

МЕЛІТОПОЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ПЕДАГОГІЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОГДАНА ХМЕЛЬНИЦЬКОГО
Факультет фізичної культури, спорту та психології
Кафедра психології

КВАЛІФІКАЦІЙНА (ДИПЛОМНА) РОБОТА

на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»

на тему **«Формування соціальної компетентності дітей із порушеннями
психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів»**

Виконала: здобувачка вищої
освіти
групи пс231м
спеціальність 053 Психологія
ОП Психологія. Практична
психологія
Суменко Тетяна Юріївна

Керівник: канд. психол. наук,
доцент кафедри психології
Шевченко С.В.

Рецензент: психолог-методист
КЗ «Опорний заклад освіти
Малоданилівський ліцей»
Харківської області
Пономаренко О.М.

Запоріжжя – 2024

АНОТАЦІЯ

Суменко Т.Ю.

Формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів

Дослідження присвячене проблемі формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.

Шляхом наукової розвідки та аналізу уточнено сутність соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку, особливості її формування, сучасний стан формування даної компетентності дітей з важкою формою інвалідності в умовах реабілітаційного центру.

Констатовано, що у сучасних наукових доробках українських та закордонних дослідників відсутнє стале поняття означеного наукового конструкту «соціальна компетентність». Шляхом узагальнення наукових підходів запропоновано авторське визначення «соціальної компетентності дітей із порушенням психофізичного розвитку» як спроможність до соціальної взаємодії, комунікації, співпраці у посередництві з дорослим; наявність елементарних уявлень про двосторонню комунікацію через свідому імітацію та розвиток емоційного інтелекту, здатність здійснювати частковий самоконтроль, засвоювати поведінкові моделі в наслідок соціальних взаємодій, що сприяє набуттю власного соціального досвіду.

Визначено структурні складові соціальної компетентності: компоненти, критерії з відповідними показниками (когнітивний – навички навчатися, емоційно-мотиваційний – емоційний інтелект, поведінковий – навички самоконтролю, самооцінка), рівні сформованості (низький, достатній, високий).

Шляхом експерименту перевірено фактичний стан рівня сформованості зазначеної компетентності підопічних реабілітаційного центру. Розроблено

та впроваджено авторську програму «Крок в майбутнє» формування соціальної компетентності важкохворих підопічних засобами арт-терапії та ігротерапії. Теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено результативність вищезазначеної програми.

Результати дослідження можуть бути використані у процесі формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку у роботі спеціалістів реабілітаційних центрів; для розробки інформаційно-методичного забезпечення корекційно-розвиткової роботи умовах реабілітаційних центрів.

Ключові слова: діти із психофізичними порушеннями, психофізичний розвиток, реабілітаційний центр, порушення розвитку, корекційно-розвиткова робота.

SUMMARY

Sumenko T.

Formation of social competence of children with psychophysical developmental disorders in rehabilitation centres.

The study is devoted to the problem of forming the social competence of children with psychophysical developmental disorders in rehabilitation centres.

Through scientific research and analysis, the essence of the social competence of children with psychophysical developmental disorders, the peculiarities of its formation, the current state of formation of this competence of children with severe disabilities in the conditions of a rehabilitation centre are clarified.

It is stated that in the modern scientific works of Ukrainian and foreign researchers there is no stable concept of the designated scientific construct 'social competence'. By summarising scientific approaches, the author's definition of 'social competence of children with psychophysical developmental disorders' is proposed as the ability to social interaction, communication, cooperation in mediation with an adult; the presence of elementary ideas about two-way communication through conscious imitation and development of emotional intelligence, the ability to exercise partial self-control, to learn behavioural models as a result of social interactions, which contributes to the acquisition of one's own social experience.

The structural components of social competence are defined: components, criteria with corresponding indicators (cognitive - learning skills, emotional and motivational - emotional intelligence, behavioural - self-control skills, self-esteem), levels of formation (low, sufficient, high).

The actual state of the level of formation of this competence of the wards of the rehabilitation centre was checked by means of an experiment. The author's own programme 'Step into the Future' for the formation of social competence of seriously ill patients by means of art therapy and game therapy was developed and implemented. The effectiveness of the above programme was theoretically substantiated and

experimentally tested.

The results of the study can be used in the process of forming the social competence of children with psychophysical developmental disorders in the work of rehabilitation centre specialists; for the development of information and methodological support for correctional and developmental work in rehabilitation centres.

Keywords: children with psychophysical disorders, psychophysical development, rehabilitation centre, developmental disorders, correctional and developmental work.

РЕФЕРАТ

до кваліфікаційної роботи

на тему: **«Формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів»**

здобувачки вищої освіти Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького спеціальності 053 Психологія

Суменко Тетяни Юріївни

Науковий керівник – канд. психол. наук, доцент кафедри психології
Шевченко Світлана Віталіївна

Актуальність дослідження. В Україні за останнє десятиліття дитяча інвалідність збільшується з високою геометричною прогресією. Низький рівень життя, погіршення стану екології, недостатньо розвинута сфера надання соціальних послуг, слабка підтримка молоді сім'ї призвели до зростання динаміки народжуваності дітей з важкими вадами розвитку і відповідно до значного збільшення такої соціальної групи як діти з інвалідністю.

Важливість теми обумовлена гострим переосмисленням соціальних орієнтирів у проблемі формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичних порушень розвитку, як такої, що істотно впливає на їх інтеграційні, адаптаційні процеси, функціонування в умовах сучасного соціального середовища. Соціальна компетентність дітей з важкими формами нозологій, дозволяє їм м'яко та безпечно набувати і реалізовувати власний соціальний досвід, когнітивні, емоційні, комунікативні навички, вступати у соціальну взаємодію, засвоювати поведінкові алгоритми, свідомо використовувати навички імітації та співпраці. Актуальність проблеми висвітлено в чинних нормативно-правових документах, що регламентують діяльність реабілітаційних установ, регулюють питання прав, свободи, захисту, розвитку та нагальних потреб дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Проблематикою роботи виступає пріоритетність соціального становлення особистості дітей із порушеннями психофізичного розвитку в

умовах реабілітаційних центрів і недостатньо розробленість механізмів формування соціальної компетентності таких дітей на засадах системного підходу; потреба використання сучасних підходів та арт-терапевтичних засобів для розвитку емоційної сфери у процесі формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку та відсутність належних методичних матеріалів; необхідність спільної діяльності з батьками / представниками дитини до продовження процесу формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку поза межами реабілітаційних центрів та відсутністю програм такої діяльності в корекційно-розвитковому середовищі.

Об'єкт дослідження – соціальна компетентність дітей із порушеннями психофізичного розвитку

Предмет дослідження – особливості формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та експериментальному вивченні особливостей розвитку соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку; розробці, впровадженні та визначенні ефективності програми формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.

Відповідно до мети визначено основні **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз сутності, структури, особливостей, формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.
2. Провести експериментальне дослідження рівнів сформованості соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.
3. Розробити, впровадити та визначити ефективність програми формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в

умовах реабілітаційних центрів.

Для досягнення означеної мети, реалізації означених завдань використано наступні **методи дослідження**: *теоретичні* аналіз наукової літератури з метою визначення науково-теоретичного підґрунтя дослідження, вивчення сутності, структури, особливостей, соціальної компетентності підопічних з важкою формою інвалідності; психолого-педагогічного досвіду проблеми; класифікації, структурування (визначення критеріальної бази, показників, рівнів сформованості даної компетентності); *емпіричні* – діагностичні протоколи ABLLS-R (Дж. Парінгтон), методика «Нерозв'язана задача» А. Олександрової, соціометрична методика Р. Павелків «Різнокольорові кружечки»; *методи математичної обробки результатів* – з метою обробки, кількісного, якісного аналізу отриманих діагностичних даних; *графічні методи* – таблиці, рисунки, діаграми.

Експериментальна база дослідження: Комунальний заклад «Харківський міський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Промінь». У дослідженні взяли участь вихованці / нки трьох груп реабілітаційного закладу, всього 46 підопічних віком від 6 - 14 років. Фахівці реабілітаційного центру (практичний психолог, соціальні вихователі, асистенти соціальних вихователів, батьки (представники дитини)).

Теоретичний аналіз наукової літератури в межах нашого дослідження засвідчив недостатню розробленість питання формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в сучасних наукових доробках українських та закордонних дослідників. Констатовано, що означений науковий конструкт є синтетичним, комбінованим поняттям, який має принципово важливе значення на пристосування, функціонування дітей з інвалідністю у суспільстві. Визначено, що в межах наукової спільноти відсутнє стале, єдине твердження щодо характеристики соціальної компетентності дітей з вадами розвитку.

Інтерпретація представлених наукових підходів дозволила визначити соціальну компетентність дітей з порушеннями психофізичного розвитку як спроможність до соціальної взаємодії, комунікації, співпраці у посередництві з дорослим; наявність елементарних уявлень про двосторонню комунікацію через свідому імітацію та розвиток емоційного інтелекту; здатність здійснювати частковий самоконтроль, засвоювати поведінкові моделі в наслідок соціальних взаємодій, що сприяє набуттю власного соціального досвіду.

Суть соціальної компетентності дітей психофізичними порушеннями розвитку полягає у засвоєнні базових знань про свої гігієнічні, соціально-побутові потреби та способи їх задоволення; здатності ініціювати, підтримувати стосунки з іншими людьми; співставляти прості ієрархічні / логічні зв'язки у соціальних ролях та орієнтуватися у них; добувати власний соціальний досвід та застосовувати його на практиці в контексті різних життєвих ситуацій; розвитку емоційного інтелекту.

До особливостей формування даної компетентності відносимо: індивідуальний підхід, інклюзивну компетентність батьків / близького оточення, доступність соціального, корекційно-розвиткового середовища, співпрацю батьків / представників дитини з порушеннями психофізичного розвитку з фахівцями, її залучення до соціокультурного середовища.

Визначено структуру соціальної компетентності із відповідними компонентами, критеріями, показниками (когнітивний – навички навчатися, емоційно-мотиваційний – емоційний інтелект, поведінковий – навички самоконтролю, самооцінка), рівні сформованості (низький, достатній, високий).

Експериментально перевірено фактичний стан формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів на констатувальному експерименті, отримані дані засвідчили критично низький рівень даної компетентності у вихованців та вихованок в ЕГ та КГ за усіма показниками.

Констатовано, що понад 70% підопічних реабілітаційного центру мають не сформовані навички навчатися, майже не розпізнають, не розуміють власних емоцій та емоцій інших людей, не спроможні повною мірою висловлювати власну думку, співпрацювати у команді, комунікувати, а рівень самоконтролю майже відсутній.

Розроблена, реалізована програма формування соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку засобами арт-терапії та ігротерапії в умовах реабілітаційного центру.

Шляхом проведення повторної діагностики визначено результативність впровадження авторської програми, де низький рівень соціальної компетентності усереднено мають 42% підопічних, на відміну від початкової цифри 70% (-31%); достатній: 58% (+ 38%), високий: 13% (+10%)

Результати дітей з КГ за усіма показниками трьох критеріїв майже не змінні та переважно є статичними (+/- 1%).

Результати дослідження проведено за допомогою методу математичної статистики критерій Пірсона. Констатуємо, по завершенню експерименту суттєву різницю у показниках за трьома критеріями в контрольній та експериментальній групі.

Представлене дослідження не вичерпує усіх аспектів висвітленої проблеми формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру. Перспективу подальших досліджень вбачаємо у розробці методів та форм спільної співпраці реабілітаційних закладів з представниками дитини, залученні громадських організацій, розширенні арсеналу засобів формування соціальної компетентності дітей з важкою формою інвалідності, дітей, що потребують інклюзивного навчання, що є перспективою наших подальших досліджень.

Рік виконання дипломної роботи – 2024 р .

Місце виконання – Мелітопольський державний педагогічний університет імені Богдана Хмельницького, кафедра психології.

ЗМІСТ

ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ	9
1.1. Соціальна компетентність дітей із порушеннями психофізичного розвитку як наукова проблема	9
1.2. Сутність, складники та особливості формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку	16
1.3. Сучасний стан формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів	29
РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНІВ СФОРМОВАНOSTІ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ	37
2.1. Методики і процедура дослідження	37
2.2. Аналіз результатів експерименту	46
РОЗДІЛ 3. ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ	55
3.1. Теоретико-методологічне обґрунтування програми формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку	55
ВИСНОВКИ	65
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	68
ДОДАТКИ	79

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ЕГ – експериментальна група

КГ – контрольна група

МКХ – Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених
проблем охорони здоров'я

РАС – розлад аутистичного спектру

ВСТУП

Актуальність теми. В Україні за останнє десятиліття дитяча інвалідність збільшується з високою геометричною прогресією. Низький рівень життя, погіршення стану екології, недостатньо розвинута сфера надання соціальних послуг, слабка підтримка молодого сім'ї призвели до зростання динаміки народжуваності дітей з важкими вадами розвитку і відповідно до значного збільшення такої соціальної групи як діти з інвалідністю.

Офіційні дані Державної служби статистики України станом на 1 січня 2019 р. говорять про те, що численність осіб з інвалідністю становить 6,3% (2659,7 тис. осіб) від усього населення країни. Станом з 2015- 2019р. кількість осіб з інвалідністю зросла на 91,2 тис .осіб, в тому числі дітей на 10,5 тис. осіб.

Стаття 53 Конституції України гарантує кожній дитині право на освіту, проте існує перелік медичних показань, що унеможливають реалізацію права дитини відвідувати заклад освіти. У такому разі основний тягар по вирішенню питань соціалізації дитини зі складними порушеннями розвитку покладається на плечі батьків, які самотійно нездатні забезпечити відповідні умови для включення дітей з інвалідністю в соціальне середовище.

Посилена увага з боку держави до дітей з інвалідністю, реалізація провідних засад недискримінаційного та інклюзивного підходів, спонукають до забезпечення максимально повноцінної життєдіяльності дітей із порушеннями психофізичного розвитку відповідно до індивідуальних можливостей та здібностей.

Через наявні діагнози більшість дітей із вказаної категорії потребують створення певних умов для отримання доступу до ресурсів, що будуть забезпечувати їхні права на участь у всіх сферах суспільного життя. Саме тому питанням формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку мають опікуватися фахівці реабілітаційних центрів.

Загальні аспекти формування та розвитку соціальної компетентності

висвітлювали такі науковці як В. Байденко, Н. Бібік, Л. Божович, М. Гончарова-Горянська, Н. Гришанова, І. Зимня, О. Кононко, Н. Кузьміна, А. Маркова, Н. Хомський. Окремі питання визначеної проблеми розглянуто у працях В. Слота (модель соціальної компетенції); В. Масленнікової (структура соціальної компетентності), В. Нечипоренко, М. Докторович (формування життєвої компетенції), Г. Хворової, В. Синьова, Т. Скрипник (розвиток соціальної поведінки дітей з особливостями розвитку); S. Bellini J. Matson, H. Golstein (формування соціальної компетентності у дітей з аутистичним спектром) та ін.

Сучасні наукові дослідження (О. Безпалько, В. Виноградов, К. Волкова, О. Караман, Т. Комар, О. Кравченко, Ю. Кузьміна, Т. Лях, Н. Носков, О. Расказова, М. Федоруц, І. Цукерман та ін.) частково розкривають практичні та теоретичні аспекти соціально-педагогічної роботи з дітьми із порушеннями психофізичного розвитку. Зокрема проблемі формування соціальної компетентності окремих груп дітей з порушеннями психічного та фізичного розвитку присвячено публікації М. Капської, О. Романенко, В. Тарасун, Л. Шипіциної.

Проведений теоретичний аналіз наукових джерел та вивчення практичного досвіду роботи реабілітаційних центрів дали змогу виявити низку суперечностей, зокрема між:

- пріоритетом соціального становлення особистості дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів і недостатньо розробленими механізмами формування соціальної компетентності таких дітей на засадах системного підходу;

- потребою використання сучасних підходів та арт-терапевтичних засобів для розвитку емоційної сфери у процесі формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку та відсутністю належних методичних матеріалів;

- необхідністю спільної діяльності з батьками / представниками дитини до продовження процесу формування соціальної компетентності дітей

із порушеннями психофізичного розвитку поза межами реабілітаційних центрів та відсутністю програм такої діяльності в корекційно-розвитковому середовищі.

Отже, актуальність проблеми, її соціальна значущість та необхідність подолання виявлених суперечностей зумовили вибір теми магістерського дослідження «Формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів».

Об'єкт дослідження – соціальна компетентність дітей із порушеннями психофізичного розвитку

Предмет дослідження – особливості формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні та експериментальному вивченні особливостей розвитку соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку; розробці, впровадженні та визначенні ефективності програми формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.

Відповідно до мети визначено основні **завдання дослідження**:

1. Здійснити теоретичний аналіз сутності, структури, особливостей, формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.
2. Провести експериментальне дослідження рівнів сформованості соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.
3. Розробити, впровадити та визначити ефективність програми формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.

Для досягнення означеної мети, реалізації означених завдань використано наступні **методи дослідження**:

теоретичні аналіз наукової літератури з метою визначення науково-

теоретичного підґрунтя дослідження, вивчення сутності, структури, особливостей, соціальної компетентності підопічних з важкою формою інвалідності; психолого-педагогічного досвіду проблеми; класифікації, структурування (визначення критеріальної бази, показників, рівнів сформованості даної компетентності);

емпіричні – діагностичні протоколи ABLLS-R (Дж. Парінгтон), методика «Нерозв’язана задача» А. Олександрової, соціометрична методика Р. Павелків «Різнокольорові кружечки»;

методи математичної обробки результатів – з метою обробки, кількісного, якісного аналізу отриманих діагностичних даних;

графічні методи – таблиці, рисунки, діаграми.

Наукова новизна та теоретичне значення одержаних результатів дослідження полягатиме в тому, що:

- *вперше*: науково обґрунтовано особливості формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів; теоретично обґрунтовано сутність та складники даної компетентності (когнітивний, емоційно-мотиваційний, поведінковий) вихованців / нок реабілітаційного центру.
- ***поглиблено та уточнено*** : зміст поняття: «соціальна компетентність дітей із порушеннями психофізичного розвитку», рівні розвитку зазначеної компетентності (низький, достатній, високий);
- ***подальшого розвитку*** набули зміст, форми й методи розвитку соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів.

Експериментальна база дослідження: Комунальний заклад «Харківський міський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Промінь». У дослідженні взяли участь вихованці/нки трьох груп реабілітаційного закладу, всього 46 підопічних віком від 6-14 років. Фахівці реабілітаційного центру (практичний психолог, соціальні вихователі, асистенти соціальних вихователів, батьки (представники дитини)).

Теоретичне значення дослідження полягає у розширенні наукових знань та уявлень щодо засобів формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру (арт-терапія, ігротерапія).

Практична значущість дослідження полягає у розробці та впровадженні у корекційно-розвиткову роботу реабілітаційного центру авторської програми «Крок у майбутнє»; навчально-методичного збірника «Нейрокорекційні ігри-вправи та елементи музичної терапії» для розвитку когнітивної та емоційно-вольової сфери; дидактичні ігри для розвитку емоційного інтелекту, емоційно-чуттєвої сфери, для дітей із порушеннями психофізичного розвитку у процесі формування їх соціальної компетентності.

Апробація результатів роботи. Основні положення кваліфікаційної роботи було представлено на:

2 – всеукраїнських конференціях: «Медичні та соціальні проблеми людей з РАС» (15 листопада 2023р., м. Київ), «Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти» (9-10 квітня 2024 р., м. Харків);

3- міжнародних конференціях: «Education via Distance Learning and other Pedagogical Challenges» (21-22 вересня 2023р., м. Дніпро), «Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри» (26-27 грудня 2023р., м. Сєвєродонецьк), «Актуальні питання освітньо-психологічної та педагогічної корекції осіб з розладами аутистичного спектра» (3- 4 квітня 2024 р., м. Київ).

