МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

за освітньо-науковим ступенем магістр

на тему: Соціально-педагогічні аспекти професійної підготовки майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми,

які мають обмежені фізичні можливості

ЗМІСТ

|  |  |
| --- | --- |
| ВСТУПРОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ОБМЕЖЕНІМОЖЛИВОСТІ ЗДОРОВ’Я1.1. Діти з обмеженими можливостями здоров’я як категоріясоціальної роботи1.2. Сутність і структура підготовленості майбутніх соціальнихпрацівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостямиздоров’яВисновки до першого розділуРОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ОБМЕЖЕНІ МОЖЛИВОСТІ ЗДОРОВ’Я2.1 Особливості діяльності працівника соціальної сфери (соціального педагога) з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я2.2. Аналіз стану професійної підготовки майбутніх соціальнихпрацівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостямиздоров’я у ВЗО2.3. Соціально-педагогічні умови формування підготовленості майбутніхсоціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостямиздоров’яВисновки до другого розділуРОЗДІЛ 3СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: «ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ (СОЦІАЛЬНИХ ПЕДАГОГІВ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ)ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ОБМЕЖЕНІ МОЖЛИВОСТІ ЗДОРОВ’Я»3.1. Програма дослідження3.2. Аналіз результатів дослідженняВисновки до третього розділуВИСНОВКИСПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛДОДАТКИ |  |

ВСТУП

Актуальність дослідження. Діти з обмеженими можливостями
здоров’я, яких на теперішній час в Україні налічується понад 150 тис., є
найбільш беззахисними та вразливими членами суспільства, що потребують
особливих умов навчання і виховання, мають недостатнє матеріальне
забезпечення з боку держави, позбавлені сприятливого соціального
середовища для задоволення своїх потреб, соціокультурно не мобільні,
страждають від недосконалої системи соціальної підтримки. Соціальна
робота з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я спрямована на
забезпечення їх активного спілкування з однолітками, членами родини;
доступності ресурсів навколишнього світу; підтримки з боку державних та
громадських інституцій і передбачає їхню соціальну реабілітацію, корекцію,
соціально-педагогічну підтримку, соціальну інтеграцію, адаптацію,
дотримання їхніх конституційних прав тощо.

Вітчизняними науковцями проведено чимало досліджень з
різноманітних проблем соціальної роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я (С. В. Грищенко, А. Й. Капська, В. Т. Мошняга,
Є. І. Холостова, О. Р. Ярська-Смірнова та ін.). Зокрема проаналізовано
соціально-педагогічну підтримку та соціальну реабілітацію таких дітей
(І. Д. Звєрєва, І. Б. Іванова, В. І. Ляшенко, О. Л. Молчан, В. В. Тесленко та
ін.); можливості їхньої фізичної реабілітації (С. М. Афанасьєв, С. П. Демчук,
О. А. Юрченко, Л. В. Шапкова та ін.) і соціальної інтеграції (А. В. Батова,
Д. В. Зайцев, Н. О. Мирошніченко, І. А. Солодовнікова та ін.); організацію
соціально-педагогічної роботи з батьками (Н. В. Грабовенко, І. В. Макаренко,
Т. Г. Соловйова, Я. І. Юрків та ін.); проблеми правового становища
(М. Г. Єрмілова, І. О. Сагайдак, В. С. Тарасенко, І. В. Ушанков та ін.) тощо.

Розмаїття проблем соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостямиздоров’я зумовлює їх вивчення та вирішення не тільки в соціологічному,психологічному, юридичному, медичному, але й в педагогічному аспектах,оскільки від якості підготовки соціальних працівниківдо роботи з такимидітьми залежить успішність вирішення окреслених проблем.

Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до роботи з
дітьми з обмеженими можливостями здоров’я зумовлена сучасним станом
розвитку українського суспільства, для якого характерні, з одного боку,
розвиток соціальної роботи як особливого соціального інституту, а з іншого –
зростання кількості дітей із обмеженими можливостями здоров’я.
Професійна підготовка у ВЗО призначена забезпечити той рівень
підготовленості майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я, який не тільки дозволить їм успішно
застосовувати набуті знання та вміння в практичній діяльності, але й
аналізувати, прогнозувати наявні у зовнішньому середовищі тенденції,
порівнювати їх із сильними та слабкими сторонами функціонування
соціальних установ щодо роботи з такими дітьми. Тому підготовку майбутніх
соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я вважаємо одним із пріоритетних напрямів їхньої професійної
підготовки у ВЗО.

**Ступінь наукової розробленості проблеми.** Сучасні наукові дослідження зорієнтовано на: визначення теоретико-методичних засад професійної підготовки (О. Г. Карпенко, І. М.Мельничук,О. Г. Платонова, В. А. Поліщук, Р. В. Чубук та ін.) і професійногосамовдосконалення (Н. Є. Троценко та ін.) фахівців із соціальної роботи;підготовку їх до менеджменту (Є. Г. Сєдов та ін.) та реалізації ідей гендерноїрівності (С. М. Гришак та ін.) в соціальній роботі, застосування технологіймедико-соціальної роботи (Д. В. Данко та ін.); формування готовностімайбутніх соціальних працівників до професійної діяльності (І. І. Боднарук,В. В. Савіцька, С. Ю. Сургова та ін.), їхньої професійної мобільності(Т. Є. Гордєєва та ін.), комунікативної компетентності (Д. М. Годлевська таін.), інформаційної культури (О. С. Повідайчик та ін.) і культурипрофесійного спілкування (О. В. Урсол та ін.); виховання в них гуманності(Н. В. Клименюк та ін.), відповідальності (О. П. Патинок та ін.).

Проаналізовано підготовку соціальних працівників за кордоном (Н. В. Видишко, Л. В. Віннікова, Н. П. Гайдук, О. В. Загайко, А. Є. Кулікова, Г. В. Лещук, Н. О. Микитенко, О. В. Ольхович, О. П. Пічкар,Г. І. Слозанська, Н. М. Собчак та ін.).

Незважаючи на постійне зростання кількості дітей із обмеженими
можливостями здоров’я, посилення ролі соціальних служб щодо роботи з
ними та їхніми сім’ями, необхідність цілеспрямованої підготовки майбутніх
соціальних працівників до такої роботи, означена проблема досі залишається
поза увагою українських науковців, про що свідчать суперечності між:

– потребами суспільства у кваліфікованих фахівцях, здатних ефективно
працювати з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я, та недосконалим,
безсистемним та фрагментарним характером професійної підготовки
майбутніх соціальних працівників до такої роботи;

– високими професійними вимогами до особистості соціального
працівника, який здійснює роботу з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я, та недостатньою розробленістю теоретичних та методичних засад
його професійної підготовки до роботи з дітьми зазначеної категорії, і, як
наслідок, обмеженістю потрібних для цього спеціальних знань, умінь і
практичних навичок;

– значним потенціалом вітчизняної вищої освіти та недостатнім його
використанням у процесі професійної підготовки майбутніх соціальних
працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.

Соціальна значущість і актуальність проблеми, її недостатня
теоретична та практична розробленість, необхідність вдосконалення
професійної підготовки майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми
з обмеженими можливостями здоров’я, а також виявлені суперечності
обумовили вибір теми дипломного дослідження.

**Об’єкт дослідження** – професійна підготовка майбутніх соціальних
працівників.

**Предмет дослідження** – особливості підготовленості майбутніх соціальнихпрацівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.

**Мета магістерської роботи** полягає у визначенні сутності і структури кваліфікаційної підготовленості майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми обмеженими можливостями здоров’я.

Гіпотеза дослідження базується на науковому припущенні, що кваліфікаційна підготовленість соціальних працівників, дозволить здійснювати професійну соціальну роботу з забезпечення соціально-педагогічної підтримки, соціальної реабілітації, корекції, реалізації програм щодо збереження фізичної та розумової активності дітей з обмеженими можливостями здоров’я, їх соціальну адаптацію, дотримання конституційних прав та успішної інтеграції в суспільство.

Об’єкт, предмет, мета і гіпотеза дослідження дозволили сформулювати такі **завдання:**

1. Здійснити аналіз особливостей діти з обмеженими можливостями здоров’я, як категоріюсоціальної роботи.
2. Теоретично обґрунтувати сутність підготовленості майбутнього соціального працівника до роботи з дітьми зобмеженими можливостями здоров’я.
3. Розкрити сутність поняття«професійна підготовка майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьмиз обмеженими можливостями здоров’я».
4. Здійснити термінологічний аналіз основних понять дослідження.
5. Проаналізувати особливості діяльності працівника соціальної сфери (соціального педагога) з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я
6. Визначити та обґрунтувати соціально-педагогічні умови формування підготовленості майбутніхсоціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.
7. Провести соціологічне дослідження: «Визначення рівня підготовленості працівників соціальної сфери (соціальних педагогів закладів освіти) до роботи з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я»

**Методи дослідження.** Для розв’язання поставлених завдань, досягнення мети, перевірки гіпотези використано загальнонаукові методи теоретичного **рівня** (аналіз і синтез науково – теоретичних джерел з проблеми дослідження, генетичний метод, порівняння, узагальнення науково-теоретичних та емпіричних даних), емпіричного – метод соціологічного дослідження (анкетування для виявлення стану підготовленості працюючих і майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я у ВЗJ), методи статистичної та аналітичної обробки даних.

**Наукова новизна** роботи полягає в тому, що в ній зроблено спробу дослідити професійні знання, уміння та навички соціальних працівників (соціальних педагогів) щодо надання професійної кваліфікованої допомоги дітям, які мають обмежені можливості здоров’я, визначено, що на рівень надання кваліфікаційних послуг дітям з обмеженими можливостями здоров’я, впливає стаж роботи соціального працівника (соціального педагога) на посаді та попередня освіта.

**Теоретичне значення роботи** полягає в тому, що наукові положення та висновки магістерської роботи сприятимуть подальшому дослідженню проблеми професійної підготовленості соціальних працівників (соціальних педагогів) при роботі з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я.

**Практичне значення роботи.** Зміст результати проведеного соціологічного дослідження можуть бути використані науково-педагогічними працівниками у професійній підготовці майбутніх соціальних працівників і соціальних педагогів у ВЗО, а також у процесі перепідготовки та підвищення кваліфікації соціальних педагогів закладів освіти, працівників соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді, службах у справах дітей, Управлінні праці та соціального захисту населення, відділах у справах сім’ї, молоді та спорту, інклюзивно-ресурсних центрах.

**Апробація результатів дослідження.**

**Публікації.**

Дем’янець К.В. «Проблема компетентності соціальних працівників у роботі з дітьми, які мають обмежені фізичні можливості» / Інноваційний потенціал та правове забезпечення соціально-економічного розвитку України: виклик глобального світу: матеріали Міжнародної науково-практичної конференції., м. Полтава, 22-23 травня 2019 р.: у 2 т. Т. 2. – К.: Університет «Україна», 2019. – 866 с.

**Структура та обсяг магістерської роботи.**Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел з 97 найменувань та 2 додатків. Основний зміст роботи викладений на 105 сторінках. Загальний обсяг роботи – 120 сторінок.

РОЗДІЛ 1**.** ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИМАЙБУТНІХСОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬОБМЕЖЕНІ МОЖЛИВОСТІ ЗДОРОВ’Я

* 1. Діти з обмеженими можливостями здоров’я як категоріясоціальної роботи

Соціальна робота – це унікальний вид професійної діяльності, що
полягає в наданні соціальної допомоги особистості, родині, групі чи
спільноті осіб, які опинилися у складній життєвій ситуації шляхом
забезпечення матеріального, соціального, культурного рівня життя та
підвищення добробуту народу загалом; посиленні та відновленні здатності
клієнтів до соціального функціонування в широкому діапазоні різноманітних
сфер соціального життя, активізації людиною власних зусиль, розвиток її
особистісних ресурсів [4, с. 23].

У широкому розумінні А. І. Ляшенко розглядає соціальну роботу як
вплив громадськості на соціальне облаштування суспільства шляхом
формування і реалізації соціальної політики, спрямованої на створення
сприятливих умов для життєдіяльності людини; у вузькому – як професійну
діяльність, що здійснюється професійно-підготовленими спеціалістами, їх
помічниками, і спрямовану на надання індивідуальної допомоги людині,
сім’ї, групі осіб, які потрапили у важку життєву ситуацію, шляхом
інформування, консультування, натуральної чи фінансової допомоги,
догляду, обслуговування, педагогічної і психологічної підтримки тощо [90].

Більш широке розуміння соціальної роботи висловлює М. В. Фірсов,
включаючи до неї допомогу та взаємодопомогу в системі соціокультурних та
психосоціальних взаємодій та взаємовідносин різних суб’єктів [29, с. 26]. У сучасній науковій літературі поняття «соціальна робота» слід
розглядати в трьох основних, взаємопов’язаних між собою значеннях, а саме:

– практична професійна діяльністьіз надання допомоги та підтримки
людей, які опинилися в скрутній ситуації;

– навчальна дисципліназ професійної підготовки фахівців із соціальної
допомоги та підтримки населення;

– галузь наукових знань, яка ґрунтується на сукупності концепцій і
теорій, досліджує принципи і закономірності, моделі та методи соціальної
роботи, має об’єкт і предмет дослідження, систему наукових понять і
категорій, сукупність методів дослідження тощо.

Аналіз вітчизняної і зарубіжної наукової літератури дозволяє дійти
висновку про відсутність узагальненого погляду на трактування поняття
«соціальна робота». Єдине, в чому збігаються погляди різних авторів, – це
визнання соціальної роботи як практичної професійної діяльності. Щодо
інших характеристик цієї діяльності, зокрема мети, об’єкта, суб’єкта
соціальної роботи, то думки науковців відрізняються. В. О. Нікітін пояснює
цей факт тим, що соціальна робота, як нова сфера наукового знання, дотепер
продовжує завойовувати своє місце серед інших наук та перебуває на стадії
еволюційного формування, а практичні професійні питання, вирішенням
яких займаються соціальні працівники, надзвичайно складні та різноманітні,
що ускладнює систематизацію методів та принципів організації регулювання
їхньої професійної діяльності. Особливість практичної професійної
соціальної роботи полягає також у тому, що зміна об’єктивних умов надання
соціальної допомоги та підтримки неминуче породжує нові соціальні
ситуації, зміну в стосунках між людьми в процесі соціальної роботи. Це
зумовлює необхідність використання адекватних новим ситуаціям методів,
технологій і стратегій втручання, впровадження інноваційних підходів. У
зв’язку з цим практична професійна соціальна робота перебуває у постійному
пошуку та трансформації, що призводить до розширення різних цільових
груп та категорій клієнтів соціальної роботи [88, с. 5-6].

Науковці (Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова та ін.), розглядаючи соціальну
роботу як професійну діяльність, відзначають, що її практична спрямованість
реалізується державними і недержавними організаціями, соціальними
інституціями, групами і окремими індивідами, які мають належну
професійну підготовку з надання соціальної допомоги та працюють у сфері
соціального захисту населення, освіти, охорони здоров’я, соціальних служб,
спеціалізованих закладів і установ. Тому соціальна робота – це, з одного
боку, фінансово-матеріальна, соціально-педагогічна, психологічна,
юридична, медична підтримка з боку держави, а з іншого – створення
відповідних соціальних умов для самовдосконалення і самореалізації
клієнтами власних можливостей.

Зазначена практична спрямованість реалізується такими видами
соціальної роботи, як: соціальна діагностика і профілактика; соціальна
реабілітація; соціальна корекція і терапія; соціальне проектування; соціальне
прогнозування; соціальна експертиза; соціальне посередництво; соціальне
консультування; соціальне забезпечення; соціальне страхування; соціальна
опіка й опікунство [81, с. 31-33].

Соціальна робота з цією категорією клієнтів передбачає широкий
комплекс професійної соціально-педагогічної діяльності, що полягає у
виявленні, визначенні та вирішенні проблем хворої дитини з метою реалізації
та захисту її прав на повноцінний розвиток; індивідуально-зорієнтованій
допомозі і співробітництві в її життєвому самовизначенні [77].

Отже, діти з обмеженими можливостями здоров’я є однією з категорій
соціальної роботи. Зауважимо, що дитина з обмеженими можливостями
здоров’я – це особа, яка не досягла 18-річного віку, має певні фізіологічні або
(і) психоемоційні розлади органів і систем організму та відповідно до
чинного законодавства набуває статусу дитини-інваліда і має право на отримання соціальної допомоги з боку держави [54]. Загальні гарантії
правового статусу дітей з обмеженими можливостями здоров’я закріплені в
Законі України «Про основи соціальної захищеності інвалідів» [60].

Правовий статус дитини з обмеженими можливостями здоров’я
характеризується такими ознаками:

1) відображає принципи соціальної держави, принципи гуманізму у
ставленні держави до дитини, яка має обмежені можливості;

2) визначається наявністю окремого фонду соціального страхування,
створеного із внесків державних підприємств, організацій і установ, кошти з
якого спрямовуються на потреби соціального забезпечення громадян,
зокрема в разі настання інвалідності;

3) надає підстави, умови і рівень соціального забезпечення дітей з
обмеженими можливостями здоров’я на основі врахування їх специфічних
потреб та інтересів;

4) охоплює права, що охороняються законом, інтереси цієї категорії
осіб та їх гарантії в сфері відносин з матеріального забезпечення, соціального
обслуговування, соціально-трудової та медичної реабілітації, в інших галузях
суспільного життя [2, с. 23].

Діти з обмеженими можливостями здоров’я мають право
користуватися системою юридичних гарантій правового положення дитини з
обмеженими можливостями в Україні, до якої належать: внутрішньодержавні
та міжнародно-правові гарантії; загальні гарантії та гарантії залежно від
групи інвалідності, віку і ступеня обмеження життєдіяльності [54].

Отже, поняття «діти з обмеженими можливостями здоров’я» охоплює
категорію осіб, життєдіяльність яких характеризується повними або
частковими обмеженнями, що призводять до соціальної дезадаптації,
неуспішної або сповільненої соціалізації, нездатності здійснювати
нормальну життєдіяльність способом або в межах, що вважаються
прийнятними для людини даного віку, може бути тимчасовим або постійним,
а також прогресуючим і регресивним. Такі «обмеження в можливостях здоров’я» зумовлені фізичними, психічними, сенсорними, соціальними,
культурними, законодавчими та іншими бар’єрами, які не дозволяють дитині
бути інтегрованою в суспільство і брати участь в житті сім’ї та держави на
тих самих умовах, що й інші члени суспільства.

Слід зауважити, що до зазначеної категорії входять діти-інваліди, але
для заміщення поняття «інвалід», що характеризує дітей, чиє життя
відрізняється від традиційного поняття дитинства і зазвичай наповнене
фізичним болем і душевними стражданнями, використовують інші терміни, а
саме: «діти з обмеженими можливостями здоров’я», «діти з особливими
потребами», «діти з відхиленнями (порушеннями) у розвитку», «особливі»
діти тощо.

Причинами обмежених можливостей здоров’я дитини можуть бути як
внутрішні (ендогенні), так і зовнішні (екзогенні) чинники. До внутрішніх
чинників належать: вроджені вади, зміни у генетичному матеріалі, хвороби,
що передаються спадковим шляхом. Зовнішніми чинниками є: механічні
(поранення, удар), фізичні (дія електроструму, тепла, холоду), хімічні (дія
отруйних речовин), біологічні (хвороботворні мікроби, віруси), психічні
(переляк, стрес, психологічні травми).

Розрізняють такі види обмежень дитячої життєдіяльності: діти з
порушеннями слуху і мови (глухі, слабочуючі, логопати), зору (слiпi,
слабозорі), інтелектуального розвитку (розумово вiдсталi із затримкою
психічного розвитку), головного мозку та опорно-рухового апарату;
комплексними порушеннями психофiзiологiчного розвитку (глухонімі,
слiпоглухонiмi, ДЦП з розумовою вiдсталiстю); хронічними соматичними
захворюваннями; інфекційними захворюваннями; психоневрологічними
захворюваннями (ідіотія, аутизм); з дисгармонійним розвитком [63, с. 2-7].

За ступенем мобільності розрізняють складні та важкі обмежені
можливості здоров’я. Так, до складних відносять: поєднання фізичних і
психічних відхилень (дитячий церебральний параліч (ДЦП), синдром Дауна
(СД) тощо), коли пересування дитини відбувається з використанням допоміжних засобів та потребує сторонньої допомоги. Важкими
обмеженнями вважають поєднання у дитини фізичних і психічних відхилень,
за яких оволодіння освітою в обсязі державних стандартів є неможливим
(ідіотія, аутизм, повне ураження нижніх і (або) верхніх кінцівок тощо), а
пересування повністю обмежене та (або) потребує постійного нагляду.

Існує чимало класифікацій обмежень в здоров’ї та розвитку дитини.
Однією з найбільш поширених є британська шкала обмежених можливостей:

– обмежена дієздатність можливостей – втрата здатності виконувати
певну діяльність в межах того, що вважається нормою;

– недієздатність – неможливість внаслідок хронічних психофізичних
обмежень усвідомлювати значення своїх дій, керувати ними та нести
юридичну відповідальність.

Рішення про визнання статусу дитини-інваліда здійснює лікарськоконтрольна комісія (ЛКК) дитячого лікувально-профілактичного закладу замісцем проживання дитини. Після проведення діагностичних, лікувальних тареабілітаційних заходів спеціалісти ЛКК фіксують медично-консультативнийвисновок в особовій справі дитини та видають її батькам (опікунам,піклувальникам, усиновителям) або керівництву закладу, де вона перебуває(у випадку дитини-сироти). З моменту визнання дитини інвалідом вона маєправо на отримання державної соціальної допомоги до досягнення нею 18-річного віку. Розмір державної соціальної допомоги призначається у такихрозмірах: для дитини-інваліда I групи – 100% прожиткового мінімуму; II
групи – 80%; III групи – 60%.

Підставою призначити дитині з обмеженими можливостями здоров’я
першу групи інвалідності є різко виражене обмеження життєдіяльності,
зумовлене захворюваннями, уродженими дефектами, що призводять до
соціальної дезадаптації, нездатності до самообслуговування, самостійного
пересування, орієнтації в просторі, контролю своєї поведінки, внаслідок чого
вона потребує постійного стороннього нагляду, догляду чи допомоги.

Друга група інвалідності встановлюється за наявності виражених обмежених можливостей в здоров’ї, які, незважаючи на проведене лікування,
утруднюють соціальну адаптацію дитини. Як наслідок, такі діти лише
частково можуть контролювати свою поведінку; їх навчання проводиться у
спеціальних навчальних закладах або за спеціальними програмами в
домашніх умовах; їх спілкування відбувається з використанням допоміжних
засобів та (чи) за допомогою інших осіб.

Третя група інвалідності призначається у випадку помірних обмежених можливостей в здоров’ї, що дозволяють дитині навчатися в освітніх закладах загального типу при дотриманні спеціальних умов навчального процесу. Їх спілкування характеризується зниженням швидкості, зменшенням обсягу засвоєння, отримання та передання інформації. Їм притаманне часткове зниження здатності самостійно контролювати свою поведінку, а орієнтація в просторівідбувається з використанням допоміжних засобів (окулярів, слуховогоапарату тощо).

