**РОЗДІЛ 1**

**Теоретико-методологічні підходи до вивчення проблеми підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності**

**1.1. Методологічні основи технологізації медико-соціальної роботи та психотехнологій**

На сьогоднішній день сфера соціальної роботи віддзеркалює зміни, які відбуваються в суспільстві, і з якими пов’язаний постійно зростаючий попит на необхідність надання різних форм соціального захисту населення. Кризові зміни в політичному та економічному житті суспільства відбилися на соціальному ритмі життєдіяльності, що знайшло своє вираження в різкому зниженні рівня життя людей.

Актуалізація проблеми психологічної допомоги, підвищення уваги до людини завжди були характерні для переломних етапів історії. В сучасній ситуації загострення екологічних, економічних і соціокультурних проблем суспільства зростає чисельність знедолених осіб. Для України ця обставина ускладнюється економічною нестабільністю, високим рівнем конфліктності і соціальної напруженості. Назріла потреба в докорінних змінах соціальної політики держави, зорієнтованості міжвідомчої системи служб соціального захисту населення на його потреби, відновлення його фізичного, психічного і соціального благополуччя.

Все більшого значення в суспільній практиці набуває медико-соціальна робота, яка покликана об’єднати елементи лікування і профілактики, психологічної, медичної та соціальної роботи. Разом з тим, стає неминучим пошук нових форм надання соціально-психологічних послуг, найбільш адекватних наявним організаційним структурам, що передбачає, насамперед, реформування їх діяльності. Це дозволить реалізовувати сучасні технології медико-соціальної роботи, не порушуючи питання про створення спеціальних служб в умовах дефіциту фінансових засобів в закладах охорони здоров’я, соціального захисту населення та ін.

Ми поділяємо точку зору низки авторів про те, що сучасні проблеми різних груп населення, спричинені кризовими життєвими ситуаціями, можуть знайти найбільш адекватне вирішення тільки на основі злагодженої співпраці всіх соціальних інститутів, в тому числі соціальної роботи, що передбачає комплекс взаємопов’язаних заходів з медико-соціальної, соціально-економічної, соціально-психологічної, правової допомоги сім’ї, колективу, особистості.

Варто відзначити, що соціальна робота історично зароджувалася як робота медико-соціального спрямування. Так, у Давній Греції елементи медико-соціальної допомоги проявлялися в особливому догляді за хворими, опікуванні військовими інвалідами, які разом із сім’ями перебували на державному утриманні.

Першим закладом у Римській імперії, де надавалася медико-соціальна допомога і використовувався специфічний підхід до вирішення проблем окремих категорій осіб, вважається притулок для людей похилого віку, хворих та інвалідів.

З формуванням і розвитком Київської держави, медична та інші форми допомоги надавалися у лікарнях, притулках, які зводилися як на кошти церк­ви, так і окремих церковних діячів чи світських благодійників. У 1051 р. при Києво-Печерському монастирі діяла богадільня, в якій піклувалися про бідних і хворих, а також працював особливий дім, в якому проживали інваліди. При цьому зазначені заклади не «спеціалізувалися на якомусь одному виді до­помоги, а виступали у своїй багатофункціональності».

Важливу роль з другої половини XVI ст. поча­ли відігравати братства. Кожне брат­ство на власні кошти утримувало «шпиталі», де жили бідні, старі, немічні братчики. Братства опікувались хворими членами, а для міської бідноти закладали притулки.

В середині XIX століття започаткований рух общинних сестер милосердя, завданням яких була підготовка досвідчених медичних сестер і допомога в обслуговуванні поранених і хворих.