Структура дослідження: кваліфікаційна робота складається з вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел 92 найменувань, 5 додатків. Загальний обсяг становить 85 сторінок, з них 68 сторінок основного тексту, 12 таблиць, 5 рисунків.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИВЧЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

1.1. Соціальна компетентність дітей із порушеннями психофізичного розвитку як наукова проблема.

Соціальний розвиток дітей з інвалідністю є домінуючим у їх найближчий перспективі самостійного функціонування в межах суспільства. Соціальний досвід, як запорука соціального розвитку дитини з особливостями розвитку не може проектуватися без генералізованих соціальних навичок, компенсаторних соціальних взаємодій та формування соціальної компетентності такої дитини, що і є передумовою сформованого досвіду.

Консолідацію вищезазначеної проблеми формування соціальної компетентності варто розглянути з аналізу терміну «компетентність», що у найближчій перспективі дасть можливість оглядово здійснити наукову розвідку в межах першого завдання нашого дослідження.

В межах української наукової спільноти існує думка, що поняття «компетентність» походить від латинського визначення «competentis» відповідний, належний [12, с. 172].

У словнику іншомовних слів, поняття «компетентність» розглянуто як властивість: достатні знання в певній галузі; набір компетенцій; повноправність повноваження [28, с. 56-61].

Англійський психолог Дж. Равен термін «компетентність» визначив як спроможність людини розвивати предметні навички, формувати способи мислення, нести відповідальність за вчинки, що убезпечить результативність роботи / навчання в окремій галузі.

Ж. Делор трактує поняття «компетентність» як спроможність набувати професійних знань, їх удосконалення, можливість здобувати власний досвід у окремій сфері діяльності [44, с. 112].

О. Пометун окреслює термін «компетентність» як набір навичок, знань та умінь набутих в навчальному процесі, що дозволяють вирішувати ряд проблем у певній діяльності та ідентифікувати їх пріоритетність [3, с. 17].

Аналіз наукових праць М. Андрєєвої, К. Волкової, О. Дубасенюк, М. Докторович, Ю. Татура, Н. Сидорчук, Н. Квітко, Н. Мойсенюк, М. Федоруц, Л. Шипіциної, В. Шахрай засвідчує, що у переважній більшості, поняття «компетентність» є багатограним і розглядається дослідниками як інтегральна якість особистості, що допомагає особистості надолужувати окремі аспекти власного розвитку, розширює кордони соціалізації, навчання через призму власних знань, уявлень, досвіду і переконань.

Науковці виокремлюють декілька груп компетентностей дітей, що забезпечують їх всебічний розвиток та не пов'язані з конкретним предметом. До таких компетентностей відносять: базові, ключові, універсальні.

Поміж ключових компетентностей, провідною є соціальна, що являє собою спроможність особистості орієнтуватися, приймати, виконувати соціально-прийнятні ролі, норми, правила.

Так, М. Докторович визначає конструкт соціальної компетентності як: явище усвідомлене індивідом внаслідок власних розумінь; багатоаспектна характеристика, яка вказує на якість відносин людини в соціумі, враховує соціальні мотиви, навички, що необхідні для взаємодії із суспільством» [30].

На думку І. Зарубінської, «соціальна компетентність являє собою складну, інтегративну характеристику особистості, сукупність певних якостей, здібностей, соціальних знань і вмінь, переживань, ціннісних орієнтацій, переконань, що сприяють активній взаємодії із суспільством, налагодженню контактів з різними групами та особами, участі у соціально значущих проєктах, продуктивному виконанню різних соціальних ролей» [36, с.44-46].

Д. Губарєва пов'язує «соціальну компетентність з групою «soft skills» та вважає її основою для здобуття «hard skills», зумовлюючи гнучкість свідомості, що є базою для формування особистості» [25, с.72-78].

Цікавою є думка В. Шахрай, яка у своїй науковій праці дає наступну

характеристику соціальної компетентності: «Соціальна компетентність – цілісне інтегративне утворення, сукупність соціальних знань, умінь та досвіду, що забезпечують результативну взаємодію людини із суспільством шляхом засвоєння основних соціальних ролей, її самореалізацію в соціумі, відображаючи ступінь соціалізованості індивіда» [73].

Вагомим для нашого дослідження є наукова думка закордонних дослідників. Так під дефініцією соціальна компетентність U. Shukla розуміє низку компетенцій людини, що дозволяють вибудовувати комунікацію з іншими людьми, стратегувати поведінкові моделі. Науковець наголошує, що емпатія, комунікація і верифікація поведінкових моделей можуть сприяти продуктивній соціальній взаємодії [77, с. 57].

Схожою на вищезгадане твердження є думка Н. Keung Ma, який транслює думку, що соціальна компетентність є фундаментальною у міжособистісних стосунках, та без якої не можливе відчуття самоідентичності, розвитку громадянської, індивідуальної позиції» [32, с. 111-113].

S. Denham, C. Brown, вважають, що соціальна компетентність є запорукою формування складних навичок та пріє інтенсифікації процесів соціальної взаємодії [12, с. 88].

Така ж наукова думка розкрита у праці E. Stichter, де автор зазначає, що розвиток соціальної компетентності сприяє розкриттю людського потенціалу, дає можливість встановлювати і підтримувати соціальні контакти, ініціювати та транслювати власну думку у критичному позиціонуванні [71 с. 118-122].

Сьогодні, розвиток соціальної компетентності дітей є сферою наукової розвідки українських та закордонних дослідників. Це пояснюється тим, що зазначена компетентність убезпечує адаптаційну спроможність дітей, відіграє найбільш конструктивну роль у формуванні соціально зрілості як у дошкільному віці, так і у впродовж всього життя людини.

Соціальна компетентність, як багатовимірне, широко понятійне явище визначається вченими як конструкт, що містить різноманітні риси, якості, соціальні, когнітивні навички, сприйняття позитивного я-образу [50 с. 78-82].

Варто зауважити, що соціальна компетентність не обмежується наявністю соціальних навичок, що базуються передусім над поведінкою, умінні інтегрувати набуті уміння та знання у соціальному середовищі.

Соціальна компетентність дитини пов'язана з прийняттям себе, усвідомленні власних потреб, прийняттям однолітків, соціальною адаптацією, емоційним здоров'ям, готовністю відвідувати дитячі навчальні та розвиткові заклади, умінні взаємодіяти у суспільстві, налагоджувати дружні стосунки, співпрацювати в межах групи [34 с. 66-68].

Наукові праці українських та закордонних дослідників А. Андрасян, Т. Гладун, С. Іванченко, С. Миронова, О. Расказової, В. Синьова, А. Шевцова, C. Spence, L. Klinger, S. Risi, S. Wolff засвідчують, що соціально компетентні діти ефективніше досягають успіхів у академічній, соціальній сферах, проявляють психологічну стійкість.

На думку J. Welsh, C. Blair існує тісний зв'язок між несформованою соціальною компетентністю дитини (емпатія, навички вирішення конфліктів, співпраця), негативною поведінковою лінією та проблемами у соціальних взаємодіях [89 с. 335].

Наукові доробки T. Silveira-Zaldivara, G. Özerkb, K. Özerk засвідчують кореляцію між поведінковими проблемами та соціальною компетентністю та вважають, що не сформований соціальний досвід дитини є результатом низького рівня вказаної компетентності [92 с. 78-80].

Інтерпретація досліджень K. Stump, P. Hawley, підтверджує думку вищевказаних авторів та доводить, що існує тісний зв'язок між соціальною компетентністю і дезаптивною поведінкою дитини. Це означає, що дана компетентність вкрай важлива для соціального розвитку особистості [77].

З урахуванням того, що сформована соціальна компетентність дитини є фундаментом для побудови міцних соціальних взаємозв'язків, набуття соціального досвіду, вкрай важливо розглянути означений науковий конструкт відносно дітей з порушенням психофізичного розвитку, адже більшість із них мають комплексні дефіцитарні прогалини у соціальному ландшафті та критичну

неспроможність самостійного функціонування в соціумі.

Аналіз наукових праць Н. Басюк, Н. Дадіжа, В. Коваленко, О. Калачинської, О. Позднякової, О. Проценко, О. Юрченко, Ю. Шевченко, дав можливість визначити, що загальний розвиток дітей із психофізичними порушеннями розвитку характеризується: загальною затримкою розвитку, дисгармонійністю інтелектуального розвитку, порушеннями емоційно – вольової сфери, слабкістю сенсорних функцій, порушенням сенсомоторної координації, нерівномірністю сформованих пізнавальних функцій, недорозвитком мовлення, мислення, зорово-моторної координації, дрібної моторики рук, уповільненим розвитком у сприйнятті сенсорики, обмеженими функціями просторових та предметних уявлень [4; 7; 19; 27; 34; 38; 55].

Психофізичні порушення розвитку мають несприятливі наслідки для соціального благополуччя дитини, її адаптивної спроможності, навичок самостійного життя.

У психолого-педагогічній літературі є декілька термінів, що прийнято відносити до категорії дітей із психофізичними порушеннями розвитку: «множинні порушення», «комплексні порушення», «складні порушення», «складний дефект», «аномальний розвиток», «комбіновані порушення». У чинних нормативно-правових документах (Закони України «Про державну соціальну допомогу особам з інвалідністю з дитинства та дітям з інвалідністю», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні») використовуються різні терміни щодо дітей психофізичними порушеннями розвитку [53;54; 58]:

- ✓ діти з порушенням психофізичного розвитку;
- ✓ діти з інтелектуальною недостатністю;
- ✓ діти з особливими освітніми потребами;
- ✓ неповносправні діти;
- ✓ діти з обмеженими можливостями здоров'я.

У понятійно-термінологічному словнику спеціальної педагогіки відображено визначення та характеристику «аномальні діти», як такі що мають

суттєві відхиленнями в психічному, фізичному розвитку, зумовленими вродженими та/або набутими дефектами, що потребують створення спеціальних умов виховання і навчання.

У МКХ 10 (міжнародний класифікатор хвороб 10 перегляду), психофізичні порушення дитини поділяють на такі категорії [37]:

- з емоційно-вольовими розладами;
- з порушенням слухової функції – слабочуючі, глухі;
- з порушенням мови;
- з порушенням зору (слабозорі, сліпі);
- з інтелектуальними порушеннями, що виникли через сталі ураження центральної нервової системи;
- з затримкою психічного розвитку (ЗПР);
- з порушеннями опорно-рухового апарату;
- із комплексними (складними) порушеннями, коли у однієї дитини є два та більше порушень, з ускладнюючим ефектом.

Науковці Н. Бабич, Т. Басілова, К. Глущенко зазначають, що категорія дітей із психофізичними порушеннями розвитку є маловивченою у корекційній, психологічній науковій літературі та потребує більш ретельного вивчення.

Так, українські представники науково-дослідної докторської школи (Т. Басілова, К. Глущенко, В. Лубовський, Т. Розанова, І. Соколянський, Н. Яшкова, І. Лукашева) розглядають психофізичні порушення розвитку як специфічно-цілісний феномен з принципово особливим розвитком.

Враховуючи складність категорії дітей, вважаємо за необхідне розглянути думку українських та закордонних науковців на соціальну компетентність, як конструкт, що забезпечує соціальний розвиток важкохворих дітей та висвітлює пріоритетність наукового пошуку.

Питання соціальної компетентності дітей з інтелектуальною недостатністю, синдромом Дауна, аутизмом, репрезентовано в працях І. Бгажкової, В. Гладкої, А. Долженко, Ю. Кислякова, Ю. Мазжалової, Є. Логінова, Г. Цікото, Н. Платонової, Н. Шульженко. Під дефініцією

«соціальна компетентність» дітей з особливостями розвитку автори розуміють здатність цієї категорії підопічних м'яко проходити адаптаційні процеси в умовах освітніх/навчальних закладів, орієнтуватися у питання побутового характеру, встановлювати соціальні контакти, працювати в межах групи, дотримуватися норм суспільств.

Так, Ю. Шевченко, Н. Черемісіна, звертають увагу, що для сформованості соціальної компетентності у дітей з с-мом Дауну, інтелектуальною недостатністю необхідна реалізація творчого потенціалу в межах реабілітаційної установи. За їх поглядом, саме перебування в межах соціальної групи допоможе дітям з психофізичними порушеннями набувати нового соціального досвіду та опановувати нові важливі навички соціального орієнтування [69, с. 117; 75].

К. Островська акцентує увагу на тому, що дітям з вадами психофізичного розвитку вкрай важко встановлювати соціальні контакти з однолітками в межах дитячого колективу, через що увесь процес навчання, виховання як в межах сім'ї, так і в спеціальних навчальних закладах потребує постійної модернізації з вектором соціальної комунікації, та як наслідок сформованої соціальної компетентності [48; 49, с. 56].

Т. Окушко констатує, для досягнення елементарних результатів у процесі формування соціальної компетентності дітей з інтелектуальними порушеннями, вкрай важливо, аби уся навчально-виховна діяльність установ, де навчається / перебуває підопічний / на, була спрямована на розвиток механізмів, що забезпечують їх адаптацію та соціалізацію. Тобто, кожна дитина має успішно інтегрувати набути уміння, знання та навички з метою реалізації себе як повноцінного члена суспільства [69 с. 220].

Варто зауважити, що усереднена наукова думка щодо наукового конструкту «соціальна компетентність дітей з інвалідністю» розкриває пріоритетність її формування та є базовою складовою загального розвитку дитини, що дозволяє безпечно функціонувати в межах суспільства, набувати нових знань, реалізувати свій творчий потенціал у соціальному просторі та розвивати навички комунікації і взаємодії.

Доцільно зауважити, що категорія дітей з психофізичними порушеннями розвитку є вкрай важкою з урахуванням того, що у однієї дитини може бути поєднання декількох типів порушень, що ускладнюють світосприйняття дитини, уповільнюють фізичний, психологічний, загальних розвиток.

Здійснений науковий пошук серед масиву спеціальної, науково-методичної літератури українських, закордонних авторів, ми схилиємося до думки, що соціальна компетентність важкохворих дітей може залежати від індивідуальної адаптивної спроможності, наявних типів порушень, власного соціального досвіду, кількості соціальних контактів/взаємодії, якостей, розумінні соціальних мотивів.

Теоретичний аналіз наукової літератури дозволив зробити висновки, що соціальна компетентність важкохворих дітей залежить від їх власного досвіду уявлень, знань, навичок, особистісних навичок, а процес її формування не можливий без вмотивованості, засвоєння поведінкових алгоритмів, уявлень про двосторонню комунікацію та використання практичних інструментів у соціальному ландшафті.

Отже, з огляду на проведений теоретичний аналіз, констатуємо, що соціальна компетентність дітей із порушеннями психофізичного розвитку як наукова проблема є вивченою недостатньо, тож наступним завданням нашого дослідження буде вивчення сутності, складників, особливостей формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку.

1.2. Сутність, складники та особливості формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку.

Вирішуючи наступне завдання нашого дослідження, що полягає у виокремленні сутності, складників, особливостей формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку, варто наголосити, що поняття «соціальна компетентність» має відмінності від уживаного терміну «соціальний досвід», «соціальна обізнаність», «соціальні

навички» та означає не лише накопичення знань, умінь, навичок, а і їх застосування у реальних умовах відкритого соціуму.

Особливо гостро питання формування соціальної компетентності дітей, що мають складну форму інвалідності стоїть через вторгнення країни агресора в Україну, адже більшість громадян, у тому числі родин з дітьми з особливостями розвитку мали потребу змінювати місце проживання, переїжджати до нових міст і країн. Психологічна криза, соціальна дезорієнтація, відсутність фахівців у ближньому середовищі стали перепонами у психоемоційному комфорті важкохворих дітей, поглибили їх індивідуалізовані соціальні дефіцити.

Звичайна / традиційна форма корекційно-розвиткової роботи соціальних установ, реабілітаційних центрів не могла системно функціонувати у складних умовах, саме тому на державному рівні була ініційована дистанційна форма роботи з підопічними в межах України [67; 68].

Однак, як в дистанційному форматі корекційної роботи, так і в очному, варто враховувати, що психоемоційні, освітні травми та втрати, перебої з енергетикою, часті повітряні тривоги, так як наслідок відсутність стабільної системи реабілітації дітей зі порушеннями психофізичного розвитку можуть стати причиною їх важкого регресу у розвитку, можливості самостійного функціонування.

Очевидно, що вже існуючі освітні, психоемоційні втрати, потребують пошуку інноваційних форм, методів, стратегій корекційно-розвиткової роботи з дітьми з порушеннями психофізичного розвитку, які забезпечать якісну соціальну підтримку, нададуть дієві інструменти для формування соціальної компетентності дітей цієї категорії дітей.

Проблема розвитку та формування соціальної компетентності дітей з інвалідністю розглядалась українськими та закордонними вченими: В. Богачова, І. Бех, Н. Гавриш, М. Гончарова-Горянська, Л. Демченко, М. Докторович, Т. Ісаєва, І. Зарубінська, І. Єрмаков, В. Ляшенко, Т. Поніманська, А. Мудрик, Н. Мойсенюк, В. Циба, В. Ямницький, С. Ларра,

K. Kemple, Mc Clelland, C. Mantzikos, D. Hymes, M. Wiemann.

Результати наукової розвідки свідчать, що українські дослідники конструкт соціальної компетентності позиціонують як інтегральну якість/характеристику особистості, зіставним фокусом якої є емоційно-мотиваційні, характерологічні особливості гуманістичної спрямованості, що проявляються у соціальній активності [14, с. 111-113].

В той час, закордонні науковці розкривають зміст поданої дефініції як складову адаптаційної придатності особистості, спроможності до соціальної взаємодії, комунікації та співпраці (Bradac, Parks, K. Kemple, C. Lappa) [69, с. 77- 82; 98].

Феномен «Соціальна компетентність» не має чіткої конкретизації в межах наукового поля та потребує конструктивного аналізу дотичних наукових праць, нормативних документів та тлумачень, що висвітлені в словниках.

Так в Бюджетному кодексі України, Положенні про спеціальну школу та навчально-реабілітаційний реабілітаційний центр, Законах України «Про освіту», «Про охорону дитинства», «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» виокремлено окремі пункти про потребу формування соціальної компетентності у дітей з важкими вадами розвитку, як першочергового завдання корекційного профілю [54; 58; 59; 62].

У тлумачному словнику-довіднику з корекційної педагогіки поняття компетентність трактується як «повноваження», «знання». Британський психологічний словник ілюструє дане поняття к «уміння у певній сфері діяльності» [69 с. 85].

За думкою Н. Ярмоли соціальна компетентність дітей з порушенням розвитку надає їх здатності співпрацювати, адаптувати власні потреби, відчуття, поведінку, йти на компроміс, вирішувати проблеми у навчальному, соціальному осередках [74 с. 187-188].

С. Ілляш вважає соціальну компетентність аутистичних дітей як одну з наскрізних компетентностей, що вкрай необхідна для розуміння соціальних орієнтирів, конструктивної комунікації, співпраці, та як таку, що допомагає

вибудовувати соціально важливі концепції у соціально гострих ситуаціях [49 с. 93].

Black, Volman «соціальну компетентність дітей з особливостями розвитку» виокремлюють як запоруку конструктиву у функціонуванні в межах соціальної групи, спроможністю індивіда до взаємодії, наявності у нього навичок побудови ближньої перспективи, емпатії, уміння вирішувати конкретні соціальні завдання [79; 83]. За думкою авторів, рівень сформованості соціальної компетентності дитини з психофізичними порушеннями визначає її комфортне функціонування у соціуму.

Важливо розуміти, що дитина із важкою формою нозології, в міру своїх діагнозів і дефіцитів не завжди усвідомлює себе частиною суспільства та у переважній більшості не може ініціювати, встановлювати, підтримувати соціальні зв'язки з представниками суспільства.

Через множинні вади, процес формування соціальної компетентності важкохворих дітей є обтяжувальним та уповільненим, що ускладнює соціалізацію, знижує адаптивну спроможність у колі ровесників, у соціальному вимірі загалом.

