – «володію на достатньому рівні»; 4 бали – «володію на високому рівні».

Показники критеріїв готовності	Бали
<u>Мотиваційно-особистісний критерій готовності</u> -наявність сформованих ціннісно-мотиваційних орієнтирів до соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП	1 2 3 4
-наявність необхідних особистісно-моральних якостей МСП до соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП	1 2 3 4
<u>Когнітивний критерій готовності</u> -здатність до пізнання питання соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	1 2 3 4
-наявність професійних знань, які відображають специфіку соціально-реабілітаційної діяльності з дітьми МШВ з ДЦП	1 2 3 4
<u>Діяльнісно-практичний критерій готовності</u> -наявність організаційно-управлінських умінь та навичок щодо виконання професійних функціональних обов'язків у процесі соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	1 2 3 4
-рівень здатності до реалізації знань, умінь у практичній діяльності з соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	1 2 3 4
<u>Оцінювально-рефлексивний критерій готовності</u> -самооцінювання готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП	1 2 3 4
-здатність до самоаналізу та самокорекції готовності до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП з метою саморозвитку (розвиненість рефлексії)	1 2 3 4

**Статистична значущість рівнів сформованості компонентів
ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП
на констатувальному етапі експерименту**

Компоненти готовності	Рівні	ЕГ (55 осіб) частота, fe		КГ (57 осіб), частота, fk		Різниця між ЕГ та КГ, fe – fk	Квадрат отрима ної різниці частот, (fe – fk) ²	(fe – fk) ² / fk	Крите рій згоди К. Пір сона χ ²
		Осіб	%	Осіб	%				
Особистісно- мотиваційний	Початковий	0	0	0	0	0	0	0	2,59
	Базовий	15	27	12	21	6	36	1,71	
	Достатній	35	64	38	67	-3	9	0,13	
	Високий	5	9	7	12	-3	9	0,75	
Когнітивний	Початковий	19	34	18	32	2	4	0,13	0,37
	Базовий	24	44	27	47	-3	9	0,19	
	Достатній	12	22	12	21	1	1	0,05	
	Високий	0	0	0	0	0	0	0	
Діяльнісно- практичний	Початковий	10	18	13	23	-5	25	1,09	2,44
	Базовий	36	66	37	65	1	1	0,02	
	Достатній	9	16	7	12	4	16	1,33	
	Високий	0	0	0	0	0	0	0	
Оцінювально- рефлексивний	Початковий	7	13	9	16	-3	9	0,56	1,35
	Базовий	25	45	27	47	-2	4	0,09	
	Достатній	20	36	18	32	4	16	0,5	
	Високий	3	6	3	5	1	1	0,2	

**Розрахунок U-критерію Манна-Уїтні
за критеріями на констатувальному етапі експерименту**

№ з/п	Вибірка 1 (КГ)	Ранг 1	Вибірка 2 (ЕГ)	Ранг 2
1	0	3,5	0	3,5
2	21	16,5	27	20
3	67	32	64	29
4	12	10,5	9	9
5	32	21,5	34	23
6	47	27,5	44	25
7	21	16,5	22	18
8	0	3,5	0	3,5
9	23	19	18	15
10	65	30	66	31
11	12	13	16	13,5
12	0	3,5	0	3,5
13	16	13,5	13	12
14	47	27,5	45	26
15	32	21,5	36	24
16	5	7	6	8
Сума		266,5		264

**Статистична значущість рівнів сформованості компонентів
ГМСП до соціальної реабілітації дітей МШВ з ДЦП на контрольному
етапі експерименту**