Щодо дітей-сиріт з обмеженими можливостями здоров’я, то слід
зазначити, що з 4-х до 18-ти років вони перебувають в спеціалізованих
дитячих будинках-інтернатах. Залежно від інвалідності, дітей-сиріт
направляють до закладів відповідного типу: для дітей з фізичними вадами і
нормальним інтелектом шкільного і дошкільного віку, в яких значно
утруднене або неможливе самостійне пересування і які частково себе
обслуговують; для дітей-імбецилів (фізично здорових, але з глибокою
розумовою відсталістю, ідіотією), які можуть самостійно пересуватись, але
не здатні контролювати свою поведінку; для ліжково-хворих дітей різного
ступеня розумової відсталості, які страждають важкими порушеннями
нижніх та верхніх кінцівок, не можуть обслуговувати себе та самостійно
пересуватися. Щомісяця на рахунок установи (закладу) за місцем
перебування дитини-сироти з обмеженими можливостями здоров’я
перераховується 50% державної соціальної допомоги, а решта 50% на її
власний рахунок [60].

Характеризуючи таку цільову групу клієнтів соціальної роботи, як діти
з обмеженими можливостями здоров’я, А. Й. Капська зауважує, що крім
психологічних та фізіологічних чинників потрібно враховувати низку інших:
вік, стать, інтереси, здібності, освітню установу, яку відвідує дитина (якщо
обмеження в здоров’ї дозволяє відвідувати навчальні заклади), рівень
навчання і спілкування, наявність поведінкових відхилень, патологічні
звички, мовленнєві і психічні відхилення, адже кожна дитина з обмеженими
можливостями має свою унікальність та неповторність [69, с. 331].

Таку саму думку висловлює В. В. Тесленко і наголошує на тому, що
дітей з обмеженими можливостями здоров’я необхідно розглядати не як
аномальну, а як особливу групу. Внаслідок їхньої особливої вразливості,
відсутності сприятливого середовища для задоволення своїх потреб,
обмеження соціокультурної мобільності та відсутності повноцінного
використання життєвих шансів, діти з обмеженими можливостями здоров’я
потребують особливої уваги, що безперечно актуалізує соціальну роботу з
ними, інтеграцію та адаптацію, соціальну реабілітацію, соціально-педагогічну підтримку, дотримання їхніх конституційних прав та сприяння
доступності ресурсів навколишнього світу [75].

Вітчизняні науковці зробили неабиякий внесок у розвиток соціальної
роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я, про що свідчать
роботи А. Й. Капської [69], І. Б. Іванової [63], Є. Р.Ярської-Смірнової [12],
О. В. Безпалько [13], В. Т. Мошняга [105] та ін. Науковці зауважують, що
особливу увагу в соціальній роботі з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я необхідно приділяти вдосконаленню системи соціальної підтримки,
охорони здоров’я; реалізації реабілітаційних програм для збереження
фізичної та розумової активності таких дітей; створенню умов для їх
подальшого самостійного життя та успішної інтеграції в здорове суспільство.

Особливу роль, як наголошує М. В. Перфільєва, відіграє сім’я, в якій
виховується дитина з обмеженими можливостями здоров’я: її психологічний,
економічний і культурний статус; педагогічна культура батьків; емоційна адаптація батьків до проблеми інвалідності дитини; психологічний клімат в
родині, який створює сприятливе чи несприятливе середовище для
емоційного розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров’я;
готовність батьків (активна/пасивна) співпрацювати із соціальним
працівником; соціально-психологічна адаптованість дитини до власних
проблем і потреб, пов’язаних з інвалідністю. Поява в сім’ї дитини з
обмеженими можливостями здоров’я докорінно змінює життя батьків, їх
звичний побут, ставлення до інших дітей. Якщо народження здорової дитини
привносить у життя сім’ї почуття радості, гордості, ніжності, то народження
дитини з обмеженням життєдіяльності є для родини психологічним стресом,
наслідком якого може бути порушення психіки із-за пережитого шоку [35].

Зміни у функціонуванні сім’ї, яка виховує дитину з обмеженими
можливостями здоров’я, як зазначає В. В. Ткачова, відбуваються на кількох
рівнях: психологічному, соціальному, соматичному. Так, психологічний
рівень характеризується змінами в емоційно-вольовій та особистісній сферах
батьків, а саме: постійним емоційним напруженням, психологічним
пригніченням, тривожним сімейним кліматом, відчуттям провини, впаданням
у відчай. Зміни на соціальному рівні виявляються у порушеннях подружніх,
батьківських та сімейних стосунків (обмежене спілкування з родичами,
друзями, відсторонення від людей, соціальна ізоляція). На соматичному рівні
зміни виникають внаслідок великих перевантажень, коли у батьків
проявляться різні соматичні захворювання, астенічні та вегетативні розлади.

Ситуація ускладнюється тим, що батькам бракує відповідних психологічних,педагогічних та медичних знань, необхідних для виховання та розвиткухворої дитини. У таких сім’ях виникають матеріально-побутові, фінансові(пов’язані з необхідністю сплачувати медичні процедури, ліки, інваліднівізки, слухові апарати, ортопедичне взуття, окуляри, спеціальні функціольномеханічні ліжка, інші необхідні обладнання тощо) та житлові проблеми [76].

У зв’язку з цим соціальної допомоги потребує не лише дитина з
обмеженими можливостями здоров’я, але й члени родини, які виховують
таку дитину.

Науковці (Н. Ф. Дементьєва, О. І. Холостова) визначають бар’єри, з
якими стикаються діти з обмеженими можливостями здоров’я, а саме:
емоційний – негативна реакція здорових дітей на інвалідність (глузування,
недоброзичливість, цікавість, страх, антипатія), що призводить до деформації
особистості хворої дитини; просторово-середовий – обмежує дитину в
пересуванні, орієнтації (відсутність необхідного устаткування та
пристосувань для побутових процесів); інформаційний – утруднення в
навчанні, отриманні інформації, що зумовлює мінімальний рівень розвитку
інтелекту дитини, її здатності до пізнання, самооцінки та оцінки
навколишньої дійсності; комунікативний – обмеження та деформація
процесу спілкування із здоровими однолітками через фізичні недоліки,
інтелектуальні відхилення та (чи) мовні дефекти. Як наслідок, такий
негативний досвід спілкування може сформувати в дитини з обмеженими
можливостями здоров’я неадекватний образ світу людських стосунків,
призвести до психологічних травм [92].

До соціальних проблем дітей з обмеженими можливостями здоров’я О. М. Дікова-Фаворська відносить: соціальний аутизм (відсторонення від
навколишнього світу), відставання у соціальному розвитку, зумовлені
ізольованістю від здорового середовища, відсутність соціального досвіду. На
думку автора, це ускладнює соціальну інтеграцію та адаптацію дитини і, як
наслідок, призводить до соціальної девіації (порушення або відсутності
соціальних норм). Тому дітям з обмеженими можливостями здоров’я
необхідно спілкуватися зі своїми однолітками, розширювати соціальні
контакти, щоб задовольняти потреби в спілкуванні, навчанні та розвитку [45].

Головною проблемою дітей з обмеженими можливостями
І. В. Татьянчикова вважає порушення їх зв’язку зі світом, обмеження мобільності, обмежене спілкуванні з природою, недоступність низки
культурних цінностей, а іноді й елементарної освіти. Ця проблема є
наслідком не тільки фізичного і психічного стану здоров’я дитини, але й
наслідком соціальної політики та усталеної суспільної свідомості, адже
дитина-інвалід може бути такою ж здібною та талановитою, як і її одноліток,
який не має проблем зі здоров’ям, але виявити свій талант, розвинути його їй
заважає нерівність соціальних можливостей. Тому одним з напрямів
державної політики, що передбачає включення дітей з обмеженими
можливостями здоров’я (за винятком крайніх ступенів фізичного чи
розумового недорозвинення) в освітнє середовище, є інклюзивна освіта –
комплексний процес забезпечення рівного доступу до якісної освіти дітям з
особливими освітніми потребами шляхом організації їх навчання у
загальноосвітніх навчальних закладах з урахуванням індивідуальних
особливостей навчально-пізнавальної діяльності таких дітей. На противагу
домашній освіті, яка обмежує спілкування дитини, інклюзивна освіта надає
дитині можливість брати участь у житті колективу і мати дружні стосунки з
іншими дітьми, сприяє когнітивному, фізичному, мовному, соціальному та
емоційному розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров’я [72].

Характеризуючи дітей з обмеженими можливостями здоров’я,
Л. О. Ханзерук наголошує на впливі соціальних умов на формування їхньої
особистості. Так, перебування в медичних закладах («госпітальний
синдром») або обмежене спілкування вдома («синдром домашньої
ізольованості») спричиняють формування таких рис, як пасивність,
сором’язливість, невміння відстояти власні інтереси, чутливість, замкненість.
Такі діти часто не здатні до адекватної оцінки своїх вчинків і поведінки
оточуючих, що перешкоджає налагодженню комунікативної взаємодії з
ними. Ускладнюють ситуацію характерні відхилення у розвитку емоційновольової сфери такої дитини, зокрема підвищена схильність до страхів,низька мотивація до діяльності, наївність суджень, недостатняорієнтація у побуті та практичних життєвих проблемах, небажання виконуватисамостійну діяльність тощо [91].

Пріоритетними принципами соціальної роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я, на думку Г. С. Гикавої, є: дотримання прав дитини;
надання державних гарантій у сфері соціального обслуговування;
забезпечення рівних можливостей щодо отримання соціальних послуг і
їхньої доступності для дітей; доступність всіх видів соціального
обслуговування; орієнтація соціального обслуговування на індивідуальні
потреби дитини з обмеженими можливостями здоров’я; пріоритетність
заходів із соціальної адаптації таких дітей; відповідальність органів
державної влади, місцевого самоврядування за дотримання прав дітей з
обмеженими можливостями здоров’я у сфері соціального обслуговування
[31, с. 35].

На основі зазначених пріоритетних принципів сформовано напрями
соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я, а саме:

– вивчення соціально-психологічного стану дитини з обмеженими
можливостями здоров’я;

– координація роботи з різними соціальними інститутами, що
опікуються проблемами дітей з обмеженими можливостями здоров’я у
суспільстві;

– організація культурно-дозвільної діяльності дітей з обмеженими
можливостями здоров’я через проектування та впровадження різноманітних
програм та форм роботи соціальних служб;

– організація консультацій для сім’ї, що виховує таку дитину, з
юридичних, правових, психолого-педагогічних питань;

– розвиток потенційних творчих можливостей дітей з обмеженими
можливостями здоров’я;

– формування якостей особистісної самодіяльності засобами спеціально
розроблених психотренінгів; – проведення соціально-педагогічних досліджень особливостей соціалізації дітей з обмеженими можливостями здоров’я з різними типами захворювань;

– здійснення психолого-педагогічної корекційної роботи;

– побутова реабілітація дітей з обмеженими можливостями здоров’я
(навчання елементам самообслуговування та норм елементарної поведінки в
різних мікросоціумах);

– проведення психологічного консультування дітей з обмеженими
можливостями здоров’я з особистісних проблем [26].

Видами соціальної роботи з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я є такі: соціальна допомога; соціальний патронаж; соціальна
реабілітація; надання соціально-психологічної, психолого-педагогічної,
соціально-медичної, юридичної, інформаційно-консультативної допомоги та
підтримки з метою покращення їх життєдіяльності. Вибір виду соціальної
роботи залежить від специфіки життєдіяльності конкретної дитини, що, в
свою чергу, зумовлює індивідуалізацію форм і методів роботи з нею,
спрямованих на формування індивідуальності кожної дитини з урахуванням
її потенційних можливостей і потреб. Так, соціальний працівник повинен
враховувати, що під час роботи з ліжково-хворими дітьми (з пошкодженням
спинного мозку, кістково-м’язової системи) необхідною умовою їх
соціальної адаптації є створення атмосфери соціального середовища в місцях
їхнього перебування. Діти, які мають комунікативні труднощі, в процес
інтеграції включаються поступово та потребують спеціальної допомоги:
сурдоперекладу, спеціальних озвучених путівників, слухових апаратів,
азбуки Брайля тощо. Діти з проблемами пересування та орієнтації в просторі
потребують спеціальних пристосувань (милиць, інвалідних візків),
відповідного догляду, допомоги, а також формування таких якостей, як
самостійність, прагнення до взаємодії і співпраці, що прискорює процес їх
адаптації та соціалізації.

З цього приводу О. Р. Ярська-Смірнова зазначає, що особливе місце в
роботі соціального працівника з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я займає індивідуальна та групова робота з ними. Індивідуальна
робота будується з урахуванням особливостей, здібностей та інтересів, рівня
розвитку вмінь і навичок дитини-інваліда. Саме індивідуальні консультації
щодо навчання, вирішення юридичних питань з прав та пільг, медикосоціальної та психолого-педагогічної допомоги є однією з форм роботи з
такими дітьми та їх родинами. Щодо групової роботи, то вона спрямована на
об’єднання дітей з обмеженими можливостями здоров’я та членів їхніх сімей
в клуби за інтересами, які сприяють розвитку та адаптації, спілкуванню,
духовному розкріпаченню та заохоченню таких дітей до активного життя.
Для побудови взаємозв’язків дитини з обмеженими можливостями здоров’я з
макро- і мікросередовищем, розвитку і збереження її психофізичних
можливостей соціальні працівники впроваджують такі організаційні форми
роботи, як-от: тренінги; семінари; бесіди; клуби спілкування; творчі групи
розвитку; недільні зустрічі для дітей, які не навчається у державних закладах;
реабілітаційні центри; гуртки з декоративно-прикладної, художньої та
літературної творчості; виїзні консультації у школах-інтернатах; конкурси,
фестивалі і виставки художньої творчості; відвідування закладів культури
тощо [21].

Отже, соціальна робота з дітьми з обмеженнями можливостями
здоров’я – це вкрай складна та багатогранна професійна діяльність,
ефективність здійснення якої залежить від рівня підготовленості соціальних
працівників щодо неї.

* 1. **Сутність і структура підготовленості майбутніх соціальних
	працівників до роботи з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я**

Визначення сутності і структури феномена «підготовленість
майбутнього соціального працівника до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я» зумовило необхідність розгляду низки таких
понять, як-от: «підготовка», «професійна підготовка», «готовність»,
«підготовленість».

Так, у довідковій літературі поняття «підготовка» визначаться як
система змістово-педагогічних та організаційно-методичних заходів,
спрямованих на формування в майбутнього суб’єкта професійної діяльності
знань, умінь та навичок; формування і збагачення настанов, знань і вмінь,
необхідних індивіду для адекватного виконання специфічних завдань [28,
с. 78]. Н. Г. Ничкало тлумачить підготовку як складний педагогічний процес
формування в майбутнього суб’єкта професійної діяльності високого рівня
професійних знань, умінь та навичок, які відповідають вимогам науково-технічного прогресу, виховання соціально-активних членів суспільства знауковим світосприйняттям та творчим мисленням [10].

А. М. Алєксєєва поняття «підготовка» визначає як спеціально організованийпроцес формування готовності до виконання майбутніх завдань і якготовність, тобто наявність компетенції, знань, умінь та навичок, необхідних
для успішного виконання певних завдань [5, с. 4].

Головне завдання підготовки, на думку Т. Г. Жаровцевої, полягає у
набутті кожним студентом особистісного смислу діяльності, формуванні
фахової майстерності, практичних умінь та навичок, необхідних для
здійснення професійної діяльності [55, с. 101].

Підготовка соціальних працівників в умовах університетської освіти, як
зазначає О. Г. Карпенко, – це, по-перше, процес формування психологічного
забезпечення професійної діяльності (у цьому випадку результати підготовки
можуть бути представлені у вигляді внутрішніх умов і засобів її ефективної
організації та реалізації), і, по-друге, психологічної готовності суб’єкта до
професійної діяльності (в цьому випадку результатом підготовки є ступінь
(рівень) сформованості психологічного забезпечення, який відображається у
психічному стані суб’єкта) [70].

Підготовка майбутніх соціальних працівників до професійної
діяльності, як зазначає Л. О. Хоменко-Семенова, передбачає формування в
них компетентності в галузі вивчення індивідуальності і соціальної природи
людини, особливостей соціальних груп та індивідів у конкретних обставинах
суспільного життя; засвоєння методів впливу, вияву їхніх можливостей у
міжособистісному спілкуванні; надання безпосередньої допомоги конкретній
людині чи групі людей у розв’язанні їхніх проблем [49].

Підготовка майбутнього соціального працівника до соціально-педагогічної діяльності, за визначенням М. М. Шубович, – це
цілеспрямований процес, що вимагає організації специфічної навчальної
діяльності студента, змістом якої виступають теоретичні знання, розвиток у
нього основ теоретичного мислення, а також творчо-особистісного рівня
здійснення практичних видів діяльності в зазначеній сфері [27].

Підготовку майбутнього соціального працівника до професійної
діяльності на основі реалізації акмеологічного підходу І. І. Боднарук трактує
як поетапний процес досягнення вершин («мікроакме») у навчанні,
результатом якого є максимально можливий для кожного студента рівень
готовності до професійної діяльності [16].

Схожість специфіки професійної діяльності соціальних педагогів і
соціальних працівників і зумовлена нею специфіка професійної підготовки
фахівців зазначеного профілю роблять доцільним аналіз поняття
«підготовка» в аспекті обох видів професійної діяльності.
Так, підготовка майбутнього соціального педагога до роботи з
прийомними сім’ями, на думку О. Ю. Міхєєвої, – це комплексний процес
передачі та формування спеціальних знань, умінь та особистісних якостей
спеціаліста, які дозволять йому ефективно працювати за даним напрямом та
враховувати соціально-педагогічні та психолого-педагогічні особливості цієї
категорії клієнтів [66].

Підготовка соціального педагога до роботи з заміщеною сім’єю, як
зазначає І. Є. Горохова, – це процес формування в майбутнього фахівця здатності до творчого пізнання, впорядкування та концептуалізації
механізмів соціальних змін, спрямованих на підвищення ефективності всієї
системи соціальної підтримки сімей з дітьми, що забезпечує умови успішної
інтеграції соціальних сиріт в сім’ю і суспільство. На думку автора, критерієм
підготовленості соціального педагога до роботи з заміщеною сім’єю є
самовизначення особистості студента у професії і його готовність до
виконання професійної діяльності [35].

Підготовка майбутнього соціального педагога до роботи в дитячому
оздоровчому закладі, на думку С. Д. Підлипської, передбачає оволодіння
знаннями з теоретичного і практичного аспектів змісту професійної
діяльності майбутнього фахівця та технологій організації і проведення
соціально-педагогічної діяльності у дитячих оздоровчих закладах,
використання відповідних змісту роботи методів і форм навчання,
забезпечення рефлексії отриманих знань і вмінь [37, с. 201].

Щодо професійної підготовки, то у довідковій літературі вона
трактується як сукупність спеціальних знань, навичок та вмінь, якостей,
трудового досвіду та норм поведінки, що забезпечують можливість успішної
роботи за певною професією; як здобуття кваліфікації за відповідним
напрямом підготовки або спеціальністю [28, с.159]. Професійну підготовку
розглядають також як систему організаційних та педагогічних заходів, які
забезпечують формування в особистості професійної спрямованості, системи
знань, навичок, умінь і професійної готовності, що, в свою чергу,
визначається як суб’єктивний стан особистості, яка вважає себе здатною і
підготовленою до виконання певної професійної діяльності та прагне її
виконувати [23].

Професійна підготовка соціального працівника характеризується
засвоєнням системи знань, сформованістю професійних умінь і навичок, що
забезпечують усвідомлення професійної діяльності, заснованої на
кваліфікаційних вимогах [85]. На думку В. В. Савицької, це
складний, багатоаспектний процес, предметом якого є теоретичні знання, практичні вміння студентів виконувати фахові функції; етичні норми
соціальної роботи; індивідуально-психологічні якості соціального
працівника, а також потреба у самоосвіті, саморозвитку і самовдосконаленні
[51].

В аспекті дослідження розглядупрофесійної підготовки
майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я будемо розглядати як інтегративний процес
формування в студентів спеціальних знань, умінь, навичок та особистісних
якостей, що обумовлюють здійснення ефективної соціальної роботи з
означеною категорією дітей.

У процесі професійної підготовки формується готовність – стан
високого рівня розвитку мотиваційних, пізнавальних, емоційних та вольових
процесів особистості, який забезпечує успіх майбутньої діяльності; адекватна
настанова на майбутню діяльність [63].

Досліджуючи професійну підготовку майбутніх соціальних педагогів,
О. В. Філь зазначає, що готовність виступає кінцевим результатом такої
підготовки, цілісною системою, яка будується як інтегральне ціле на основі
загальнопедагогічного (є складовою професійної загальнопедагогічної
готовності), особливого (має свою специфіку, зумовлену особливостями і
закономірностями процесу формування готовності до певного виду
діяльності) та індивідуального (відображає залежність готовності від
підготовки, особистісно-професійних характеристик майбутнього фахівця).
Автор наголошує, що готовність слід розглядати як складне структурне
професійно-особистісне утворення, яке характеризується сформованістю
системи знань та операційно-технологічних умінь, розвиненістю професійно
важливих особистісних якостей і сформованою потребою в реалізації
функціонально-рольового потенціалу спеціаліста [88]. А. М. Алєксєєва
також розглядає готовність як сукупність знань, умінь і навичок, професійно
значущих якостей, якими повинна володіти особистість для успішної
адаптації до діяльності [5].

Отже, готовність – це здатність фахівця у потрібний момент
активізувати всі свої потенційні можливості, психологічний стан, настанову
або внутрішню налаштованість і, спираючись на набуті знання, досвід,
приймати самостійні рішення у конкретній ситуації відповідно до кінцевої
мети діяльності. К. М. Дурай-Новакова наголошує, що готовність залежить
від інтересу, ставлення до діяльності, почуття відповідальності, упевненості в
успіху, потреби виконувати поставлені завдання на високому професійному
рівні, керування своїми почуттями, мобілізації сил, подолання невпевненості,
а також від наявності у працівника професійних знань, умінь та навичок[50].

Проведений аналіз поняття «готовність» дозволяє виділити головну
схожість у поглядах учених щодо його сутності: готовність передбачає
наявність знань, умінь, досвіду діяльності та сформованого ставлення
особистості до майбутньої професії, яке полягає у прагненні
самореалізуватися в ній.

Основними підходами щодо визначення змісту і структури готовності,
виокремленими А. Й. Капською, є такі:

– функціональний, де готовість виступає цілісним інтегративним
особистісним утворенням, яке містить різні компоненти: сукупність знань,
умінь, навичок, особистісних якостей, адекватних вимогам та змісту
професійної діяльності;

– особистісно-діяльнісний, у межах якого готовність окреслюється як
характеристика особистості, що забезпечує можливість ефективно
виконувати професійні функції;

– результативно-діяльнісний, що визначає готовність (підготовленість)
як результат процесу підготовки до певної роботи [68].