Аналіз наукових доробків представлених в межах нашого дослідження, власний досвід роботи засвідчує, що діти з порушеннями психофізичного розвитку, у більшості випадків, потребують сторонньої допомоги (батьків, фахівців) для об'єктивізації процесів оцінювання, розуміння елементарних закономірностей у буденних ситуаціях, побудови і контролю поведінкової лінії, умінні прогнозувати свої емоції, «зчитувати» вербальні і невербальні сигнали інших людей, проявляти відповідальність за власні вчинки.

Низький рівень даної компетентності важкохворої дитини призводить до швидкого регресу, емоційного голоду, соціальної ізоляції, загострює індивідуальні дефіцити соціального характеру. Натомість, високий рівень сформованої соціальної компетентності дає можливість дітям з важкою інвалідністю самотійно пристосовуватися в межах домашнього простору, обслуговувати себе, задовольняти власні гігієнічні, соціально-побутові потреби,

просити про допомогу, контролювати власну поведінку та емоційний стан [69 с. 300-302].

З огляду на сутність дефініції «соціальна компетентність дітей з психофізичними порушеннями», важливо сказати і про її складові, що були проаналізовані нами в межах дослідження.

У науковому доробку М. Докторович висновує чотири базових компоненти соціальної компетентності: когнітивно-ціннісний, інтерактивно-комунікативний, емоційно-мотиваційний, поведінково-діяльнісний [15, с. 218- 219].

С. Mantzikos, С. Lappa складовими соціальної компетентності вважають емоційні навички, навички комунікації та взаємодії [92; 97].

Цікавим є бачення науковця К. Kemple, який виокремлює наступні компоненти соціальної компетентності особистості: контроль імпульсів, емоційна регуляція, ініціація, соціальні знання, соціальне визнання, прийняття соціально визнаних цінностей, відкритість до нових джерел інформації [80, с. 1121-1223].

С. Hapan наголошує, що складовими соціальної компетентності є психологічна гнучкість, емоційний, соціальний інтелект [86, с. 116].

С. Макаров, В. Масленнікова, Л. Шабатура, конкретизують експлікації зазначеної компетентності, та зазначають, що її базовими складниками є знання, уміння, навички, що формують соціальний досвід особи, та виділяють наступні компоненти у її структурі: когнітивний, комунікативно-діяльнісний, мотиваційно-особистісний, життєво-футористичний, соціологічний, рефлексивний [37; 44; 69, с. 67].

Науковий пошук серед доробків український і закордонних доробків засвідчує, що у єдиного усталеного визначення щодо структури соціальної компетентності дітей з порушеннями розвитку немає. Варто підкреслити, що в корекційній педагогіці, психології, соціальній роботі наукових досліджень, щодо означеної категорії дітей досить мало, тож структурні складові соціальної компетентності важкохворих дітей потребують детального вивчення.

У нашому дослідженні, з урахуванням складності категорії дітей з порушеннями психофізичного розвитку у структурі соціальної компетентності ми виокремлюємо наступні компоненти: 1. Когнітивний, 2. Мотиваційно-емоційний, 3. Поведінковий.

Когнітивний – навички навчатися (комунікація, свідомі імітація, співпраця), враховує здатність дитини до свідомої імітації, через яку здійснюється корекційно-розвиткова робота, терапевтично-корекційний вплив; співпраця – розвиток навичок групової роботи, розуміння логічно-асоціативних зв'язків у двосторонній комунікації.

Мотиваційно-емоційний – емоційний інтелект (розпізнавання, розуміння своїх та чужих емоцій), що ґрунтується на емоційно – пізнавальному ставленні до себе та до оточуючих людей; уміння розпізнавати свої та сторонні емоції, контролювати і регулювати власні емоції.

Поведінковий – самооцінка, навички самоконтролю (здатність до самоконтролю власних дій, поведінкової лінії, бажань що не суперечать загально визнаним соціальним нормам; навички об'єктивної самооцінки в силу своїх розумових, психологічних особливостей та спроможності.

Вважаємо, що визначена нами структура соціальної компетентності прояснює змістовну закономірність цього процесу та окреслює психологічну, розумову спроможність дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Соціальна компетентність дитини з порушеннями психофізичного розвитку є базою для функціонування у дорослому житті, адже воно передбачає часткову самостійність, наявність ключових компетенцій, сформованого соціального досвіду та навичок та є інтегральною якістю, що для дитини з важкою формою нозології дає можливість усвідомлювати самозміни, свою неповторність, самопізнання, вибудовувати комунікацію, відчувати єдність із представниками суспільства, нести відповідальність за свої дії, орієнтуватися у соціальних цінностях та мотивах.

Соціальна компетентність дітей із психофізіологічними порушеннями формується як орієнтовна діяльність в навколишньому світі, яка реалізується

в аспекті функціональної грамотності (тобто не лише характеризує комплекс умінь, спрямованих на досягнення соціально-індивідуальних цілей, але й містить достатньо широкий діапазон соціально важливих функцій дитини, бажань, прагнень), які у дітей цієї категорії не сформовані.

Спираючись на досвід вивчення поняття «соціальна компетентність» у працях українських та зарубіжних вчених, *соціальну компетентність дітей з порушеннями психофізичного розвитку розуміємо як спроможність до соціальної взаємодії, комунікації, співпраці у посередництві з дорослим; наявність елементарних уявлень про двосторонню комунікацію через свідому імітацію та розвиток емоційного інтелекту; здатність здійснювати частковий самоконтроль, засвоювати поведінкові моделі в наслідок соціальних взаємодій, що сприяє набуттю власного соціального досвіду.*

Суть наукового конструкту соціальної компетентності дітей психофізичними порушеннями розвитку полягає у:

1. Засвоєнні базових знань про свої гігієнічні, соціально-побутові потреби та способи їх задоволення.
2. Здатності ініціювати, підтримувати стосунки з іншими людьми (уміння знайомитися, комунікувати, брати участь у командній/ груповій діяльності; орієнтуватися у межах соціальних груп з дотриманням соціальних норм та правил).
3. Здатності співставляти прості ієрархічні / логічні зв'язки у соціальних ролях та орієнтуватися у них.
4. Здобувати власний соціальний досвід та застосовувати його на практиці в контексті різних життєвих ситуацій.
5. Здатності самостійно (або з допомогою дорослих) вирішувати ряд соціально-значущих проблем, частково знаходити відповіді на них у межах відкритого соціуму.
6. Розвитку емоційного інтелекту (уміти розпізнавати, зчитувати прості емоції, розрізняти «добрі» та «погані» вчинки/дії, проявляти емпатію, мінімально прогнозувати, контролювати власну поведінку, зберігати спокій у критичних

ситуаціях, вирішувати конфлікти).

Дослідження сучасних закордонних науковців M. Claessen, S. Chapman, C. Mervis, L. Lambrecht, R. Ward ілюструють, що соціальна компетентність дітей аутистичним спектром, ДЦП складається з таких особливостей як емоційна, мотиваційна спроможність, може динамічно проявлятися в соціальній активності, що забезпечується: розвитком і корекцією когнітивних функцій; формуванням зрозумілих поведінкових моделей / звичок (зовнішні форми поведінки, комунікабельність, соціальні навички) [82; 97].

Дитина із психофізіологічними порушеннями має труднощі у соціальному функціонуванні, важко орієнтується у власних бажаннях, часто самотійно не може задовольнити свої потреби, не має орієнтирів у способах виживання та у більшості випадків сприймається суспільством як обмежено придатна, неповносправна, нижча у соціальній ієрархії. Дитина з розумовими, психологічними, і як наслідок соціальними дефіцитами задовольняти не адаптовані до неї вимоги суспільства щодо поведінки, спілкування тощо.

Під впливом соціально-критичних вимог представників суспільства за відсутності корекційної, спеціальної освіти, батьки не завжди спроможні сформувати у власної дитини навички самообслуговування, правильної поведінки, орієнтування у загальноприйнятих правилах, морально-етичних нормах [69 с. 117]. Це залежить від стилю виховання батьків, їх компетентностей, психологічного клімату у родині, кількості соціальної взаємодії з ближнім оточенням (родинні зв'язки). Так, надмірна гіпер опіка може сформувати у дитини хибне уявлення про себе та оточення. Сприйняття дитини з психофізичними порушеннями досить крихке, тож певні вимоги батьків спрямовані на засвоєння елементарного соціального досвіду, навичок доглядати за собою, дотримуватися соціальних вимоги сприймаються важко і потребують фахової допомоги спеціалістів.

Глибинні дефіцити внаслідок важкої форми інвалідності дитини погіршують якість життя родини, відображаються на спілкуванні з іншими людьми, навчанні, трудовій діяльності і тд.

Знижена активність розумової, фізичної, творчої діяльності важкохворої дитини, обмеженість уявлень про навколишній світ, збіднілість інтересів, соціальних потреб, мотивів ускладнюють формування стосунків з дітьми, батьками та потребують втручання фахівців у складенні реабілітаційної програми, проходження комплексної реабілітації в спеціальних установах [69 с. 188].

Для успішної соціалізації дитина із психофізіологічними порушеннями має відвідувати реабілітаційних заклад, або за можливості навчальний заклад, де є наявна інклюзивна форма навчання. Інтеграція в соціум через відвідування реабілітаційних, спеціальних, навчальних установ дасть можливість важкохворим підопічним набувати власного досвіду, збагачувати уявлення про співпрацю, двосторонню комунікацію, розширювати арсенал соціально важливих навичок для функціонування.

За переконанням М. Deković, С. Junge дітям із синдромом Дауна, інтелектуальною недостатністю середнього рівня, аутизмом, незалежно від коморбідних станів, слід відвідувати соціальні осередки, заклади, гуртки в які ходять інші діти [84, с. 55]. Так, С. Junge стверджує, що дитина, яка взаємодіє з іншими дітьми має більше шансів налагодити добрі стосунки з однолітками, взаємодіяти з представниками суспільства, однолітками, фахівцями [91].

Розвиток соціальної компетентності у дітей із психофізіологічними порушеннями передбачає включення цих дітей у суспільство та м'яке і безпечне функціонування. Згідно з дослідженнями L. Rose-Krasnor, більшість дітей з вадами розвитку ілюструють найкращі успіхи в корекційній роботі, вихованні і навчанні в умовах інтеграції [78, с. 440-442].

Перебуваючи в соціальному середовищі дитина з психофізичними порушеннями розвитку отримує більше шансів перейняти соціальні алгоритми взаємодії, наслідувати приклади поведінки відповідно до свого віку, розвивати навички свідомої імітації. Дитина з важкою формою інвалідності, що відвідує спеціальний, реабілітаційний, освітній заклад має в більше шансів надолужити ключові кроки до інтеграції в соціальне життя.

Спираючись на все перераховане, та з урахуванням означених вище наукових праць українських та закордонних дослідників, визначимо параметри розвитку соціальної компетентності дітей з психофізичними порушеннями:

- 1) високий рівень соціального та пізнавального розвитку дітей із психофізіологічними порушеннями;
- 2) адекватний психологічний клімат та дитячо-батьківські відносини в сім'ї, яка виховує дитину із психофізіологічними порушеннями;
- 3) інтеграція дітей із психофізіологічними порушеннями через спеціальні, реабілітаційні, освітні заклади з інклюзивною формою навчання;
- 4) ставлення суспільства до дітей із психофізіологічними порушеннями та можливості їх інтеграції.

Поруч з тим, вивчення ряду медичних та педагогічних праць, які вказують на значимість раннього періоду розвитку дитини, особливо першого року життя, оскільки впродовж усього етапу формується велика кількість базових психомоторних функцій, життєво значимих рухових функцій, закладається фундамент подальших соціальних контактів дитини, характер цих контактів.

Проте, у дітей з психофізичними порушеннями спостерігається ряд відхилень у розвитку, які стають помітними ще у ранньому періоді онтогенезу. Ці відхилення вираженою мірою проявляються у розвитку процесів сприймання, уваги, пам'яті, відставання або суттєві порушення у формуванні рухової сфери, недостатність моторики пальців рук, порушення емоційно-вольової сфери, недорозвиток мовлення різного ступеня вираженості.

Розробляючи змістове поповнення кожного з напрямків враховується наступне:

- діти з психофізичними порушеннями відстають у розвитку від своїх однолітків через виникнення психофізичних новоутворень та їх якостей;
- руховий і психосоціальний розвиток дітей з психофізичними розладами не завжди відповідає їх біологічному віку;
- корекційно-розвивальна робота з дітьми, що мають психофізичні порушення, повинна проводитись з урахуванням фактичного рівня розвитку рухових

і психічних функцій дитини [55, с. 116-119].

Оскільки руховий і психосоціальний розвиток дітей з психофізичними відхиленнями не завжди відповідає їх біологічному віку, корекційно-розвивальна робота з ними повинна проводитися диференційовано, з урахуванням фактичного рівня психомоторного розвитку дитини.

Розглянемо порівняльну характеристику соціального розвитку дітей з нормотиповим розвитком та дітей з порушенням психофізичного розвитку віком від 5-16 років (таблиця 1.2).

Таблиця 1.2.

**Порівняльна характеристика соціального розвитку
дітей з нормотиповим розвитком та дітей з порушенням
психофізичного розвитку (5-16 років)**

	<i>Норма</i>	<i>Діти з порушенням психофізичного розвитку</i>
1.	Легко засвоюють нову інформацію, виявляють цікавість до нової інформації.	Мають труднощі з навчанням; важко сприймають нову інформацію, проявляють до неї низький, не тривалий інтерес.
2.	Стала концентрація уваги	Переважно низька концентрація уваги.
3.	Мають базові знання про соціально-побутові потреби, способи їх задоволення	Мають дефіцити базових знань про свої потреби, потребують допомоги у задоволенні елементарних базових потреб, потребують сторонньої допомоги, підказок, підтримки.
4.	Переважно завжди вступають в соціальні контакти без особливих утруднень.	Мають утруднення зі вступом у соціальні контакти.
5.	Вміють підтримувати тематику розмови, ділитися думками, емоціями, почуттями.	Часто не спроможні вести бесіду та підтримувати розмову.

Продовження таблиці 1.2.1

6.	Можуть передбачати наслідки власних дій, прогнозувати розвиток подій.	Часто не розуміють соціальних норм та правил, не передбачають власну та сторонню поведінку.
7.	Мають розвинуті базові соціальні навички.	У більшості випадків мають дефіцити у соціальному розвитку.
8.	Розуміють емоції сторонніх людей, проявляють адекватну емоційну реакцію.	Можуть мати труднощі з вираженням власної думки, емоцій, почуттів.
9.	Вміють працювати у команді.	Часто не спроможні працювати у команді без спеціального навчання.
10.	Вміють розпізнавати і регулювати	Можуть мати труднощі з розумінням,

	власні емоції (добре розвинутий емоційний інтелект).	регуляцією власних емоцій (низький емоційний інтелект).
11.	Вміють справлятися з труднощами та стресом.	Можуть бути більш схильними до тривоги та депресій.
12.	Проявляють емпатію.	Часто не проявляють емпатію.
13.	Вміють грати за встановленими правилами з однолітками, ділитися іграшками.	Не завжди розуміють та дотримуються правил гри. Грають за шаблоном, часто не свідомо «імітують» процес гри без передбачуваних наслідків. Віддають перевагу одноосібним іграм, можуть гратися з не типовими предметами.
14.	Вміють придумувати нові способи гри, правила.	
15.	Вміють програвати та приймати поразку.	
16.	Вміють поводитися згідно соціальних норм та правил у соціальному середовищі.	Часто ілюструють антисоціальну поведінку через брак соціального досвіду. Проявляють не свідомі стереотипні рухи

Джерело складено автором самостійно

Враховуючи не типовий розвиток дітей з порушеннями психофізичного розвитку зазначеного в п. 1.1., та з урахуванням теоретичного аналізу наукових робіт Katz, McClellan, McCay, Keyes, S. Hanan, K. Kemple, K. Островська, А. Чобанян, Т. Гладун, М. Федорук, Ю. Шевченко нами виділено особливості процесу формування соціальної компетентності підопічних з важкими вадами розвитку.

Так у своїх наукових доробках А. Чобанян ретранслює думку, що соціальна компетентність дітей з особливостями розвитку успішно розвивається в процесі їх залучення до соціокультурного середовища [65 с. 41].

Katz, McClellan вважають особливістю формування соціальної компетентності розуміння представниками ближнього оточення дитини з інвалідністю причин, типів її порушень, нозологічних форм хвороби та передбачення їх «перспективних наслідків» [85 с. 515-517].

Дослідники McCay, Keyes, вважали, що формування соціальної компетентності дитини цілком залежить від прийняття такої дитини суспільством, надання їй можливості набувати власного соціального досвіду у колі інших дітей в межах знайомого корекційно-розвиткового простору [82; 96 с. 711-712].

S. Hanan, K. Kemple транслиували наукову думку, що розвиток соціальної компетентності дитини з інвалідністю залежить від емоційного мікроклімату

в домашньому середовищі та від кількості соціальних взаємодій з цією дитиною. Своєю чергою, з урахуванням наукової розвідки в рамках нашого дослідження виокремимо особливості формування соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку [70, с. 889-894].

Враховуючи думку вищевказаних науковців виокремимо особливості формування соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку (таблиця 1.2.2).

Таблиця 1.2.2

**Особливості формування соціальної компетентності
дітей з порушенням психофізичного розвитку**

<i>№</i>	<i>Особливість</i>	<i>Обґрунтування</i>
1	Індивідуальний підхід	Враховання типів порушень, наявного соціального досвіду, ранішнього терапевтичного втручання.
2	Інклюзивна компетентність батьків / близького оточення	Можливість використання сучасних корекційних методик роботи, знань, навичок у роботі з дитиною.
3	Доступність соціального, корекційно-розвиткового середовища.	Через складність нозології діти з порушенням психофізичного розвитку швидко втрачають здобуті знання та навички без практичної генералізації в межах реабілітаційних закладів
4	Співпраця батьків / представників дитини з порушеннями психофізичного розвитку з фахівцями.	Скоординована робота буде підґрунтям для складання найближчого прогнозу розвитку дитини, дасть можливість здійснювати моніторинг соціального, психічного, загального розвитку дитини, забезпечить ефективне використання ресурсів в реабілітаційному маршруті.
5	Залучення до соціокультурного середовища	Налагодження соціальних контактів, диференціація сприймання, підвищення мотивації до занять, стабілізація психічного стану, розкриття індивідуальності, розвиток творчих навичок та особистісного потенціалу дитини з порушеннями психофізичного розвитку.

Джерело розроблено автором самостійно

Визначені особливості формування соціальної компетентності дітей з психофізичними порушеннями є орієнтовними та можуть сприяти роботі фахівців реабілітаційних, спеціальних, освітніх установ в роботі з важкохворими підопічними.

Таким чином, результати наукової розвідки серед доробків українських та закордонних дослідників, педагогів практиків дозволили виокремити соціальну компетентність дітей із порушенням психофізичного розвитку

як спроможність до соціальної взаємодії, комунікації, співпраці, наявність елементарних уявлень про двосторонню комунікацію через свідому імітацію, усвідомлення власних потреб та уміння їх задовольняти, орієнтування у соціальних ролях, нормах суспільства, що залежить від кількості соціальних взаємодій та сприяє набуттю власного соціального досвіду, що ґрунтується на основі емоційного та соціального інтелекту.

У структурі вказаної компетентності нами виділено компоненти: когнітивний, емоційно-мотиваційний, поведінковий; визначено особливості формування соціальної компетентності підопічних з важкими вадами розвитку в умовах реабілітаційного центру.

1.3. Сучасний стан формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів

В державних реабілітаційних центрах для дітей з порушеннями психофізичного розвитку, досить незначна кількість уваги приділяється формуванню соціального досвіду важкохворих вихованців і вихованок у контексті їх пристосування до самостійного життя. Парадигма цього питання побудована на тому, що дана категорія дітей визначена державними нормативними документами як недієздатна до професійної діяльності, а корекційно-розвиткова робота, в межах реабілітаційних закладів, у переважній більшості спрямована на догляд. В той час, реабілітаційні центри є осередком комплексної підтримки для родин, що виховують дітей з психофізичними порушеннями, де вони можуть отримати консультативно-методичну допомогу щодо процесів виховання, розвитку, соціально-побутової, трудової, фізичної реабілітації дитини.