З діяльністю земських органів самоуправління пов’язують значні кроки в організації охорони здоров’я. Завдяки їм було вве­дено в практику медичне страхування, яке дозволяло забезпечити медичною допомогою бідне населення, передбачався патронаж хворих за рахунок міського бюджету. Нестача стаціонарних місць у лікарнях обумовила ініціативу орга­нізації «посімейного піклування про хворих» (хворі розподілялись між сім’ями селян або між міськими жителями, за догляд господарям виділялись кошти з органів міського самоуправління). Під їх опікою здійснювався і спеціальний патронаж хронічних сома­тичних хворих і душевнохворих.

У 1878 р. у Києві було засновано Маріїнську общину сестер милосердя Товариства Червоного Хреста. Вона існувала на кошти благодійних пожертв приватних осіб, за рахунок яких розширювала свої можливості. Поставивши за основну мету допомогу незаможному населенню, Маріїнська община відкривала безкоштовні лікарні для неімущих хворих.

У цей період отримують розвиток різноманітні кооперативи і громадські організації людей з обмеженими фізичними можливостями: Укра­їнське товариство сліпих, об’єднання глухонімих. Ці громадські організації займались створенням артілей і кооперативів, вирішуючи, таким чином, питання залучення інвалідів до праці. Вони сприяли проведенню державними органами заходів лікувального характеру, реабілітації протезування, навчання, перенавчання і направлення на роботу. Згадані організації користувались низкою пільг при оподаткуванні, оренді приміщень, медико-санітарному обслуго­вуванні, квартплаті.

В період Другої світової війни надзвичайне значення мала діяльність Червоного Хреста України, активісти якого брали безпосередню участь у наданні допомоги пораненим і хворим воїнам у госпіталях, а також насе­ленню, яке постраждало від військових дій.

Серед низки послуг, що надаються громадянам, які перебувають у складних життєвих обставинах, документом визначено соціально-медичні послуги – консультації щодо запобігання виникненню та розвитку можливих органічних розладів особи, збереження, підтримка та охорона її здоров’я, здійснення профілактичних, лікувально-оздоровчих заходів, трудотерапія.Ці заходи реалізуються за місцем проживання людини, у стаціонарних установах, реабілітаційних закладах, центрах денного, тимчасового або постійного перебування, територіальних відділеннях надання послуг.

Таким чином, проведений аналіз свідчить про те, що медико-соціальна робота має тривалу історію і продовжує формуватися як соціальний інститут на даному історичному етапі.

Важливу роль у процесі формування вітчизняної медико-соціальної роботи відіграє зарубіжний досвід її становлення та функціонування.

Так, у США соціальні працівники, зайняті у сфері охорони здоров’я та медичного догляду, становлять найчисельнішу групу після сімейних соціальних працівників.

На етапі зародження медико-соціальної роботи основним завданням фахівців-психологів у лікарнях було відстеження «контактів» венерично хворих та хворих на туберкульоз осіб з метою запобігання поширенню цих хвороб. Сьогодні медичні соціальні працівники працюють не лише у державних чи приватних лікарнях, але й у центрах здоров’я, які функціонують на рівні громад, центрах охорони здоров’я матерів і дітей, центрах фізичної реабілітації та ін. Вони займаються консультуванням хворих на СНІД, відвідують невиліковно хворих вдома, організовують і здійснюють керівництво діяльністю груп підтримки та самодопомоги, реалізують різноманітні програми профілактики у сфері охорони здоров’я.

Одним із головних напрямків медико-соціальної роботи у Великобританії є робота з людьми похилого віку. Медико-соціальну допомогу таким категоріям осіб надають не тільки в лікарнях, але й будинках для людей похилого віку (що перебувають у підпорядкуванні органів управління соціальних служб, добровільних організацій, приватних агентств), будинках для інвалідів, гуртожитках-притулках, гуртожитках готельного типу та ін. Проте висока вартість медичного обслуговування, особливо лікарняного, зумовила створення альтернативних форм допомоги людям похилого віку за програмами медико-соціального обслуговування вдома. Вони реалізуються багатопрофільними бригадами, у складі яких працюють соціальний працівник, медична сестра загальної психіатричної служби, лікар загальної практики, геронтолог, патронажна сестра, організатор допомоги вдома, психолог-клініцист. Бригадна робота передбачає ведення конкретного випадку – вивчаються поведінкові характеристики для визначення ступеня соціальної та психологічної вразливості клієнта; розробляється індивідуальний план, що враховує потреби пацієнта тощо.