Науковці (І. І. Єрмакова, Л. В. Сохань, Г. М. Нессен та ін.) у структурі
готовності до професійної діяльності виокремлюють такі компоненти:

– операційний (знання, вміння та навички, необхідні для забезпечення
якісного виконання професійних завдань);

– особистісний (особистісні риси та якості, необхідні для здійснення
професійної діяльності);

– емоційний (специфіка емоційного ставлення до професії);

– професійний (глибина розуміння всіх тонкощів обраної професійної
діяльності, професійна ідентичність);

– оцінний (передбачає самооцінку фахівцем своєї професійної
підготовленості і відповідність процесу вирішення професійних завдань
оптимальним трудовим зразкам);

– мотиваційний (свідчить про позитивне ставлення до професії, інтерес
до неї та інші стійкі професійні мотиви) [66].

Щодо майбутніх соціальних працівників і соціальних педагогів, то
науковці досліджують різні види готовності до певної діяльності.
Готовність майбутнього соціального працівника до превентивної
діяльності, на думку С. Ю. Сургової, – це кінцевий результат оволодіння
студентами системою соціально-педагогічних знань, умінь, навичок, їхня
активна громадянська позиція, здатність вирішувати творчі завдання
превентивного спрямування, прогнозувати й моделювати ситуації
попередження негативної соціалізації, наявність гнучкого професійного
мислення і високого рівня правової культури [70].

Готовність соціального працівника до професійної діяльності з літніми
людьми, як зазначає Л. М. Тулякова, – це психічний стан, передстартова
активізація студентів ВЗО, що включає усвідомлення ними цілей, оцінку
наявних умов, визначення найбільш імовірних способів дії при взаємодії з
людьми похилого віку; прогнозування мотиваційних, вольових,
інтелектуальних зусиль, імовірності досягнення результату в професійній
соціальній роботі з літніми людьми, а також мобілізацію сил,
самонавіювання в досягненні цілей [80].

Готовність майбутнього соціального педагога до профілактики
соціального сирітства – це, за визначенням Л. І. Міщик, інтегративне,
особистісне новоутворення, динамічну структуру якого складає взаємодія трьох взаємопов’язаних і взаємообумовлених компонентів: мотиваційно-ціннісного, інтелектуально-пізнавального та операційно-діяльнісного [13].

Готовність майбутнього соціального педагога до профілактично-корекційної роботи з педагогічно занедбаними підлітками М. М. Ярошко
розглядає як інтегроване поняття, що відтворює морально-психологічні,
теоретичні, практичні компоненти підготовленості та наявності особистісних
професійних якостей, необхідних для ефективної роботи з такою категорією
неповнолітніх. Така готовність, на думку автора, передбачає володіння
студентами теоретичними знаннями щодо профілактично-корекційної роботи
з педагогічно занедбаними підлітками; мотивацію до цього виду професійної
діяльності; активність; сформованість відповідних умінь та навичок; прояв
особистісних якостей доброзичливості, поваги та любові до дітей, співчуття,
відповідальності, комунікабельності, толерантності, тактовності, високого
рівня культури тощо [21].

Як бачимо, разом із поняттям «готовність» вживається поняття
«підготовленість», яке також можна трактувати як результат і мету
професійної підготовки, передумову цілеспрямованої діяльності студентів та
її ефективності, наявність певних здібностей або якостей особистості
майбутніх фахівців. О. М. Чусова вважає підготовленість істотною
передумовою цілеспрямованості та ефективності професійній діяльності.
Високий рівень підготовленості, на думку автора, є запорукою ефективного
виконання фахівцем своїх професійних обов’язків, обґрунтованого
застосовування знань, використання досвіду, перебудови професійних дій
відповідно до життєвих ситуацій [23].

У довідковій літературі поняття «підготовленість» трактується як
результат процесу професійної підготовки [14, с. 418]; «комплекс набутих
знань, навичок, умінь, якостей, які дозволяють успішно виконувати певну
діяльність» [51].

Під підготовленістю майбутнього соціального педагога як суб’єкта
професійної діяльності К. М. Віцукаєва розуміє наявність професійних і
особистісних знань, умінь і навичок, спрямованих на ефективне забезпечення
діяльності, що передбачає придбання у період підготовки у ВЗО досвіду
суб’єктності: усвідомлення важливості рефлексії своїх соціально-педагогічних функцій, керування саморозвитком; готовність реалізовувати
принцип безперервності професійного самовдосконалення у всіх наступних
фазах професійного зростання [25].

Підготовленість майбутнього соціального працівника до
профілактично-корекційної роботи з підлітками девіантної поведінки
М. О. Волошенко розглядає як інтегративну характеристику, що базується на
комплексі здобутих у процесі професійної підготовки знань, умінь, навичок,
якостей і передбачає їхню придатність та здатність до виправлення та
попередження відхилень у поведінці підлітка, переорієнтації його системи
цінностей, розширення соціальних зв’язків, формування позитивного
соціального досвіду, залучення до виконання соціальних вимог, запобігання
перетворенню девіантної поведінки у злочинну. На думку автора, структуру
зазначеної підготовленості утворюють: мотиваційний, когнітивний,
операційний та емоційно-вольовий компоненти. Мотиваційний компонент
свідчить про бажання майбутніх соціальних працівників оволодівати
знаннями, вміннями і навичками профілактично-корекційної роботи з
підлітками девіантної поведінки; когнітивний – зумовлений знаннями
студентів щодо сутності та специфіки профілактично-корекційної роботи з
підлітками девіантної поведінки; операційний – відображає професійно
значущі вміння і навички майбутніх соціальних працівників з
профілактично-корекційної роботи з підлітками девіантної поведінки;
емоційно-вольовий – характеризує здатність студентів до саморегуляції та
керування своїм емоційним станом, спроможність аналізувати та оцінювати
результати своєї діяльності [27].

Отже, аналіз педагогічних досліджень дозволяє стверджувати, що
готовність і підготовленість взаємопов’язані між собою, та є
характеристикою одного і того самого процесу – професійної підготовки.
Ключовим поняттям започаткованого дослідження було обрано
підготовленість, адже готовність є тимчасовою потенційною
характеристикою процесу професійної підготовки фахівця, тоді як
підготовленість – це довготривала готовність.

Отже, підготовленість майбутніх соціальних працівників до роботи з
дітьми з обмеженими можливостями здоров’я– це результат їхньої
спеціальної цілеспрямованої професійної підготовки, що передбачає
обізнаність із психологічними та фізичними особливостями розвитку таких
дітей, уміння виявляти та вирішувати їх проблеми, забезпечувати
повноцінний розвиток і соціалізацію, зберігаючи емоційно-позитивне тло
діяльності. Основними структурними компонентами підготовленості
майбутнього соціального працівника до роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я виступають: когнітивний, діяльнісний, ціннісно-мотиваційний та вольовий.

Так, когнітивний компонент передбачає володіння соціальним
працівником спеціальними знаннями, необхідними для взаємодії з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я, а також стійкого інтересу до
отримання та набуття потрібних знань у подальшій професійній діяльності.
Такими знаннями вважаємо: знання закономірностей психічного й
особистісного розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров’я з
урахуванням її вікових, індивідуальних відмінностей та патологічних змін;
інтересів і потреб різних вікових груп дітей з обмеженими можливостями
здоров’я; основ психології, педагогіки, лінгвістики, неврології та фізіології;
психології взаємин і взаємодій дитини з обмеженими можливостями здоров’я
в групі, сім’ї; основ формування первісних навичок соціалізації в системі
всебічного розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров’я;психолого-педагогічних, медико-соціальних та методологічних засад,необхідних для проведення соціальної реабілітації таких дітей; основсоціальної медицини з планування медико-соціальних заходів щодозбереження, зміцнення та відновлення психологічного та фізичного станудітей з обмеженими можливостями здоров’я; основ соціальної політикидержави та соціально- правового захисту таких дітей; функцій державних інедержавних організацій у системі соціально захисту і соціальної підтримкидітей з обмеженими можливостями здоров’я; соціально-правових основ, якізабезпечують право дітей з обмеженими можливостями здоров’я наотримання соціальних виплат, гарантій та послуг.

Діяльнісний компонент досліджуваної підготовленості зумовлений
уміннями, необхідними соціальному працівнику для планування, успішного
виконання та оцінювання результативності роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я. Такими вміннями є: уміння обирати для кожної
дитини з обмеженими можливостями здоров’я таку форму соціально-психологічного та педагогічного впливу, яка б відповідала її індивідуальним
особливостям і потенційним можливостям; враховувати стан слуху, зору,
особливості моторики, уваги, темпу роботи, стомлюваності, загального
психофізичного стану дітей з обмеженими можливостями здоров’я під час
роботи з ними; спостерігати, розуміти й інтерпретувати поведінку і
відносини в сім’ї до дитини з обмеженими можливостями здоров’я;
працювати в тісному контакті з іншими фахівцями (дефектологом,
психологом, логопедом, медичними працівниками) та батьками; аналізувати
та оцінювати власний досвід і досвід інших соціальних працівників,
міжгалузевих фахівців в роботі з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я; долати бар’єри в спілкуванні з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я вербально, невербально і письмово (під бар’єром розуміємо те, що
заважає дитині повноцінно сприймати інформацію, бачити, чути, говорити);
створювати позитивне комунікативне поле (проявляти легкість у спілкуванні,
відкритість, контактність); розширювати контакти дитини з обмеженими можливостями здоров’я, долати її ізоляцію, долучати до суспільного життя;
формувати позитивну мотивацію до участі в корекційній роботі, виховувати
оптимізм, бачення життєвої перспективи, відчуття успіху; організовувати
комплексне діагностування і корекційну діяльність; залучати до освітнього
процесу з урахуванням характерних для дітей з обмеженими можливостями
здоров’я компенсаторних чинників; здійснювати психологічну підтримку
батьків дітей з обмеженими можливостями здоров’я; організовувати правову
підтримку сім’ї (інформація, захист законних прав та інтересів);
налагоджувати сімейний мікроклімат; заохочувати членів сім’ї до організації
соціальної реабілітації дитини з обмеженими можливостями здоров’я;
навчати батьків дітей з обмеженими можливостями здоров’я способам і
прийомам роботи з ними на основі індивідуальної програми.

Ціннісно-мотиваційний компонент досліджуваної підготовленості
зумовлений тим, що в процесі роботи з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я соціальний працівник має діяти відповідно до моральних норм та
цінностей, які спрямовані на досягнення певних результатів і стимулюють
його професійну діяльність; проявляти такі особистісні якості, як
доброзичливість, повага, співчуття, емпатія, любов. Під час взаємодії з
дітьми з обмеженими можливостями здоров’я соціальний працівник має
проявляти делікатність, толерантність, гуманізм, альтруїзм, милосердя;
дотримуватися педагогічної етики, поважати гідність особистості дитини з
обмеженими можливостями здоров’я; не проявляти будь-якої дискримінації
на основі фізичних чи розумових відхилень дитини з обмеженими
можливостями здоров’я, культурного чи соціального статусу сім’ї,
особистісних характеристик, віросповідання тощо; відповідати загальним
етичним та культурним вимогам; на основі особистісних переконань, ідеалів,
інтересів, нахилів створювати позитивне емоційне ставлення до дітей з
обмеженими можливостями здоров’я; проявляти інтерес до роботи з ними,
усвідомлювати своє покликання, відчувати потребу в обраній діяльності та
відповідальність (почуття обов’язку); привносити в роботу з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я індивідуально-творчий, новаторський
характер, усвідомлено розвивати свою особистісну і професійну
індивідуальність; бути тактовним і слідувати вимогам педагогічної етики по
відношенню до дитини з обмеженими можливостями здоров’я та її сім’ї;
зберігати конфіденційність інформації, отриманої в процесі роботи з
дитиною з обмеженими можливостями здоров’я та її сім’єю.

Вольовий компонент досліджуваної підготовленості зумовлений тим,
що соціальний працівник в процесі роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я має проявляти стійку емоційну врівноваженість та
високу вольову саморегуляцію свого психофізичного стану; здатність до
перенесення психологічних і моральних навантажень (стресостійкість) під
час роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я; адекватно
емоційно відгукуватися на психічний та фізичний стан дитини з обмеженими
можливостями здоров’я та її поведінку; терпиме ставлення до прояву
розумових та фізичних вад такої дитини (неконтрольовані рухи, емоції,
неврівноважена поведінка тощо); здатність до саморегуляції позитивного
психоемоційного тла в роботі з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я
незалежно від власного настрою; проявляти такі вольові якості, як рішучість,
наполегливість, терплячість, витримка, самовладання тощо.

Знання сутності і структури підготовленості майбутніх соціальних
працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я
дозволяють визначити педагогічні умови її формування у процесі їхньої
професійної підготовки у ВЗО.

**Висновки до першого розділу**

Таким чином, даний розділ присвячено визначенню теоретичних засад професійноїпідготовки майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я: охарактеризовано категорію клієнтів
соціальної роботи «діти з обмеженими можливостями здоров’я»; визначено
сутність і структуру підготовленості до роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я як результату професійної підготовки майбутніх
соціальних працівників до такої роботи у ВЗО; проааналізовано стан
підготовки майбутніх соціальних працівників щодо формування їхньої
підготовленості до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.

Категорією «діти з обмеженими можливостями здоров’я» є особи, які
не досягли 18-річного віку, мають певні фізіологічні або (і) психоемоційні
розлади органів і систем організму та відповідно до чинного законодавства
набувають статусу дитини-інваліда і мають право на отримання соціальної
допомоги з боку держави.

Соціальна робота з дітьми з обмеженими можливостями передбачає
широкий комплекс професійної соціально-педагогічної діяльності, що
полягає у виявленні, визначенні та вирішенні проблем хворої дитини з метою
реалізації та захисту її прав на повноцінний розвиток; індивідуально-зорієнтованій допомозі та співробітництві в її життєвому самовизначенні.

Основними видами такої роботи є: соціальна допомога; соціальний
патронаж; соціальна реабілітація; надання соціально-психологічної,
психолого-педагогічної, соціально-медичної, юридичної, інформаційно-консультативної допомоги та підтримки з метою покращення їх
життєдіяльності.

Підготовленість майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я розглядаємо як результат їхньої
спеціальної цілеспрямованої професійної підготовки, що передбачає
обізнаність із психологічними та фізичними особливостями розвитку таких
дітей, уміння виявляти та вирішувати їх проблеми, забезпечувати
повноцінний розвиток і соціалізацію, зберігаючи емоційно-позитивне тло
діяльності.

Структуру досліджуваної підготовленості утворили: когнітивний
(зумовлений спеціальним знаннями щодо сутності соціальної роботи з дітьми
з обмеженими можливостями здоров’я, а також стійкого інтересу до
отримання та набуття потрібних знань у подальшій професійній діяльності);
діяльнісний (свідчить про вміння планувати, успішно виконувати та
оцінювати результативність роботи з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я); ціннісно-мотиваційний (відображає моральні норми та цінності
майбутнього соціального працівника, спрямовані на досягнення певних
результатів і стимулювання власної діяльності); вольовий (передбачає стійку
емоційну врівноваженість, високу вольову саморегуляцію, здатність до
перенесення психологічних і моральних навантажень під час роботи з дітьми
з обмеженими можливостями здоров’я) компоненти.

РОЗДІЛ 2. СУЧАСНИЙ СТАН ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНО ПЕДАГОГІЧНИХ АСПЕКТІВ ПРОБЛЕМИ ПРОФЕСІЙНОЇ ПІДГОТОВКИ МАЙБУТНІХ СОЦІАЛЬНИХ ПРАЦІВНИКІВ ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ОБМЕЖЕНІ МОЖЛИВОСТІ ЗДОРОВ’Я

**2.1 Особливості діяльності працівника соціальної сфери (соціального педагога) з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я**

Проблема молодих інвалідів, або по-іншому, дітей з функціональними обмеженнями чи особливими потребами, залишаючись наразі недостатньо дослідженою, потребує особливої уваги суспільства. Ще наприкінці минулого століття ООН проголосила 1983-1992 роки Міжнародним десятиліттям інвалідів. Це засвідчило зміну офіційної позиції світової громадськості стосовно осіб із функціональними обмеженнями. Уперше були визначені їхні права нарівні з правами інших членів суспільства. Ще донедавна проблема інвалідності стосувалася лише самої людини-інваліда та її сім'ї.

 Нині ж визнається, що інвалідність - не стільки нещастя однієї людини, скільки суспільний феномен. Відомі різні моделі інвалідності: медична, економічна, функціональна, соціальна. Відповідно до медичної моделіінваліда від"нормальної" людини відрізняють вроджені чи набуті патології, які обумовлюють неповноцінність людини у розумовому чи фізичному плані, або ж одночасно в першому і другому. Поліпшення життя інваліда досягається за рахунок відновлення його здоров'я (фізичного, розумового) медичними засобами. У рамках економічної моделінеповноцінними вважають тих людей, які мають певні обмеження в праці (не можуть працювати, працюють за обмеженим часом). В Україні прийняте офіційне визначення інвалідності як довготривалої чи постійної, повної чи часткової втрати працездатності внаслідок стійких чи важких порушень функцій організму у зв'язку з хворобою, травмою чи дефектом розвитку. Модель функціональної обмеженості пояснює неповноцінність як нездатність людини до виконання певних функцій, доступних для здорових людей. Визначення інвалідності з позицій функціонального підходу дається в Декларації про права інвалідів, прийнятій Генеральною Асамблеєю ООН у 1997 році. Згідно з нею "інвалід" - це особа, яка не може самостійно забезпечити повністю чи частково потреби нормального особистого соціального життя через вади, вроджені або набуті, його чи її фізичні або розумові можливості. У світлі цієї моделі дається також визначення, яке зустрічається в Рекомендаціях до реабілітаційних програм, ухвалених на сесії Парламентської Асамблеї Ради Європи (1992 р.), в яких йдеться, що інвалідність-це обмеження в можливостях, зумовлене фізичними, психічними, сенсорними, соціальними, культурними, законодавчими та іншими бар'єрами, які не дозволяють людині, котра має інвалідність, бути інтегрованою у суспільство і брати участь у житті сім'ї чи суспільства на таких само підставах, як і всі члени суспільства [87].

Цілком правомірно, на нашу думку, дослідниця проблем соціальної педагогіки А.Й.Капська не погоджується з таким твердженням, оскільки, як наголошує вона, самореалізація визначається не стільки потенційними можливостями, яких у здорової людини більше, а тими, які індивід зумів використати. Отже, важливу роль у цьому процесі відіграють як бажання і активність самої людини, так і наявність сприятливих соціальних обставин. За умови такого розуміння проблема інвалідності виходить за межі індивідуального існування. Подібні підходи зумовили появу соціальної моделі інвалідності. Згідно з нею визначальна роль в обмеженні повноправного функціонування людини у суспільстві належала її оточенню. За умов відособлення в ньому формувалася ситуація соціальної бездіяльності, відчуження і деградації людини з вадами фізичного і психічного розвитку. У світлі цієї моделі нині основна увага спрямовується на створення сприятливих умов для найповнішої самореалізації інвалідів та інтеграції їх у суспільство у рамках "незалежного життя" кожного з них. Передбачається, що за таких умов функціональні обмеження будуть віднесені до розряду культурних відмінностей. Зважаючи на це, соціально-педагогічним працівникам значну увагу слід приділяти не лише безпосередній роботі з людьми із функціональними обмеженнями, а й безпосередньому соціальному оточенню.

На сьогодні найпоширенішою формою піклування про дітей-інвалідів в Україні є інституційна, яка передбачає соціалізацію їх у стінах дитячих будинків, шкіл-інтернатів, професійно-технічних закладів. У країні діє система спеціалізованих дошкільних закладів та шкіл-інтернатів. Однак недоліки інтернатної системи соціального виховання стають на заваді формуванню соціальної мобільності та інтегрованості вихованців. Це призвело до того, що нині у більшості розвинутих країн інтернатних закладів немає зовсім. Провідним принципом в охороні дитинства стала позаінституційна підтримкадітей та підлітків, яка полягає в тому, що дітей, котрі потрапляють під опіку держави, передають для тимчасового догляду та виховання у прийомні сім'ї. Такий вид догляду за дітьми-сиротами та дітьми, позбавленими батьківської опіки, отримав назву прийомної опіки (англ. - fostercare). Пізніше з'явилися прийомні сім'ї-спеціалісти, які поряд з іншими дітьми брали на утримування дітей-інвалідів. Вони засвідчили свою ефективність у напрямі їх соціалізації. Дослідження, проведені у 1959 році в США, підтвердили, що легше знайти для дитини-інваліда прийомну сім'ю, ніж створити умовидля успішної соціалізації в рідній.

Важливою ділянкою роботи соціального педагога у вирішенні проблем соціалізації дітей-інвалідів у вітчизняній соціально-педагогічній практиці є соціально-педагогічний супровід сім'ї хворого. Психологи доводять, що у батьків із появою дитини з порушеннями в розвитку з'являються психічні розлади. У зв'язку з цим Шухард виділяє кілька етапів кризи в сім'ї:

* заперечення проблеми,
* наддепресія,
* пошуки шляхів виходу з кризи,
* визначення ситуації і звернення до фахівців,
* скорочення контактів з навколишнім світом, зосередження всієї уваги надитині, надія на її одужання, повторний сильний стрес у випадку втрати надії, змирення із тою ситуацією, яка склалася [32].

Стратегія соціально-педагогічного супроводу сім'ї, в якій виховується дитина з обмеженими можливостями здоров’я,включає такі основні напрями:

1. Допомогти батькам зрозуміти, що дитину з обмеженими можливостями здоров’я не слід сприймати як погану, а як представника людей з розряду особливих культурних відмінностей, у ставленні до яких у світовій практиці став чітко помітним поворот від культури корисності до культури гідності.
2. Дати зрозуміти родині, що вона у світі не єдина зі своєю проблемою. Є інші сім'ї, які у рамках можливого вирішують цю проблему на основі вироблення власної філософії життя. Результатом цього є створення найсприятливіших умов для соціалізації хворої дитини. Познайомитись з такою родиною.
3. Проводити консультації, у ході яких пропагувати та рекомендувати послуги різноманітних соціальних служб, медичних закладів. Ознайомлювати з правовим становищем хворої дитини.
4. Ознайомити батьків з методикою роботи із дитиною, яка має обмежені можливості здоров’я. Допомагати в організації спільного з дитиною сімейного відпочинку.
5. У випадку, коли сім'я, у якій виховується дитина з обмеженими можливостями здоров’я проходить через "класичний" паттерн (матері надміру втягнуті у виховання дитини в той час, як батьки відходять від ситуації емоційно чи фізично), проводити бесіди з батьками та залучати до проведення психологічних тренінгів з метою запобігання розпаду сім'ї.
6. Радити батькам не намагатися "нормалізувати" дитину в тому випадку, коли це неможливо. Невдача в таких випадках призводить до трагедії.
7. Допомогти батькам побачити реальні можливості дитини і спрямувати всі сили на її розвиток у ході належного догляду за нею, виховання та навчання її.
8. Соціально-педагогічний супровід сім'ї з дитиною, яка має обмежені можливості здоров’я вести на основі плану реабілітації хворого, складеного спільно з дитячим лікарем. На базі цього плану розробити батькам відповідні рекомендації.