Проте, самі центри реабілітації для дітей з важкою формою інвалідності потребують оновлення змісту методичного забезпечення, експертної підтримки з питань навчання, виховання, розвитку підопічних з різними нозологіями хвороб, що погіршують якість життя самої дитини та родини, де вона зростає.

Статистичні дані за 2021 рік засвідчують негативні тенденції кількісного приросту дітей з інвалідністю, у тому числі з важкими вадами розвитку. Натомість, в умовах воєнного часу, через повномасштабне вторгнення країни агресора на Україну, більшість соціальних установ, реабілітаційних центрів вимушено призупинили свою діяльність, або перевели у дистанційний формат [49]. Такі метаморфози критично відображаються на реабілітаційній спроможності підопічних, їх психічному стані, адаптаційних механізмах.

З огляду на вищесказане, вважаємо за необхідність дослідити сучасний стан формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в реабілітаційних центрах, з метою виявлення нагальних проблем, здійснення аналізу наявного діагностичного інструментарію для визначення вказаної компетентності, що дасть можливість визначити критеріальну базу, яка потенційно сприятиме результативності процесу формування соціально компетентної дитини.

Проблема формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку є вкрай важливою психолого-педагогічною проблемою, адже вона спрямована вирішувати фактичні питання їх реабілітації та самостійного функціонування в межах суспільства. В умовах війни система реабілітації потребує якісних змін та реформування, адже ключовими завданнями у відношенні дітей з важкими вадами розвитку є не просто формування соціально важливих знань, умінь і навичок, а забезпечення здатністю самостійного життя з мінімальним посередництвом соціальних працівників, тьюторів, батьків / представників, уміння досягати окреслених цілей та уміння вирішувати фактичні соціально-побутові завдання в супереч важкій психологічній травматизації в наслідок воєнних дій.

Проведений теоретичний аналіз психолого-педагогічної літератури засвідчує, що компетентнісний підхід є найбільш практико-орієнтованим у відношенні дітей, що мають порушення психофізичного розвитку, а соціальні компетенції є базовими у формуванні особистості. Саме означені компетенції сприяють адаптаційній спроможності, інтеграції набутих знань, реалізації

соціального потенціалу. Однак, дефіцитарні прогалини у соціальній обізнаності дітей з важкою формою інвалідності, у тому числі у формуванні соціальної компетентності, можуть вирішуватися у комплексному підході в межах спеціалізованих установ, що забезпечують системний підхід та координують родину дитини з особливостями розвитку в реабілітаційному маршруті.

Засвоєння алгоритмів, знань та практичних умінь що пов'язані із практичною самотійною (або частково самотійною) діяльністю, сприяє формуванню у дітей з важкою формою інвалідності (діти з інтелектуальною недостатністю, аутистичним спектром, с-м Дауну, діагнозами ускладненими коморбідними станами) базового рівня соціальної компетентності, що є надважливою складовою їх подальшої соціалізації.

Реалізація системних підходів у реабілітації дітей з психофізичними порушеннями, не можлива без участі кваліфікованих спеціалістів, які мають спеціальну освіту, досвід організації корекційно-розвиткової роботи з такими підопічними. В той час, наукові дослідження (Д. Губарева, В. Засенко, І. Зозуля, І. Єрмакова, І. Тараненко, О. Пошетун, В. Коваленко, К. Тороп, Л. Шабатура, S. Bhimjani, M. Briggs-Gowan, R. Collie) свідчать, що впровадження якісних, новітніх корекційно-розвиткових підходів в реабілітаційному маршруті дитині із СПР можливе виключно в умовах професійного корекційно-розвиткового середовища, на кшталт реабілітаційних центрів. Спільна діяльність фахівців реабілітаційних закладів та батьків визначає ефективність комплексної підтримки з можливістю оптимальної корекції проявів порушень розвитку та попередження виникнення вторинних відхилень, які можуть ускладнити розвиток дитини в цілому.

Проте, для того аби правильно спрогнозувати подальший соціальний розвиток дитини, фахівці реабілітаційного центру мають провести комплексну діагностику щодо її наявних дефіцитів. З урахуванням висновків МСЕК та ІПР що надає комісія інклюзивно-ресурсного центру, на первинному візиті до реабілітаційної установи експертна комісія закладу має скласти протокол діагностики загального рівня розвитку дитини, який у подальшому дасть

можливість спрогнозувати реабілітаційний маршрут та скласти плани роботи фахівців.

Діагностика рівня сформованості соціальної компетентності вихованця має бути проведена об'єктивно та з найменшою соціально-психологічною травматизацією для підопічних.

З урахуванням наукового факту, що набуття соціального досвіду, який починається в ранньому дитинстві і продовжується протягом життя є передумовою успішної соціалізації дитини, важливо аби цей процес був безперервним та засновувався на спеціалізованих системних підходах.

Можливість відвідувати реабілітаційні центри для дитини із порушеннями психофізичного розвитку, що має статус «з важкою формою інвалідності» вкрай важливо, адже як сама дитина, так і її батьки / представники мають можливість отримувати соціальні та реабілітаційні послуги, системну психологічну підтримку, що забезпечує формування відповідного соціального досвіду, інклюзивної компетентності та розвиток соціальної взаємодії, що сприяє м'якій корекції соціальних дефіцитів важкохворих підопічних [67; 68].

Врахування індивідуальних особливостей дитини у корекційно-розвитковій роботі окремого фахівця впливає на формування життєвих компетенцій підопічних. Такий підхід є важливим фактором у поступовій адаптації та інтеграції у суспільство.

Так у своїх наукових доробках А. Cillessen, І. Chiu, М. Oruga говорять про те, що елементарний рівень сформованості соціальної компетентності є фундаментом успішних інтеграційних процесів особливої дитини, а формування соціально важливих навичок в межах реабілітаційного процесу розширює можливості оперувати словниковим запасом, знаннями про комунікацію, уміння виконувати прості алгоритми із самообслуговування, знаходити та розуміти причинно-наслідкові зв'язки у буденних ситуаціях, вирішувати конфлікти, просити допомогу, користуватися соціальним транспортом, інструментами та матеріалами, вчитися співвідносити властивості побутових предметів, надолужувати гігієнічні навички – створюють базу для

подальшої соціалізації дітей із складними порушеннями розвитку [87].

Реабілітаційні центри стають осередком психологічної підтримки для сімей, що виховують дітей з психофізичними порушеннями, надають їм методичну допомогу щодо виховання, розвитку та соціально-побутової реабілітації дитини. Тим часом, самі центри потребують підтримки і допомоги, насамперед, оновлення змісту методичної роботи, осучаснення реабілітаційного обладнання, дидактичного оснащення, сучасних корекційно-розвиткових методик, доступу до неформальної освіти фахівців, організації навчання батьків та представників близького оточення важкохворої дитини [67].

Психологічна робота з дітьми з психофізичними порушеннями та їх батьками має свою специфіку та чимало особливостей, хоч і побудована вона на розумінні загальних закономірностей розвитку дитячої психіки, насамперед того, що дитина здорова чи не зовсім, може розвиватися тільки у безперервному спілкуванні з дорослим. Саме дорослий допомагає навчатися їй всього і увійти у суспільство з відносно м'якою та безпечною соціалізацією.

Американський педагог-практик з поведінкового втручання К. Diamond зазначає, що розвиток дитячої психіки з перших днів життя відбувається тільки завдяки постійному зв'язку з дорослими, у безперервному спілкуванні з ним [91 с. 312-316].

Один віковий період змінюється іншим і дорослим здається, що дитина всього повинна навчитися сама. Однак, в окремих випадках через певні обставини, внаслідок фізичних, психологічних вад у дітей такої категорії як «порушення психофізичного розвитку» виникає збій у функціонуванні центральної нервової системи, в роботі мозку виникають серйозні труднощі, структури мозку зазнають видозмін, тож дорослим доводиться докладати ще більше зусиль, щоб навчити таку дитину елементарних знань та алгоритмів, без яких подальший рух у психічному розвитку був би неможливим. Часто батьки із запізненням помічають, що дитина відстає в психічному розвитку.

Справді, не всі діти в точно встановлені строки досягають певного рівня розвитку. Поміж дітей з нормотиповим розвитком у переважної більшості

малюків мовлення розвивається стрімко – так, згідно норм ВОЗ малюк у півтора року може будувати прості фрази, в той час, коли діти з особливостями розвитку досягають такого рівня мовленнєвого розвитку тільки на четвертому, а часом шостому році життя. Батьки відкладають візит до спеціалістів та характерні «червоні прапорці», що інформують про порушення розвитку сприймають за особисті якості дитини, її генетичні особливості. Однак саме період раннього дитинства є найбільш сприятливим до корекції психічних процесів, що забезпечують якість формування соціальної компетентності, так як наслідок є містком для зони розвитку і сприятливої динаміки загального розвитку.

Отже, вчасно організована робота фахівців, спрямована на актуалізацію психічного розвитку дитини, набуває винятково важливого значення для її життя, а відвідування реабілітаційних установ – можливістю якісно функціонувати в межах суспільства.

Сутність, зміст, напрямки реабілітації залежать від специфіки закладу, в якому вона проводиться, а також функцій, меж компетенції, повноважень цього закладу. Суб'єктивність соціально - реабілітаційної діяльності виявляється у проявах індивідуальності як фахівця з соціальної реабілітації, так і дитини, включеної у соціально - реабілітаційний процес. Результативність цього процесу визначається активністю усіх учасників, наявністю раннього терапевтичного втручання, наявного соціального досвіду дитини з порушеннями психофізичного розвитку, установками, емоціями, цілями і мотивами, особливостями міжособистісних відносин, а також рівнем професійної компетентності фахівця з с реабілітаційного центру.

Інтенсивність реабілітаційного процесу щодо формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку обумовлена індивідуальним досвідом фахівців реабілітаційних центрів, методиками та формами роботи реалізованими спеціалістом з урахуванням індивідуальних дефіцитів підопічного, кількістю соціальних взаємодій з підопічними, залученням представників близького оточення дитини до корекційно-розвиткової діяльності в межах реабілітаційного маршруту. (Рис. 1.3.1).



Рис. 1.3.1 Інтенсивність реабілітаційного процесу щодо формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку.

Досвід фахівців реабілітаційного центру, варіативність методичного забезпечення, співпраця з батьками дозволяє домагатися результативності процесу реабілітації при використанні різних способів і засобів впливу з метою формування соціальної компетентності дитини з порушенням психофізичного розвитку [67 с. 54].

Інтенсифікація корекційної діяльності визначається індивідуальною програмою розвитку дитини з важкою формою інвалідності та деталізованих поточних завдань психологічного впливу на дитину.

Для забезпечення процесу формування соціальної компетентності дитини з порушенням психофізичного розвитку в межах сучасних реабілітаційних центрів важливо домагатися системних маленьких зрушень у її психіці. Динамічні зміни цього процесу потенційно можуть призвести до якісних змін у загальному розвитку.

Ефективність процесу формування соціальної компетентності в межах реабілітаційних закладів проявляється у співвідношенні досягнутого результату до максимально досяжного або заздалегідь запланованого результату. Визначити її можна за рахунок виокремлених критеріїв даного конструкту що і є наступним завданням нашого дослідження.

Таким чином, в межах нашого дослідження сутністю соціальної компетентності важкохворих дітей вважаємо: здатність засвоювати елементарні знання по догляду за собою, уміння вирішувати прості соціально-побутові питання в межах знайомого соціального середовища, здатність ініціювати, підтримувати соціальні контакти та комунікацію, співставляти ієрархічні зв'язки за рахунок логічно-асоціативної складової, розвиток емоційного інтелекту та накопичення власного соціального досвіду.

У структурі соціальної компетентності дітей з психофізичними порушеннями виділено компоненти: когнітивний, емоційно-мотиваційний, поведінковий.

До особливостей формування вказаного наукового феномену відносимо індивідуальний підхід до дітей цієї категорії, розвиток інклюзивної компетентності представників близького оточення, доступність соціального та корекційно-розвиткового середовища, спільну організовану діяльність фахівців реабілітаційних закладів з представниками дитини, її активне залучення до соціокультурного середовища.

Наступним завданням нашого дослідження вбачаємо з'ясування критеріїв рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку та пошуку відповідних методик, щодо діагностики означеного наукового конструкту.

РОЗДІЛ 2. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНІВ СФОРМОВАНOSTІ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМИ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

2.1. Методики і процедура дослідження

Вирішення проблеми формування соціальної компетентності дітей з психофізичними порушеннями розвитку не можливе без визначення відповідної критеріальної бази, що забезпечить отримання оптимальних діагностичних даних про підопічних та дозволить здійснювати регулярний моніторинг цього процесу з метою покращення якості організації та реалізації корекційно-розвиткового впливу на дітей відповідної категорії.

Згідно чинних нормативних документів, що регламентують діяльність реабілітаційних установ (Положення про спеціальну школу та реабілітаційний центр, «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні», «Про основи соціальної захищеності осіб з інвалідністю в Україні», Наказ Міністерства освіти і науки України № 912 від 01.10.2010 «Концепція розвитку інклюзивної освіти», «Конвенція про права осіб з інвалідністю») результатом сформованості рівня соціальної компетентності підопічних з порушенням розвитку, що планово проходять реабілітацію в межах таких установ є: уявлення про способи, правила взаємодії у групі, самообслуговування, ціннісне ставлення, повага до інших громадян, спроможність налагоджувати соціальні контакти, вирішувати конфліктні ситуації, нести відповідальність за власні дії, примати рішення [52;54; 58; 59; 60; 61; 62].

Здійснення наукової розвідки, серед доробків українських та закордонних вчених, тематика яких є дотичної до теми нашого дослідження, фіксуємо, що сталих критеріїв щодо оцінювання рівня сформованості соціальної компетентності дітей з психофізичними порушеннями розвитку немає.

Так, Н. Ярмола, інтерпретує думку, що соціальна компетентність дітей з інтелектуальними порушеннями є «багатофункціональним, складно структурованим явищем» та відповідно, у структурі даної компетентності

визначає критерії: когнітивний, мотиваційно-ціннісний, діяльнісний, рефлексивний [74, с. 67].

М. Федорук до критеріїв соціальної компетентності дітей з вадами розвитку відносить: когнітивний, поведінковий, соціально-ціннісний та мотиваційний [71; с. 37-39].

Інші дослідники, виділяють наступні критерії у структурі соціальної компетентності дітей з інвалідністю: когнітивний, особистісний, діяльнісний, (Т. Кондратова); когнітивний, індивідуально-особистісний, соціологічний (Л. Свірська); життєво-футурологічний, особистісний, поведінково-ціннісний (Л. Шабатура) [69 с. 119].

А. Vaitkeviciene досліджуючи феномен соціальної компетентності дітей з РАС, вважає, що структурні складові вказаної компетентності пов'язані між собою, а забезпечення її мінімального рівня сформованості істотно впливає на якість життя таких дітей [78, с. 224].

У нашому дослідженні ми обрали наступні критерії рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку:

1. *Когнітивний*, показником якого навички навчатися (оцінка обсягу знань, використання навичок свідомої імітації, комунікації співпраці). Відповідно даного критерію, нами сформовано три рівні сформованості даного критерію: низький, достатній, високий.

Низький рівень: відсутність свідомої імітації, знань про комунікацію і співпрацю; відсутність сталих емоційних, соціальних стимулів; знань та навичок щодо способів соціальної взаємодії, догляду за собою.

Достатній рівень: вибірково демонструє навички свідомої імітації; має елементарні знання про комунікацію, співпрацю, сприймає емоційні, соціальні стимули; має уявлення та базові навички щодо способів соціальної взаємодії, догляду за собою.

Високий рівень: вільно володіє навичками свідомої імітації; має наявні знання про комунікацію, легко співпрацює у парній роботі та в межах групи;

ілюструє здатність утримувати увагу протягом тривалого часу; легко сприймає та варіює, емоційні стимули; самостійно доглядає за собою в рамках вікових норм в межах знайомого простору; має знання про способи соціальної взаємодії, поведінки.

- *Емоційно – мотиваційний критерій*, показник: емоційний інтелект. Даний критерій, обраний нами як такий, що визначає контроль (частковий самоконтроль); розуміння, розпізнавання базових емоцій, саморегуляція емоційних станів. Означимо сформовані нами рівні соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку по відношенню до вказаного критерію.

Низький рівень: відсутність контролю, самоконтролю; не спроможність розуміння власних емоцій, орієнтації / зчитування емоцій інших людей; відсутність навичок саморегуляції; безініціативність у взаємодії з іншими людьми.

Достатній рівень: частково контролює себе; частково розуміє власні емоції, може називати їх; вибірково розпізнає емоції інших людей; має вибірккову ініціативу у відношенні представників близького оточення у взаємодії батьками, однолітками.

Високий рівень: спроможність виявляти навички контролю, самоконтролю; розуміє власних емоцій, може розпізнавати емоцій інших людей, реагувати на їх емоційні стани; проявляє ініціативу у соціальній взаємодії в межах знайомого та частково знайомого простору.

Поведінковий критерій, з відповідним показником соціальна взаємодія, самооцінка. Даний критерій рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку дає можливість визначити навички розуміти, аналізувати, співставляти логіко-причинні, наслідкові зв'язки під час соціальної взаємодії; адекватно надавати оцінку власній поведінці; наслідувати позитивні поведінкові моделі.

Низький рівень: не спроможність до соціальної взаємодії на елементарному рівні; відсутність навичок простого аналізу щодо

наслідкових, логіко-асоціативних зв'язків; відсутність навичок та знань про правила поведінки; не здатність контролювати власну поведінку та наслідувати поведінкові моделі.

Достатній рівень: вступає у соціальну взаємодію з допомогою інших осіб (часткова підказка); вибірково, з підтримкою дорослого може приймати рішення, частково розуміє наслідки соціальної взаємодії; розпізнає, розуміє, встановлює, наслідкові, логіко-асоціативні зв'язки; вибірково виявляє сформовані навички самоконтролю поведінки.

Високий рівень: легко вступає у соціальну взаємодію з мінімальною допомогою інших осіб; приймає самостійне рішення, розуміє наслідки соціальної взаємодії; розпізнає, встановлює, наслідкові, логіко-асоціативні зв'язки; виявляє сформовані навички самоконтролю власної поведінки, може контролювати поведінку інших осіб в межах групи.

Інтерпретовані критерії та відповідні показники рівня сформованості соціальної компетентності важкохворих підопічних реабілітаційних центрів дозволять виявити наявний стан вказаної компетентності та розробити підґрунтя для пошуку, реалізації практичного інструментарію, що дозволить забезпечити результативність процесу формування даної компетентності.

Визначені критерії, показники і рівні соціальної компетентності стали основою для здійснення діагностичних зрізів за визначеними нами критеріями у структурі соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку в межах констатувального експерименту який було проведено в Комунальному закладі «Харківський міський центр комплексної реабілітації для осіб з інвалідністю «Промінь» м. Харкова.

Дослідження було реалізовано згідно розробленої нами програми та відбувалося в три етапи:

- ознайомлення з умовами, змістом корекційно-розвиткової роботи реабілітаційного центру у напрямі формування соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку;
- діагностика стану наявного рівня сформованості соціальної компетентності

підопічних реабілітаційного центру та проведення експериментальної роботи з вихованцями і вихованками вікової категорії 6-14 років; розробка інструментарію для підвищення рівня даної компетентності у підопічних реабілітаційної установи;

- реалізація розробленого інструментарію в рамках корекційно-розвиткової роботи з важкохворими підопічними в межах реабілітаційного центру; експериментальна перевірка отриманих даних.