В останні роки у Великобританії значна увага приділяється організації соціальної роботи з помираючими та людьми, які понесли втрату. Незважаючи на те, що робота з цією категорією клієнтів вимагає співробітництва фахівців-психологів з іншими фахівцями (медиками, психологами), все ж їх важлива роль у цьому плані є загальновизнаною. Основне завдання фахівців-психологів – допомогти помираючій людині зберегти почуття самоповаги, зробити неминучу у таких випадках фізичну і емоційну регресію більш-менш контрольованою, полегшити душевні страждання людини. В роботі з людьми, які понесли втрату соціальні працівники допомагають їм усвідомити реалії, відновити втрачені соціальні контакти, зав’язати нові стосунки, визначити цілі в житті.

Важливим напрямком медико-соціальної роботи у Великобританії є робота з психічно хворими. Основний вид діяльності фахівців-психологів у сфері психіатрії – профілактика психічних захворювань, яка має 3 рівні:

1. По можливості виключення або зниження ризику психічних захворювань. Незважаючи на те, що повної одностайності у психіатрів щодо причин психічних захворювань до цього часу не досягнуто, соціальні працівники переконані, що багато факторів мають соціальний характер: бідність, хвороби, неповноцінне харчування. Емоційні проблеми найчастіше є результатом стресів, зумовлених економічними проблемами, а частота і ступінь серйозності психічних захворювань обумовлені зростанням безробіття. Таким чином, профілактика психічних захворювань безпосередньо пов’язана з профілактикою соціальних проблем.

2. Підвищення міри супротиву людини до психогенних чинників. Клінічний соціальний працівник виділяє групи підвищеного ризику серед населення і надає профілактичну допомогу, яка є результатом розробки і реалізації програм, що допомагають людям усвідомити міру ризику, отримати інформацію про доступну для них допомогу або навіть змінити сприйняття своєї психічної недуги. Надзвичайно важливо допомогти людині до того, як симптоми захворювання стануть дуже явними.

3. Участь у самому курсі лікування чи реабілітації психічно хворих людей.

У більшості зарубіжних центрів психічного здоров’я працівники є учасниками «команди», яка об’єднує лікарів-психіатрів, психологів та інших професіоналів. На відміну від інших фахівців, тільки соціальний працівник здатний знайти необхідні соціальні ресурси, щоб підтримати пацієнта і повернути його до нормального життя. Ефективність діяльності фахівців-психологів залежить від знань психіатрії, законодавства в галузі психічного здоров’я, впливу навколишнього середовища на психічне здоров’я, його уміння працювати разом з іншими фахівцями.

У Великобританії функціонують Кемпхільські громади (їх засновником є К. Кеніг, який організував перший лікувально-педагогічний центр для психічно хворих у м. Кемпхіл). Існують різні форми Кемпхільських співтовариств: школи для дітей, які потребують особливого догляду; коледжі для освіти і навчання молоді; учнівські майстерні; товариства взаємодопомоги для людей з розумовими і фізичними вадами різного ступеня; села для дорослих. На даний час у Кемпхільському селі «Боттон» живуть і працюють спільно близько 400 осіб, з них 200 селян з психічними порушеннями. У селі є шість фірм, різні ремісничі майстерні, друкарня. На сьогодні налічується близько 100 Кемпільських центрів і сіл у 20 країнах світ.

Одним із пріоритетних напрямків медико-соціальної роботи у Швеції є профілактика вживання наркотиків. Головне завдання на даний час – сформувати в молоді правильну модель поведінки у ставленні до наркотиків, особливо в школах.