Компоненти готовності	Рівні	ЕГ (55 осіб), частота f'E		КГ (57 осіб), частота f'K		Різниця між ЕГ та КГ, f'E- f'K	Квадрат отрима ної різниці частот, (f'E- f'K) ²	(f'E- f'K) ² / f'K	Крите рій згоди К. Пір сона χ^2
		Осіб	%	Осіб	%				
Особистісно- мотиваційний	Початковий	0	0	0	0	0	0	0	11,04
	Базовий	2	4	9	16	-12	144	9	
	Достатній	43	78	40	70	+8	64	0,9	
	Високий	10	18	8	14	+4	16	1,14	
Когнітивний	Початковий	5	9	10	18	-9	81	4,5	34,41
	Базовий	19	35	29	51	-16	256	5,02	
	Достатній	26	47	16	28	19	361	12,89	
	Високий	5	9	2	3	6	36	12	
Діяльнісно- практичний	Початковий	6	11	12	21	-10	100	4,76	16,3
	Базовий	24	44	29	51	-7	49	0,96	
	Достатній	21	38	13	23	15	225	9,78	
	Високий	4	7	3	5	2	4	0,8	
Оцінювально- рефлексивний	Початковий	2	4	7	12	-8	64	5,33	11,15
	Базовий	15	27	18	32	-5	25	0,78	
	Достатній	30	54	27	47	7	49	1,04	
	Високий	8	15	5	9	6	36	4	

Розрахунок U-критерію Манна-Уїтні
за мотиваційно-особистісним та когнітивним критеріями
на контрольному етапі експерименту

Контрольний етап. Мотиваційно-особистісний критерій					Контрольний етап. Когнітивний критерій				
№ з/п	КГ		ЕГ		№ з/п	КГ		ЕГ	
	Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2		Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2
1	7	48	9	100.5	1	8	98.5	5	43.5
2	9	100.5	9	100.5	2	9	109	7	84
3	6	23.5	8	77.5	3	5	43.5	5	43.5
4	7	48	5	7.5	4	4	19.5	8	98.5
5	7	48	8	77.5	5	7	84	6	70
6	7	48	9	100.5	6	8	98.5	8	98.5
7	6	23.5	10	109.5	7	5	43.5	9	109
8	6	23.5	7	48	8	5	43.5	6	70
9	7	48	8	77.5	9	5	43.5	5	43.5
10	7	48	5	7.5	10	7	84	3	8
11	6	23.5	6	23.5	11	5	43.5	7	84
12	5	7.5	8	77.5	12	6	70	5	43.5
13	8	77.5	8	77.5	13	8	98.5	8	98.5
14	7	48	10	109.5	14	7	84	9	109
15	7	48	8	77.5	15	5	43.5	5	43.5
16	6	23.5	8	77.5	16	5	43.5	7	84
17	6	23.5	8	77.5	17	4	19.5	7	84
18	6	23.5	8	77.5	18	6	70	5	43.5
19	4	2	8	77.5	19	3	8	6	70
20	7	48	8	77.5	20	8	98.5	8	98.5
21	5	7.5	9	100.5	21	5	43.5	7	84
22	4	2	8	77.5	22	5	43.5	8	98.5
23	7	48	6	23.5	23	4	19.5	9	109
24	5	7.5	8	77.5	24	5	43.5	5	43.5
25	5	7.5	8	77.5	25	7	4	5	43.5
26	7	48	10	109.5	26	5	3.5	5	43.5
27	9	100.5	8	77.5	27	5	3.5	8	98.5
28	7	48	8	77.5	28	5	3.5	3	8
29	9	100.5	6	23.5	29	6	70	7	84
30	8	77.5	7	48	30	5	3.5	9	109
31	7	48	8	77.5	31	4	9.5	4	19.5
32	9	100.5	8	77.5	32	6	70	6	70
33	7	48	10	109.5	33	3	8	5	43.5
34	9	100.5	8	77.5	34	5	3.5	6	70