У результаті здійснення першого етапу нашого дослідження було встановлено, що в межах реабілітаційного центру створені відповідні умови, що забезпечують процес формування соціальної компетентності підопічних. У класних / групових кімнатах оформлені стенди, які містять візуальний розклад, соціальні алгоритми, правила взаємодії в класі; куточки самообслуговування, де розташована вода, печиво, серветки, предмети гігієни (серветки, туалетний папір, індивідуальні гігієнічні засоби), у роздягальні є індивідуальні шафи для одягу та особистих речей. В закладі є кімната для самообслуговування, де діти з підтримкою фахівців мають можливість прасувати одяг, готувати їжу користуюсь справжнім кухонним приладдям: мікрохвильова піч, посуд, електро плита, електричний чайник, інше кухонне обладнання. У методичному кабінеті є авторські методичні розробки, збірки з конспектами занять для вихователів, дидактичні посібники, література, що частково висвітлює питання формування соціальної компетентності дітей. В межах закладу щомісяця організовуються батьківські клуби. Виставки дитячих творчих робіт, конкурси самодіяльності, лекції семінари від фахівців, волонтерів, просвітницькі заходи для здобувачів вищої освіти.

Окрім того, окремі аспекти соціальної компетентності відображені у тематичних планах фахівців реабілітаційної установи. Однак, системного впровадження окремої програми, яка б регламентувала питання формування соціальної компетентності дітей у широкому сенсі в даному закладі немає.

З метою перевірки наявного стану формування рівня даної компетентності, в рамках констатувального експерименту нами було обрано дві групи дітей

(експериментальна та контрольна) до якої були залучені вихованці / вихованки у кількості 46 осіб (23 особи - КГ, 23 особи - ЕГ), які мають офіційно встановлену інвалідність та діагнози інтелектуальна недостатність (середнього ступеню), аутизм, синдром Дауна. Звертаємо увагу, що усі вихованці/нки, мали коморбідні диференційовані стани, саме тому і були залучені до нашого дослідження як категорія дітей з порушеннями психофізичного розвитку (вроджені та набуті вади, відхилення у фізичному, психічному розвитку).

Важливо сказати, що усі діти, незалежно від основного діагнозу мали складні дефіцитарні прогалини у соціальному досвіді та відповідно низький рівень соціальних навичок, соціальної взаємодії, саме тому і було прийняте рішення, впроваджувати дослідження не на окремою нозологічною формою хвороби.

Враховуючи вищезазначене, виокремимо той факт, що розвиток підопічних, які мають перелічені діагнози та коморбідні стани, значно відрізняється від дітей з нормою розвитку, регламентованих ВОЗ. Відповідно, процес формування соціальної компетентності в рамках реабілітаційного центру має бути системним, адже від його результатів залежить результативність корекційно-розвиткової роботи з такими підопічними, проєкційне самостійне функціонування в межах соціуму.

Здійснення пошуку відповідних методик, що могли б комплексно охопити процес діагностики рівня сформованості соціальної компетентності важкохворих дітей як в межах вітчизняних науково-методичних баз, так і в закордонних наукових джерелах виявило критично низьку кількість окремих діагностичних інструментів, що могли б сприяти об'єктивізації цього процесу.

Підкреслимо, що обрані нами методики до кожного показника були обрані таким чином, аби вік вихованців, різниця у нозологічних формах мали вторинне значення.

На нашу думку, обрані показники до кожного критерію є базовими, адже процеси соціалізації, адаптації та інтеграції не можливі без сформованої навички навчатися (імітація, комунікація, співпраця), без розвитку емоційного

інтелекту, що передбачає розуміння, розрізнення емоцій та навичок соціальної взаємодії і самоконтролю власної поведінки.

Емпіричним інструментарієм, який був ретельно підібраний та реалізованим нами в рамках дослідження стали наступні методики (таблиця 2.1): протокол ABLLS-R (Д. Партингтон, Ph.D, BCBA-D), який дозволяє перевірити наявний репертуар навичок та провести комплексну оцінку щодо навичок навчатися (імітація, співпраця і комунікація); соціометрична методика «Різнокольорові кружечки» (Р. Павелків), що дозволила виявити у дітей з важкими вадами розвитку базові елементи емоційного інтелекту (розрізнення/розпізнавання емоцій); методика «Нерозв'язана задача» (Н. Олександрова), за допомогою якої ми могли діагностувати індивідуальну емоційну реакцію дитини, її емоційні вияви, вольові зусилля на утруднення, які виникали в наслідок вирішення запропонованої задачі та рівень самоконтролю дитини у цьому процесі (таблиця 2.1.1).

Таблиця 2.1.1

Критерії, показники, методики оцінки рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку

№	Критерій	Показники	Методики оцінки рівня сформованості соціальної компетентності
1	2	3	4
1	Когнітивний	Навички навчатися (імітація, співпраця, комунікація)	Діагностичні протоколи ABLLS-R Д. Партингтон, Ph.D, BCBA-D [77].
2	Емоційно-мотиваційний	Емоційний інтелект (розпізнавання та розуміння власних і сторонніх емоцій)	«Різнокольорові кружечки» Р. Павелків [50].
3	Поведінковий	Навики самоконтролю, самооцінка	Методика «Нерозв'язана задача» Н. Олександрова [49].

Джерело розроблено автором особисто на основі [69]

Оцінка когнітивного критерію рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку за показником навички навчатися, а саме імітація (свідома), комунікація, співпраця, проводився за діагностичним протоколом ABLLS-R (Д. Партигтон, Ph.D, ВСВА-D). Даний протокол, може бути використаним для дітей з будь-якою формою нозології хвороби та будь-якої вікової категорії. Головна мета діагностики – наявність, або відсутність конкретної навички. Даний протокол, містить перелік шкал, що охоплюють 544 навички, які є інформативними для соціального, психологічного розвитку дитини. Особливістю даного інструменту є те, що фахівець для визначення психологічного профілю дитини, самостійно обирає напрям діагностики по відношенню до окремої навички. Важливим нюансом є той факт, що протокол є інформативним, візуалізує фактичний стан діагностики та не передбачає розвиненого мовлення дитини, що дало нам можливість м'яко залучити немовленнєвих дітей до процесу діагностики, визначити їх здатність до наслідування, простої, свідомої імітації, комунікації, співпраці у двосторонньому процесу з фахівцем та в межах групи. Завдання протоколу представлені схематично, отримані результати заносяться до батареї навичок та зафарбовуються у відповідній колонці, якщо така навичка сформована.

Діагностичні питання досить варіативні, дозволяють перевірити 25 сфер функціонування дитини. Візуально, без зайвих прорахунків, фахівець може побачити рівень сформованості окремої навички та скласти відповідну корекційну програму для роботи з підопічним / ною. Для нашого дослідження ми виокремили шкали А – співпраця,); F – здатність повторювати, виражати прохання карток, жестів); L – соціальна взаємодія.

Інформація для окремого протоколу може бути отримана: - від самої дитини; - від представників дитини; - шляхом спостереження за дитиною. Важливим нюансом, що слугує об'єктивізації процесу діагностики є те, що коли фахівець отримує інформацію від батьків, фахівців / представників

дитини, це має бути думка не менше 3 окремо взятих людей, що контактують з цим/єю підопічним/ною.

Тестовий протокол містить порядковий номер, цілі, завдання, критерії та розділ для нотаток. Фіксація результатів відбувається за шкалою: 0 - навичка не сформована; 4 – максимальна оцінка розвитку навички.

Згідно протоколу для перевірки навички навчатися нами були запропоновані такі завдання:

Шкала А7. Співпраця з дорослим. завдання повторити за дорослим жести та рухи (плескання, тупотіння, розкладання карток на поверхні столу дзеркальному порядку). Подати названий предмет. Виконати прості алгоритми в парі: присісти, встати, обійти стілець. Для підкріплення взаємодії частково використовувались мотиваційні стимули.

Шкала F4. Імітація. Завдання: співвідносити предмети за зразком, повторювати ритмічні рухи руками.

Шкала L. Комунікація. Завдання: дитині пропонували взяти, попросити бажаний предмет, виконати алгоритми; пограти у просту настільну гру «Кольорові алгоритми», де 2 учасники мали *по черзі* ставити у порожні клітинки фігури, що відповідають кольору даного шаблону клітинки.

Таким чином, в рамках констатувального експерименту нами було ретельно підібрано ряд діагностичних інструментів, що забезпечили процес діагностики наявного стану формування соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку в реабілітаційних центрах та дозволили м'яко реалізувати його з урахуванням індивідуальних дефіцитів, рівня збереження інтелекту, дефініційованих корекційних аспектів до усіх підопічних.

2.2. Аналіз результатів експерименту

Отримані результати діагностичних зрізів за когнітивним критерієм за показником навички навчатися (імітація, співпраця, комунікація) були проаналізовані шляхом контент аналізу та засвідчили, що у переважної більшості підопічних, які були залучені до нашого дослідження навички співпраці, свідомої імітації та комунікації розвинуті не достатньо, про що свідчать дані таблиці 2.2.1

Таблиця 2.2.1

Результати діагностики за когнітивним критерієм рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку, n=46

Рівні	Показник			
	Навички навчатися			
	ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%
Низький	18	79	16	70
Достатній	4	17	6	26
Високий	1	4	1	4
Разом	23	100	23	100

Джерело розроблено автором особисто

Репрезентовані результати діагностичних зрізів за когнітивним критерієм рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку засвідчив про критично низькі результати. Як в контрольній, так і в експериментальній групах, низький рівень мають 79% підопічних (ЕГ), 70 % вихованок/нців в КГ. Достатній рівень зафіксовано в ЕГ у 17% дітей, в КГ у 26% підопічних. Високий рівень мають 4% вихованців / нок як в ЕГ, та і в КГ.

Для діагностики за емоційно-мотиваційним критерієм нами було використано соціометричну методику «Різнокольорові кружечки» Р. Павелків, яка визначає уміння встановлювати контакти, виражати власне емоційне

ставлення до інших людей. Концепція даного інструментарію регламентує послідовність таких алгоритмів: перед дитиною, на поверхню столу було розкладено фотокартки членів родини, однокласників / ць. Завдання співвідносити кольорові кружечки у такому порядку: червоні кружечки покласти біля тих фотокарток де зображені люди, яких ти любиш, зелені кружечки біля тих – які тобі подобаються, а жовті – біля тих фотокарток, на яких зображені люди, які тобі не подобаються.

Перед початком діагностики нами було проведена незначна модифікація даної методики: ґрунтовне роз'яснення щодо значення кольорів, розроблено ілюстративні приклади у вигляді кольорових сонечок з різними емоційними станами (візуальна підказка). Так сонечко червоного кольору обіймає ще одне маленьке сонечко та посміхається; зелене сонечко – усміхнене; жовте сонечко має вираз сумного смайла.

Результати проведеного діагностичного зрізу представлені у таблиці 2.2.2. дозволяють висновувати, що рівень сформованості соціальної компетентності у вихованців реабілітаційного центру, залучених до нашого дослідження як в ЕГ, так і в КГ – низькі. Високого рівня не зафіксовано в жодної дитини, на достатньому рівні результати зафіксовано в ЕГ у 26% підопічних, в КГ – у 30% підопічних. Низький рівень мають в ЕГ – 74 % вихованок / нців, в КГ – 70 % вихованців / нок.

Таблиця 2.2.2.

Результати діагностики за емоційно-мотиваційним критерієм рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку, n=46

Рівні	Показник			
	Емоційний інтелект			
	ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%
Низький	17	74	16	70
Достатній	6	26	7	30

Високий	0	0	0	0
---------	---	---	---	---

Джерело розроблено автором особисто

З урахуванням складних діагнозів дітей, діагностичні заміри за емоційно-мотиваційним критерієм вважаємо критично низькими, адже підібрана методика враховувала особливості сприйняття підопічних, їх інтелектуальну спроможність та досвід роботи з навчально-методичним, дидактичним приладдям.

Діагностика рівня сформованості за поведінковим критерієм передбачала реалізацію наступних завдань відповідно до обраної методики «Нерозв'язана задача» Н. Олександрової: перевірити фактичні навички самоконтролю важкохворих підопічних реабілітаційної установи. Діагностика передбачала двосторонню комунікацію фахівця та дитини, використання дерев'яних кубиків (2 набори), на яких були зображені казкові герої (за казкою «Рукавичка»). Завдання полягало в тому, щоб зібрати малюнок за зразком, який демонстрував фахівець; зібрати малюнок самостійно за картинкою; знайти зайвий елемент серед кубиків.

Результати констатувального експерименту за обраною методикою діагностики фактичного рівня сформованості соціальної компетентності за поведінковим критерієм засвідчили, що в обох групах (ЕГ, КГ) діти самостійно впоратися із завданням не змогли та потребували незначних візуальних, фізичних підказок фахівця. Вихованців, які мали офіційний діагноз аутизм, збирали картинку за зразком швидше, при цьому майже не взаємодіяли з фахівцем. Діти з інтелектуальними порушеннями середнього ступеню виконували завдання машинально, часто плутались в дрібних деталях, співставляли їх без вияву логіки. Діти з синдромом Дауну з коморбідними станами досить легко збирали картинку, але сумнівалися із зайвим запропонованим елементом, витрачали час, аби знайти вихід. Окремі діти відмовлялися від запропонованої сумісної діяльності із фахівцем, через страх новизни, нові незнайомі елементи. Це можна пояснити особливістю сприйняття таких підопічних, через їх нозологічні форми хвороб. Їм

потребується більше часу для ознайомлення з новим обладнанням, передбачуване предметне середовище та знайомі люди в їх оточенні. Результати діагностичних зрізів за поведінковим критерієм репрезентовано в таблиці 2.2.3.

Таблиця 2.2.3.

**Результати діагностики за поведінковим критерієм рівня
сформованості соціальної компетентності
дітей з порушенням психофізичного розвитку, n=46**

Рівні	Показник			
	Навички самоконтролю, самооцінка			
	ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%
Низький	18	78	16	70
Достатній	4	17	7	30
Високий	1	5	0	0
Разом	23	100	23	100

Джерело розроблено автором особисто

Інтерпретація отриманих даних за вищевказаною методикою дозволяє зробити висновки, про наявний ряд проблем у респондентів як в експериментальній, так і контрольній групах. Методика ілюструє, що більшість підопічних реабілітаційного центру мають низьку аналітичну спроможність, не можуть самостійно співставляти логіко-причинні, наслідкові зв'язки під час соціальної взаємодії з фахівцем, одногрупниками, не можуть здійснити простий аналіз власної діяльності, не мають уявлень та достатньо розвинутих навичок наслідування поведінкових моделей.

Сумарна звітність отриманих даних підтверджує, що у більшості дітей за даним критерієм рівень соціальної компетентності сформований критично низько. Так, низький рівень зафіксовано у 78% дітей з ЕГ, у 70% підопічних з КГ. Достатній рівень мають 17 % осіб з ЕГ, а в КГ – 30%. Високий рівень за даним показником має одна дитина з ЕГ, що фактично складає 5% від загальної кількості дітей в цій групі.

Порівняльний аналіз за усіма показниками когнітивного, емоційно-мотиваційного, поведінкового критеріїв представлено к таблиці 2.2.4.

Таблиця 2.2.4.

Узагальнені результати рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку за когнітивним, емоційно-мотиваційним, поведінковим критерієм на констатувальному етапі експерименту

Рівні	Критерії/показники											
	Когнітивний критерій				Емоційно-мотиваційний критерій				Поведінковий критерій			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Низький	18	79	16	70	17	74	16	70	18	78	16	70
Достатній	4	17	6	26	6	26	7	30	4	17	7	30
Високий	1	4	1	4	0	0	0	0	1	5	0	0
Разом	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100

Джерело розроблено автором особисто.

Таким чином, узагальнюючі результати за розробленими в межах нашого дослідження критеріями рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку (виборка респондентів) ілюструє низькі показники за усіма показниками обраних критеріїв. Низький рівень даної компетентності в ЕГ мають 77% дітей в КГ, ці показники становлять: 70%, що складає на 7% нижче від результатів ЕГ. Достатній рівень в ЕГ зафіксовано у – 20% підопічних, в КГ – 29% дітей, що на 9% мають кращі результати. Високий рівень в ЕГ складає: 3%, в КГ – 1%.

Загальна інтерпретація отриманих даних графічно проілюстрована в Рис. 2.2.1.

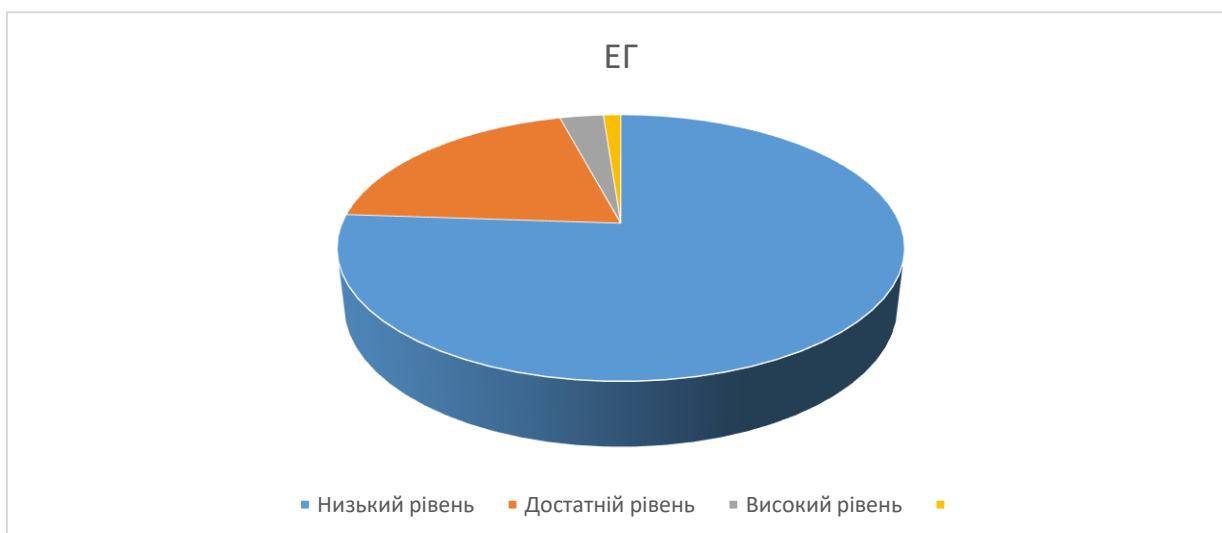


Рис. 2.2.1 Узагальнені результати рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку в ЕГ на констатувальному експерименті.

Варто звернути увагу, що отримані дані не залежать від конкретної нозологічної форми хвороби підопічних, адже діагностичний інструментарій був підібраний з урахуванням їх фактичного стану, попереднього досвіду роботи за схожими методиками зі спеціалістом та інтелектуальної спроможності.

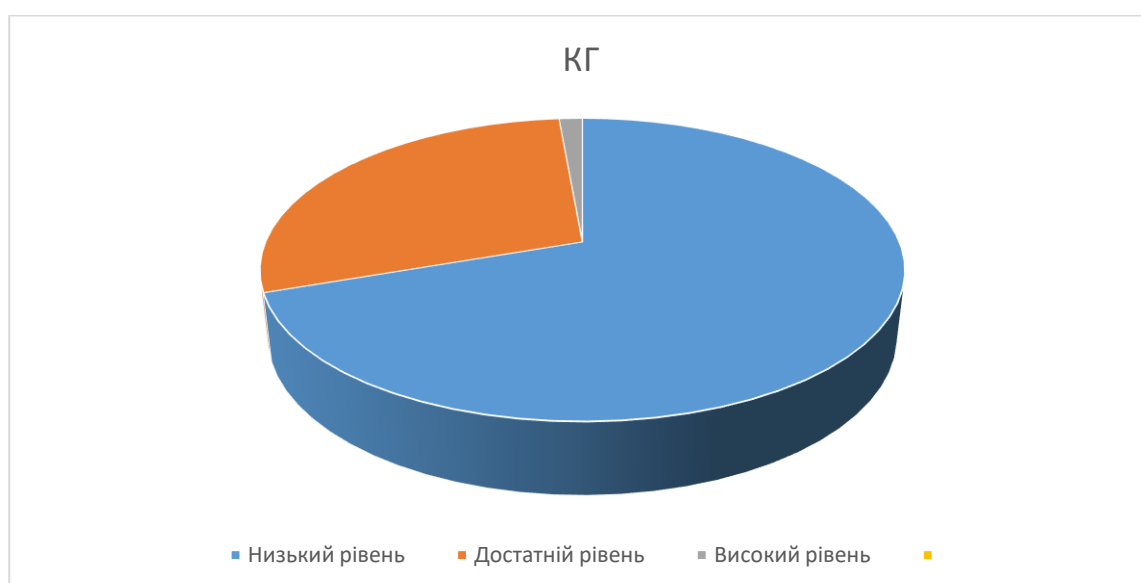


Рис. 2.2.2 Узагальнені результати рівня сформованості соціальної компетентності дітей з психофізичними порушенням розвитку в КГ на констатувальному експерименті.