Останнім часом у вітчизняній соціально-педагогічній практиці зроблено перші кроки щодо реалізації експериментальної програми делегування повноважень соціального працівника базового рівня одному з батьків, що виховує дитину-інваліда з функціональними обмеженнями. Вперше здійснено спробу делегувати повноваження соціального працівника матері. Програма ініціювалася Соціальною службою для молоді та Благодійним товариством допомоги інвалідам і особам із інтелектуальною недостатністю "Джерела". Мета її - забезпечення кваліфікованого догляду за дитиною, зменшення направлень дітей до інтернатних закладів, надання підтримки родинам, які виховують дитину з особливими потребами.

Методичний супровід програми здійснювали соціальний працівник, психолог і дефектолог. Учасниці програми (жінки віком від 30 до 59 років, діти яких мали діагноз: аутизм, синдром Дауна, розумова відсталість різних ступенів, дитячий церебральний параліч) мали можливість звертатися до фахівців за консультаціями щодо розвитку дитини, пошуку відповідної інформації та фінансових ресурсів. Фахівці отримали право представляти інтереси учасниць програми в місцевих органах влади, контролювати виконання плану догляду, організовувати і проводити індивідуальні та групові психологічні консультації, інформаційні тренінги.

Після завершення програми всі респондентки відзначили позитивні її сторони. Одні сприйняли її як крок держави, спрямований на взаємопідтримку (матері не віддають дітей у спеціалізовані інтернати, де на утримання однієї дитини витрачається близько 600 гривень у місяць, держава частково компенсує матері витрати по догляду за дитиною). Другі звернули увагу на те, що державні органи спеціального захисту отримали за умови такого делегування повноважень певні переваги, оскільки виконання повноважень соціального працівника та соціального педагога покладалося на батьків, які й так доглядають за своєю дитиною. Це вигідне тим, що краще за них з доглядом дитини ніхто не впорається, а ще тим, що матерів не потрібно ретельно контролювати.

На основі висновків та результатів дослідження доцільною була така стратегія соціально-педагогічної діяльності соціального працівника базового рівня в умовах виконання програми делегування повноважень соціального працівника батькам, які виховують дитину з функціональними обмеженнями:

1. Визначення державних та громадських організацій, які доцільно залучити до участі в програмі (центри ССМ, управління та відділи у справах сім'ї і молоді, соціального захисту, опікунські ради, заклади освіти (зокрема інтернатного типу), притулки для неповнолітніх, асоціації молодіжних громадських організацій, благодійні фонди, жіночі та релігійні організації). Оформити з ними відповідні домовленості.
2. Вивчити сім'ї, які виховують дітей з особливими потребами. Заручитися згодою матерів на залучення їх до участі в програмі. Для цього провести з ними індивідуальні інтерв'ю, у ході яких виявити їхнє ставлення до нових обов'язків та до тренінгу, що відбувається в межах програми.
3. Скласти плани догляду за дітьми та обговорити їх під час групового тренінгу.
4. Визначити програму проведення психологічних тренінгів. Розпочати їх із психологічних занять, які сприяють знайомству учасниць групи і їх психологічному наснаженню. Заняття чітко структурувати. Обмежувати теоретичну і термінологічну їхні частини. На час проведення занять вирішити проблему догляду за дітьми учасників програми.
5. Активізувати обговорення проблем виховання і реабілітації дітей за рахунок використання на заняттях інтерактивних методів викладання.
6. Рекомендувати батькам для самостійного читання спеціалізовану літературу, сприяючи самореалізації їх шляхом працевлаштування на нову роботу в рамках сім'ї.
7. Слідкувати за виконанням учасниками програми плану догляду і складання ними щомісячного звіту за встановленим зразком про виконання завдань цього плану.
8. Навчити батьків вести щоденник психолого-педагогічних спостережень, спираючись на соціально-психологічний супровід.
9. Виробляти у матерів уміння аналізувати власну реабілітаційну роботу, робити на основі такого аналізу конструктивні висновки.
10. Залучення учасників програми до консультування матерів дітей-інвалідів, які не беруть участі у подібних програмах.

Останнім часом із метою активізації соціальної роботи з дітьми та молоддю з особливими потребами соціальні служби розширюють сфери їх спілкування, співпраці, організації дозвілля, ігрової і творчої діяльності. Впроваджуються такі організаційні форми роботи, як: реабілітаційні центри, ігротеки, недільні школи, клуби спілкування, об'єднання, товариства, конкурси і фестивалі художньої творчості, благодійні естафети і акції, теле-марафони, екскурсії, виставки творчості тощо.

Педагоги використовують найменшу можливість для фіксації успіхів підопічних. Виявляють готовність працювати і спілкуватися з ними з урахуванням їх можливостей. Намагаються створити умови, в яких кожна дитина, незалежно від рівня інтелекту і фізичного розвитку, могла б розвивати власні задатки.

Психологічний супровід дітей-інвалідів та їх батьків передбачає, насамперед, індивідуальні заняття з психологом: консультації, вправи, тренінги з розвитком комунікативних здібностей, корекцію психологічних проявів, виявлення індивідуальних особливостей розвитку, психологічне оздоровлення.

Сприяє вирішенню проблем соціалізації хворих дітей організація відпочинку. В Палаці для дітей та їх батьків проводяться Дні відкритих дверей, творчі конкурси, дитячі свята, свята сім'ї, виставки, вечори, дискотеки. Організовуються відвідування театрів, музеїв, поїздки на концерти у міжнародний день інвалідів і під час міського фестивалю творчості інвалідів. Пізнавально-розважальні ігри, екскурсії, поїздки, читання книг і бесіди за прочитаним, за ілюстраціями допомагають дітям-інвалідам спілкуватися з ровесниками у невимушеній обстановці. Підопічні стають активними, легко засвоюють нові слова і вирази й тут же намагаються ними користуватися. Всебічному розвитку хворих дітей сприяє також організація їх літнього відпочинку в оздоровчому таборі при Палаці дитячої творчості, де вони відпочивають разом із здоровими дітьми.

Важливим у соціально-педагогічній роботі з дітьми-інвалідами є залучення батьків до неї. Разом із своїми дітьми вони стають учасниками пізнавально-розважальних свят, фестивалів. Спільно займаються з ними в групах здоров'я. Для батьків організовуються консультації психолога, юриста, вузьких спеціалістів, зустрічі з фахівцями Управління соціального захисту і відділу "Сім'я", проводиться факультатив "Усе починається з сім'ї".

Таким чином, складовими психолого-педагогічного та соціально-оздоровчого супроводу розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров'я є: соціальна адаптація серед ровесників, психологічна реабілітація, відновне лікування і оздоровлення, організація відпочинку.

Соціально-педагогічний супровід дітей із різними захворюваннями має свої певні особливості. Наприклад, як і в кожній країні світу, в Україні народжуються діти з церебральним паралічем. Приклад успішного соціально-педагогічного супроводу їх демонструє Київська міська громадська організація допомоги та сприяння дітям-інвалідам з дитинства "Перебрал",яка успішно працює в столиці ось уже понад 10 років. В інтерв'ю журналу "Соціальна політика і соціальна робота" досвідом організаторської соціально-педагогічної роботи поділилася голова цієї організації Лія Ременік. На основі узагальнення цього досвіду доцільними можуть бути організаційно-методичні основи створення подібних громадських організацій допомоги та сприяння дітям, хворим на церебральний параліч, в інших містах України.

Як відомо, хворі з таким діагнозом потребують реабілітації та підтримки упродовж усього життя. Згідно із законодавством такі діти не можуть відвідувати ні дитсадок, ні школу. В кращому випадку вони вчаться вдома, якщо сім'я в змозі забезпечити їм повноцінну освіту. Залучати дитину з ДЦП (дитячим церебральним паралічем) до системного процесу соціалізації доцільно від народження, оскільки дорослого, який провів частину свого життя у чотирьох стінах, значно важче адаптувати, бо той час, коли це можна було зробити, вже минув. Інша справа - діти, які ростуть разом, спілкуються і мають друзів-ровесників [72].

Приступаючи до організації дитячого реабілітаційного центру, необхідно створити його програму і представити її в одному з благодійних фондів. У наведеному нами випадку це був Дитячий фонд ООН. На основі анкетування хворих дітей, їх батьків та консультацій із фахівцями можна визначити низку спеціальностей, після здобуття яких діти з фізичними вадами отримають можливість самостійного заробітку на хліб. Виявилося, що на першому місці в такому переліку стала робота з комп'ютером. Тому на початку організатори благодійної справи взялися за створення невеликого комп'ютерного класу і спробували дати дітям можливість опанувати роботу з комп'ютером. Це призвело до певних успіхів. Нині кілька юнаків уже освоюють у ВЗО фах програміста. Крім того, спеціальні розвивальні комп'ютерні програми дозволяють виробляти просторову увагу, яка внаслідок особливостей захворювання на церебральний параліч виявилася нерозвиненою у клієнтів центру. Навчальні комп'ютерні ігри незабаром зумовили прогрес у розвитку дітей.

До роботи в подібних центрах доцільно залучати, крім соціальних педагогів, фахівців із фізичної реабілітації, психологів, реабілітологів, логопедів, масажистів. Оскільки реабілітація полягає у виробленні умовних рефлексів, то необхідна копітка праця усіх цих спеціалістів.

Київська міська громадська організація допомоги "Церебрал" об'єднує близько 600 сімей. Кожного року переглядає перелік своїх членів, оскільки старші діти виходять із неї, а на їх місце приходять нові. З появою районних відділень структура її урізноманітнилася і збагатилася. У районах кожному голові допомагає актив, який складається з кількох людей. Окрім фахівців до процесу реабілітації хворих дітей залучаються волонтери. Їх направила соціальна служба для молоді. За їх допомогою діти взяли участь у дев'ятьох фестивалях, які провела Київська соціальна служба для молоді. Спілкування з волонтерами корисне тим, що вони вміють бачити у хворих дітях цікавих товаришів, до яких слід ставитися як до рівних собі. Центр сам зараз здійснює підготовку волонтерів. Працівники його розповідають їм про медичні аспекти хвороби, знайомлять зі змістом роботи фахівців. З метою залучення до роботи в центрі майбутніх соціальних педагогів на базі закладу проводиться педагогічна практика студентів університетів. Дефіцитними спеціалістами для робот із хворими дітьми є медичні психологи. Для проведення тренінгів соціальних педагогів їх запрошують із інших міст [46].

Поступово налогоджується технологіяроботи денних відділень центру. Завідувач відділення зазвичай лікар, але це можу бути і соціальний педагог. Все залежить від того, наскільки людина обізнана зі специфікою роботи. Обов'язково у відділенні повинен бути реабілітолог, логопед і масажист. Є також два вихователі, які працюють позмінно по 5 годин. Передбачено посаду психолога.

До відділення дитину приводять зранку і до кінця дня з нею займаються фахівці. Тут пацієнт має можливість дворазового харчування на день. Хворий під керівництвом фахівців проходить фізичну реабілітацію, користується послугами логопеда, отримує психологічну підтримку, бере участь у заняттях з розвитку моторики. Такий розвиток особливо важливий, оскільки він безпосередньо пов'язаний із розумовим розвитком. Після такої програми майже всі діти йдуть до звичайної школи. Відомо, що якщо дитина лежить удома і до неї приходить один педагог10 годин на тиждень, то згодом вона навіть не зможе навчатися в інтернаті з полегшеною програмою. А у відділення до дітей з ДЦП приходять різні вчителі, які здійснюють диференційоване навчання у групах із трьох-чотирьох дітей. Крім того, матір дитини, влаштованої у денному відділенні, отримує можливість піти на роботу. Раз на тиждень до відділення постійно запрошуються діти, які регулярно відділення не відвідують. Тут вони мають можливість поспілкуватися, отримати відповідну консультацію у фахівців, відпочити, пообідати.

Понад десять років центр випускає свій журнал. Кошти на його друк дає соціальна служба для молоді. Підготовка і видання журналу - це один із способів працевлаштування дітей. Його повністю готують діти. У рамках проекту з фондом "Відродження" видано серію книг "Перші кроки поета". Один із авторів став уже членом Спілки письменників України.

Щорічно за рахунок Київської міської держадміністрації в літній період хворих дітей вивозять на оздоровлення. Вони отримують безкоштовні путівки для матері і дитини на місяць із харчуванням і лікуванням. Нещодавно завершилася благочинна акція "Караван - 2000", у рамках якої було організовано першу зміну для інвалідів у Артеці. Вирішено проводити для них одну табірну зміну.

Останнім часом розгортається діяльність подібних організацій для дорослих. Наприклад, у Києві хворих на церебральний параліч дорослих об'єднує організація "Касіцен". На міському і районних рівнях функціонують товариства інвалідів. Усі вони займаються працевлаштуванням, вирішенням проблем отримання житла, розподілом гуманітарної допомоги, влаштуванням особистого життя, знаходженням друзів, наданням путівки на відпочинок, оздоровлення.

Генеральна Асамблея ООН у 1993 році ухвалила Стандартні правила забезпечення рівних можливостей для інвалідів. Згідно з цими правилами соціальна робота повинна бути більш індивідуалізованою, групова-її поглиблювати, а масова - бути результатом усієї попередньої діяльності. Індивідуалізовують соціальну допомогу волонтери-аматори соціальної роботи з хворими. Підготовка їх має здійснюватися в кілька етапів з урахуванням віку та відповідних умінь і навичок у найрізноманітніших видах діяльності.

Особливості технологій волонтерської допомогиполягають у тому, що діти-інваліди у процесі роботи з волонтерами (часто ровесниками) отримують можливість не лише обмінятися певною інформацією й поглядами, а й почуттями. Це розширює доступ до надбань загальнолюдської культури. Волонтерська допомога несе в собі кілька функцій: посередницьку, комунікаційну, реабілітаційну, побутову, технічну, творчу. Як правило, до волонтерського руху соціальні служби молоді залучають учнів загальноосвітніх шкіл, студентів вищих навчальних закладів, членів неформальних дитячих та юнацьких об'єднань. Вони допомагають підтримувати контакти між хворими дітьми і соціальними працівниками та соціальною службою, налагоджувати стосунки з ровесниками, оволодіти спеціальними навичками урізних видах творчої діяльності. Допомагають інвалідам у домашніх справах, в організації прогулянок на свіжому повітрі. Надають допомогу фахівцям соціальної роботи під час проведення і організації індивідуальних та групових форм занять з клієнтами. Беруть участь у розподіленні і розповсюдженні гуманітарної допомоги, продуктів харчування, преси, бібліотечної літератури, аудіо- відеокасет. Психолого-педагогічну допомогу у випадку певних ускладнень групам волонтерів надають соціальні педагоги ССМ. У ході керівництва вони ж і контролюють діяльність цих груп.

Певну ділянку роботи соціального педагога в умовах загальноосвітнього навчального закладу складає соціально-психологічна адаптація дітей, хворих на епілепсію.Дані медичної статистики засвідчують, що половина всіх хворих на епілепсію захворіли до 12-річного віку, тобто у той час, коли інтенсивно відбувається засвоєння знань, умінь та навичок дитиною, формування її особистості. Хвороба, як правило, провокує стійкі зміни всього психічного складу хворого у 70% епілептиків. Основні напрями соціально-педагогічної роботи з дитиною у таких випадках залежать від індивідуально-психологічних характеристик, які, в свою чергу, обумовлюються ступенем вираженості патологічних процесів, глибиною органічного ураження мозку, темпу наростання інтелектуальних вад та афективних порушень. Відомо, що окрім судомних нападів, які є основною ознакою епілепсії, причинами шкільної дезадаптації хворих дітей є виражені інтелектуально-мнемічні порушення, які полягають у зниженні можливості запам'ятовування, що тягне за собою обмеження мовленнєвих засобів та активного словника, звуження світогляду, труднощі в акумулюванні життєвого досвіду. У процесі мислення епілептик втрачає здатність виділяти суттєві ознаки предмета чи явища, розкривати основні зв'язки між ними. Помітно виражається мало-рухливість мисленнєвих асоціацій, знижується рівень узагальнення та абстрагування. Це супроводжується відповідними змінами і в афективній сфері. Звичними стають дисфорійний настрій, нагромадження гніву та злостивості, їхні спалахи, злопам'ятність і мстивість, агресивність. Можлива поява суїцидальних спроб. Усе це нерідко стає причиною, через яку дитина втрачає можливість відвідувати школу разом із ровесниками.

У процесі розвитку хвороби поступово формується епілептичний характер, ознаками якого є інертність психічних процесів, порушення темпу мислення, переключення уваги, поява тенденцій до деталізації, егоцентризму, дріб'язковості, загострення афектів, виникнення труднощів адаптацій до певних обставин. Однак ступінь вираження цих змін залежить не лише від особливостей перебігу хвороби, а й від соціального середовища, яке може не лише сприяти компенсації стану хворого, а й стимулювати посилений розвиток патологічних рис особистості [43].

Порівняно вузьке коло соціально-педагогічної практики становить олігофрено педагогіка. Розвиток її в Російській імперії мав місце в кінці XIX - початку XX століття. Відомо, що коли в Древньому Римі розумово відсталих дітей знищували, то в православній імперії їх вважали "Божими дітьми" і оточували ореолом святості. У вітчизняних спецшколах інтернатного типу у процесі соціально-педагогічної роботи з таким дітьми напрацьовані відповідні методики. В основі їх лежить уважне, довірливе ставлення педагогічних працівників до вихованців, залучення їх до серйозної, відповідальної праці, використання її як методу засвоєння і закріплення знань, корекції особистості.

Особлива увага звертається на режим дня, розпорядок, формування і закріплення різноманітних алгоритмів дій. Характерно, що самі вихованці виступають проти їх порушення. Проступки дітей розглядаються як випадкові помилки або результат тимчасової хвороби. Допущені помилки не підкреслюються. У випадку збудження підопічного його тимчасово кладуть у постіль для відпочинку та заспокоєння. У переважній більшості випадків діти після цього ведуть себе нормально. Важливо також розумно чередувати лікувальні заходи (масаж, ігри, прогулянки, купання, гімнастика) з навчальними та виховними.

2.2. Аналіз стану професійної підготовки майбутніх соціальнихпрацівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я у ВЗО

Розробка експериментальної методики формування підготовленості
майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я, передбачена завданнями дослідження, потребувала
аналізу стану їхньої професійної підготовки щодо цього. Аналіз такої
підготовки здійснювали у двох напрямах, що доповнювали один одний. По-перше, проводили пілотне діагностування, що мало на меті виявити думку
працівників соціальних служб щодо їхньої підготовленості до роботи з
дітьми з обмеженими можливостями здоров’я та необхідності
цілеспрямованої підготовки майбутніх соціальних працівників до такої
роботи. По-друге, вивчали чинні навчальні програми з підготовки фахівців із
соціальної роботи, зокрема аналізували їхню виробничу практику в
соціальних службах в аспекті формування практичних умінь і навичок
роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я. Розкриємо зміст та
результати кількісно-якісного аналізу стану такої підготовки більш докладно,
відповідно до кожного з визначених напрямів.

Вивчення чинних навчальних планів і програм з підготовки фахівців за
галуззю знань «Соціальне забезпечення» та спеціальністю
231 «Соціальна робота» показало, що професійна підготовка майбутніх
соціальних працівників передбачає такі цикли нормативних дисциплін:
гуманітарної та соціально-економічної підготовки, природничо-наукової та
фундаментальної підготовки, професійної та практичної підготовки,
виробничу і переддипломну науково-дослідницьку практику та державну
атестацію. Поряд із нормативними існують цикли вибіркових дисциплін –
самостійного вибору навчального закладу та вільного вибору студента.
Майбутні соціальні працівники поглиблено вивчають: основні положення і
концепції соціології, особливості соціальних відносин і соціальних
інститутів, соціальної поведінки і соціальних процесів; загальну, вікову і
педагогічну психологію, психологію особистості, соціальну психологію,
спеціальну психологію, психологічну діагностику; сучасний інструментарій
щодо обробки даних соціологічних і психологічних досліджень; теорію і
практику соціальної роботи, технології і методи соціальної допомоги різним
категоріям населення з урахуванням досвіду роботи різних соціальних служб; сучасні підходи до організації та роботи різних соціальних служб,
кадрового менеджменту, надання послуг у сфері соціального обслуговування
та соціального захисту населення в Україні і за кордоном.

Аналіз чинних навчальних планів і програм з підготовки бакалаврів і
магістрів із соціальної роботи на базах дослідження показав, що
ознайомлення майбутніх соціальних працівників з роботою з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я відбувається в процесі вивчення таких
дисциплін для студентів різних ВЗО України, які готують студентів за вищезазначеними спеціальностями:

* + «Педагогічна та вікова психологія»; «Волонтерство в соціальній роботі»; «Медико-соціальні засади здоров’я», «Технології та методи соціальної роботи»; «Теорія та методи роботи з молодіжними та дитячими організаціями України», «Соціальна педагогіка», «Технології роботи соціального гувернера», «Соціальна робота з різними категоріями населення», «Правові основи соціального захисту»; «Соціальні технології роботи з сім’ями та дітьми»;
	+ «Вікова і педагогічна психологія», «Соціальна робота з
	сім’ями», «Соціальна робота з різними групами клієнтів», «Дефектологія»; «Правові основи соціальної роботи», «Технології соціальної роботи»;
	+ «Психологія особистості», «Медико-соціальний
	патронаж»; «Педагогіка», «Соціальна робота з людьми з особливими
	потребами», «Соціальна робота з сім’ями», «Правові основи
	соціальної роботи»;
	+ «Вікова психологія», «Основи медичних знань», «Технологіїсоціальної роботи», «Соціальний супровід сім’ї», «Соціальна педагогіка», «Право соціального забезпечення».

Розкриємо зміст навчальних дисциплін, що вивчають майбутні
соціальні працівники. Так, дисципліна «Педагогічна та
вікова психологія» передбачає розгляд особливостей розвитку особистості в
дитинстві та підлітковому віці; показників психічного розвитку дитини;
психологічних засад навчання та виховання дітей різних вікових груп;
специфіки роботи з різними категоріями «важких», дездадаптованих дітей.
На заняттях з дисципліни «Волонтерство в соціальній роботі» майбутні
соціальні працівники знайомляться з категорією «діти-інваліди» як об’єктом
волонтерської діяльності; розглядають проблеми та бар’єри, з якими
зіштовхується сім’я, що виховує дитину-інваліда; вивчають законодавчу базу
в сфері роботи з дітьми-інвалідами; тенденції надання допомоги дітям з інвалідністю, а також основні проблеми волонтерів при роботі з сім’ями таких
дітей.

«Медико-соціальні засади здоров’я» – дисципліна, що передбачає
ознайомлення студентів з поняттями «здоров’я», «хвороба», «патологія»,
«діагноз», «норма», «психічне здоров’я»; методами профілактики нервово-психічних порушень, аномаліями розвитку особистості та їх
психогігієнічною, психолого-педагогічною корекцію; внутрішньою картиною
здоров’я дітей та підлітків.

Дисципліна «Технології та методи соціальної роботи» знайомить
студентів із технологіями, сутністю та змістом соціальної роботи з людьми,
що мають функціональні обмеження в здоров’ї; моделями інвалідності
(модель функціональних обмежень, медична модель) та їх характеристиками;
методами соціальної реабілітації, адаптації, психолого-педагогічної терапії,
елементами психокорекції; соціально-педагогічною роботою з дітьми з
особливими потребами та їх сім’ями; розглядає можливі психологічні
проблеми в спілкуванні з інвалідами. Студенти залучаються до тренінгу
«Соціальна робота з людьми з обмеженими можливостями», під час якого
вчаться застосовувати основні форми роботи з даною категорією.