35	5	7.5	8	77.5	35	6	70	7	84
36	7	48	8	77.5	36	6	70	8	98.5
37	6	23.5	8	77.5	37	3	8	7	84
38	7	48	8	77.5	38	5	3.5	8	98.5
39	6	23.5	8	77.5	39	5	3.5	7	84
40	7	48	6	23.5	40	9	109	5	43.5
41	7	48	8	77.5	41	5	3.5	6	70
42	9	100.5	6	23.5	42	5	3.5	3	8
43	6	23.5	8	77.5	43	8	8.5	7	84
44	6	23.5	7	48	44	8	8.5	4	19.5
45	10	109.5	7	48	45	5	3.5	5	43.5
46	9	100.5	8	77.5	46	4	9.5	7	84
47	6	23.5	8	77.5	47	5	3.5	5	43.5
48	4	2	6	23.5	48	3	8	5	43.5
49	7	48	6	23.5	49	4	9.5	3	8
50	8	77.5	8	77.5	50	3	8	5	43.5
51	7	48	8	77.5	51	3	8	5	43.5
52	6	23.5	8	77.5	52	3	8	9	109
53	6	23.5	10	109.5	53	5	3.5	6	70
54	5	7.5	9	100.5	54	3	8	3	8
55	6	23.5	7	48	55	3	8	5	43.5
56	6	23.5	0		56	3	8		
57	6	23.5	0		57	5	3.5		
Суми:		2456		3872	Суми :		2763		33566

**Розрахунок U-критерій Манна-Уїтні за діяльнісно-практичним та
оцінювально-рефлексивним критеріями
на контрольному етапі експерименту**

Контрольний етап. Діяльнісно-практичний критерій					Контрольний етап. Оцінювально-рефлексивний критерій				
	КГ		ЕГ			КГ		ЕГ	
№ з/п	Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2	№ з/п	Вибірка 1	Ранг 1	Вибірка 2	Ранг 2
1	6	80.5	8	101.5	1	4	13	7	73
2	9	109	6	80.5	2	7	73	8	90
3	6	80.5	5	45	3	9	105.5	3	5
4	7	94.5	9	109	4	3	5	10	112
5	8	101.5	6	80.5	5	4	13	5	30
6	6	80.5	8	101.5	6	3	5	8	90
7	7	94.5	8	101.5	7	5	30	9	105.5
8	9	109	5	45	8	6	54.5	6	54.5
9	5	45	6	80.5	9	3	5	8	90
10	5	45	3	9.5	10	5	30	3	5
11	9	109	6	80.5	11	3	5	5	30
12	5	45	5	45	12	4	13	6	54.5
13	5	45	5	45	13	5	30	8	90
14	5	45	5	45	14	7	73	8	90
15	5	45	6	80.5	15	5	30	5	30
16	3	9.5	6	80.5	16	3	5	6	54.5
17	5	45	5	45	17	3	5	7	73
18	3	9.5	5	45	18	4	13	8	90
19	7	94.5	3	9.5	19	6	54.5	9	105.5
20	5	45	8	101.5	20	4	13	5	30
21	3	9.5	5	45	21	7	73	6	54.5
22	5	45	5	45	22	9	105.5	5	30
23	3	9.5	5	45	23	5	30	9	105.5
24	5	45	5	45	24	5	30	9	105.5
25	5	45	5	45	25	7	73	5	30
26	5	45	3	9.5	26	5	30	8	90
27	3	9.5	6	80.5	27	6	54.5	5	30
28	5	45	5	45	28	4	13	8	90
29	5	45	5	45	29	5	30	5	30
30	3	9.5	5	45	30	8	90	8	90
31	5	45	5	45	31	5	30	8	90
32	5	45	5	45	32	4	13	5	30
33	6	80.5	9	109	33	7	73	7	73
34	5	45	3	9.5	34	5	30	9	105.5