Якісний результат фактичної оцінки рівня сформованості соціальної компетентності дітей в контрольній та експериментальній групі був визначений шляхом кількісного аналізу – порівняння наявних рівнів давньої компетентності у респондентів ЕГ та КГ групи до експерименту.

Для порівняння оцінки рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів в ЕГ та КГ групах ми використали статистичний критерій Пірсона (критерій χ^2).

Була висунута нульова гіпотеза про тотожність двох сукупностей, що репрезентовано у таблиці 2.2.5 Статистичне значення критерію χ^2 було обчислено за формулою 1:

(1)

$$T_{\text{екс}} = \frac{1}{n_1 n_2} \sum_{i=1}^2 \frac{(n_1 p_{2i} - n_2 p_{1i})^2}{(p_{1i} + p_{2i})},$$

де n_1, n_2 – об'єми двох вибірок із двох сукупностей; p_{1i} – кількість об'єктів першої вибірки i -ої категорії; p_{2i} – кількість об'єктів другої вибірки i -ої категорії.

При повному співпадінні емпіричних та критичних частот $\sum (n_1 p_{2i} - n_2 p_{1i})^2 = 0$. У випадку, коли частоти не співпадають, треба провести порівняння емпіричного значення χ^2 з його критичним значенням, яке визначається за таблицею з урахуванням ступенів свободи n .

У даному випадку для рівня значущості $\alpha = 0,05$ (надійності 95 %, що є узвичаєним для педагогічних досліджень) та кількості ступенів свободи

$k = n - 1 = 3 - 1 = 2$ (n – кількість рівнів: високий, достатній, низький за кожним показником) критичне значення критерію $T_{\text{табл}} = 5,99$.

Нульова гіпотеза, яка передбачає, що різниця між обчисленими емпіричними частотами та математичним очікуванням має випадковий характер і між ними немає різниці, відхиляється, якщо $T_{\text{емп}} > T_{\text{табл}}$, для

прийнятого рівня значущості α . В такому випадку приймається альтернативна гіпотеза – розподіл об'єкта на n категорій за станом досліджуваної якості є відмінним в двох розглянутих сукупностях.

Для того, щоб об'єктивно порівняти експериментальну та контрольну групи, визначити, їх рівними за всіма критеріями, згідно формули (1) було визначено значення критерію Темп для всіх комбінацій експериментальної та контрольної груп між собою. Отримані результати наведено в таблиці 2.2.5

Таблиця 2.2.5

Дослідження експериментальної і контрольної груп за критерієм Пірсона (χ^2)

Групи	Критерії	Темп	Ттабл
ЕГ-КГ	Когнітивний	2,2	5,99
	Емоційно-мотиваційний	0,3	
	Поведінковий	1,3	
	Узагальнені дані за усіма критеріями	3,8	

Величини χ^2 склали: для когнітивного критерію емпіричне значення критерію Пірсона $\chi^2 = 2,2$; для емоційно-мотиваційного критерію емпіричне значення критерію Пірсона $\chi^2 = 0,3$; для поведінкового – 1,3. Наявні результати менші за критичне значення Пірсона (критичне значення χ^2 при $k = 2$ для рівня значущості $\alpha = 0,05$ Темп = 5,99), що означає приблизно еквівалентний рівень сформованості соціальної компетентності дітей порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів до початку проведення експерименту. Дані отримані у наслідок методу математичної статистики за критерієм Пірсона засвідчують однорідність обраних нами експериментальну та контрольну групи за визначеними критеріями.

Отже, отримані результати на констатувальному етапі експерименту визначили ряд проблем у процесі формування соціальної компетентності дітей

з порушенням психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру: переважна більшість вихованців / нок як в ЕГ, так і в КГ мають не сформованих навичок спільної уваги, навичок навчатися, не можуть у повній мірі свідомо наслідувати / імітувати дорослого, не мають уявлень про прості алгоритми співпраці, комунікацію як між одногрупниками, так і з дорослими. Перелічені дефіцити істотно впливають на адаптаційну спроможність цієї категорії дітей, їх організацію самотійного життя, функціонування в межах в межах суспільства. Адже і навички навчатися, і свідомі імітація, комунікація, співпраця дозволяє дітям цієї категорії створювати основу для розвитку базових уявлень про себе, та інших людей, про потенційні власних можливостей

Варто сказати і про виявлені критичні показники у розвитку емоційного інтелекту. Констатуємо, що більшість підопічних не можуть самотійно розрізняти прості емоції, співвідносити ілюстровані картинки з фотокартками де зображені люди з окремою емоційною реакцією; не мають навичок самоконтролю у емоційних станах; виявляють дезорієнтацію у штучно створених конфліктних ситуаціях в межах групи; не можуть у повній мірі свідомо наслідувати поведінкові моделі за зразком та здійснювати мінімальний самоконтроль.

Виявлені прогалині за усіма показниками когнітивного, емоційно-мотиваційного, поведінкового критеріїв можуть строювати додаткові труднощі у інтерпретації емоцій інших людей, призводити до соціальної ізоляції, проблем у спілкуванні, соціальній взаємодії, перепадів настрою, підвищеної тривожності, депресивних станів.

Натомість, корекційно-розвиткова робота в межах реабілітаційного центру у напрямі розробки дієвих інструментів для покращення рівня соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку може істотно покращити соціальні навички, підвищити самооцінку, зменшити тривожність, навчити розуміти і виражати власні емоції, розпізнавати емоції інших людей, частково здійснювати самоконтроль поведінки, досягати поставлених цілей.

Таким чином, висвітлені дефіцитарні прогалини у показниках прицільно

засвідчили потребу проведення формувального експерименту, що сприятиме результативності процесу формування соціальної компетентності підопічних реабілітаційного центру.

РОЗДІЛ 3 ПРОГРАМА ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ ДІТЕЙ ІЗ ПОРУШЕННЯМ ПСИХОФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНОГО ЦЕНТРУ

3.1. Теоретико-методологічне обґрунтування програми формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку.

Здійснення науково-теоретичного аналізу проблеми формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру, враховуючи власний багаторічний педагогічний досвід роботи з важкохворими підопічними в межах реабілітаційної установи та урахуванням отриманих результатів діагностичних зрізів в п.2.2. в рамках констатувального експерименту нашого дослідження, нами було розроблено авторську програму щодо формування даної компетентності «Крок у майбутнє». Дана програма передбачає співпрацю з представниками близького оточення дітей з вадами розвитку, застосування авторських навчально-методичних посібників «Нейрокорекційні ігри-вправи з елементами музичної терапії», «Френдінг, як основа соціальної взаємодії» навчально-методичний зміст яких сфокусований на елементах арт-терапії, ігротерапії.

Засоби арт-терапії та ігротерапії були обрані нами через унікальний девайс творчого процесу, психотерапевтичних технік, які сприяють самовираженню, емоційній стійкості, доступних алгоритмів взаємодії з такою групою дітей як підопічні з РАС, с-мом Дауну, інтелектуальною недостатністю.

Гра є важливою для загального розвитку дітей, адже через універсальні механізми, техніки в процесі взаємодії з дитиною підопічні можуть м'яко долучитися до навчальної, виховної, трудової, творчої діяльності; вчитися балансувати в питаннях комунікації, засвоювати важливу інформацію, наслідувати поведінкові моделі, розпізнавати емоційні стани, розвивати

навички емпатії, розуміти емоційні стани інших людей та ін.

Арт-терапія в роботі з дітьми з особливими потребами є унікальною мовою мистецтва, що не потребує від вихованців / нок навичок вербальної комунікації, співпраці, імітації. Через візуальні образи, творчі підходи, методи та форми роботи дітям з аутизмом, інтелектуальною недостатністю, легше долати міжособистісні бар'єри, дефіцити мовленнєвого розвитку, розвивати навички співпраці, формувати соціальну компетентність.

З огляду на комплексний вплив терапевтичного втручання засобі арт-терапії, ігротерапії, з потенційно результативним вектором на створення психологічного благополуччя у процесі формування соціальної компетентності підопічних реабілітаційного центру з важкою формою інвалідності нами була створена вищевказана програма.

Мета програми – формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку засобами арт-терапії, ігротерапії.

Основними завданнями програми «Крок у майбутнє» є:

- актуалізувати уявлення важкохворих підопічних реабілітаційної установи про соціальну взаємодію;
- формування навичок взаємодії, двосторонньої комунікації та співпраці;
- формування навичок спільної уваги та свідомої імітації у роботі з фахівцем; представниками близького оточення;
- розвиток емоційного інтелекту (розпізнавання, розуміння власних емоцій та емоцій інших людей);
- зменшення тривожності та агресивної поведінки;
- вчити дітей з важкою формою інвалідності встановлювати прості логіко-асоціативні зв'язки; наслідувати кращі поведінкові моделі.
- розширювати уявлення дітей про соціальні алгоритми в межах домашнього простору та частково інтегрувати їх в соціальному середовищі.

Важливо сказати, що при створенні програми нами було враховано індивідуальний підхід до кожної дитини, створення безпечного середовища (психологічного та фізичного, адже реалізація програми буде здійснюватися

в умовах воєнного часу), спеціальні інтереси підопічних, позитивне підкріплення, співпраця з представниками дітей в межах корекційно-розвиткового простору.

Зміст та структура авторської програми «Крок у майбутнє» представлено у таблиці 3.1.1.

Таблиця 3.1.1

Авторська програма формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру засобами арт-терапії та ігротерапії

«Крок у майбутнє»

Загальна інформація:		Контингент – діти з порушенням психофізичного розвитку 6-14 років. Кількість дітей: 46 осіб Кількість зустрічей: 3 рази на тиждень. Тривалість заняття: 60 хв. Структура програми: 30 занять	
<i>Тематика проекту</i>	<i>Тип проекту</i>	<i>Мета, зміст, завдання</i>	<i>Період виконання</i>
1	2	3	4
Арт-терапія			
Хто я? Що я знаю про себе?	Короткостроковий, корекційний, творчий.	<i>Мета:</i> формувати позитивне уявлення про себе, своє тіло; добре ставлення до інших людей; розвивати навички комунікації, співпраці. <i>Змістовний компонент:</i> передбачає індивідуальне створення колажу з власних малюнків та журналів; індивідуальне ліплення фігурок із пластиліну.	Січень
Мої друзі	Короткотривалий, колективний, пізнавальний, творчий.	<i>Мета:</i> розвивати навички ; свідомої імітації, спільної уваги; соціальної взаємодії, комунікації; формувати міжособистісні стосунки, повагу до інших людей. Розвивати емпатію та емоції інших людей. <i>Змістовний компонент:</i> передбачає бесіду, спільний малюнок та аплікацію «Дерева дружби», де діти самостійно створять свій листочок, намалюють себе, виконають в груповій діяльності спільний колаж.	Січень

Продовження таблиці 3.1.1

Мої емоції «Веселун та Сумчик»	Довгостроковий, колективний, творчий.	<i>Мета:</i> вчити дітей ідентифікувати та виражати свої базові емоції (сум та радість); розвивати емоційний інтелект; свідому ідентифікацію емоцій інших людей. <i>Змістовний компонент:</i> передбачає індивідуальне малювання свого портрету та портрету героїв казки; застосування елементів казкотерапії з елементами сенсорної інтеграції (розробка дидактичного матеріалу).	Лютий
Ігротерапія			
Комунікативні, рольові ігри «Моя родина»	Середньої тривалості, творчий, пізнавальний.	<i>Мета:</i> вчити дітей співпрацювати в межах групи; досягати спільної мети; розуміти почутті та емоції інших людей; нести відповідальність за власні дії; виражати власні почуття та думки; сприяти укріпленню родинних зв'язків, виконанню спільною діяльності. <i>Змістовний компонент:</i> передбачає підготовку сумісних ігрових, розвиткових заходів за участю батьків підопічних, ігри для розвитку навичок взаємодії, імітації, наслідування поведінкових алгоритмів.	Лютий
Абетка таємних знаків	Короткостроковий, пізнавально-творчий	<i>Мета:</i> розвивати когнітивні функції, дрібну та велику моторику, мову, соціальні навички; стимулювати увагу, пам'ять, координацію; формувати навички взаємодії з одногрупниками та фахівцями. <i>Змістовний компонент:</i> передбачає роботу з дидактичним приладдям, нейрокорекційні ігри – вправи з елементами музичної терапії; складання пазлів; роботу з іграшковими фігурками в сенсорній кімнаті.	Лютий
Театральна скарбниця	Середньої тривалості, творчий, пізнавальний, груповий	<i>Мета:</i> вчити дітей через ігрову діяльність розпізнавати, розуміти емоції інших людей; вирішувати конфлікти, засвоювати алгоритми двосторонньої комунікації; розвивати увагу, уяву; навчи самоконтролю. <i>Змістовний компонент:</i> передбачає бесіди, ігри, театральні етюди, перегляд віртуальних екскурсів до театрів; міні інсценізації на соціальні теми, часткову імпровізацію у створенні казки.	Березень

Впровадження авторської програми «Крок в майбутнє» на формувальному етапі експерименту, мав на меті сприяти покращенню результативності процесу формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру засобами арт-терапії та ігротерапії.

Реалізація розробленої програми відбувалась в умовах воєнного часу. Частина дітей, дотичних до експерименту системно відвідували реабілітаційний центр, окремі діти, тимчасово доєдналися до спільної діяльності, передбаченою програмою в режимі онлайн.

До роботи були залучені вихованці та вихованки Комунального закладу «Харківський міський центр комплексної реабілітації осіб з інвалідністю «Промінь» м. Харків. Кількість підопічних, що взяли участь у експерименті – 46 дітей з різними нозологічними форм хвороб, що офіційно мають статус дитина-інвалід віком від 6-14 років. Вибірка респондентів за одним видом нозології є неможливою, через коморбідність станів, проте усі підопічні входять у медичну групу «діти з порушенням психофізичного розвитку», адже мають декілька важких вад, психічного, інтелектуального, фізичного характеру, що ускладнюють їх загальний розвиток. Кількість дітей за нолозолоіями представлено у таблиці 3.1.2

Таблиця 3.1.2

**Кількість дітей за нолозолоіями
в ЕГ та КГ на формувальному етапі експерименту, n=46**

№	Тип нозології	Кількість дітей			
		ЕГ	Вік	КГ	Вік
1	2	3	4	5	6
1	Інтелектуальна недостатність (середнього та помірною ступеню) з коморбідними станами	11	7-9	10	6-11
2	Аутизм з коморбідними станами	8	6-14	7	7-14
3	Синдром Дауну з коморбідними станами	4	9-13	6	8-14

Джерело розроблено автором самостійно

До експерименту були залучені батьки, представники близького оточення дітей, що відвідують реабілітаційну установу, які брали участь у спільній діяльності з підопічними.

Реалізація арт-терапевтичного блоку за темами «Хто я. Що я про себе знаю», «Мої емоції», «Мої друзі» відбувалася в межах групи та сенсорної світлої кімнати, у звичному середовищі для підопічних, що сприяло їх зосередженості на завданнях. Так діти, батьки, фахівці виконували ряд арт-терапевтичних вправ,

малювали фарбами, олівцями, ліпили фігурки «Я», «Друзі», «Батьки», створювали колективні колажі.

Як вторинний чинник арт-терапевтичного впливу щодо змісту розробленої програми дітям було запропоноване фонове звучання класичних музичних творів (елементи музичної терапії) у сучасній обробці, що значно підвищувало загальний настрій підопічних, сприяло мотивації до спільної роботи.

Блок ігротерапії був розкритий через спільні ігрові, розвиткові заходи, колективне, індивідуальне виконання авторських нейрокорекційних ігор-вправ для підопічних реабілітаційної установи за участю їх батьків.

Так діти долучилися до комунікативних, рольових ігор «Супермаркет», «Концерт», «Зустріч друзів», «Перукарня», «День народження кращого друга», «Перегони», «Я і ти», «Котигорошко», «Стілець настрою», «Дзига», та ін.

Особливого успіху набула спільна діяльність з батьками у виконанні авторських ігор-вправ у другових навчально-методичних посібниках. Яскраве оформлення, додаткове дидактичне приладдя у вигляді іграшок з фетру, елементів пальчикового театру допомагало створити атмосферу радості та свята. Діти із задоволенням грали в запропоновані ігри, потребували продовження гри в домашньому просторі разом з батьками, ілюстрували засвоєні навички та алгоритми взаємодії.

Важливо підкреслити суттєвий терапевтичний вплив ігротерапії у темі «Театральна скарбниця», де вихованці / нки реабілітаційного центру мали нагоду перевтілюватися у різних героїв, відтворювати короткі діалоги, через міні інсценівки виражати власну думку, вирішувати штучно створені конфлікти, взаємодіяти через творчість та проектувати потенційну поведінкову модель казкових героїв через рухову танцювальну активність, малювання, спортивні, рольові ігри.

По завершенню формувального експерименту нами було використано аналогічні діагностичні методики щодо перевірки фактичного стану рівня соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру (Д. Партигтон, Ph.D діагностичні протоколи

ABLLS-R , Р. Павелків «Різнокольорові кружечки» Методика «Нерозв'язана задача» Н. Олександрова. Узагальнені результати діагностичних зрізів за когнітивним, емоційно-мотиваційним, поведінковим критеріями представлені у таблиці 3.1.3

Таблиця 3.1.3

Узагальнені результати рівня сформованості соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку за когнітивним, емоційно-мотиваційним, поведінковим критерієм на констатувальному етапі експерименту, n=46

Рівні	Критерії/показники											
	Когнітивний критерій				Емоційно-мотиваційний критерій				Поведінковий критерій			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%	осіб	%
Низький	11	48	15	65	9	39	15	65	9	39	16	70
Достатній	9	39	7	30	12	52	8	35	19	83	7	30
Високий	3	13	1	5	2	9	0	0	4	17	0	0
Разом	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100	23	100

Джерело розроблено автором особисто на основі.

Отримані результати проведеної діагностики фактичного стану формування соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру свідчать про позитивні результативні зрушення в ЕГ за усіма показниками: навички навчатися (імітація, співпраця, комунікація), емоційний інтелект, самоконтроль, самооцінка. Кількісні зміни отриманих результатів представлені у таблиці 3.1.4

Інтерпретовані результати діагностичних зрізів свідчать про зниження низького рівня соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру (ЕГ): за когнітивним критерієм на 31%, за емоційно-мотиваційним критерієм на 35%, за поведінковим на 39%.

Таблиця 3.1.4

Кількісні зміни у рівні сформованості соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в ЕГ, що відбулися після експерименту

<i>Критерії</i>	<i>Рівні</i>	<i>Кількість підопічних</i>		<i>Різниця показників, %</i>
		<i>До експерименту, %</i>	<i>Після експерименту, %</i>	
Когнітивний	Низький	79	48	-31
	Достатній	17	39	+22
	Високий	4	13	+9
Емоційно-мотиваційний	Низький	74	39	-35
	Достатній	26	52	+26
	Високий	0	9	+9
Поведінковий	Низький	78	39	-39
	Достатній	17	83	+66
	Високий	5	17	+12
<i>Усереднено, за усіма показниками, %</i>				
Рівень соціальної компетентності за усіма показниками	Низький	77	42	-35
	Достатній	20	58	+38
	Високий	3	13	+10

Джерело розроблено автором особисто на основі.