Покарання за наркозлочини передбачають штраф (неважкі злочини) і позбавлення волі до 10 років (за важкі злочини). Кримінальна відповідальність неповнолітніх за наркозлочини наступає з 15 років.

Поліція використовує в роботі міжвідомчий підхід (концепція міжвідомчої взаємодії була підписана 2004 р.). Наприклад, соціальний працівник працює в одному відділі з поліцейськими, здійснюється зв’язок з лікарнями. Обов’язково наявний зворотний зв’язок соціальних служб щодо роботи з неповнолітніми правопорушниками.

Водночас у Швеції відсутні в’язниці для неповнолітніх, але функціонують закриті спеціальні центри. Міжвідомча взаємодія в цих закладах здійснюється завдяки співпраці поліції з прокуратурою, лікувальним установами, соціальним службами. Соціальний працівник представляє план соціального супроводу і виправлення правопорушника, виходячи із потреб конкретного клієнта, його здоров’я та мотивації.

В роботі з даною категорією осіб соціальними працівниками реалізуються такі функції: підтримка ВІЛ-позитивних осіб, проведення вторинної профілактики, надання психотерапевтичних послуг, сімейна терапія, організація дозвілля, соціальна допомога, яка часто виконується силами волонтерів.

Наркоманія становить значну проблему в сфері медико-соціальної роботи Данії. Існують три напрямки роботи з наркозалежними: перший – співпраця муніципалітетів з медичними установами та соціальними службами (взаємний обмін інформацією). Співробітники відділення поліції при виявленні злочину пишуть рапорт, виявлені реєструються у відділенні поліції для того, щоб їм можна було допомогти. Часто молоді люди потрапляють у такі ситуації у зв’язку з сімейними проблемами, у такому випадку соціальні працівники надають допомогу всій сім’ї. Другий напрям – це робота з школами. Проводяться тематичні бесіди, виявляються «проблемні» учні, яким надається необхідна допомога. Третій напрям – освітня діяльність для дорослих і молоді в різних навчальних закладах. Профілактична робота в школах діє в рамках системи SSP (школа-соціальні служби, поліція), яка функціонує близько 35 років. На сьогодні всі установи єдині в розумінні цілей, проводиться обмін інформацією з обов’язковим дотриманням конфіденційності.

В країні працює проект «Через стіну» з наркоманами, які потрапили у в’язницю. Мета програми – створити і укріпити мотивацію ув’язнених до зміни. Соціальними працівниками ведеться робота з наркозалежними з підвищення їх освітнього рівня щодо наркотиків. Застосовуються такі методи: мотиваційна бесіда, когнітивна терапія, запобігання рецидивів. Використовується програма корекції соціальних помилок, що дозволяє розвіяти міфи, стереотипи поведінки і знайти альтернативний шлях вирішення проблем.

Успішно діє організація «U-turn» (Повернення) – це консультаційний центр Копенгагенського муніципалітету для молодих наркоманів та їхніх батьків. Соціальні працівники анонімно надають послуги з консультування та супроводу. В цьому напрямку також працюють центр для наркоманів ДУГНАК, а також школа імені Кофорда («Школа життя») – центр для людей з екзистенціальними проблемами.

Таким чином, для забезпечення ефективної роботи щодо попередження наркоманії серед неповнолітніх у Данії визнано за необхідність об’єднання зусиль чотирьох сторін (школи, соціальної служби, поліції, медичного закладу) і налагодження між ними стійких партнерських відносин.

Розглянуті медико-соціальні технології є найбільш поширеними в діяльності організацій і установ, що працюють у сфері соціального захисту, підтримки і допомоги в зарубіжних країнах. Їх застосування у вітчизняній практиці дозволить не тільки розширити сферу медико-соціальної роботи, але й забезпечить гармонізацію системи соціальних відносин, подолання соціального негативізму і зміцнення соціальної стабільності.