35	3	9.5	8	101.5	35	7	73	8	90
36	5	45	3	9.5	36	9	105.5	8	90
37	3	9.5	8	101.5	37	3	5	8	90
38	5	45	6	80.5	38	6	54.5	5	30
39	6	80.5	5	45	39	8	90	6	54.5
40	6	80.5	6	80.5	40	7	73	9	105.5
41	5	45	6	80.5	41	7	73	8	90
42	4	19.5	5	45	42	9	105.5	5	30
43	3	9.5	7	94.5	43	5	30	6	54.5
44	5	45	9	109	44	6	54.5	8	90
45	5	45	5	45	45	5	30	5	30
46	6	80.5	8	101.5	46	6	54.5	6	54.5
47	5	45	4	19.5	47	6	54.5	5	30
48	5	45	9	109	48	6	54.5	9	105.5
49	3	9.5	6	80.5	49	7	73	5	30
50	5	45	5	45	50	6	54.5	8	90
51	5	45	5	45	51	6	54.5	6	54.5
52	6	80.5	6	80.5	52	6	54.5	9	105.5
53	6	80.5	7	94.5	53	6	54.5	7	73
54	3	9.5	3	9.5	54	6	54.5	5	30
55	6	80.5	5	45	55	7	73	8	90
56	3	9.5			56	6	54.5		
57	7	94.5			57	7	73		
Суми:		2915		3413	Суми:		2654		3674

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ:

Наукові праці, у яких опубліковано основні результати дисертації:

1. Конопля К. Г. Соціальна реабілітація як засіб реалізації соціальних потреб клієнтів у поглядах зарубіжних та вітчизняних науковців. *Проблеми сучасної педагогічної освіти*. Ялта, 2014. Вип. 44. Ч. 3. С. 144–152.
2. Єгорова К. Г. До проблеми формування готовності майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності. *Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка*. Чернігів, 2014. Вип. 122. С. 82–85.
3. Єгорова К. Г. Модель формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Педагогічний часопис Волині: науковий журнал*. Луцьк, 2017. № 2 (5). С. 118–124.
4. Єгорова К. Г. Сутність поняття «готовність майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем». *Вісник Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка*. Глухів, 2017. Вип. 3 (35). С. 92–97.
5. Єгорова К. Г. Компоненти готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Педагогічні науки*. Херсон, 2017. Вип. LXXIX. Т. 2. С. 206–209.
6. Єгорова К. Г. Методика формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного

віку з дитячим церебральним паралічем. *Професіоналізм педагога: теоретичні й методичні аспекти*. Вип. 9. Слов'янськ, 2019. С. 195–204.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації:

7. Єгорова К. Г. Організаційно-педагогічні умови формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Вища освіта України у контексті інтеграції до європейського освітнього простору: матеріали XI Міжнародної науково-практичної конференції за участю вчених України та зарубіжжя* (м. Київ, 24–26 листопада 2016 р.). Київ, 2016. Вип. 1. С. 62–71.

8. Конопля К. Г. Питання визначення поняття «соціальна реабілітація» у поглядах науковців. *The 21st Century Challenges in Education and Science: матеріали II науково-педагогічних читань молодих учених, магістрантів, студентів іноземними мовами* (м. Глухів, 28 травня 2014 р.). Глухів, 2014. С. 23–25.

9. Єгорова К. Г. Важливість проблеми формування готовності до професійної діяльності майбутніх соціальних працівників. *Общества знаний: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Лодзь, 30–31 жовтня 2014 р.). Варшава, 2014. Ч. 3. С. 40–42.

10. Єгорова К. Г. Роль соціального працівника у створенні інклюзивного середовища для дітей з вадами здоров'я. *Інклюзивна освіта: уроки і здобутки: матеріали міжвузівського науково-практичного семінару* (м. Харків, 5 жовтня 2014 р.). Харків, 2015. С. 11–12.

11. Єгорова К. Г. Критерії процесу формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Актуальні проблеми підготовки фахівців соціальної сфери: матеріали всеукраїнської науково-*

практичної конференції (м. Глухів, 22–23 жовтня 2015 р.). Глухів, 2015. С. 38–40.

12. Єгорова К. Г. Теоретичні аспекти формування готовності майбутніх соціальних працівників до професійної діяльності. *Соціальні проблеми сучасної молоді: український та світовий досвід вирішення: матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції* (м. Глухів, 12–13 травня 2016 р.). Глухів, 2016. С. 279–282.