Достатній рівень збільшився за когнітивним критерієм на 22%, емоційно-поведінковим критерієм – на 26%, поведінковим – на 66%. Вихованці / нки почали частково демонструвати навички свідомої імітації, елементарні знання про комунікацію, співпрацю, стали більш яскраво реагувати на соціальні стимули, навчилися вибудовувати та наслідувати прості алгоритми догляду за собою. В КГ результати показників за трьома критеріями майже не змінні, істотних змін не спостерігається.

Зростання високого рівня за когнітивним критерієм зафіксовано у 9%, за емоційно-мотиваційним у 9%, за поведінковим – у 12%. Окремі вихованці/нки навчилися добре працювати в парах та в межах групи, відмічається зростання рівня уваги, стала більш якісною соціальна взаємодія в межах навчальної групи, з'явився мінімальний контроль власної діяльності внаслідок використання таймерів, візуального розкладу, з яким підопічні познайомилися в межах реалізованої програми під час формувального експерименту. Слід відмітити, що декілька дітей яскраво виражено стали демонструвати розуміння емоційних станів, співвідносити ілюстровані проклади з фотокартками та малюнками.

У результаті впровадження засобів арт-терапії та ігротерапії діти стали краще співпрацювати в груповій діяльності, покращилися міжособистісні відносини з одногрупниками / цями, в межах занять окремі діти стали більш свідомо наслідувати приклади дорослого, працювати з дидактичним приладдям, вирішувати буденні мікро конфлікти, що траплялися в закладі, підвищився інтерес до корекційно-розвиткових занять, покращилося відвідування реабілітаційного закладу. Особливо варто відмітити вплив театральних інсценівок та інсценізації, що навчили дітей бути більш чутливими один до одного, проявляти емпатію, допомагати один одному, що особливо важливо в умовах війни.

Таким чином, результати діагностичних зрізів дають можливість констатувати, що розроблена та реалізована програма щодо покращення процесу формування соціальної компетентності дітей порушеннями психофізичного розвитку засобами арт-терапії та ігротерапії в умовах реабілітаційного центру є результативною з урахуванням специфіки підопічних такого закладу. Підібрані арт-терапевтичні вправи, техніки, елементи ігротерапії сприяли якісним змінам у всіх показниках обраних критеріїв. Вважаємо, що в дослідженні доведено доцільність такої погроми, що сприятиме формуванню соціальної компетентності важкохворих підопічних.

ВИСНОВКИ

У процесі роботи над дослідженням проведено теоретичний аналіз, обґрунтовано практичне розв'язання актуальної проблеми формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру.

Теоретичний аналіз наукової літератури в межах нашого дослідження засвідчив недостатню розробленість питання формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в сучасних наукових доробках українських та закордонних дослідників. Констатовано, що означений науковий конструкт є синтетичним, комбінованим поняттям, який має принципово важливе значення на пристосування, функціонування дітей з інвалідністю у суспільстві. Визначено, що в межах наукової спільноти відсутнє стале, єдине твердження щодо характеристики соціальної компетентності дітей з вадами розвитку.

Інтерпретація представлених наукових підходів дозволила визначити соціальну компетентність дітей з порушеннями психофізичного розвитку як спроможність до соціальної взаємодії, комунікації, співпраці у посередництві з дорослим; наявність елементарних уявлень про двосторонню комунікацію через свідому імітацію та розвиток емоційного інтелекту; здатність здійснювати частковий самоконтроль, засвоювати поведінкові моделі в наслідок соціальних взаємодій, що сприяє набуттю власного соціального досвіду.

Суть соціальної компетентності дітей психофізичними порушеннями розвитку полягає у засвоєнні базових знань про свої гігієнічні, соціально-побутові потреби та способи їх задоволення; здатності ініціювати, підтримувати стосунки з іншими людьми; співставляти прості ієрархічні / логічні зв'язки у соціальних ролях та орієнтуватися у них; добувати власний соціальний досвід та застосовувати його на практиці в контексті різних життєвих ситуацій; розвитку емоційного інтелекту.

До особливостей формування даної компетентності відносимо: індивідуальний підхід, інклюзивну компетентність батьків / близького оточення, доступність соціального, корекційно-розвиткового середовища, співпрацю батьків / представників дитини з порушеннями психофізичного розвитку з фахівцями, її залучення до соціокультурного середовища.

Визначено структуру соціальної компетентності із відповідними компонентами, критеріями, показниками (когнітивний – навички навчатися, емоційно-мотиваційний – емоційний інтелект, поведінковий – навички самоконтролю, самооцінка), рівні сформованості (низький, достатній, високий).

Експериментально перевірено фактичний стан формування соціальної компетентності дітей із порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційних центрів на констатувальному експерименті, отримані дані засвідчили критично низький рівень даної компетентності у вихованців та вихованок в ЕГ та КГ за усіма показниками.

Констатовано, що понад 70% підопічних реабілітаційного центру мають не сформовані навички навчатися, майже не розпізнають, не розуміють власних емоцій та емоцій інших людей, не спроможні повною мірою висловлювати власну думку, співпрацювати у команді, комунікувати, а рівень самоконтролю майже відсутній.

Розроблена, реалізована програма формування соціальної компетентності дітей з порушенням психофізичного розвитку засобами арт-терапії та ігротерапії в умовах реабілітаційного центру.

Шляхом проведення повторної діагностики визначено результативність впровадження авторської програми, де низький рівень соціальної компетентності усереднено мають 42% підопічних, на відміну від початкової цифри 70% (-31%); достатній: 58% (+ 38%), високий: 13% (+10%)

Результати дітей з КГ за усіма показниками трьох критеріїв майже не змінні, та переважно є статичними (+/- 1%).

Результати дослідження проведено за допомогою методу математичної статистики критерій Пірсона. Констатуємо, по завершенню експерименту

суттєву різницю у показниках за трьома критеріями в контрольній та експериментальній групі.

Представлене дослідження не вичерпує усіх аспектів висвітленої проблеми формування соціальної компетентності дітей з порушеннями психофізичного розвитку в умовах реабілітаційного центру. Перспективу подальших досліджень вбачаємо у розробці методів та форм спільної співпраці реабілітаційних закладів з представниками дитини, залученні громадських організацій, розширенні арсеналу засобів формування соціальної компетентності дітей з важкою формою інвалідності, дітей що потребують інклюзивного навчання, що є перспективою наших подальших досліджень.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арт-терапія, її основні види та як її використовувати з дітьми з особливими освітніми потребами. Головна. URL: <https://www.dano.dp.ua/> (дата звернення: 28.09.2024).
2. Академічний акселератор. Прискоріть свої наукові дослідження : веб- сайт. URL: <http://surl.li/txysh> (дата звернення: 04.08.24).
3. Андреева М. О. Розвиток соціальної компетентності студентів з особливими освітніми потребами у закладі фахової передвищої освіти : матеріали узагальненого пед. досвіду. Харків, 2023. 203 с. URL : <http://surl.li/txysk> (дата звернення: 04.08.24).
4. Аутизм. Що це? Autism. CHILD.UA : Website. URL : <http://surl.li/txysm> (дата звернення: 02.05.2024).
5. Баранець Ю. М. Соціальна компетентність особистості: сутність поняття та компоненти. Науковий вимір соціально-педагогічних проблем сьогодення: зб. матеріалів V Міжнар. наук.-практ. конф. (13 трав. 2021 р., м. Ніжин) / за ред. О. В. Лісовця, С. О. Борисюк. Ніжин : НДУ ім. М. Гоголя, 2021. С. 9–11. URL : <http://surl.li/txysx> (дата звернення: 16.08.24).
6. Бюджетний кодекс України : Кодекс України; Закон, Кодекс від 08.07.2010 № 2456-VI. URL <https://salo.li/34f23fA> (дата звернення: 12.08.24)
7. Варецька О. В. «Компетенція» та «компетентність» як ключові поняття сучасної освіти. Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology. 2014. № II(12). Issue: 25. Р. 28–35. URL : <http://surl.li/tjjna> (дата звернення: 09.07.24).
8. Вовченко О.А. Феноменологія емоційного інтелекту підлітків з порушеннями інтелектуального розвитку : дис. ... д-ра псих. наук : 19.00.08 / Ін-т спец. пед. і псих. НАПН України. Київ, 2021. 487 с. URL : <http://surl.li/tjjoj> (дата звернення: 04.05.24).
9. Гладких Н. В. Організація індивідуального психолого-педагогічного супроводу дітей молодшого шкільного віку з комплексними порушеннями

- розвитку : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова. Київ, 2017. 17 с. URL: <http://surl.li/tjjof> (дата звернення: 04.08.24).
10. Головань М. С. Компетенція і компетентність: досвід теорії, теорія досвіду. Вища освіта України. 2008. № 3. С. 23–30. URL : <https://salo.li/165a1a8> (дата звернення : 20.03.24).
11. Гомонюк О. Ключові компетентності соціального педагога. Педагогіка і психологія професійної освіти. Львів, 2013. № 1. С. 135–142.
12. Гончарова-Горянська М. Соціальна компетентність: поняття, зміст, шляхи формування в дослідженнях зарубіжних авторів. Рідна школа. 2014. № 7-8. С. 71– 74.
13. Губарева Д. В. Формування соціальної компетентності молодших школярів засобами проєктної діяльності : дис. ... д-ра філософії : 011 / Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. Київ, 2021. 355 с. URL: <http://surl.li/tjjly> (дата звернення: 12.06.24).
14. Губарева Д. В. Соціальна компетентність в умовах сучасної початкової школи України. Вісник Університету імені Альфреда Нобеля. Сер. : Педагогіка і психологія. Педагогічні науки. 2020. № 1(19). С. 27–32. <https://pedpsy.duan.edu.ua/images/PDF/2020/1/4.pdf> (дата звернення: 14.07.24).
15. Докторович М. О. Формування соціальної компетентності старшого підлітка з неповної сім'ї : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Ін-т проблем виховання АПН України. Київ, 2007. 15 с.
16. Дабіжа К. Л., Дабіжа Л. П., Комарівська Н. О. Використання арт-технологій в роботі з дітьми з особливими освітніми потребами. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання в підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми. 2022. № 64. С. 66–69. URL: <https://vspu.net/sit/index.php/sit/article/view/5038/4441> (дата звернення: 28.09.2024).
17. Дрозд Н. І., Висоцька А. М. Формування соціальної компетентності підлітків з розладами аутичного спектра. Науковий вісник УМО. 2021. Вип. 1.

- с. 5 URL: <http://surl.li/tjjmr> (дата звернення: 04.08.24).
- 18.Зарубінська І. Б. Теоретико-методичні основи формування соціальної компетентності студентів вищих навчальних закладів економічного профілю: автореф. дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.04 / Ін-т вищ. освіти НАПН України. Київ, 2011. 39 с.
- 19.Зміни у новому виданні Міжнародної класифікації хвороб (МКХ-11). Національна академія медичних наук України : веб-сайт. URL : <http://surl.li/tjjo> (дата звернення: 14.07.24).
- 20.Класифікатор хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я НК 025:2021 / Міністерство охорони здоров'я України. Київ, 2021. 1670 с. URL: <https://1ll.inl/rd8pJ> (дата звернення: 17.06.24).
- 21.Коваленко В. Є. Компоненти та критерії соціалізованості дітей з нормотиповим розвитком та інтелектуальними порушеннями в онтогенетичному вимірі. Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки). 2021. Вип. 17. С. 152–163. URL : <https://1ll.inl/G71Zn> (дата звернення: 04.08.24).
- 22.Коваленко В.В. Використання web-орієнтованих і мультимедійних технологій у формуванні соціальної компетентності молодших школярів : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.10 / Ін-т інфор. техн. і засобів навч. НАПН України. Київ, 2018. 286 с. URL : <http://surl.li/hjesp> (дата звернення: 04.08.23).
- 23.Ковальова О. А. Психологічні особливості розвитку соціальнокомунікативної компетентності вчителів : дис. ... канд. псих. наук : 19.00.07 / ДВНЗ «Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди». Переяслав-Хмельницький, 2018. 203 с. URL : <https://1ll.inl/X6jWp> (дата звернення: 29.07.24).
- 24.Ковальчук В. А. Соціальна компетентність: проблема визначення. Наукові записки Ніжинського державного педагогічного університету імені Миколи
- 25.Кожухівська В. Д. Особливості формування соціальної компетентності старших дошкільників у предметно-розвивальному середовищі ЗДО : кваліфікаційна робота. Ніжин, 2019. 117 с. URL : <http://surl.li/tjjpb> (дата

- звернення: 04.08.24).
- 26.Колишкіна А. П., Чобанян А. В. Соціальна компетентність дітей з порушенням інтелектуального розвитку як показник готовності до навчання. Психологічний часопис. 2018. С. 71–86. URL: <http://surl.li/tjjmj> (дата звернення: 15.04.24).
 - 27.Компетентність. Merriam-webster. Dictionary : сайт. URL : <https://www.merriam-webster.com/ /competence> (дата звернення: 03.06.24).
 - 28.Комплексні порушення. Діти з комплексними порушеннями розвитку. Хмельницький інклюзивно-ресурсний центр №1 : веб-сайт. URL : <https://hirc1.com.ua/dity-z-oop/kompleksni-porushennia/> (дата звернення: 04.08.24).
 - 29.Корекційно-розвиткова робота. Студениківський інклюзивно-ресурсний центр : веб-сайт. 2019/. RL: <https://clipr.cc/0rHJr> (дата звернення: 04.08.23).
 - 30.Литвишко О. М. Формування основ соціальної компетентності дітей 5-6 років засобами казки в дошкільних навчальних закладах : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07 / Ін-т проблем виховання Нац. акад. пед. наук України. Київ, 2019. 286 с. URL : <https://clipr.cc/95jGL> (дата звернення: 04.08.23).
 31. «Люди дощу» – хто вони? Або що ви знаєте про аутизм? Центр громадського здоров'я МОЗ України : веб-сайт. 2018. URL: <https://clipr.cc/Jq2F4> (дата звернення: 04.08.24).
 - 32.Ляшенко В. І. Формування життєвої компетентності дітей-інвалідів у
 - 33.центрах ранньої соціальної реабілітації : автореф. дис. ... канд. пед. наук :13.00.05 / Херсон. держ. ун-т. Луганськ, 2015. 19 с.
 - 34.Мачужак Н. В. Організаційно-педагогічні умови формування соціальної компетентності дітей 6–7 років засобами інтеграції різних видів діяльності : кваліфікаційна робота. Ніжин, 2021. 102 с. URL : <http://surl.li/tjjom> (дата звернення: 14.09.24).
 - 35.Міжнародний класифікатор хвороб МКХ 10. Національний науковий центр хірургії та трансплантології імені О. О. Шалімова : веб-сайт. URL : <https://clipr.cc/fKpC5> (дата звернення: 02.05.2024).

36. Морфеміка. Вікіпедія. Вільна енциклопедія : веб-сайт.
URL : <https://clipr.cc/cRW67> (дата звернення: 21.02.24).
37. Московчук О. С. Формування соціальної компетентності студентів вищих педагогічних навчальних закладів в умовах студентського самоврядування : дис. ... д-ра філософії : 011 / Вінницький держ. пед. ун-т імені Михайло Коцюбинського. Вінниця, 2020. 330 с. URL : <https://vspu.edu.ua/content/graduate/doc/a3dis.pdf> (дата звернення: 04.08.24).
38. Мудрик А. Б. Соціальна компетентність особистості: постановка проблеми і теоретичні аспекти дослідження. Вісник Чернігівського національного педагогічного університету імені Т. Г. Шевченка. Сер. : Психологічні науки. Чернігів : ЧДПУ, 2011. Т. 2. Вип. 94. С. 26–29. URL : <http://surl.li/nosrb> (дата звернення: 04.08.24).
39. Надь Б. Я., Романів О. П. Роль батьків в процесі комплексної реабілітаційної допомоги дітям з інвалідністю. Україна. Здоров'я нації : матеріали учасників конф. 2018. № 3/1(51). С. 46–48. URL : <https://clipr.cc/xFTh9> (дата звернення: 19.02.2024).
40. Настільний зошит для вчителів з діагностування соціальної компетентності дітей молодшого шкільного віку та її компонентів : метод. посіб. Київ : Ліра-К, 2021. 112 с. URL : <http://surl.li/tjjmw> (дата звернення: 04.08.24).
41. Національна асамблея Людей з інвалідністю України: веб-сайт.
URL : <https://www.naiu.org.ua/> (дата звернення: 13.11.23).
42. Національний освітній глосарій: вища освіта / авт.-уклад. : І. І. Бабин, Я. Я. Болюбаш, А. А. Гармаш та ін.; за ред. Д. В. Табачника Київ : ТОВ «Видавничий дім «Плеяди», 2011. 100 с. URL : <https://clipr.cc/cP97y> (дата звернення: 12.07.24).
43. Ніколаєску О. І. Формування соціальної компетентності учнів загальноосвітніх навчальних закладів відповідно до вимог нових державних освітніх стандартів: наук.-метод. посібник. Черкаси: ОПОПП, 2014. 76 с.
URL: <http://surl.li/tjjmj> (дата звернення: 02.06.22).
44. Особливості реалізації компетентнісного підходу в освіті дітей

- з інтелектуальними порушеннями : навч.-метод. посібник / О.Чеботарьова та ін. Київ : ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України, 2019. 233 с.
- 45.Островська К. О. Засади комплексної психолого-педагогічної допомоги дітям з аутизмом : монографія. Львів : «Тріада плюс», 2012. 520 с.
URL : <https://clipr.cc/nL734> (дата звернення: 04.08.24).
- 46.Островська К. О. Психологічні основи формування соціальних компетентностей дітей з аутистичними порушеннями: дис. ... наук. д-ра психол. наук : 19.00.08 / Нац. пед. ун-т імені М. П. Драгоманова. Київ, 2013. 465 с.
- 47.Островська К. О., Качмарик Х. В., Дробіт Л. Р. Основи діагностики дітей з розладами наутистичного спектра : навч. посібник. 2017. Львів: ЛНУ імені Івана Франка. 124 с. URL : <http://surl.li/tjjpf> (дата звернення: 04.08.24).
- 48.Офіційні цифри: кількість аутистів у світі постійно зростає. Фонд допомоги дітям з синдромом аутизму «Дитина з майбутнім» : веб-сайт.
URL: <https://cutt.ly/F0L2hkp> (дата звернення: 27.10.2024).
- 49.Папка з діагностичними методиками для дітей дошкільного віку /виконала : О. В. Тюріна ; Держ. вищ. навч. закл. «Донбаський Держ. Пед. Ун-т». На урок : веб-сайт. URL : <https://clipr.cc/8fPdn> (дата звернення: 22.07.24).
- 50.Паранюк А. Критерії і показники сформованості соціальної компетентності старшокласників. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Сер.: Педагогіка і психологія. 2023. Вип. 75. С. 49–56. URL <https://clipr.cc/hh2YW> (дата звернення:
- 51.Положення про навчально-реабілітаційний центр : затв. постановою Кабінету Міністрів України від 06.03.2019 № 221. URL : <https://clipr.cc/L1RaX> (дата звернення: 04.08.24). <http://surl.li/tjjnv> (дата звернення: 04.08.23).
- 52.Прашко О. В. Розвиток соціальної компетентності підлітків засобами проектування навчально-виховного процесу : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.07. Умань, 2016. 23 с. URL : <https://clipr.cc/53MSk> (дата звернення:19.05.24).
- 53.Причини порушень психофізичного розвитку. Основи корекційної педагогіки :

- навч. посібник / за заг. ред. С. П. Миронової ; Кам'янець-Подільський нац. ун-т імені Івана Опенка. Кам'янець-Подільськ, 2010. С. 19–21.
54. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України : Закон України від 19.12.2017 № 2249-VIII. URL : <https://clipr.cc/43WqY> (дата звернення: 04.08.24).
55. Про організаційно-методичні засади забезпечення права на освіту дітям з особливими освітніми потребами : Лист МОН України від 08.08.2013 № 1/9-539. URL : <https://clipr.cc/R1Xsb> (дата звернення: 04.08.24).
56. Про освіту : Закон України від 05.09.2017 №2145-VIII. URL <https://clipr.cc/mYj1D> (дата звернення: 14.08.24).
57. Про охорону дитинства : Закон України від 26.04.2001 № 2402-III. URL: <https://clipr.cc/mDZX5> (дата звернення: 19.07.24).
- 58.119. Про ратифікацію Конвенції про права осіб з інвалідністю і Факультативного протоколу до неї : Закон України від 16.12.2009 № 1767-VI. URL : <https://clipr.cc/0aYHh> (дата звернення: 17.04.23).
59. Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні : Закон України від 06.10.2005 № 2961-IV. URL : <https://clipr.cc/BaM8M> (дата звернення: 28.07.24).
60. Психолого-педагогічні засади технологій супроводу дітей з особливими освітніми потребами у процесі їх соціальної інтеграції : кол. монографія / авт. кол.: Т. В. Жукта ін. ; наук. ред. А. Г. Обухівська, Т. Д. Ілляшенко. Київ : Ніка- Центр, 2020. 113 с. URL : <http://surl.li/fbxeq> (дата звернення: 20.08.24).
61. Розлади аутистичного спектру у дітей. Особливості ранньої діагностики. Буковинський державний медичний університет : веб-сайт. URL: <http://surl.li/bqvap> (дата звернення: 12.07.2024).
62. Сергій Кур'янов «Дітей із синдромом Дауна недаремно називають «сонячними» : інтерв'ю. Портал ГУРТ : веб-сайт. URL : <https://gurt.org.ua/interviews/18791/> (дата звернення: 04.08.24).
63. Синьов В. М., Коваленко В. Є. Принципи побудови структурнофункціональної моделі розвитку та соціалізації школярів з інтелектуальними порушеннями в середовищі позашкільної освіти.

- Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти : зб. наук. праць / Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків, 2023. С. 221–225. URL : <https://clipr.cc/2vKRr> (дата звернення: 11.07.24).
- 64.Словник-довідник з професійної педагогіки / за ред. А. В. Семенової. Одеса : Пальміра, 2006. 221 с. URL <https://clipr.cc/4XJTz> (дата звернення: 12.07.24).
- 65.Статистичні дані. Міністерство освіти і науки України : веб-сайт. URL : <https://clipr.cc/A2nYd> (дата звернення: 04.08.24).
- 66.Суменко Т. Ю. Методи формування соціальної компетентності дітей зі складними порушеннями розвитку та розладом аутистичного спектру. Науковий журнал Хортицької національної академії. Сер.: Педагогіка. Соціальна робота. Запоріжжя, 2023. Вип. 2(9). DOI : <https://doi.org/10.51706/2707-3076-2023-9-17> (дата звернення: 04.08.24). Харків, лютий 2021 р.). Харків, 2021.
- 67.Суменко Т. Ю. Формування соціальної компетентності дітей зі складними порушеннями розвитку в умовах реабілітаційних центрів : дис. ... д-ра філософії в галузі соціології : 231. Харків, 2024. 330 с. URL: https://drive.google.com/file/d/1whwZsO0GF4CUkkIts5Gq_vqGnZVWCKbV/view (дата звернення: 20.09.2024).
- 68.Суменко Т. Ю., Шевченко С. В. Авторський метод формування соціальної компетентності дітей зі складними порушеннями розвитку та дітей з аутизмом. Сучасні проблеми гуманітарної науки і практики: філософський, психологічний та соціальний виміри : матеріали ІХ Міжнар. наук.-практ. конф., 26-27 груд. 2023 р. / Східноукр. нац. ун-т ім. В. Даля. Сєверодонецьк, 2023.
- 69.Уряд затвердив нові положення про спеціальну школу та навчально-реабілітаційний центр: які зміни. Нова українська школа : веб-сайт. 2021. URL : <https://clipr.cc/S8jCJ>(дата звернення: 29.05.24).
- 70.Федоруц М. В. Соціально-педагогічні умови формування соціальної компетентності старшокласників засобами неформальної освіти : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Тернопільський нац. пед. ун-т імені Володимира Гнатюка. Тернопіль, 2021. 370 с. URL: <https://clipr.cc/tYv5X> (дата звернення: 11.07.24).

- 71.Чеботарьова О. В. Реалізація компетентнісного підходу у навчанні школярів з порушеннями інтелектуального розвитку. Діти з особливими потребами в освітньому просторі : зб. матеріалів V Міжнар. конгресу зі спец. пед., псих. та реабілітології «Діти з особливими потребами в освітньому просторі», 10-11 жовт. 2019 р., Чернігів (Нац. ун-т «Чернігів. колегіум» імені Т. Г. Шевченка). Київ : Симоненко О. І., 2019. С. 234–237. URL : <http://surl.li/tjjmy> (дата звернення: 04.08.24).
- 72.Шахрай В. М. Теоретико-методичні засади формування соціальної компетентності учнів основної і старшої школи засобами театрального мистецтва: дис. ... д-ра пед. наук : 13.00.05, 13.00.07 / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т проблем виховання. Київ. 2016. 534 с.
- 73.Шевченко Ю.В. Соціальна компетентність молодших школярів: зміст і практики. Науковий часопис. Корекційна педагогіка. 2023. Вип. 44. С. 116–121. URL: <https://clipr.cc/4Grff> (дата звернення: 11.07.24).
- 74.Ярмола Н. Формування соціальної компетентності дітей з інтелектуальними порушеннями. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови. 2021. № 1(16). С. 393–409. URL: <https://spp.org.ua/index.php/journal/article/view/162> (дата звернення: 14.06.24).
- 75.Яцишин А., Коваленко В. Формування соціальної компетентності молодших школярів в умовах сім'ї з використанням web-орієнтованих і мультимедійних технології. Сімейна політика в Україні : проблеми і перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф., 26 квіт. 2018 р., м. Київ). Київ, 2018. С. 173–177. URL : <http://surl.li/tjjpk> (дата звернення: 04.08.24).
- 76.ABLLS-R/AFLS. CentralReach.
URL: <https://partingtonbehavioranalysts.com/collections/ablls-r>(date of access: 18.06.2024).
- 77.Ad-Dab'bagh Y, Greenfield B. Multiple complex developmental disorder: the «multiple and complex» evolution of the «childhood borderline syndrome» construct. Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2001. № 40(8). P. 954–964.

- URL : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11501696/> (date of application:16.03.24). 5
79. Best Exercises in Art Therapy for Autism Support. Scholistico. URL: <https://scholistico.com/art-therapy-for-autism/> (date of access: 28.09.2024).
80. Bellmore A., Cillessen A. HN Reciprocal influences of victimization, perceived social preference, and self-concept in adolescence. *Self and Identity*. 2009. № 5(3). P. 209–229. URL : <https://clipr.cc/3w2Rb> (date of application:27.12.24).
81. Brdar I. Različiti teorijski pristupi socijalnoj kompetenciji. *Godišnjak odsjeka za psihologiju*. Rijeka: Sveučilište u Rijeci, 1994. S. 21–28. URL : <https://clipr.cc/4HV7h> (date of application:14.05.24).
82. Calder S., Ward R., Jones M., Johnston J., Claessen M. The uses of outcome measures within multidisciplinary early childhood intervention services: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2018. № 40(22). P. 2599-2622. DOI: 10.1080/09638288.2017.1353144 (date of application : 04.08.24).
83. Callahan M. Developmental Functioning of Infants and Toddlers with Neurodevelopmental Disorders : LSU Master's Theses / B.S., Saint Louis University.
84. Carter A. S., Briggs-Gowan M. J., Davis N. O. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2004. Vol. 45. Issue 1. P. 109 134. URL : <https://clipr.cc/py6zJ> (date of application:08.08.24).
85. Chiu I. M. C., Sy M. P., Oruga M. D. P., Bonito S. R. Children with special needs and their access to rehabilitation services in the Philippines: A Q methodology study on perceived barriers by family members. *Public Health Chall*. 2023. № 2e79. 13 p. URL : <https://clipr.cc/9WMk9> (date of application: 17.07.23).
86. Competence of Children with Autism, Down Syndrome, and Developmental Delay / Sigman M., Ruskin E, Arbelle S. and others. *Монографії Товариства дослідження розвитку дитини*. 1999. Vol. 64. № 1. URL: <https://www.jstor.org/stable/i359360> (date of application:19.08.24).

87. Craig A. B., Brown E., DeRosier M. Enhancing Children's Social Emotional Functioning Through Virtual Game-Based Delivery of Social Skills Training. *Journal of Child and Family*. 2015. № 25. P. 959–968. URL : <https://clipr.cc/FMgv1> (дата звернення: 04.08.24).
88. K.D Carmichael. Play Therapy With Children With Disabilities. <https://www.researchgate.net>
URL: https://www.researchgate.net/publication/305357991_Play_Therapy_With_Children_With_Disabilities (date of access: 26.09.2024).
89. Freeman G. D., Sullivan K., Fulton C. R. Effects of creative drama on selfconcept, social skills, and problem behavior. *The Journal of Educational Research*. 2003. № 96(3). P. 131–138. URL: <http://surl.li/gtqsl> (date of access: 27.10.2024).
90. Gresham F. M., MacMillan D. L. Social Competence and Affective Characteristics of Students with Mild Disabilities. *Review of Educational Research*. 1997. Vol. 67, No. 4. P. 377-415. URL : <https://www.jstor.org/stable/1170514> (date of application: 04.08.24).
91. Hoanglan C. Teaching Play Skills to Children with Autism: A Review of the Literature. *BU Journal of Graduate Studies in Education*. 2021. Vol. 13. Issue 1. P. 57– 60. URL : <https://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1303961.pdf> (date of access: 28.10.2024).
92. Jung C. G. The Collected Works of CG Jung: Complete Digital Edition. and ed. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2014. 178 p. URL : <https://clipr.cc/ktr6B> (date of application: 09.10.24).

ДОДАТКИ

Додаток А

Трактування поняття соціальної компетентності вітчизняними та зарубіжними дослідниками

№	Автор	Визначення
1.	М. Докторович	«Соціальна компетентність – явище усвідомлене індивідом внаслідок власних розумінь; багатоаспектна характеристика, яка вказує на якість відносин людини в соціумі, враховує соціальні мотиви, навички, що необхідні для взаємодії із суспільством» [30].
2.	І. Зарубінська	«Соціальна компетентність являє собою складну, інтегративну характеристику особистості, сукупність певних якостей, здібностей, соціальних знань і вмінь, переживань, ціннісних орієнтацій, переконань, що сприяють активній взаємодії із суспільством, налагодженню контактів з різними групами та особами, участі у соціально значущих проєктах, продуктивному виконанню різних соціальних ролей» [36].
3.	Д. Губарева	«Соціальна компетентність пов'язана з групою «soft skills» та є основою для здобуття «hard skills», зумовлюючи гнучкість свідомості, що є базою для формування особистості» [25].
4.	В. Шахрай	«Соціальна компетентність – цілісне інтегративне утворення, сукупність соціальних знань, умінь та досвіду, що забезпечують результативну взаємодію людини із суспільством шляхом засвоєння основних соціальних ролей, її самореалізацію в соціумі, відображаючи ступінь соціалізованості індивіда» [191].
5.	Utkarsh Shukla	«Соціальна компетентність - здатність людини спілкуватися з іншими та ефективно керувати соціальними обставинами. Спілкування, емпатія, співпраця та вирішення конфліктів є прикладами здібностей і поведінки, які сприяють успішній соціальній взаємодії [297].
6.	Hing Keung Ma	«Соціальна компетентність визначається з погляду міжособистісних стосунків, самоідентичності, групової ідентичності та розвитку громадянської позиції» [239].
7.	Denham, S.A, Brown, C.	«Соціальна компетентність передбачає використання ряду складних навичок для формування та позитивного управління соціальними стосунками та взаємодією з іншими» [225].
8.	Stichter et al	Соціальна компетентність вимагає не лише соціальних навичок; це складний і взаємопов'язаний набір навичок, який дозволяє нам орієнтуватися в соціальних взаємодіях, ініціювати, підтримувати стосунки з іншими [280].



Соціометричне обстеження «Різнокольорові кружечки»

Р. Павелків

Мета: визначення особливостей соціальних передбачень дітей, вміння встановлювати стосунки з однолітками. Матеріал: схема розташування дітей у групі за столами кружечки червоного, зеленого та жовтого кольору.

Інструкція до виконання: Експериментатор звертається до дитини: «Поглянь, у тебе на столі лежать кружечки. Поклади червоні кружечки біля дітей, яких ти любиш, зелені - поряд з тими, які тобі подобаються і жовті – поряд з тими, хто тобі не подобається. А який би тобі дали кружечок вихователі чи батьки? Чому ти так вважаєш?».

Методичний коментар: спочатку фахівець проводить бесіду щодо кольору, який відповідає тій чи іншій оцінці. Результати заносяться до протоколу.

Методика «Нерозв'язна задача»

Передбачає складання дитиною картинок з використанням наочного матеріалу (кубики з зображенням частин геометричних фігур).

Перше завдання – складання із зображень частин геометричних фігур – картинки цілої геометричної фігури. Для виконання цього завдання фахівець пред'являє дитині картинку-зразок із зображенням геометричної фігури, яка складається легко.

Друге завдання (ускладнення): використовується зайвий елемент (кубик), або дві фігури, просторове розташування яке утруднює складання відповідних картинок.

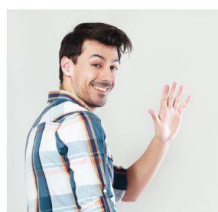
У третьому завданні – картинка не складалася взагалі. Цей варіант завдання передбачав заміну кубика із зображенням тієї частини геометричної фігури, який є на картинці, але відсутній на іншій, або зміну відповідності зображення на картинці і кубика.

Висновок: дитина має несформованість самоконтролю у разі:- неусвідомлення необхідності самоконтролю під час діяльності (необхідність самостійно контролювати виконання та правильність отриманого результату); несформованість пізнавальної активності та мотивації в процесі діяльності; недорозвиток вольової регуляції дій, вмінь виконувати контролюючі дії власної діяльності, вмінь планувати, контролювати та мовленнєво опосередковувати всі етапи виконуваної діяльності; - невміння аналізувати та планувати виконувану діяльність; - невміння визначати потрібний спосіб виконання, виявляти помилки та їх виправляти по ходу виконання; невміння перевіряти кінцевий результат відповідно до зразка та уявного образу результату;- невміння використовувати прийоми самоконтролю на кожному етапі діяльності: програмувати, контролювати, регулювати власну діяльність і оцінювати отримані результати; - недорозвиток вмінь і навичок корекції виконаної діяльності.

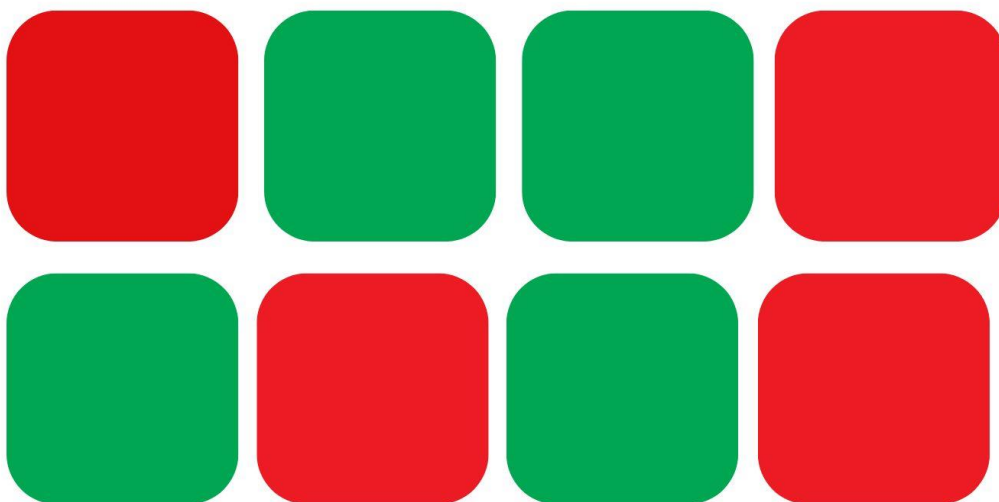
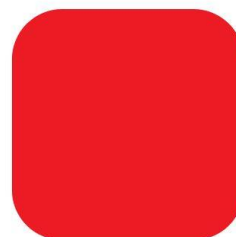
Авторські нейрокорекційні ігри з елементами
музичної терапії (приклад)



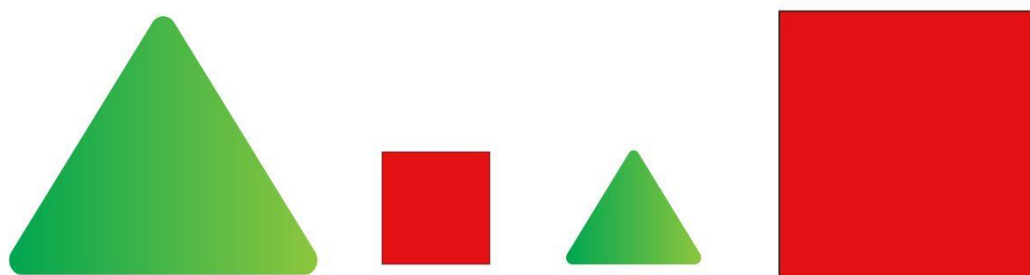
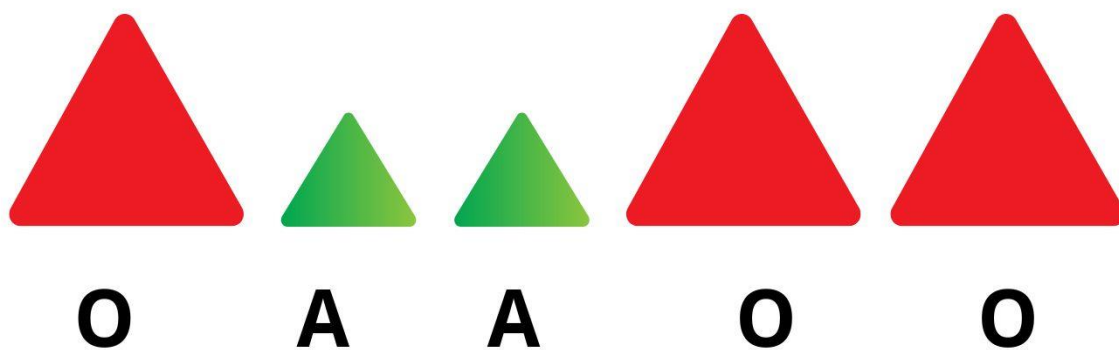
ПРИВІТ



БУВАЙ!



Тетяна Суменко





метадані

Заголовок

Суменко Тетяна_магістерська робота

Автор

Науковий керівник / Експерт

Суменко Тетяна

Олександр Непша

Підрозділ

Melitopol State Pedagogical University named after B.Khmelnitskyi

Тривога

У цьому розділі ви знайдете інформацію щодо текстових спотворень. Ці спотворення в тексті можуть говорити про МОЖЛИВІ маніпуляції в тексті.

Спотворення в тексті можуть мати навмисний характер, але частіше характер технічних помилок при копіюванні документа та його збереженні, тому ми рекомендуємо вам підходити до аналізу цього модуля відповідально. У разі виникнення запитань, просимо звертатися до нашої служби підтримки.

Заміна букв		23
Інтервали		0
Мікропробіли		345
Білі знаки		0
Парафрази (SmartMarks)		70

Обсяг знайдених подібностей

Коефіцієнт подібності визначає, який відсоток тексту по відношенню до загального обсягу тексту було знайдено в різних джерелах. Зверніть увагу, що високі значення коефіцієнта не автоматично означають плагіат. Звіт має аналізувати компетентна / уповноважена особа.



КП 1

25

Довжина фраз для коефіцієнта подібності 2



КЦ

12501

Кількість слів

104852

Кількість символів