Знайомство майбутніх соціальних працівників з практичною
діяльністю державних та недержавних організацій, які надають психологічні
та медико-соціальні послуги дітям, передбачає дисципліна «Теорія та методи
роботи з молодіжними та дитячими організаціями України».
Під час вивчення дисципліни «Соціальна педагогіка» студенти
знайомляться з роботою соціального педагога з дітьми з обмеженими
можливостями; індивідуально-особистісними особливостями таких дітей;
теоретичними й технологічними засадами процесу їх соціальнопсихологічно-педагогічного супроводу.

«Технології роботи соціального гувернера» – дисципліна, що
передбачає ознайомлення майбутніх соціальних працівників із
особливостями виховання дітей з хронічними захворюваннями: під час
тривалої хвороби; у реабілітаційний період після перенесеного
захворювання.

В процесі вивчення дисципліни «Соціальна робота з різними
категоріями населення» студенти розглядають особливості соціальної роботи
з дітьми з такими діагнозами, як: «Затримка психічного розвитку (ЗПР)»,
«Розумова відсталість», «Ранній дитячий аутизм (РДА)», «Олігофренія»,
«Дитячий церебральний параліч (ДЦП)». Студенти вивчають медико-соціально-психологічні характеристики хвороб; види та типи фізичних та
психічних порушень; виокремлюють їх специфіку та особливості;
опановують навички використання психодіагностичного матеріалу в роботі з
хворими дітьми; вчаться складати корекційні заняття відповідно до діагнозу;
виокремлюють бар’єри, що створює інвалідність, та розробляють заходи
щодо їх можливого подолання; опановують теоретичні засади спілкування з
такими дітьми.

З методами практичної корекції, індивідуальною психоконсультацією
та психокорекцією, груповою психокорекцією майбутні соціальні працівники
знайомляться під час вивчення дисципліни «Соціально-психологічне
консультування в соціальній роботі».

Дисципліна «Правові основи соціального захисту» передбачає розгляд
медичних та правових критеріїв інвалідності; державної допомоги дітям з інвалідам та інвалідам з дитинства.

Більш цілісне уявлення про теоретичні основи соціальної роботи з
дітьми, які мають функціональні обмеження, надає дисципліна «Соціальні
технології роботи з сім’ями та дітьми». Під час вивчення цієї дисципліни
студенти знайомляться з тим, що таке дитяча інвалідність і чому вона є
соціальною проблемою; основними соціально-психологічними проблеми
таких дітей; медико-соціальною та психолого-педагогічною реабілітацією
дітей з функціональними обмеженнями; роботою з випадком з визначення
реабілітаційних заходів щодо конкретної дитини з інвалідністю. На практичних
заняттях з дисципліни майбутні соціальні працівники опановують навички
розробки програми реабілітації для дітей з функціональними обмеженнями,
готують доповіді, та ін.

Слід зазначити, що студенти вивчають також інші питання, які
стосуються роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я. Серед
них:

– вікові та статеві особливості емоційної сфери особистості дітей і
підлітків (дисципліна «Психологія емоцій»);

– соціалізація особистості; вербальні та невербальні засоби
міжособистісного спілкування (жести, міміка, пантоміміка тощо; дисципліна
«Психологія»);

– соціальна робота в системі охорони здоров’я, пошук і мобілізація
внутрішніх (психологічних, фізичних) ресурсів клієнта (дисципліна
«Соціальна робота: теорія та практика»);

– специфіка соціальної політики щодо захисту прав інвалідів; види
соціальної допомоги; система соціального захисту в Україні (дисципліна
«Соціальна робота та соціальна політика»);

– прояв патології в онтогенезі, розумова відсталість, невроз, психоз,
порушення в розвитку (дисципліна «Патопсихологія»).

Проведений аналіз чинних навчальних планів і програм підготовки
фахівців із соціальної роботи дозволив дійти висновку, що студенти
отримують достатню теоретичну підготовку, але вивчення сутності роботи з
дітьми з обмеженими можливостями здоров’я розсереджено за різними
дисциплінами та строками навчання. Присутнє дублювання навчального
матеріалу різними дисциплінами. Подекуди порушена логіка викладу
навчального матеріалу із-за нераціонального розташування дисциплін у
навчальній програмі підготовки фахівців із соціальної роботи. Головної
проблеми започаткованого дослідження – роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я, – безпосередньо торкаються лише п’ять дисциплін
(«Волонтерство в соціальній роботі», «Технології та методи соціальної
роботи», «Соціальна педагогіка», «Соціальна робота з різними категоріями
населення», «Соціальні технології роботи з сім’ями та дітьми»), а час,
відведений на вивчення цієї проблеми (24 навч. год.), безумовно недостатній.
Що найважливіше, професійною підготовкою майбутніх фахівців із
соціальної роботи майже не передбачено набуття практичних умінь та
навичок роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.

Матеріалнавчальних програм не охоплює усіх категорій дітей з обмеженимиможливостями здоров’я, не розкриває специфіку роботи соціальногопрацівника з ними. Професійною підготовкою майбутніх фахівців ізсоціальної роботи майже не передбачено набуття практичних умінь та
навичок роботи з такими дітьми (тренінг «Соціальна робота з людьми з
обмеженими можливостями» не стосується безпосередньої взаємодії з дітьми
з обмеженими можливостями здоров’я). Спілкуванню з такими дітьмистуденти навчаються лише на основі теоретичного матеріалу, що незабезпечує формування необхідних умінь та навичок.

Для виявлення можливості набуття майбутніми соціальними
працівниками практичних навичок роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я в процесі виробничої практики, що її проходять
студенти 3-го курсу, було проаналізовано її програму.
Виробнича практика для майбутніх фахівців із соціальної роботи
проводиться в органах, установах і організаціях системи соціального захисту
населення (центри зайнятості, територіальні центри); охорони здоров’я
(корекційно-реабілітаційні, лікувально-профілактичні установи); соціальних
службах, кризових центрах, соціальних притулках, центрах допомоги сім’ї та
дітям; державних структурах і громадських організаціях.

Керівники та спеціалісти соціальних служб (організацій) беруть участь
в організації та виконанні програми практики. З керівниками баз практик
узгоджуються зміст програм, кількість студентів, які направляються в
соціальні служби. Зміст програми практики відображає напрями діяльності,
що сприяють виробленню стилю поведінки майбутнього фахівця, який
зумовлений сукупністю особистісних і професійних якостей, ціннісних
орієнтацій та інтересів. На практиці студенти відпрацьовують методики та
технології соціальної діагностики, соціальної адаптації та корекції; проводять
бесіди з клієнтами, вчаться давати оцінки проблемам клієнта; беруть участь у
соціологічних дослідженнях, які дозволяють скласти соціальні портрети
окремих категорій громадян; мають можливість проаналізувати стан
соціальної роботи з населенням; осмислити функції соціального працівника;
поглибити знання з теорії соціальної роботи; опанувати практичні навички в
процесі роботи з документами, спілкування з клієнтами; вдосконалити етичні
і професійні якості [76].

Виробнича практика передбачає виконання завдань двох
категорій: загальні та індивідуальні. Загальні завдання обов’язкові для всіх
студентів і не залежать від соціальної установи, що є базою практики.

Загальними завданнями передбачено: визначення та описання категорій
клієнтів соціальної установи, її організаційної та функціональної структури;
вивчення нормативно-правових актів, що регламентують її діяльність;
визначення цілей та завдань, типових для цієї установи; визначення
притаманних їй методів і форм соціальної роботи; розробка схеми
технологічного процесу соціальної роботи; визначення критеріїв
ефективності діяльності соціальної установи – бази практики.
Індивідуальні завдання студенти виконують самостійно, під
керівництвом відповідальних за практику осіб від кафедри та соціальної
установи.

Слід зазначити, що такі індивідуальні завдання лише
опосередковано торкаються проблеми дослідження, наприклад:

– визначити психологічні особливості клієнтів соціальної установи,
проаналізувати доцільні для роботи з ними психологічні теорії;
запропонувати відповідні форми роботи;

– схарактеризувати технологію та методи соціальної роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я, що використовуються в соціальній
установі;

– скласти соціальний портрет клієнтів соціальної установи;

– скласти соціальний портрет працівників соціальної установи;

– скласти професіограму соціального працівника цієї установи;

– скласти перелік головних соціальних проблем клієнтів соціальної
установи;

– розробити інструментарій (анкету, бланк інтерв’ю) для проведення
індивідуального діагностування клієнтів соціальної установи та ін.

З приводу зазначених загальних та індивідуальних завдань виробничої
практики слід зазначити, що майбутні соціальні працівники лише тоді
здобудуть практичні навички роботи з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я, якщо ця категорія є категорією клієнтів соціальної установи – бази
практики.

Щодо переддипломної практики, передбаченої навчальними
програмами підготовки магістрів із соціальної роботи, то вона
спрямована передусім на вирішення завдань конкретної дипломної роботи
(проекту). Лише незначний відсоток студентів продовжують вивчення
різноманітних аспектів соціальної роботи з дорослими й дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я, серед яких є такі: «Вдосконалення
соціальної роботи з дітьми з функціональними обмеженнями», «Організація
соціальної роботи з дітьми, які мають проблеми психофізичного розвитку»,
«Шляхи інтеграції в суспільство людей з обмеженими можливостями
здоров’я», «Удосконалення роботи громадських установ щодо соціальної
адаптації людей з обмеженими можливостями здоров’я», «Організація
соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями здоров’я з метою
їх соціально-психологічної адаптації», «Державна політика щодо організації
соціального захисту людей з інвалідністю».

Як бачимо, переддипломна практика майбутніх соціальних працівників
також не забезпечує набуття ними практичних умінь і навичок роботи з
дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.

Водночас практичній підготовці майбутніх соціальних працівників і
працівників соціальних служб за кордоном приділяється неабияке значення,
про що свідчить аналіз досліджень з проблем професійної підготовки
соціальних працівників в США, Канаді, Великій Британії, Франції, Швеції,
проведений вітчизняними науковцями (Н. В. Видишко [22], Л. В. Віннікова
[24], Н. П. Гайдук [30], О. В. Загайко [57], А. Є. Кулікова [82], Г. В. Лещук
[86], Н. О. Микитенко [99], О. В. Ольхович [11], О. П. Пічкар [38],Г. І. Слозанська [160], Н. М. Собчак [162] та ін.).

Так, студенти шкіл соціальної роботи в США проходять так звану
польову практику, що нараховує 480 годин і передбачає отримання технічних
навичок; застосування знань і вмінь, необхідних для розуміння етики,
цінностей і цілей соціальної роботи; усвідомлення студентами розмаїття
ролей у соціальній роботі на мікро- та макрорівнях; набуття досвіду роботи зрізними за культурним, расовим, етнічним складом людьми. Організацію
польової практики покладено на польового інструктора і ліейзона. Польовим
інструктором виступає працівник агентства (зазвичай має ступінь магістра
соціальної роботи), який керує студентами й оцінює їх під час польової
практики. Обов’язки таких інструкторів зводяться до спілкування, підтримки
студентів, ведення записів і письмової документації з практики, проведення
зустрічей, спостережень і зборів зі студентами та інтернатурним персоналом.
На відміну від польового інструктора, ліейзон є членом факультету або
докторантом, який керує роботою студентів, надає поради щодо планування
навчання, оцінює практичну діяльність студентів, а також виступає в ролі
адвоката студентів при агентстві.

Слід зауважити, що в США великукількість студентів влаштовують працювати в одне або кілька агентств, якіпрацюють у тісному зв’язку, завдяки чому студенти отримують можливістьпрацювати та навчатися один у одного. Агентства, в свою чергу, можутьбільш ефективно планувати свою діяльність і широко використовувативласні ресурси та ресурси школи, покращувати співпрацю польових інструкторів і ліейзонів [24].

На практичну підготовку соціальних працівників у Швеції також
відводиться велика кількість навчального часу – 1 семестр. Така підготовка
зорієнтована насамперед на професійний і особистісний розвиток студентів,
набуття ними досвіду практичної діяльності, налагодження стосунків з
колегами, гармонійного входження в колектив та пристосування до вимог
колективу. Ключовими фігурами практики крім студентів є керівник
практики і наставник, а наставництво – провідним методом практичного
навчання. Наставник практики здійснює контроль і надає допомогу в ході
практики, коригує й активно спрямовує студента, підтримує його право
вибору та власної думки, допомагає в критичній оцінці його досвіду й
узагальненні отриманих знань [82].

Домінуючим методом практичного навчання працівників соціальних
служб у Великій Британії є супервізія, що передбачає спостереження застудентами і контроль за ними з боку досвідчених педагогів-наставників [57].

Інститут супервізорства також широко використовується в процесі
професійної підготовки майбутніх соціальних працівників в Австралії, де
призначається науковий супервізор (працівник вищого навчального закладу,
який здійснює керівництво науковою роботою студента); польовий
інструктор-супервізор (відповідає за практичну підготовку студентів під час
практики); супервізор завдань (працівник соціальної установи, який здійснює
моніторинг практичної діяльності закріпленого за ним студента) [60].

На відміну від заначених країн, у Франції впроваджено різні види
практики ознайомлювального (інформативна, ознайомлювальна,
багатопрофільна) та професійного (професійна, зовнішня, практика
поглибленого вивчення, навчальна) спрямування. Всі види практики
передбачають налагодження тісної співпраці керівника-референта, керівника
практики та студента-практиканта. Під час практичного навчання, що
забезпечує практичне спрямування змісту загальноосвітніх дисциплін та
індивідуалізацію практичної підготовки, застосовуються такі форми, як
робота в малих групах, групах аналізу практики [86].

Безумовно, досвід практичного навчання фахівців соціальних служб за
кордоном може бути врахований у процесі професійної підготовки майбутніх
соціальних працівників у вітчизняних ВЗО, зокрема для формування їхньої
підготовленості до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.

2.3. Соціально-педагогічні умови формування підготовленості майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я

Виявлення соціально-педагогічних умов формування підготовленості майбутніхсоціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостямиздоров’я потребувало аналізу таких понять, як «умова» і «педагогічнаумова».

У словнику з професійної освіти «умова» трактується як сукупність
змінних природних, соціальних, зовнішніх та внутрішніх чинників, що
впливають на фізичний, психічний, моральний розвиток людини, її поведінку
[23]. Словник української мови подає декілька значень слова «умова»:
необхідна обставина, що робить можливим здійснення, утворення чого-небудь або сприяє чомусь; правила, що існують або встановлені в тій чи
іншій галузі життя, діяльності, які забезпечують нормальну роботу чомунебудь; те, від чого залежить дещо інше [14].

Щодо поняття «педагогічні умови», то воно використовується для
характеристики навчально-виховного процесу у вищій школі та
розкривається у таких контекстах:

– обставини, від яких залежить та відбувається цілісний продуктивний
педагогічний процес професійної підготовки фахівців, що опосередковується
активністю особистості, групою людей [58];

– зовнішні чинники, обставини, що виявляють істотний вплив на
протікання педагогічного процесу, тією чи іншою мірою свідомосконструйованого педагогом, що припускає, але не гарантує певний
результат [49];

* взаємопов’язана сукупність внутрішніх параметрів та зовнішніх
характеристик функціонування, яка забезпечує високу результативність
навчального процесу і відповідає психолого-педагогічним критеріям
оптимальності [93];
* – комплекс спеціально спроектованих генеральних чинників впливу назовнішні та внутрішні обставини навчально-виховоного 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 [87];
* умови, які свідомо створюються в педагогічній діяльності та
забезпечують найбільш ефективне формування і протікання навчального
процесу [56].

Залежно від способу впливу на освітній процес, розрізняють зовнішні
та внутрішні педагогічні умови.

До зовнішніх педагогічних умов належать:зміст навчального процесу та об’єктивність його оцінювання; методи іпедагогічні технології навчання; позитивні відносини між викладачем тастудентом; місце навчання, приміщення, клімат тощо. Внутрішні педагогічніумови характеризуються індивідуальними властивостями студента, такимияк: інтереси, потреби, мотиви, ціннісні орієнтації, здібності, досвід, уміння,навички, ступінь активності, характер, темперамент тощо.

Отже, під час упровадження педагогічних умов потрібно враховувати сукупність зовнішніх об’єктивних аспектів навчально-виховного процесу, а також внутрішніх суб’єктивних особливостей особистості студентів.

Педагогічні умови розглядаємо як педагогічний вплив, впровадження яких у процес професійної підготовки майбутніх соціальних працівників сприятиме розвитку їхньої ціннісно-мотиваційної, вольової сфери, формуванню знань, умінь та навичок, необхідних для роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.

Проаналізуємо педагогічні умови, які, на думку науковців, підвищують
ефективність професійної підготовки майбутніх соціальних працівників,
соціальних і корекційних педагогів у ВЗО, зокрема ефективність професійної
підготовки до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.

Так, у процес професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів,
як наголошує К. М. Віцукаєва, мають бути впроваджені такі педагогічні
умови: формування стійкої мотивації до виявлення власної позиції у
майбутній професійної діяльності; встановлення міжпредметних зв’язків між
дисциплінами професійно-зорієнтованої підготовки; забезпечення
інтегративних знань, умінь і навичок реалізації суб’єктності у професійній
діяльності [25].

Педагогічними умовами формування професійної готовності
майбутнього корекційного педагога до роботи з розумово відсталими дітьми
в реабілітаційному центрі, на думку Г. О. Першко, є такі: розвиток у
студентів професійно й особистісно значущих цілей і мотивів, пов’язаних з
роботою в реабілітаційному центрі; використання в навчально-виховному
процесі ВЗО контекстного навчання та акмеологічного супроводу студентів
під час практики; взаємозв’язок теоретичної та практичної підготовки до
роботи з розумово відсталими дітьми в реабілітаційному центрі [36].

У дослідженні Д. В. Данко педагогічними умовами підготовки
майбутніх соціальних працівників до застосування технологій медико-соціальної роботи в професійній діяльності виступають: професійна
орієнтація студентів на медико-соціальну роботу; використання потенціалу
професійно-спрямованих дисциплін у позанавчальній діяльності; проведення
практичних занять та організація практики у медико-соціальних закладах і
службах [41].

На думку Н. Ю. Андрусяк, професійну підготовку студентів
університету до соціальної роботи з дітьми-інвалідами в умовах соціальноїслужби можна забезпечити шляхом: реалізації міждисциплінарних зв’язків,спрямованих на інтеграцію загально-професійних та відповідних спеціально-професійних знань; практико-зорієнтованої спрямованості професійноїпідготовки студентів до соціальної роботи з дітьми-інвалідами; реалізаціїпрограми спеціальної дисципліни «Соціальна реабілітація дітей з
обмеженими можливостями» [6].

Педагогічними умовами, які сприяють формуванню готовності
майбутніх соціальних працівників до діяльності з інтеграції в соціум дітей з
обмеженими можливостями в закладах середньої професійної освіти
І. О. Солодовніковою визначено: усвідомлення актуальності, пріоритетності
та необхідності діяльності з інтеграції в соціум дітей з обмеженими
можливостями; формування і розвиток гуманістичної спрямованості
особистості майбутнього соціального працівника; залучення студентів до
волонтерської діяльності; робота з орієнтації викладачів на особливості
підготовки студентів до майбутньої роботи з дітьми з обмеженими
можливостями [65].

На відміну від І. О. Солодовнікової, Ю. В. Большакова вважає, що для
підготовки студентів ВНЗ до соціальної роботи з дітьми-інвалідами
необхідні: міждисциплінарна інтеграція навчального матеріалу; розробка
практико-зорієнтованої моделі інтегративно-модульної підготовки студентів
ВЗО до соціальної роботи з дітьми-інвалідами; наявність мотиваційної
спрямованості на розвиток значущих якостей особистості майбутнього
компетентного фахівця; усвідомлення кожним студентом актуальності і
особливостей майбутньої професійної діяльності; формування стійкої,
заснованої на принципі гуманізму, системи ціннісних орієнтацій [18].

Як доведено О. В. Ромашиною, забезпечити професійну готовність
майбутніх соціальних педагогів до роботи з дітьми-інвалідами можна за
рахунок: активізації засвоєння навчальної інформації в галузі проблем
соціально-педагогічної діяльності з дітьми-інвалідами (технології
інтерактивного (діалогового) навчання, вирішення педагогічних ситуацій,перегляд та аналіз відеороликів); актуалізації особистісно-професійногодосвіду роботи з дітьми-інвалідами (технологія тренінгу, тьюторства, проведення майстер-класу та ігрові технології); стимулювання науково-дослідницької творчості (технологія проектної діяльності, технологія
мультимедійних презентацій) [50].

Проведений аналіз дозволив узагальнити педагогічні умови, які можуть
справити позитивний вплив на формування підготовленості майбутніх
соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я, а саме: професійна орієнтація студентів на роботу з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я; розвиток стійкої мотивації до роботи з
дітьми з обмеженими можливостями здоров’я; розвиток стійкої, заснованої
на принципі гуманізму, системи ціннісних орієнтацій; реалізація
міждисциплінарних зв’язків, спрямованих на інтеграцію загальнопрофесійних та відповідних спеціально-професійних знань; використання
потенціалу професійно-спрямованих дисциплін у позанавчальній діяльності;
забезпечення практико-зорієнтованої спрямованості професійної підготовки
студентів до соціальної роботи з дітьми-інвалідами; використання в
навчально-виховному процесі ВЗО контекстного навчання; проведення
занять в соціальних службах; актуалізація особистісно-професійного досвіду
роботи з дітьми-інвалідами; залучення студентів до волонтерської діяльності.

**Висновки до другого розділу**

Особливість роботи соціального педагога з дітьми з обмеженими функціональними можливостями полягає у створенні таких соціально-педагогічних умов, які сприятимуть внутрішньому розвитку такої дитини, досягненні нею своїх цілей, реалізації різних типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпеки, в якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Але соціальний педагог не може вирішувати за дитину з обмеженими функціональними можливостями її проблеми, він повинен допомогти особистості визначити особисту позицію, сформовану незалежно від зовнішнього впливу, навчити спиратися на себе, тобто допомогти самоактуалізуватись у подоланні перешкод. Дитина з обмеженими функціональними можливостями, що адекватно оцінює своє становище і усвідомлює свою самоактуалізацію, досягає душевного і психічного здоров‘я, стає соціально повноцінною особистістю.

У практиці соціальної роботи соціально-педагогічна і психологічна допомога ще й досі ототожнюється із соціальним захистом. Частково це пояснюється відсутністю загальноприйнятих теорій співвідношення соціальної допомоги і соціального захисту. Водночас виокремити деякий стійкий інваріант розуміння цих понять, а саме: «соціальна допомога» - поняття значно ширше, ніж «соціальний захист». Термін «соціальна допомога» є цілком правомірним та автономним, коли йдеться про індивідуальну допомогу окремій дитині, групі дітей чи їх родичам. Кінцевою метою такої індивідуальної допомоги є формування позитивної «Я-концепції», соціального самоствердження, повноцінна участь у житті суспільства[8].