13. Єгорова К. Г. Забезпечення міждисциплінарної інтеграції – одна з умов формування готовності соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з ДЦП. *Глухівські наукові читання – 2016. Актуальні питання суспільних та гуманітарних наук: матеріали VI Міжнародної інтернет-конференції молодих учених і студентів* (м. Глухів, 27–29 вересня 2016 р.) Глухів, 2016. С. 99–101.

14. Єгорова К. Г. Умови формування готовності соціальних працівників до соціально-реабілітаційної роботи з дітьми з особливими потребами. *Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи: матеріали V Всеукраїнської науково-практичної конференції студентів, аспірантів і молодих вчених* (м. Дніпро, 23 березня 2017 р.). Дніпро, 2017. С. 53–56.

15. Єгорова К. Г. Особливості розвитку дітей з захворюванням ДЦП. *Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Кам'янець-Подільський, 24–25 квітня 2017 р.). Кам'янець-Подільський, 2017. С. 249–251.

16. Єгорова К. Г. Соціально-реабілітаційна робота соціального працівника з дітьми з діагнозом ДЦП. *Сучасна педагогіка: теорія, методика, практика: матеріали IV Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Ужгород, 23–24 червня 2017 р.). Херсон, 2017. С. 95–98.

17. Єгорова К. Г. Діти молодшого шкільного віку з діагнозом ДЦП як об'єкт соціально-реабілітаційної роботи майбутніх соціальних працівників: медичний аспект. *Міжнародна науково-практична інтернет-конференція*

«Медико-соціальні проблеми в теорії і практиці соціальної роботи» (м. Глухів, 25–26 жовтня 2018 р.). Глухів, 2018. С. 43–48.

18. Єгорова К. Г. Експериментальна перевірка ефективності педагогічних умов формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем. *Наука, исследование, развитие. Педагогика: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції* (м. Баку, 29–30 червня 2019 р.). Варшава, 2019. С. 20–22.

Наукові праці, які додатково відображають результати дисертації:

19. Єгорова К. Г. Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем: методичні рекомендації. Глухів, 2018. 60 с.

20. Понятійно-термінологічний словник для підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери / Л. І. Міщик, Т. М. Тюльпа, С. П. Панченко, О. В. Наконечна, О. Д. Ветрова, К. Г. Єгорова, В. М. Пилипчук; за заг. ред. проф. Л. І. Міщик. 2-ге вид., доп. та перероб. Глухів, 2017. 332 с.

21. Тюльпа Т. М., Ніколаєнко С. І., Наконечна О. В., Єгорова К. Г. Волонтерський рух в Україні: теорія і практика: навч.-метод. посіб. / за заг. ред. Л. І. Міщик. Глухів, 2016. 104 с.

Відомості про апробацію результатів дисертації

Основні результати дослідження оприлюднені на науково-практичних конференціях і семінарах різного рівня:

– *міжнародних*: «Общества знаний» (Лодзь, 2014), «Соціальні проблеми сучасної молоді: український та світовий досвід вирішення» (Глухів, 2016), «Актуальні питання суспільних та гуманітарних наук» (Глухів, 2016), «Інновації партнерської взаємодії освіти, економіки та соціального захисту в умовах інклюзії та прагматичної реабілітації соціуму» (Кам'янець-

Подільський, 2017), «Сучасна педагогіка: теорія, методика, практика» (Ужгород, 2017), «Проблеми і перспективи розвитку інклюзії: вітчизняний та закордонний досвід» (Глухів, 2017), «Медико-соціальні проблеми в теорії і практиці соціальної роботи» (Глухів, 2018), «Наука, исследование, развитие» (Баку, 2019);

– *всеукраїнських*: «The 21st Century Challenges in Education and Science» (Глухів, 2014), «Актуальні проблеми підготовки фахівців соціальної сфери» (Глухів, 2015), «Сучасна вища освіта: проблеми та перспективи» (Дніпро, 2017);

– *регіональних*: міжуніверситетському науково-практичному семінарі «Інклюзивна освіта: уроки і здобутки» (Харків, 2015).

Довідки про впровадження результатів дисертаційного дослідження

Міністерство освіти і науки України

Ministry of Education, Science of Ukraine

ГЛУХІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ ОЛЕКСАНДРА ДОВЖЕНКАOLEKSANDR DOVZHENKO
HLUKHIV NATIONAL
PEDAGOGICAL UNIVERSITY41400, Сумська обл., м. Глухів,
вул. Києво-Московська, 24
E-mail: gdpu@sm.ukrtel.net,
gnpuoffice@gmail.com
Телефон: (05444) 2-34-27
Факс: (05444) 2-34-7424, Kyievo-Moskovska Str., Hlukhiv,
Sumy region, Ukraine, 41400
E-mail: gdpu@sm.ukrtel.net,
gnpuoffice@gmail.com
Telephone: (05444) 2-34-27
Fax: (05444) 2-34-74

«13» 04 2017 р. № 981

На № _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
ЄГОРОВОЇ КСЕНІЇ ГРИГОРІВНИна тему «Формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної
реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»,
поданого на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за
спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

Результати дисертаційного дослідження Єгорової Ксенії Григорівни на тему: «Формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» впроваджувались упродовж 2014-2017 навчальних років на базі кафедри соціальної педагогіки і соціальної роботи Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка.

У процес підготовки студентів спеціальності «Соціальна робота» ОКР «Бакалавр» було впроваджено навчально-методичні матеріали дисертаційної роботи: спецкурс «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем», який став складовою вибіркової частини навчального плану циклу дисциплін самостійного вибору бакалаврів; завдання до програми соціально-педагогічної практики (4 курс), що сприяють формуванню практичних навичок з соціально-реабілітаційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Результати впроваджених матеріалів, при дотриманні розробленої дисертанткою структурно-функціональної моделі, показали позитивну динаміку рівня сформованості готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Довідка видана для подання в спеціалізовану раду Д. 56.146.01 Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка.

Проректор
з наукової роботи та міжнародних зв'язків

В. П. Зінченко



УКРАЇНА

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ імені Г.С. СКОВОРОДИ**

 Вул. Артема, 29, м. Харків, 61002, тел. (057) 700-35-23, факс (057) 700-69-09
 E-mail: rector@hnpu.edu.ua, код ЄДРПОУ 02125585
Від 30.05.2017 № 01/10-500

На № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
ЄГОРОВОЇ КСЕНІЇ ГРИГОРІВНИ
 на тему «Формування готовності майбутніх соціальних працівників до
 соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим
 церебральним паралічем»,
 поданого на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за
 спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

Упродовж 2015-2017 років на базі Харківського національного педагогічного університету імені Г.С.Сковороди в навчальному процесі відбувалось впровадження результатів дисертаційного дослідження Єгорової Ксенії Григорівни на тему: «Формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем».

Упровадження матеріалів дослідження К.Г.Єгорової, зокрема розробленого нею спецкурсу «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» здійснювалось на лекційних і семінарсько-практичних заняттях з дисциплін «Технології соціально-педагогічної роботи», «Соціальні інституції», «Соціальний супровід сім'ї», «Організація роботи з різними соціальними групами», у процесі виконання студентами індивідуальних науково-дослідних завдань, під час підготовки до практики у соціальних службах з метою формування у студентів практичних навичок соціально-реабілітаційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Результати впровадження матеріалів дисертації К. Г. Єгорової підтвердили позитивну динаміку рівня сформованості готовності майбутніх фахівців соціальної сфери до соціальної реабілітації дітей з особливими потребами.

Довідка видана для подання в спеціалізовану вчену раду Д. 56.146.01 Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка.