Коли мова йде про соціальний захист, мається на увазі створення певної законодавчої бази, яка б захищала права тієї чи іншої соціальної групи, зокрема, забезпечення прав на лікування, навчання, працевлаштування, надання пенсій, пільг тощо. У цьому випадку соціальний працівник виступає в ролі «перекладача» мови законів. Однак при такому розумінні понять залишається широке поле для їх взаємопроникнення. Так, відстоюючи права окремої людини, ми тим самим допомагаємо їй адаптуватися в складних умовах життя.

Продуктивність професійної діяльності визначається, з одного боку,
спрямованістю мотивів, їхнім змістом, а з іншого, ступенем активності і
напруженості мотивів, що в цілому характеризує мотиваційну сферу
особистості студента. Тому професійна освіта має на меті не лише засвоєння
студентами знань, умінь і навичок, а оволодіння ними цілісною професійною
діяльністю, що зумовлює взаємозв’язок навчального мотиву з професійним.
Професійний мотив – це внутрішній рушійний чинник розвитку
професіоналізму, який спонукає студента до вивчення та ефективної
реалізації професійної діяльності. До професійних мотивів відносять:
відповідальність щодо повсякденних професійних обов’язків і вимог;
прагнення до вдосконалення майстерності в обраній професії; новаторство у
праці; загально-альтруїстичні прагнення; усвідомлення реальної суспільної
користі від участі в обраній сфері діяльності; відчуття особистої
відповідальності за виконання праці; відповідність професійних прагнень
цінностям та потребам суспільства; готовність до подолання можливих
моральних та фізичних труднощів, пов’язаних із професійною діяльністю.

Високорозвинена професійна мотивація слугує джерелом професійного
саморозвитку особистості, спрямована на майбутнє, забезпечує продуктивне
цілепокладання, активність і наполегливість у досягненні поставлених цілей.
Завдяки постановці конкретних цілей студент може краще організувати свою
діяльність і спланувати роботу, пов’язану з оволодінням майбутньою
професією, визначити зміст спільної діяльності з викладачем.

**РОЗДІЛ 3.** СОЦІОЛОГІЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ: «ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ ПІДГОТОВЛЕНОСТІ ПРАЦІВНИКІВ СОЦІАЛЬНОЇ СФЕРИ (СОЦІАЛЬНИХ ПЕДАГОГІВ ЗАКЛАДІВ ОСВІТИ) ДО РОБОТИ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ ОБМЕЖЕНІ МОЖЛИВОСТІ ЗДОРОВ’Я»

**3.1. Програма дослідження**

**Проблемна ситуація.** У закладах освіти зростання кількості дітей, які мають порушення психофізичного розвитку, спричиняє необхідність упровадження соціальної моделі підтримки, стрижнем якої має стати взаємозв’язок, взаємодія дітей з соціумом, що виключає ігнорування їх через проблеми здоров’я. Реалізація цих завдань в існуючих інституціях соціального виховання покладається насамперед на соціальних педагогів, психологів, соціальних працівників. Це спонукає вищі педагогічні навчальні заклади до пошуку шляхів удосконалення професійної підготовки майбутніх соціальних педагогів, зумовлює необхідність формування у них готовності до виконання специфічних завдань інтегрованої освіти, які реалізуються шляхом забезпечення умов для повноцінного розвитку таких дітей в загальноосвітніх навчальних закладах.

Обґрунтовано, що соціальний педагог, соціальний працівник, фахівець із соціальної роботи забезпечує створення спеціальних умов для навчання та розвитку дитини, надання необхідних послуг, психолого-педагогічний супровід та підтримку відповідно свого функціоналу з метою успішної адаптації дитини у середовищі загальноосвітнього навчального закладу.

Внаслідок соціально-демографічних передумов і глобальної екологічної кризи значна частина дітей обтяжена хворобою або патологіями, кількість яких постійно зростає. В Україні спостерігається тенденція до зростання чисельності дітей з функціональними обмеженнями.

Організація соціальної допомоги дітям і молоді, позбавленим можливості вести повноцінне життя внаслідок вад фізичного або психічного розвитку, потребує, в першу чергу, зміни ставлення суспільства до дітей з особливими потребами та проблеми інвалідності в Україні взагалі. Внаслідок обмежень у спілкуванні, самообслуговуванні, пересуванні, контролі за своєю поведінкою розвиток цих дітей залежить від задоволення їх потреб іншими людьми.Адже ці особи менш підготовлені до життя і тому потребують кваліфікованої допомоги. Діти з обмеженими можливостями здоров’я не повинні бути відокремленими від суспільства, а, навпаки, органічно інтегровані з ним. Діти з обмеженими можливостями здоров’я повинні бути повноправним корисним членом суспільства.

Об’єкт дослідження – соціальні працівники та соціальні педагоги закладів освіти та установ і організацій соціальної сфери.

Предмет дослідження – рівень професійної підготовки соціальних працівників (соціальних педагогів) та готовність їх до роботи з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я

Мета дослідження – проаналізувати проблеми, які виникають у соціальних працівників (соціальних педагогів) при роботі з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я.

Об’єкт, предмет і мета дозволили сформулювати такі завдання дослідження:

1. Визначити проблеми, які виникають у соціальних працівників (соціальних педагогів) при роботі з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я;
2. Розкрити професійні та особистісні якості соціальних працівників, фахівців із соціальної роботи, соціальних педагогів;
3. Виявити набуті практичні навички професійної допомоги дітям, які мають обмежені можливості здоров’я;
4. Визначити труднощі в психологічно-емоційному сприйнятті, які виникають під час роботи з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я;
5. Визначити ступінь підготовленості соціальних працівників, фахівців із соціальної роботи, соціальних педагогів до роботи з дітьми, які мають обмежені можливостями здоров’я.

Гіпотеза дослідження базується на науковому припущенні, що чим вищій рівень підготовленості мають соціальні працівники, фахівці із соціальної роботи, соціальні педагоги, тим ефективніше та кваліфікованіше будуть надані соціально-педагогічні послуги дітям, які мають обмежені можливості здоров’я

Генеральною сукупністю дослідження є студенти 3,4 курсів заочної форми навчання та студентів магістратуриспеціальності «Соціальна робота», які навчаються у вищих закладах освіти м. Дніпро.

Вибірка дослідження – студенти Дніпровського гуманітарного університету, Університету ім. Альфреда Нобеля та Дніпровської філії Університету «Україна»., які працюють у закладах освіти, центрах соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді, відділах у справах сім’ї, молоді та спорту, Управління праці та соціального захисту населення, інклюзивно-ресурсні центри, які мають пряме відношення до роботи з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я. Загалом у дослідженні взяли участь 102 респонденти.

Методи дослідження – метод анкетування.

Інструментарій дослідження – бланк анкети (див. Додаток А).

**3.2. Аналіз результатів дослідження**

В рамках проведеного соціологічного дослідження: «Визначення рівня підготовленості працівників соціальної сфери (соціальних педагогів закладів освіти) до роботи з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я» було проведено анкетування серед працівників соціальної сфери,які на момент дослідження були працівниками державних установ – фахівці із соціальної роботи, спеціалісти, методисти інклюзивно-ресурсних центрів, начальники та директори Управління праці та соціального захисту населення, Служби у справах дітей, Центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді, соціальні педагоги закладів освітиДніпропетровської області, та які є студентами 3,4 курсів та магістратури вищих закладів освіти м. Дніпро, спеціальності 231 «Соціальна робота». Загалом у дослідженні взяли участь 102 респонденти.

Вибір респондентів здійснювали за вимогою наявністі досвіду
практичної роботи з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я.

Респонденти мали відповісти на 16 запитань анкети (додаток А).

Перше питання передбачало зазначення назви установи, в якій працює
респондент.

Друге запитання анкети дало змогу виявити стаж роботи респондентів у вказаних установах, службах, управліннях Отримані відомості наведено в таблиці 1.1.

Трете питання дало змогу отримати дані щодо займаної посади працівником в зазначеній установі. Отримані відомості наведено в Додатку В.

Таблиця 1.1

Зведена таблиця показників стажу роботи респондентів

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показники стажу роботи | Кількість працівників з відповідним стажем роботи | Відсотковий показник |
| До 1 року | 6 | 5,9 |
| Від 1 до 3 років | 18 | 17,6 |
| Від 3 до 5 років | 15 | 14,7 |
| Від 5 до 10 років | 26 | 25,5 |
| Від 10 до 15 років | 20 | 19,6 |
| Від 15 до 20 років | 14 | 13,8 |
| Більше 20 років | 3 | 2,9 |

Стаж роботи до 1 року мають 6 працівників, що складає 5,9% від загальної кількості опитаних; стаж роботи від 1 року до 3 років мають 18 працівників, що складає 17,6% від загальної кількості опитаних; стаж роботи від 3 років до 5 років мають 15 працівників, що складає 14,7% від загальної кількості опитаних; стаж роботи від 5 років до 10 років мають 26 працівників, що складає 25,5% від загальної кількості опитаних; стаж роботи від 10 років до 15 років років мають 20 працівників, що складає 19,6% від загальної кількості опитаних; стаж роботи від 15 років до 20 років мають 14 працівників, що складає 13,8% від загальної кількості опитаних; стаж роботи від 20 років і більше мають 3 працівники, що складає 2,9% від загальної кількості опитаних.

Рис. 3.1 Розподіл респондентів за стажем роботи у вищезазначених установах

Третє запитання «Яку посаду у вищезазначеній установі Ви займаєте» мало на меті визначити займану посаду респондентами. Було надано наступні відповіді (Додаток А):

* + Соціальний педагог – 39 респондентів, що складає – 38,2%;
	+ Методист інклюзивно-ресурсного центру – 10респондентів, що складає – 9,9%;
	+ Начальник, директор служби, управління, відділу – 13респондентів, що складає – 12,7%;
	+ Головний спеціаліст служби, відділу управління – 13 респондентів,що складає – 12,7%;
	+ Фахівець із соціальної роботи – 21респондент, що складає – 20,6%;
	+ Завідувачка інклюзивно-ресурсним центром – 1респондент, що складає – 0,98%;
	+ Заступник начальника управління, служби, відділу – 2 респонденти, що складає – 1,98%;
	+ Провідний спеціаліст служби – 1респондент, що складає – 0,98%;
	+ Завідувач сектору інклюзивно-ресурсного центру – 1респондент, що складає – 0,98%;
	+ Соціальний працівник – 1 респондент, що складає – 0,98%.

Рис. 3.2. Показники респондентів за займаними посадами

Згідно з четвертим запитанням, респонденти вказали, чи мають вони
навички практичної роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.
Всі 102 респонденти (100%) дали позитивну відповідь.

П’яте запитання передбачало виявлення можливостей здобуття навичокпрактичної роботи. Відповіді узагальнено та представлено на рисунку 3.3.

Рис. 3.3. Розподіл відповідей респондентів на четверте запитання анкети щодо шляхів здобуття навичок практичної роботи

Умовні позначення:

* + Відповідь а) в процесі навчання уВЗО надали - 16 респондентів, що складає 15,7% від загальної кількості опитаних;
	+ Відповідь б) шляхом стажування в соціальних організаціях, підвищеннякваліфікації - 23 респондентів, що складає 22,5% від загальної кількості опитаних;
	+ Відповідь в) самостійно, як волонтер - 12 респондентів, що складає 11,8% від загальної кількості опитаних;
	+ Відповідь г) безпосередньо в процесіпрофесійної діяльності в соціальних установах - 43 респондентів, що складає 42,2% від загальної кількості опитаних;
	+ Відповідь д) своя відповідь - 8 респондентів, що складає 7,8% від загальної кількості опитаних.

На наступне запитання «Чи вважаєте Ви роботу з дітьми з обмеженимиможливостями здоров’я складною та емоційно-напруженою?», – всі 102 респонденти (100%) дали стверджувальну відповідь «так».

Сьоме запитання передбачало визначення думки респондентів щодо того, вчому саме полягає складність та емоційна напруженість роботи з дітьми зобмеженими можливостями здоров’я. До таких складнощів респонденти віднесли: неготовність працювати з дітьми, які мають певні діагнози (наприклад ДЦП, аутизм), недостатньо практичних навичок роботи з дітьми, які мають певні діагнози (затримка психічного розвитку, розумова відсталість), відсутність професійних навичок взагалі, при роботі з дітьми, які мають захворювання порушення зору, порушення слуху, недостатність знання психологічних механізмів налагодження контакту з дітьми, які мають певні захворювання, психологічні та фізичні бар’єри в спілкуванні; неготовність фахівця психологічно сприйматидитину з інвалідністю; пригнічений стан батьків та їхніх дітей.

Як бачимо, означенівідповіді вказують на психологічні та емоційні складнощі взаєморозуміння івзаємодії соціального працівника з дітьми зобмеженими можливостямиздоров’я.

На восьме запитання «Які, на Ваш погляд, особистісні та професійно
важливі якості необхідні соціальному працівнику для роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я?» (респонденти мали можливість обрати 3 особистісні та професійно важливі якості), респонденти віднесли такі:доброзичливість, емпатія, відповідальність, бажання допомогти, любов до дітей, стресостійкість,милосердя, терпимість, альтруїзм,відкритість, гуманність, стриманість, порядність.

Рис. 3.4. Розподіл відповідей респондентів на запитання анкети «Які, на Ваш погляд, особистісні та професійноважливі якості необхідні соціальному працівнику для роботи з дітьми зобмеженими можливостями здоров’я?»

Умовні позначення:

- доброзичливість – 76 респондентів (74,5%)визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- відповідальність – 90 респондентів (90,2%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- емпатія – 63 респонденти(61,8%)визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- любов до дітей – 98 респонденти(96,1%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- стресостійкість – 99 респондентів (97,1%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- милосердя – 83 респонденти(81,4%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- терпимість – 64 респонденти(62,7%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- бажання допомогти – 72 респонденти(70,6%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- відкритість – 21 респондент (20,6%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- гуманність – 87 респондентів (85,3%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- стриманість – 102 респонденти(100%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

- порядність – 101 респондент (99,2%) визначили важливою особистісно-професійною якістю;

всі якості разом – 102 респонденти(102%) визначили важливою особистісно-професійною якістю.

Щодо дев’ятого запитання, то респонденти мали вказати, які знання, наїх думку, необхідні соціальному педагогу (соціальному працівнику), спеціалісту, фахівцю із соціальної роботидля роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я. Варіантами відповідей були такі:
а) технологічні; б) психологічні; в) медичні; г) соціологічні; д) юридичні;
е) всі перераховані; ж) своя відповідь. Було з’ясовано, що 99 зі102
респондентів, що становить 97,1% від загальної кількості опитаних,
вважають необхідними всі групи знань. Інші 3 респонденти (2,9%), надаючи
власну відповідь, зазначили, що всі знання осягнути важко, вони приходять з
досвідом; наявність знань залежить від кваліфікації чи отриманої освіти раніше (юридичної, психологічної, медичної).

Рис.3.5. Розподіл відповідей респондентів на десяте запитання анкети

«З якими захворюваннями у дітей Ви як спеціаліст не готовіпрацювати?»

Умовні позначення:

* + Не готові працювати з дітьми, які мають порушення опорно-рухового апарату – 27 респондентів, що складає 26,5% від загальної кількості опитаних;
	+ Не готові працювати з дітьми, які мають емоційно-вольові порушення – 98 респондентів, що складає 96,1% від загальної кількості опитаних;
	+ Не готові працювати з дітьми, які мають порушення зору – 101 респондент, що складає 99,1% від загальної кількості опитаних;
	+ Не готові працювати з дітьми, які мають порушення слуху – 68 респондентів, що складає 66,7% від загальної кількості опитаних;
	+ Не готові працювати з дітьми, які мають порушення інтелектуального розвитку – 14 респондентів, що складає 13,7% від загальної кількості опитаних.

Можемо зробити припущення, що такі відповіді обумовлені недостатністю практичних навичок роботи з дітьми, які мають певні діагнози, відсутністю професійних навичок взагалі, при роботі з дітьми, які мають захворювання порушення зору, порушення слуху, відсутність чи недостатність логопедичних, дефектологічних, психологічних знань та корекційних навичок.

Одинадцяте та дванадцяте запитання щільно пов’язані між собою: «Чидоводиться Вам у межах Вашої професійної діяльності працювати з дітьми зобмеженими можливостями здоров’я?», «Якщо так, то вкажіть, будь ласка,які функції в межах роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’яВи виконуєте». Було з’ясовано, що всі 102 респонденти (100%) працюють ззазначеною категорією дітей. Вони вказали на такі функції в межах своєїроботи:

– соціальний педагог: виховання, навчання та розвиток дитини з інвалідністю;здійснення корекційно-розвивальної, просвітницької, профілактичної діяльності; діагностика психолого-педагогічних та соціальних особливостей особистості дитини з обмеженими можливостями здоров’я; допомога у вирішенні можливих проблем дитини під час навчального процесу; допомога в проходженні успішної адаптації в закладі освіти; здійснення соціально-профілактичної роботи збатьками дітей;

– спеціаліст, фахівець із соціальної роботи: соціально-психологічна адаптація хворої дитини; ознайомлення сім’ї, що виховує дитину з інвалідністю, з її правовим становищем, різноманітними соціальними службами, медичними закладами; ведення соціально-педагогічного супроводу сім’ї з дитиною з обмеженими можливостями здоров’я; ознайомлення батьків з методикою роботи з дитиною з обмеженими можливостями здоров’я; закріплення за дитиною мультидисциплінарної команди, спроможної надавати різнобічні послуги, координування цих послуг; надання відповідних послуг (соціальних, психологічних, економічних, юридичних) та соціальний супровід сім’ї, яка виховує дитину з інвалідністю;

* директор, начальник управління, служби, центру соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді:забезпечує реалізацію державної соціальної політики стосовно дітей з інвалідністю на території району, реалізацію у межах своєї компетенції соціальних програм з питань дітей з інвалідністю, контролює визначені законодавством виплати на утримання дитини з інвалідністю, контролює комплексний соціальний супровід дитини з інвалідністю у разі необхідності;
* завідувач, методист інклюзивно-ресурсного центру: забезпечує права дітей з особливими освітніми потребами віком від 2 до 18 років на здобуття дошкільної та загальної середньої освіти, в тому числі у закладах професійної (професійно-технічної) освіти та інших закладах освіти, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти, шляхом проведення комплексної психолого-педагогічної оцінки розвитку дитини (комплексна оцінка), надання психолого-педагогічних, корекційно-розвиткових послуг та забезпечення їх системного кваліфікованого супроводу, забезпечує надання комплексної логопедичної, дефектологічної, психологічної, медичної допомоги дитині, яка перебуває на обліку інклюзивно-ресурсного центру або звернулася за відповідними послугами, бере участь в командах психолого-педагогічного супроводу дитини з особливими освітніми потребами у закладах загальної середньої та дошкільної освіти, а також психолого-педагогічних комісіях спеціальних закладів загальної середньої освіти з метою моніторингу динаміки розвитку дитини не рідше, ніж двічі на рік; здійснює консультування батьків або законних представників дітей з особливими освітніми потребами стосовно мережі закладів дошкільної, загальної середньої, професійної (професійно-технічної) освіти, інших закладів освіти, які забезпечують здобуття загальної середньої освіти, та зарахування до цих закладів;надає консультативну та психологічну допомогу, проводить бесіди з батьками (законними представниками) дітей з особливими освітніми потребами у формуванні позитивної мотивації щодо розвитку таких дітей; здійснює моніторинг динаміки розвитку дітей з особливими освітніми потребами шляхом взаємодії з їх батьками (законними представниками) та закладами освіти, в яких вони навчаються;
* соціальний працівник: розробка індивідуальної комплексної
програми реабілітації на період госпіталізації дитини; проведення
корекційно-розвивальних занять; складання прогнозу розвитку адаптаційних
та компенсаторних можливостей організму дитини; профілактика розвитку
паталогічних ускладнень, викликаних діагнозом дитини.

Як бачимо, функції, що їх виконують працівники соціальної сфери підчас роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я, доволі
різноманітні.

Рис.3.6. Розподіл відповідей респондентів на тринадцяте запитання анкети«Чи виникають в процесі Вашої роботи з дітьми з обмеженимиможливостями здоров’я труднощі в психологічно-емоційному сприйнятті,взаєморозумінні один одного, спілкуванні тощо?»

На тринадцяте запитання «Чи виникають в процесі Вашої роботи з дітьми з обмеженимиможливостями здоров’я труднощі в психологічно-емоційному сприйнятті,взаєморозумінні один одного, спілкуванні тощо?» були отримані наступні відповіді:

а) так, особливо під час перших років роботи з ними – таку відповідь надали 36 респондентів (35,3%);

б) ні, з досвідом сформувалися навички успішної взаємодії – таку відповідь надали 47 респондентів (46,1%);

в) іншавідповідь – таку відповідь надали 19 респондентів (18,6%)

При цьому можна прослідкувати певну залежність відповіді від стажу
роботи на відповідній посаді. Так, варіант відповіді (а) вибрали респонденти
зі стажем роботи до 5 років, а варіант відповіді (б) вибрали
респонденти зі стажем роботи від 5та вище років, варіант відповіді (в)обрали ті фахівці, які відчувають недостатність чи відсутність необхідних знань, які можливо використовувати з цієї категорією отримувачів послуг.

Рис. 3.7. Розподіл відповідей респондентів на запитання анкети «Чи вважаєте Ви себе підготовленим до роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я?»

Умовні позначення:

* + досить підготовлений – таку відповідь надали 73 респонденти, що складає 71,6% від загальної кількості опитаних;
	+ швидше підготовлений, ніж ні – таку відповідь надали 11 респондентів, що складає 10,7% від загальної кількості опитаних;
	+ не можу відповісти – таку відповідь надали 2 респонденти, що складає 2,0% від загальної кількості опитаних;
	+ швидше непідготовлений, ніж підготовлений – таку відповідь надали 9 респондентів, що складає 8,8% від загальної кількості опитаних;
	+ зовсім не підготовлений – таку відповідь надали 7 респондентів, що складає 6,9% від загальної кількості опитаних.

Як бачимо з відповідей на це запитання, більшість респондентів
вважають себе досить підготовленими та швидше підготовленими, ніж
непідготовленими до здійснення роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я. При цьому, як і в попередньому запитанні,
прослідковується залежність відповіді від стажу роботи: варіанти відповіді
«не можу відповісти» і «швидше непідготовлений, ніж підготовлений»
вибрали респонденти зі стажем роботи на посаді до 5 років.

На п’ятнадцяте запитання «Чи потрібна, на Ваш погляд, спеціальна
підготовка майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я?» всі без винятку респонденти дали
стверджувальну відповідь.

Розподіл відповідей респондентів на запитання анкети «Спеціальна підготовка майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я має здійснюватися»:

Умовні позначення:

а) безпосередньо в процесі навчання у ВНЗ – надали відповідь 27респондентів, що складає 26,5% від загальної кількості опитаних;

б) шляхом підвищення кваліфікації – надали відповідь 16респондентів, що складає 15,7% від загальної кількості опитаних;

в) самостійно, як волонтер – надали відповідь 4респонденти, що складає 3,9% від загальної кількості опитаних;

г) у процесі подальшої професійної діяльності в соціальних установах
надали відповідь 17респондентів, що складає 16,7% від загальної кількості опитаних;

д) інша відповідь – надали відповідь 38респондентів, що складає 37,2% від загальної кількості опитаних.

Рис. 3.8. Розподіл відповідей респондентів на запитання анкети «Спеціальна підготовка майбутніх соціальних працівників до
роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я має здійснюватися»

Отримані відповіді свідчать про те, що спеціальна підготовка
майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я має здійснюватися у процесі навчання у
ВНЗ, у процесі подальшої професійної діяльності в соціальних установах, а
вже потім шляхом підвищення кваліфікації та самостійно, на волонтерських
засадах.

Крім того, респонденти зазначали, що бракує практичних навичок,
отриманих під час навчання; потрібні спеціалізовані стажування, під час яких
студенти могли б знайомитися з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я, практикували роботу з ними, вчилися б їх розуміти, емоційно
сприймати тощо; потрібні заходи мотиваційного впливу, щоб студенти
прагнули навчатися роботі з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я.

Також отримані відповіді 38 респондентів, свідчать про те, що знання, уміння та навички потрібно отримувати комплексно та поетапно.

**Висновки до третього розділу:**

Робота з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я передбачає
розуміння психічного та емоційного стану таких дітей та їхніх родичів через
емоційне проникнення у їхній внутрішній світ, вміння сприймати почуття,
думки співрозмовника, що зумовило включення емпатії до регулятивного
критерію досліджуваної підготовленості.

Ступінь прояву кожного з показників особистісного та професійного компоненту (якості), досвіду роботи, знань, умінь та навичок, узятих у сукупності, дозволивсхарактеризувати рівні підготовленості майбутніх соціальних працівників, фахівців із соціальної роботи, методистів інклюзивно-ресурсних центрів, соціальних педагогів до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я: високий,середній та низький.

Так, до високого рівняпідготовленості до роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я віднесено майбутніх соціальних
працівників, які повністю усвідомлюють специфіку і складність процесу
взаємодії з такими дітьми. Володіють точними, глибокими та повними
психологічними, соціальними, юридичними й медичними знаннями,
необхідними для успішного процесу взаємодії з дітьми цієї категорії. Вони
добре обізнані з психофізіологічними особливостями розвитку та
функціонування дітей з обмеженими можливостями здоров’я, завжди
враховують їх особистісні, вікові, патологічні відмінності. Володіють
основними технологіями, формами, засобами та методами роботи,
необхідними для здійснення соціальної реабілітації, корекції та соціально-педагогічної підтримки дітей з обмеженими можливостями здоров’я.

Респонденти з високим рівнем підготовленості до роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я, здатні до вольової саморегуляції,
усвідомлено управляють власним психофізичним станом, контролюють
емоції, вчинки; схильні не проявляти будь-яких дискримінацій, негативних
емоцій чи роздратованості до дітей з обмеженими можливостями здоров’я, з
терпимістю ставляться до розумових чи фізичних вад таких дітей.
Вони активно виконують заплановане, вміють розподіляти зусилля,
працездатні, цілеспрямовані, дотримуються життєво-стратегічних цілей,
соціальних цінностей і соціальних норм.

Середній рівеньпідготовленості до роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я притаманний майбутнім соціальним працівникам,
які зазвичай усвідомлюють специфіку та складність процесу взаємодії з
такими дітьми. Володіють певними психологічними, соціальними,
юридичними та медичними знаннями, необхідними для роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я, проте ці знання недостатньо повні та
глибокі. Такі респонденти недостатньо обізнані з психофізіологічними
особливостями розвитку та функціонування таких дітей і, як наслідок, не
завжди враховують їх особистісні, вікові, патологічні відмінності. Знання
основних технологій, форм, засобів та методів, необхідних для здійснення соціальної реабілітації, корекції та соціально-педагогічної підтримки дітей з
обмеженими можливостями здоров’я, використовують повільно, не
достатньо ефективно. Володіють уміннями та елементарними навичками
роботи з дітьми такої категорії, але не завжди здатні ефективно їх
застосувати на практиці.

Майбутні соціальні працівники із середнім рівнем досліджуваної
підготовленості усвідомлюють своє покликання, проте мотиваційна
тенденція в обраній професійній діяльності та особистісному
самовдосконаленні не стійка. Індивідуально-творчий та новаторський
характер в процесі взаємодії з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я проявляють залежно від навчально-професійної ситуації.

Намагаються створювати позитивно-емоційне тло роботи з
дітьми з обмеженими можливостями здоров’я. Обізнані з вербальними та
невербальними способами спілкування з такими дітьми, проте не володіють
навичками їх застосування у процесі міжособистісної комунікації.

Низький рівень підготовленості засвідчують майбутні соціальні
працівники, які не усвідомлюють специфіку та складність процесу взаємодії з
дітьми з обмеженими можливостями здоров’я. Такі респонденти володіють
здебільшого поверховими психологічними, соціальними, юридичними та
медичними знаннями. Вони майже не обізнані із психофізіологічними
особливостями розвитку та функціонування дітей з обмеженими
можливостями здоров’я, не враховують їх особистісні, вікові, патологічні
відмінності. Не усвідомлюють значущості знань щодо сутності основних
технологій, форм, засобів і методів, необхідних для здійснення соціальної
реабілітації, корекції та соціально-педагогічної підтримки дітей з
обмеженими можливостями здоров’я. В них наявні елементарні вміння,
проте вибір шляхів щодо роботи з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я здійснюється інтуїтивно. Практичні навички щодо здійснення такої
роботи майже відсутні.

Майбутні соціальні працівники з низьким рівнем досліджуваної
підготовленості не усвідомлюють своє покликання, мотиваційна тенденція в
обраній професійній діяльності та особистісному самовдосконаленні
відсутня. Вони не здатні проявляти індивідуально-творчий та новаторський
характер в процесі взаємодії з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я. В них майже відсутній досвід співпраці з іншими фахівцями, томувони не в змозі робити правильні висновки з їхніх рекомендацій та
адекватно використовувати їх в роботі з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я.

**ВИСНОВКИ**

Аналіз науково – теоретичних джерел дозволив сформулювати такі висновки дипломної роботи:

1. Термінологічний аналіз основних понять нашого дипломного дослідження свідчить про те, що особистість дитини з обмеженими функціональними можливостями розвивається у відповідності із загальними закономірностями розвитку дитини, а дефект, стан чи хвороба визначають вторинні симптоми, що виникають опосередковано протягом аномального соціального розвитку. Хвороба, яка спричинює, насамперед, порушення у біологічній сфері людини, створює перешкоду для соціально-психічного розвитку. Це стосується інвалідів із дитинства з порушенням зору, слуху, опорно-рухового апарату, комплексу порушень психофізичного розвитку. У разі відсутності своєчасної допомоги відбуваються відхилення від стадії вікового розвитку, тобто особливості дизонтогенезу спричинено патологічним процесом у біологічному розвитку та його наслідками. Ці фактори повинен враховувати соціальний працівник, фахівець із соціальної роботи, соціальний педагог, який працює в умовах навчально-виховного закладу.
2. Провідним компонентом соціально-педагогічної роботи з даною категорією дітей є формування індивідуальності, її соціалізація з урахуванням потенційних можливостей і потреб кожної дитини. Побудова взаємозв‘язку молодого інваліда з мікро- і макросередовищем, розвиток його збережених психофізичних можливостей здійснюється шляхом розширення сфери спілкування, організацією дозвілля, творчої та ігрової діяльності. Завдання соціального педагога, соціального працівника, фахівця із соціальної роботи, методиста інклюзивно-ресурсного центру полягає в тому, щоб створити такі соціально-педагогічні умови, які сприятимуть внутрішньому розвитку індивіда, досягнення ним своїх цілей, реалізації типів поведінки, гнучкої адаптації. Треба створити атмосферу безпечності, ситуації, у якій відсутнє зовнішнє оцінювання. Разом із тим самоактуалізація не може бути реалізована без емпатійного розуміння і прийняття іншої людини, тобто взаємодії з нею. Соціально-педагогічна реабілітація молодих інвалідів допомагає їм досягти і підтримати оптимальний рівень своєї самостійності та життєдіяльності.
3. Професійна підготовка майбутніхсоціальних працівників є складним, багатоаспектним процесом, предметом якого є теоретичнізнання, практичні вміння студентіввиконувати фахові функції; етичні норми соціальної роботи; індивідуально-психологічніякості фахівця, а також його потреба у самоосвіті, саморозвитку і самовдосконаленні Метою і результатом професійної підготовки можна виступати підготовленість фахівця до виконання професійної діяльності.О. М. Чусова зауважує, що підготовленість є
передумовою цілеспрямованості та ефективності професійній діяльності.Високий рівеньпідготовленості, на думку автора, є запорукою ефективного виконання своїх професійних обов’язків, обґрунтованого застосовування знань, використання досвіду, перебудовипрофесійних дій відповідно до життєвих ситуацій [6].
4. Щодо сутності поняття«підготовленість», то її розглядають як наявність у фахівця особистісних якостей, теоретичних знань, практичних навичок і вмінь,що дозволяють в будь-який час успішно вирішувати поставлені перед ним завдання і виконувати функціональні обов’язки.
5. Підготовленість майбутніх соціальнихпрацівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я визначаємо як результат їхньої спеціальної цілеспрямованої професійної підготовки, що передбачає обізнаність з психологічними та фізичними особливостями розвитку таких дітей, уміння виявляти та вирішувати їх проблеми, забезпечувати повноцінний розвиток і соціалізацію, зберігаючи емоційно-позитивне тло діяльності.
Структурними компонентами такої підготовленості виступають: когнітивний, діяльнісний, ціннісно-мотиваційний та емоційно-вольовий.
6. Соціальна робота з дітьми з обмеженнями можливостями здоров’я – це вкрайскладна та багатогранна професійна діяльність, ефективність здійснення якої залежитьвід рівня підготовленості майбутніх соціальних працівників щодо неї. Знання сутності іструктури такої підготовленості дозволяють ефективно побудувати процес професійної підготовки майбутніх соціальних працівників у ВЗО.
7. Процес підготовки майбутніх фахівців із соціальної роботи має
ґрунтуватися на тісному взаємозв’язку теорії і практики. Саме такий підхід
здатний забезпечити ефективність кінцевого результату, що полягає у
формуванні ключових професійних компетентностей. Соціальна робота
сьогодні є важливим соціальним інститутом, що виконує функцію надання допомоги людям, які потрапили у складні життєві обставини, та водночас
найбільш ефективним інструментом соціальної політики держави.

Соціальна робота з дітьми з обмеженими можливостями передбачає
широкий комплекс професійної соціально-педагогічної діяльності, що
полягає у виявленні, визначенні та вирішенні проблем хворої дитини з метою
реалізації та захисту її прав на повноцінний розвиток; індивідуально-зорієнтованій допомозі та співробітництві в її життєвому самовизначенні. Основними видами такої роботи є: соціальна допомога, соціальний патронаж, соціальна реабілітація, надання соціально-психологічної, психолого-педагогічної, соціально-медичної, юридичної, інформаційно-консультативної допомоги та підтримки з метою покращення їх життєдіяльності.

8. Підготовленість майбутніх соціальних працівників до роботи з дітьми зобмеженими можливостями здоров’я розглядаємо як результат їхньої спеціальної цілеспрямованої професійної підготовки, що передбачає обізнаність із психологічними та фізичними особливостями розвитку такихдітей, уміння виявляти та вирішувати їх проблеми, забезпечувати повноцінний розвиток і соціалізацію, зберігаючи емоційно-позитивне тло діяльності.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ**

* 1. Закон України «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні» від21 березня 1991 року№ 875-XII[Електронний ресурс] // <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/875-12>.
	2. Закон України «Про державну соціальну допомогу інвалідам з дитинства та дітям - інвалідам».– // Урядовий кур’єр. – 2001.- №136.
	3. Закон України «Про основи соціальної захищеності інвалідів в Украї­ні» від 21 березня 1998 p. (із змінами і допов­неннями, внесеними згідно із Законом України від 14 жовтня 1994 p. // Відомості Верховної Ради України. – 1991. -№ 21. - ст. 252.
	4. Актуальні проблеми теорії та практики соціальної роботи на межі
	тисячоліть: монографія // Соціальна робота. – Книга 1. – К.: УДЦССМ,2001. – 344 с.
	5. Актуальні проблеми спеціальної психології та педагогіки: [зб. наук. праць / наук. ред. Вишемирський В.С. та ін.]. — Херсон : ПП Вишемирський В.С. — 2005. — 202 с.
	6. Алєксєєва Г. М. Cутність і стуктура готовності майбутніх соціальних
	педагогів до застосування комп’ютерних технологій у професійній
	діяльності / Г. М. Алєксєєва // Збірник наукових праць Бердянського
	державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки. –
	2012. – № 2. – С. 3–7.
	7. Архипова С. Методи та технології роботисоціального педагога / С. Архипова, Г. Майборода,О. Тютюнник. – Черкаси, 2008. – 456 с.
	8. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка в схемах та таблицях. Навчальний посібник. / О. В. Безпалько — К. : Центр навчальної літератури. — 2003. — 134 с.
	9. Боднарук І. І. Формування готовності майбутніх соціальних
	працівників до професійної діяльності на основі реалізації
	акмеологічного підходу: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» /І. І. Боднарук. – Рівне, 2015. – 20 с.
	10. Борщевська Л. В. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Л.В.Борщевська, А.В.Зіброва, І.Б. Іванова. — К. — 1999.
	11. Букач М. М. Компетентнісно орієнтоване навчання як основа формування майбутнього соціального працівника / М. М. Букач // Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Сер. 11. Соціальна робота. Соціальна педагогіка: зб. наук. праць. – К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016.Вип.22. – С. 119–131.
	12. Вайнола Р. Х. Педагогічні засади особистісного розвитку майбутньогосоціального педагога в процесі професійної підготовки: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / Р. Х. Вайнола. – Київ, 2009.
	13. Вайнола Р. Х. Реалізація особистісно-орієнтованого підходу до
	професійної підготовки майбутнього соціального педагога в освітньому
	середовищі вищого навчального закладу / Р. Х. Вайнола // Науковий
	часопис Національного педагогічного університетуім. М. П. Драгоманова. Серія: Педагогічні науки: реалії таперспективи. – 2006. – Вип. 4. – 136 с.
	14. Видишко Н. В. Професійна підготовка майбутніх соціальних
	працівників у коледжах Канади: автореф. дис. на здобуття наук.
	ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної
	освіти» / Н. В. Видишко. – Вінниця, 2010. – 21 с.
	15. Віцукаєва К. М. Підготовка майбутнього соціального педагога як
	суб’єкта професійної діяльності: автореф. дис. на здобуття наук.
	ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і методика професійної
	освіти» / К. М. Віцукаєва. – Одеса, 2012. – 20 с.
	16. Выготский Л. С. О психологии и педагогике детской дефективности / Л. С. Выготский // Основы дефектологии. — С-П., М. : Изд-во «Лань». — 2003. — С. 106.
	17. Вступ до соціальної роботи : Навч. посібник для студентів ВНЗ / За ред. Т. В. Семігіної, І. І. Миговича. — К. : Академ. видав. — 2005. — 304 с.
	18. Гайдук Н. М. Професійна підготовка соціальних працівників до
	здійснення посередництва (на матеріалах США і Канади) : автореф.
	дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.04 «Теорія і
	методика професійної освіти» / Н. М. Гайдук. – Київ, 2005. – 20 с.
	19. Гикава Г. С. Реабілітація дітей з обмеженими функціональними
	можливостями / Г. С. Гикава // Соціальний педагог. – 2009. – № 1. –
	C. 33–36.
	20. Годлевська Д. М. Формування професійної комунікативної
	компетентності майбутніх соціальних працівників в умовах
	педагогічного університету: дис. канд. пед. наук: спец. 13.00.05 /
	Дана Миколаївна Годлевська. – Київ, 2007. – 288 с.
	21. Горецька О. Психологічні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами. Освіта регіону (Політологія. Психологія. Комунікації). 2013. № 2(32). С. 289–295.
	22. Грабовенко Н. Обґрунтування змісту і формсоціально-­педагогічноїроботи з сім’ями, щовиховують дітей з обмеженими фізичними
	можливостями в умовах реабілітаційнихцентрів / Н. Грабовенко //Соціальна педагогіка:теорія та практика. – 2007. – №3. – С. 60 – 66
	23. Грищенко С. В. Самовдосконалення майбутніх фахівців соціальної
	сфери: монографія / С. В. Грищенко. – Чернігів: ЧНПУ, 2011. – 328 с.
	24. Гуріч В. О. Проблема розвитку інституту уповноваженого з прав
	дитини в Україні / В. О. Гуріч. // Науково-методичний журнал
	«Соціальна робота в Україні: теорія і практика». – Київ, 2015. –
	№ 1 – 4. – С. 119–125.
	25. Дікова-Фаворська О. М. Особа з функціональними обмеженнями в колі
	проблем: здоров’я – навчання – працевлаштування: монографія. –
	Житомир: Полісся, 2009. – 364 с.
	26. Дементьева Н. Ф. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями / Н. Ф. Дементьєва, Г. Н. Багачева, Т. Н. Исаева. — М.: Академия. — 2006. — 278 с.
	27. Дети с отклонениями в развитии : Методич. пособие // сост. Н. Д. Шматко. М. : Аквариум. — 1997. — 128 с.
	28. Дмитерко-Карабин Х.М. Психологічна допомога тривожній дитині: теорія, діагностика, корекція. — Навчально-методичний посібник. / Х. М. Дмитерко-Карабин, Н. В. Королик — Івано-Франківськ : Гостинець. — 2007. — 192 с.
	29. Дубасенюк О. А. Методика викладання педагогіки: навчальний
	посібник / О. А. Дубасенюк, О. Є Антонова. – Житомир: Вид-во ЖДУ
	ім. І. Франка, 2012. – 375 с.
	30. Єрмілова М. Г. Особливості правового статусу дитини з обмеженими
	можливостями здоров’я в Україні: автореф. дис. на здобуття наук.
	ступеня канд. юрид. наук: спец. 12.00.01 «Теорія та історія держави і
	права» / М. Г. Єрмілова. – Київ, 2012. – 20 с.
	31. Жульковская Т. Социализация людей с ограниченными интеллектуальными возможностями / Тетяна Жульковская; [пер. с польск. А.И. Ковалевой, В.А. Лукова]. — М. : Социум. — 2001. — 208 с.
	32. Загайко О. В. Підготовка працівників соціальних служб до середніх
	загальноосвітніх закладів Великої Британії: автореф. дис. на здобуття
	наук. ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.01 «Загальна педагогіка та
	історія педагогіки» / О. В. Загайко. – Харків, 2008. – 21 с.
	33. Засенко В.В. До проблеми особистісного підходу у навчанні дітей з порушеннями психофізичного розвитку / В. В. Засенко //Дидактичні та соціально-психологічні аспекти корекційної роботи у спеціальній школі: Наук.-метод. зб.: Вип. 8. — К. : Наук. світ. — 2006. — С. 85- 88.
	34. Закусило О. Ю. Прикладні аспекти соціальної роботи із сім’ями, що мають дітей з особливимипотребами. Актуальні проблеми навчання тавиховання людей з особливими потребами. Київ.: 2009. № 6(8). С. 76–82.
	35. Зверєва І.Д. Концептуальні основи соціального захисту людей з функціональними обмеженнями. / І.Д. Зверєва, І.Б. Іванова // Інвалід і суспільство. Проблеми інтеграції. – К., 1995. –С. 4 – 10.
	36. Іванова І. Б. Діти з особливими потребами: проблема термінологічного
	визначення / І. Б. Іванова // Дефектологія. – 1999. – № 1. – С. 2–7.
	37. Іванова І. Б. Соціально-педагогічна робота з дітьми-інвалідами в
	системі соціальних служб для молоді: автореф. дис. на здобуття наук.
	ступеня канд. пед. наук: спец. 13.00.05 «Соціальна педагогіка» /
	І. Б. Іванова – Київ, 1998. – 27 с.
	38. Ільясов Р. А. Методичний посібник з організації професійного навчання за робітничими професійними та його соціально — психологічного супроводу в умовах центрів професійної реабілітації інвалідів. / Р. А. Ільясов — К. — 2006. — 105 с.
	39. Інтеграція людей з особливими можливостями в освітній простір України: Матеріали науково-практичної конференції ["Інтеграція людей з особливими можливостями в освітній простір України"], (Ялта. — 15-17 травня 2006 р.). — Ялта : РВВ КГУ. — 2006. — 64 с.
	40. Каган Л. Реабілітація — шлях до інтеграції у суспільне життя / Л. Каган // Соціальний захист. — 2004. — №12. — С. 12-16.
	41. Казанікова О. В. Проблема соціалізації дітей з обмеженими розумовими можливостями (аналіз діяльності Центру реабілітації дітей-інвалідів м. Херсон) / О. В. Казанікова, Л. Т. Нікішина // Практична психологія та соціальна робота. — №8. — 2001 — 48 с.
	42. Капська А. Й. Соціальна педагогіка: навч. посіб. / А. Й. Капська,О. В.Безпалько, Р. Х. Вайнола. – К.: Центр навчальної літератури, 2011. – 488 с.
	43. Капська А. Й. Соціальна робота: технологічний аспект: навч. посіб. / А. Й. Капська. – К.: Центр навчальної літератури, 2004. – 367 с.
	44. Капська А. Й. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з
	функціональними обмеженнями: навч.-метод. посіб. / А. Й. Капська,
	О. Г. Карпенко, І. М. Пінчук. – К.: ДЦССМ, 2003. – 168 с.
	45. Карпенко О. Г. Соціальний працівник: деякі аспекти професійної
	підготовки: навч.-метод. посіб. / О. Г. Карпенко. – К.: ДІРСМ, 2007. –
	144 с.
	46. Ковальчук О. В. Деференціація навчальної та виробничої практики в
	системі підготовки бакалавра спеціальності «соціальна робота» /
	О. В. Ковальчук. – Науково-методичний журнал «Соціальна робота в
	Україні: теорія і практика». – Київ, 2015. – № 1–4. – С. 187–201.
	47. Концепція ранньої соціальної реабілітації дітей-інвалідів // Права інвалідів в Україні. — К. : Сфера. — 2002. — 96 с.
	48. Кроки до компетентності та інтеграції в суспільство: [науково-методичний збірник / голов. редкол.: Н. Софій (голова) та ін.]. — К. : Контекст. — 2000. — 336 с.
	49. Литвин А. В. Методологічні засади поняття «педагогічні умови» /
	А. В. Литвин, О. В. Мацейко // Науково-методичний журнал
	«Педагогіка і психологія професійної освіти». – Львів, 2013. – № 4. –
	43–63.
	50. Лукашевич М. П. Теорія і методи соціальної роботи: навч. посіб. /
	М. П. Лукашевич, І. І. Мигович. – К.: МАУП, 2003. – 168 с.
	51. Лунегова Е. К. Формирование психологической готовности к
	деятельности с детьми-инвалидами у будущих специалистов
	социальной работы: автореф. дис. на соискание учен. Степени канд.
	пед. наук: спец. 13.00.08 «Теория и методика профессионального
	образования» / Е. К. Лунегова. – Казань, 2008. – 24 с.
	52. Мейжис І. А. Цінність і соціальна еволюція суспільств / І. А. Мейжис //
	Наукові праці Чорноморського державного університету імені Петра
	Могили. – Серія: Соціологія. 2008. – Т. 8. – Вип. 71. – С. 18–27.
	53. Мельничук І. М. Теорія і методика професійної підготовки майбутніх
	соціальних працівників засобами інтерактивних технологій у ВНЗ:
	автореф. дис. на здобуття наук. ступеня доктора пед. наук: спец.
	13.00.04 «Теорія і методика професійної освіти» / І. М. Мельничук. –
	Тернопіль, 2011. – 41 с.
	54. Мешко Г. М. Вступ до педагогічної професії: навч. посіб. /
	Г. М. Мешко. – К.: «Академвидав», 2010. – 200 с.
	55. Мошняга В. Т. Технологии социальной реабилитации детей с
	ограниченными возможностями / В. Т. Мошняга. – М. : ИНФРА- М,
	2003. – 348 с.
	56. Ничкало Н. Г. Професійна освіта : навч. посіб. / Н. Г. Ничкало ; [уклад.
	С. У. Гончаренко та ін.]. – К.: Вища школа, 2000. – 380 с.
	57. Орбан-Лембрик Л. Є. Соціальна психологія: Підручник: У 2кн. Кн.2: Соціальна психологія груп. Прикладна соціальна психологія. — К.: Либідь. — 2006. — 560 с.
	58. Орбан-Лембрик Л. Є. Соціальна психологія: У 2кн. Кн.1: Соціальна психологія особистості і спілкування. — К. : Либідь. — 2004. — 576 с.
	59. Патик Ю. В. Діти з обмеженими можливостями здоров’я як об’єкт
	соціальної роботи / Ю. В. Патик // Матеріали четвертої міжнародної
	наук.-практ. конф. [«Актуальні дослідження в соціальній сфері»],
	(Одеса, 17 листопада 2014 р.). – Одеса: Вид. Букаєв В. В., 2014. –
	С. 60–62.
	60. Патик Ю. В. Емпатія як професійно важлива якість соціального
	працівника / Ю. В. Патик // Матеріали Всеукраїнської наукової
	конференції [«Актуальні проблеми розвитку освіти і науки в умовах
	глобалізації»] (Дніпропетровськ, 4-5 грудня 2015р.). – Ч. ІІ. –
	Дніпропетровськ: Роял Принт, 2016. – С. 195–197.
	61. Першко Г. О. Наукові підходи до інтеграції дітей з особливостями психофізичного розвитку у середовище загальноосвітнього навчального закладу / Г. О. Першко // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : тези доповідей : у 2–х. ч. / за ред. П. М. Таланчука – К. : Університет “Україна”, 2010. – Ч. 1. – С. 84–86.
	62. Першко Г. Професіоналізм соціальних педагогів як категорія педагогічної акмеології / Г. Першко // Акмеологія – наука ХХІ століття: розвиток професіоналізму : матеріали Другої Міжнар. наук.-практ. конф., (Київ, 3-4 квітня 2007 р.) / ред. В. І. Перевозчиков ; КМПУ імені
	Б. Д. Грінченка. – К. : [б. в.], 2008. – С. 364–367.
	63. Підлипська С. Д. Основні аспекти підготовки майбутніх соціальних
	педагогів до реалізації професійних функцій в умовах ДОЗ /
	С. Д. Підлипська // Наукові записки Ніжинського державного
	університету ім. Миколи Гоголя, 2012. – № 6. – С. 200–203.
	64. Платонова О. Г. Особливості професійного становлення майбутнього
	працівника соціальної сфери / О. Г. Платонова // Проблеми освіти:
	збірник наукових праць. – Житомир-Київ, 2015. – Вип. 84. – С. 278–
	280.
	65. Поліщук В. А. Професійна підготовка фахівців соціальної сфери:
	зарубіжний досвід: посіб. / В. А. Поліщук. – Тернопіль : Навчальна
	книга – Богдан, 2003. – 184 с.
	66. Поліщук В. А. Теорія і методика професійної підготовки соціальних
	педагогів в умовах неперервної освіти: монографія / В. А. Поліщук. –
	Тернопіль: ТНПУ, 2006. – 424 с.
	67. Польовик О. В. Проблеми життєдіяльності дітей з особливими потребами в сучасному суспільстві / О. В. Польовик //Сучасна теорія і практика соціальної роботи: зб. наук. пр./ Хмельницький: ХІСТ Університету «Україна»; [голов. ред.: М.Є.Чайковський]. — 2010. — С. 99.
	68. Потуй Ю. П. Проблема формування професійних цінностей у науковій
	літературі / Ю. П. Потуй // Вісник Луганського національного
	університету ім. Тараса Шевченка. – 2013. – № 15. – С. 81–96.
	69. Про світ дітей з особливими потребами: Порадник керівникам освітніх установ, вчителям, вихователям дошкільних закладів, шкіл-інтернатів та груп продовженого дня, батькам щодо роботи з дітьми з порушенням психофізичного розвитку / [упоряд. Шнайдер В. І.]. — Кам'янець-Подільський: Абетка-НОВА,2003. — 140 с.
	70. Савчук Л. Навчання в інклюзивному класі.Особливості організації / Л. Савчук. – Психолог.– 2014. – №2 (530). – С. 46 – 48.
	71. Самарук Н. Інтеграційні тенденції в сучасній освіті України /
	Н. Самарук // Збірник наукових праць «Людинознавчі студії» Дрогобицького державного педагогічного університету ім. Івана
	Франка. Серія: Педагогіка. – 2009. – №19. – С. 4–15.
	72. Словник-довідник з професійної педагогіки / [за ред.
	А. В. Семенової]. – Одеса : Пальміра, 2006. – 272 с.
	73. Словник-довідник із соціальної роботи: навчальний посібник / упор.
	М. М. Букач, Н. В. Клименюк, В. В. Горлачук ; за ред. М. М. Букача.Миколаїв : ФОПШвець В. Д., 2015. – 384 с.
	74. Сохань Л. В. Життєва компетентність особистості : наук.-метод. посіб. /
	Л. В. Сохань ; [за заг. ред. Л. В. Сохань, І. І. Єрмакова, Г. М. Нессен]. –
	К.: Богдана, 2003. – 520 с.
	75. Соціальна реабілітація дітей та молоді з особливими потребами / Інформаційно-методичний збірник. — Одеса : ООЦССМ. — 2001. — 162 с.
	76. Соціальна робота з батьками, що мають дитину — інваліда / За ред. А. О. Бугана. — Рівне. — 2001 — 215 с.
	77. Соціально-педагогічна робота з дітьми та молоддю з функціональними обмеженнями. Навчально-методичний посібник для соціальних працівників і соціальних педагогів / За ред. проф. А.Й. Капської. — К. : ДЦССМ. — 2003. — 168 с.
	78. Соціально-психологічна робота з дітьми та молоддю з обмеженими можливостями потребами — К. : Держсоцслужба. — 2005. — 108 с.
	79. Соціальна робота в зарубіжних країнах: навч. посіб. / М. Б. Євтух,
	М. О. Носко, С. В. Грищенко. – К.: СПД Чалчинська Н. В., 2014. – 304с.
	80. Татьянчикова І. В. Соціалізація дітей з інтелектуальними вадами як
	педагогічна проблема / І. В. Татьянчикова // Збірник наукових праць «Актуальні питання корекційної освіти» Кам’янець-Подільського
	державного університету. – 2012. – Вип. 3. – С. 227–235.
	81. Толстоухова С. В. Соціальна реабілітація молоді з обмеженою
	дієздатністю / С. В. Толстоухова, І. М. Пінчук. – К.: УДЦССМ, 2000. –
	184 с.
	82. Толстоухова C. В. Технології роботи з різними категоріями клієнтів
	центрів соціальних служб для молоді: метод. посіб. /
	С. В. Толстоухова, О. О. Яременко, О. В. Вакуленко. – К.: ДЦССМ,
	2003. – 88 с.
	83. Тюптя Л. Т. Соціальна робота: теорія і практика: навч. посіб. /
	Л. Т. Тюптя, І. Б. Іванова. – К. : Знання, 2008. – 574 с.
	84. Файчук О. До питання професійної підготовки майбутніх соціальних
	працівників // Витоки педагогічної майстерності: Наукові праці
	Чорноморського державного університету ім. Петра Могили. – 2012. –
	№ 10. – С. 299–302.
	85. Фирсов М. В. Психология социальной работы : учеб. пособ. /
	М. В. Фирсов, Б. Ю. Шапиро. – М. : Издательский центр «Академия»,
	2002. – 165 с.
	86. Ханзерук Л. О. Емоційно-ціннісний розвиток дошкільників з ДЦП /
	Л. О. Ханзерук // Збірник наукових праць Кам’янець-Подільського
	державного університету. – 2012. – Вип. 3. – С. 263–268.
	87. Холостова Е. И. Социальная реабилитация: учеб. пособ. /
	Е. И. Холостова, Н. Ф. Дементьева. – М.: Издательско-торговая
	корпорация «Дашков и К», 2003. – 340 с.
	88. Холостова Є. І. Технології соціальної роботи: підручник /
	Є. І. Холостова. – М. : ИНФРА-М, 2003. – 345 с.
	89. Чубук Р. В. Професійна підготовка майбутніх соціальних працівників
	на засадах акмеологічного підходу / Р. В. Чубук // Проблеми освіти :
	збірник наукових праць. Житомир-Київ, 2015. – Вип. 84. – С. 337–342.
	90. Чусова О. М. Діагностика підготовленості майбутніх соціальних педагогів до роботи з молодшимишколярами девіантної поведінки / О. М. Чусова // Наука і освіта: наук.-практ. журн. Південноукр. нац. пед.ун-ту ім. К. Д. Ушинського. —2014. — № 3. — С. 199—204.
	91. Шахрай В. М. Технології соціальної роботи: навчальний посібник / В.
	М. Шахрай. – К. : Центр навчальної літератури, 2006. – 464 с.
	92. Ярська-Смирнова Е. Р. Социальная работа с инвалидами : учеб. пособ. /
	Е. Р. Ярська-Смирнова. – СПб : Изд-во «Питер», 2004. – 316 с.
	93. Bloemer W., Wisc F. Disability – learning and living difficulties: Policy
	and Practicein Different European Settings. European Module, Frankfurt /
	Berlin / NewYork / Oxford. – 2000. – 264 р.
	94. Hartley D. / Disability rightsand disability studiesin social work: different
	interpretations ofright sandneeds of people withle arning disabilities in
	social work practice / D. Hartley, M. Bouverne-Bie // European Social
	Work: a compendium, 2016. – № 7. – Р. 28–36.
	95. Haussotter A. Integrationan dinclusion education – Europa macht sichaut
	denWeg, 2000. – Р. 43– 83.
	96. Melerson D. Rehabilitation and medical therapy of disabled persons: The
	European Agency (pub), Euro Newson SpecialNees, 1999. – Р. 1– 4.