Перший проректор



О. А. Андрущенко



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СХІДНОЄВРОПЕЙСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ЛЕСІ УКРАЇНКИ

просп. Волі, 13, м. Луцьк, 43025, тел. (0332) 24-10-07, факс (0332) 72-01-23
 e-mail: post@cenu.edu.ua, web: <http://www.cenu.edu.ua>, код ЄДРПОУ 02125102

28.09.2018 № *03-28/03/569* Г

на № _____ від _____

ДОВІДКА

про впровадження результатів дисертаційного дослідження
ЄГОРОВОЇ КСЕНІЇ ГРИГОРІВНИ
на тему «Формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної
реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем»,
поданого на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за
спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти

Протягом 2015-2017 навчальних років на базі Східноєвропейського національного університету імені Лесі Українки в процесі фахової підготовки студентів спеціальності 231 «Соціальна робота» відбувалось впровадження результатів дисертаційного дослідження Єгорової Ксенії Григорівни на тему: «Формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем».

Впровадження матеріалів дослідження К. Г. Єгорової, зокрема розробленого нею курсу за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» здійснювалось на лекційних, семінарсько-практичних заняттях з навчальних дисциплін «Вступ до спеціальності», «Сучасні моделі розвитку соціальної реабілітації», «Технології соціально-педагогічної діяльності», «Теорія та технології соціальної роботи», «Соціальний супровід сім'ї», «Система соціальних служб», «Соціальна робота з групами ризику»; у процесі виконання студентами індивідуальних науково-дослідних завдань; при проходженні практики у соціальних службах з метою набуття практичних навичок соціально-реабілітаційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем та їх батьками.

Результати впровадження матеріалів дисертаційного дослідження К. Г. Єгорової сприяють підвищенню якості підготовки майбутніх фахівців соціальної сфери до соціальної реабілітації дітей з інвалідністю.

Довідка видана для подання в спеціалізовану вчену раду Д. 56.146.01 Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка.

Проректор з науково-педагогічної та навчальної роботи та рекреації

Виконавець Петровиш В.В. (0332) 24-10-07



проф. Гаврилюк С.В.



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ВІННИЦЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
 імені Михайла Коцюбинського

вул. Острозького, 32, м. Вінниця, 21001, Україна, тел. (0432) 61-66-20 факс (0432) 61-28-12 E-mail: info@vspu.net код ЄДРПОУ 02125094

14.06.2019 № 06/39

на № _____

ДОВІДКА

**про впровадження результатів дисертаційного дослідження
 ЄГОРОВОЇ КСЕНІЇ ГРИГОРІВНИ
 на тему «Формування готовності майбутніх соціальних працівників до
 соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку
 з дитячим церебральним паралічем»,
 поданого на здобуття наукового ступеня кандидата педагогічних наук за
 спеціальністю 13.00.04 – теорія і методика професійної освіти**

Результати дисертаційного дослідження Єгорової Ксенії Григорівни на тему: «Формування готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем» впроваджувались упродовж 2015-2017 навчальних років на базі Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського.

У процес підготовки студентів спеціальності «Соціальна робота» ОКР «Бакалавр» було впроваджено навчально-методичні матеріали дисертаційної роботи: курс за вибором «Соціально-реабілітаційна робота з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем», який став складовою вибіркової частини навчального плану циклу дисциплін самостійного вибору бакалаврів; завдання до програми соціально-педагогічної практики (4 курс), що сприяють формуванню практичних навичок з соціально-реабілітаційної роботи з дітьми молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Результати впроваджених матеріалів, при дотриманні розробленої дисертанткою структурно-функціональної моделі, показали позитивну динаміку рівня сформованості готовності майбутніх соціальних працівників до соціальної реабілітації дітей молодшого шкільного віку з дитячим церебральним паралічем.

Довідка видана для подання в спеціалізовану раду Д. 56.146.01 Глухівського національного педагогічного університету імені Олександра Довженка.

Проректор з наукової роботи



проф. Коломієць А.М.

Громов (0432) 61-80-72