**Додаток А**

ДОБРИЙ ДЕНЬ!

ШАНОВНИЙ УЧАСНИКУ ДОСЛІДЖЕННЯ

Звертаємось до Вас з проханням взяти участь у соціологічному дослідженні, присвяченому **вивченню рівня підготовленості соціальних працівників до роботи з дітьми, які мають обмежені можливості здоров’я. Ваші відповіді нададуть нам необхідну допомогу в науковому аналізі цієї проблеми.**

**Щоб заповнити анкету Вам достатньо обрати (підкреслити) той варіант або варіанти відповіді, які, на Вашу думку, є правильними, або напишіть відповідь самі, якщо вона не наводиться.**

**Ви також можете не відповідати на запитання, що здаються Вам некоректними або взагалі відмовитись від участі в опитуванні**

1. **Вкажіть, будь ласка, назву установи, в якій Ви працюєте:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Вкажіть, будь ласка, стаж Вашої роботи в соціальних службах (на посаді соціального педагога): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ років.**

**3. Яку посаду у вищезазначеній установі Ви займаєте:**

а) фахівець із соціальної роботи;

б) соціальний педагог;

в) методист інклюзивно-ресурсного центру;

г) начальник управління, служби;

д) інша відповідь \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Чи маєте Ви навички практичної роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я?**

а) так; б) ні;

**5. Якщо так, то яким чином Ви їх здобули?**

а) у процесі навчання у ВНЗ;

б) шляхом стажування в соціальних організаціях, підвищення
кваліфікації;

в) самостійно, як волонтер;

г) безпосередньо в процесі професійної діяльності в соціальних
установах;

ж) інша відповідь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**6. Чи вважаєте Ви роботу з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я складною та емоційно-напруженою?**

а) так; б) ні.

7. **Якщо так, в чому саме, на Вашу думку, полягає складність та емоційна напруженість роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я?**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**8. Які, на Ваш погляд, особистісні та професійно важливі якості необхідні
соціальному працівнику для роботи з дітьми з обмеженими можливостями
здоров’я?**

а) доброзичливість;

б) відповідальність;

в) емпатія;

г) любов до дітей;

д) стресостійкість;

е) милосердя;

ж) терпимість;

з) бажання допомогти;

і) відкритість;

к) гуманність;

л) стриманість;

м) порядність;

н) всі якості разом.

**9. Як Ви вважаєте, які знання необхідні соціальному педагогу (соціальному працівнику), спеціалісту, фахівцю із соціальної роботи для роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я?**

а) психологічні;

б) медичні;

в) методи та технології соціальної роботи;

д) юридичні;

е) всі перераховані;

ж) інша відповідь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**10. З якими захворюваннями у дітей Ви як спеціаліст не готові працювати?**

а) діти з порушенням опорно-рухового апарату;

б) діти з емоційно-вольовими порушеннями;

в) діти з порушеннями зору

г) діти з порушеннями слуху

д) діти з порушенням інтелектуального розвитку.

1. **Чи доводиться Вам у межах Вашої професійної діяльності працювати здітьми з обмеженими можливостями здоров’я?**

а) так;

б) ні;

в) майже не доводиться.

**12. Якщо так, то вкажіть, будь ласка, які функції в межах роботи з дітьми з
обмеженими можливостями здоров’я Ви виконуєте:**

1) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

2) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

3) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

4) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

5) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ .

**13. Чи виникають в процесі Вашої роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я труднощі в психологічно-емоційному сприйнятті,
взаєморозумінні один одного, спілкуванні тощо?**

а) так, особливо під час перших років роботи дітьми з обмеженими можливостями здоров’я;

б) ні, з досвідом сформувалися навички успішної взаємодії;

в) інша відповідь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**14. Чи вважаєте Ви себе підготовленим до роботи з дітьми з обмеженими
можливостями здоров’я?**

а)достатньопідготовлений;

б) швидшепідготовлений,ніж ні

в) Не можувідповісти

г) Швидшенепідготовлений, ніжпідготовлений

д) Зовсім непідготовлений

**15. Чи потрібна, на Ваш погляд, спеціальна підготовка майбутніх соціальнихпрацівників до роботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я?**а) так;

б) ні;

в) не знаю;

**16. Якщо так, то спеціальна підготовка майбутніх соціальних працівників дороботи з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я має здійснюватись:**

а) безпосередньо в процесі навчання у ВНЗ;

б) шляхом підвищення кваліфікації;

в) самостійно, в межах волонтерської діяльності;

г) в процесі подальшої професійної діяльності в соціальних установах;

д) інша відповідь\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Дякуємо за участь!

**Додаток Б**

Зведена таблиця показників стажу роботи та займаної посади

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Ім’я | Стаж роботи | Посада |
| 1 | Світлана Г | 9 років  | Соціальний педагог |
| 2 | Оксана Д | 12 років  | Соціальний педагог |
| 3 | Ірина К | 6 років  | Соціальний педагог |
| 4 | Світлана К | 1 рік  | Соціальний педагог |
| 5 | Валентина Л | 2 роки  | Соціальний педагог |
| 6 | Олена В | 1 рік | Соціальний педагог |
| 7 | Тамара К | 13 років | Методист ІРЦ |
| 8 | Валентина О | 6 років | Соціальний педагог |
| 9 | Юлія З | 4 роки | Соціальний педагог |
| 10 | Алла К | 19 років | Методист ІРЦ |
| 11 | Ірина В | 16 років | Соціальний педагог |
| 12 | Оксана Г | 12 років | Соціальний педагог |
| 13 | Ольга З | 4 роки | Соціальний педагог |
| 14 | Віра Р | 3 роки | Соціальний педагог |
| 15 | Каріна В | 2 роки | Соціальний педагог |
| 16 | Оксана Л | 1 рік  | Соціальний педагог |
| 17 | Вероніка М | 2 роки | Методист ІРЦ |
| 18 | Юлія Б | 9 років | Соціальний педагог |
| 19 | Ганна Д | 1 рік  | Соціальний педагог |
| 20 | Жанна О | 21 рік  | Директор ЦССДМ |
| 21 | Галина С | 8 років | Соціальний педагог |
| 22 | Ірина К | 5 років | Соціальний педагог |
| 23 | Інна Л | 23 роки | Директор ЦСССДМ |
| 24 | Юлія Л | 6 років | Головний спеціаліст ССД |
| 25 | Ольга Ж | 6 років | Головний спеціаліст ССД |
| 26 | Ольга Н | 11 років | Методист ІРЦ |
| 27 | Віра Ч | 17 років | Методист ІРЦ |
| 28 | Дарина Н | 10 років | Соціальний педагог |
| 29 | Наталя П | 8 років | Головний спеціаліст ССД |
| 30 | Світлана І | 16 років | Головний спеціаліст ССД |
| 31 | Марина С | 8 років | Методист ІРЦ |
| 32 | Тетяна Я | 3 роки | Соціальний педагог |
| 33 | Анжела К | 3 роки | Соціальний педагог |
| 34 | Наталія Д | 2 роки | Соціальний педагог |
| 35 | Анастасія М | 10 років | Соціальний педагог |
| 36 | Наталія П | 12 років | Соціальний педагог |
| 37 | Світлана Ш | 5 років | Фахівець із соціальної роботи |

продовження Додатку Б

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 38 | Ірина В | 4 роки | Соціальний педагог |
| 39 | Марина К | 1 рік | Соціальний педагог |
| 40 | Ірина А | 12 років | Соціальний педагог |
| 41 | Олена К | 7 років | Фахівець із соціальної роботи ІІ категорії |
| 42 | Світлана Н | 2 роки | Фахівець із соціальної роботи І категорії |
| 43 | Наталія А | 5 років | Фахівець із соціальної роботи ІІ категорії |
| 44 | Ганна С | 16 років | Фахівець із соціальної роботи і категорії |
| 45 | Ольга К | 19 років | Фахівець із соціальної роботи І категорії |
| 46 | Анна З | 1 рік | Фахівець із соціальної роботи |
| 47 | Віолетта Т | 1 рік | Соціальний педагог |
| 48 | Ольга П | 3 роки | Соціальний педагог |
| 49 | Тамара Г | 7 років  | Методист ІРЦ |
| 50 | Тетяна Б | 2 роки | Методист ІРЦ |
| 51 | Альона І | 19 років | Начальник відділу у справах сім’ї, молоді та спорту |
| 52 | Юлія П | 4 роки | Головний спеціаліст у справах сім’ї, молоді та спорту |
| 53 | Оксана З | 0,7 років | Головний спеціаліст у справах сім’ї, молоді та спорту |
| 54 | Наталя С | 11 років | Начальник Служби у справах дітей |
| 55 | Ольга А | 9 років | Головний спеціаліст ССД |
| 56 | Віталія К | 8 років | Головний спеціаліст ССД |
| 57 | Ірина В | 6 років | Головний спеціаліст ССД |
| 58 | Афанасьєва І | 18 років | Завідувачка інклюзивно-ресурсним центром |
| 59 | Надія К | 12 років | Фахівець із соціальної роботи |
| 60 | Катерина П | 10 років | Фахівець із соціальної роботи |
| 61 | Вікторія Ф | 13 років | Фахівець із соціальної роботи І категорії |
| 62 | Наталя К | 10 років  | Фахівець із соціальної роботи І категорії |
| 63 | Оксана С | 16 років | Фахівець із соціальної роботи  |
| 64 | Олеся К | 0,9 років | Фахівець із соціальної роботи |
| 65 | Ліна С | 4 роки | Фахівець із соціальної роботи |
| 66 | Інна Б | 6 років | Фахівець із соціальної роботи |
| 67 | Ірина Є | 2 роки | Методист інклюзивно-резурсного центру |
| 68 | Анна П | 4 роки | Головний спеціаліст служби у справах дітей |
| 69 | Олена Т | 13 років | Головний спеціаліст служби у справах дітей |
| 70 | Ніна А | 18 років | Головний спеціаліст служби у справах дітей |
| 71 | Лариса К | 6 років | Начальник УПСЗН |

продовження Додатку Б

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 72 | Світлана Ф | 11 років | Заступник начальника УПСЗН |
| 73 | Людмила С | 0,4 років | Начальник відділу УПСЗН |
| 74 | Олена Щ | 10 років | Завідувач сектору Інклюзивно-ресурсного центру |
| 75 | Юлія Т | 0,7 років | Соціальний педагог |
| 76 | Олена З | 16 років | Начальник УПСЗН |
| 77 | Раїса Ч | 22 роки | Заступник начальника УПСЗН |
| 78 | Валентина Г | 17 років | Начальник відділу УПСЗН |
| 79 | Яна С | 7 років | Начальник відділу УПСЗН |
| 80 | Світлана Б | 18 років | Начальник відділу УПСЗН |
| 81 | Олена Б | 9 років | Начальник відділу УПСЗН |
| 82 | Олена Х | 6 років | Начальник відділу УПСЗН |
| 83 | Наталія Л | 0,8 років | Начальник відділу УПСЗН |
| 84 | Ірина Н | 2 роки | Провідний спеціаліст |
| 85 | Ганна Я | 3 роки | Фахівець із соціальної роботи ІІ категорії |
| 86 | Тетяна М | 2 роки | Фахівець із соціальної роботи І категорії |
| 87 | Галина З | 4 роки | Фахівець із соціальної роботи  |
| 88 | Тетяна Д  | 10 років | Фахівець із соціальної роботи ІІ категорії |
| 89 | Жевага В | 14 років | Соціальний працівник |
| 90 | Юлія Л | 1 рік | Соціальний педагог |
| 91 | Аліса Л | 2 роки | Соціальний педагог |
| 92 | Наталія Б | 3 роки | Головний спеціаліст ЦСССДМ |
| 93 | Яна Б | 12 років | Соціальний педагог |
| 94 | Катерина Д | 3 роки | Соціальний педагог |
| 95 | Маргарита К | 0,5 роки | Соціальний педагог |
| 96 | Олена Л | 7 років | Соціальний педагог |
| 97 | Тетяна Т | 16 років | Соціальний педагог |
| 98 | Тетяна С | 11 років | Соціальний педагог |
| 99 | Лариса М | 9 років | Фахівець із соціальної роботи |
| 100 | Ганна Ч | 3 роки | Фахівець із соціальної роботи |
| 101 | Людмила П | 6 років  | Соціальний педагог |
| 102 | Інна К | 8 років  | Методист інклюзивно-ресурсного центру |