Особливістю медико-соціальної роботи є те, що як професійна діяльність вона формується на стику двох самостійних галузей – охорони здоров’я і соціального захисту населення. Медичні працівники на практиці часто виконують функції соціальних працівників. У свою чергу, соціальні працівники працюють з особами, які мають психічні та фізичні патології і виступають у ролі лікарів. Це зумовлює особливості професійної підготовки майбутніх соціальних працівників, зокрема, за кордоном. Так, в Угорщині їх навчання відбувається на факультетах охорони здоров’я.

Таким чином, медико-соціальна робота тісно переплітається з діяльністю органів системи охорони здоров’я. Але при цьому вона не перевищує межі своєї компетенції, не претендує на виконання лікувально-діагностичних функцій, а передбачає тісну взаємодію з медичним персоналом і чітке розмежування сфер відповідальності.

Для розробки теоретичних положень вітчизняної медико-соціальної роботи особливий інтерес представляє американська класифікація базових систем організації соціальної роботи (соціальної практики):

* Система провідників змін – це соціальні працівники в агентствах, які виконують функції безпосередніх помічників своїх клієнтів у забезпеченні змін у їхній свідомості, поведінці та їх взаєминах з мікросередовищем після ретельного аналізу ситуації та причин її виникнення.
* Система клієнтів – це люди, які звернулися до соціального працівника з проханням про допомогу у вирішенні їхніх проблем і труднощів.
* Система мішеней – це люди, на яких націлений вплив.
* Система дії – це люди, які об’єднані для здійснення впливу на систему мішеней.

Такий комплексний підхід у контексті медико-соціальної роботи дозволяє всебічно підійти до проблемної ситуації в цілому, визначити в ній місце клієнта, реальні мішені впливу, а також конкретні шляхи, способи і прийоми з метою досягнення можливо максимального рівня фізичного і психічного здоров’я клієнта, а також соціального благополуччя.

Метою медико-соціальної роботи є досягнення високого рівня здоров’я, функціонування і адаптації осіб з фізичними та психічними вадами, а також їх соціального благополуччя. Такі особи перебувають у важкій життєвій ситуації, що об’єктивно порушує їх життєдіяльність. Це, в першу чергу, соціально значимі хвороби – залежність від психоактивних речовин, хвороби інфекційного характеру (Віл-інфекція, гепатити), цукровий діабет, туберкульоз, онкологічні, психічні, фізичні обмеження та ін. У виникненні та розвитку цих хвороб фактори поведінкового характеру нерідко мають вирішальне значення.

Медико-соціальна робота часто ототожнюється з такими поняттями як «медико-соціальна-допомога» і «медико-соціальні послуги», хоча останні є її складовими.

Незважаючи на перевагу технічного компонента в розумінні «технологій», їх вплив на громадське життя вже не обмежується лише виробничою діяльністю. Технології стали ознакою, що характеризує стан соціальних процесів і управління ними.

Таким чином, основними характеристиками соціальних технологій є: алгоритмічність, послідовність, виокремлення етапів і операцій, координованість дій, однозначність виконання процедур, системність, цілеспрямованість і наукове обґрунтування.

В цілому технології соціальної роботи можна розглядати у двох аспектах. По-перше, у широкому плані – це система теоретичних знань і практичних умінь, яка передбачає організацію та алгоритмізацію засобів, способів і прийомів впливу на різні об’єкти соціальної роботи. По-друге, це сукупність визначених

Іншим критерієм для класифікації медико-соціальних та психотехнологій є категорії осіб, які є об’єктом впливу. Наприклад, технології соціальної роботи з інвалідами, помираючими та їх сім’ями, людьми похилого віку та ін.

Сьогодні можна говорити про різні типи технологій, спрямованих на збереження здоров’я людини.

За характером діяльності технології соціальної роботи поділяють на конкретні, вузькоспеціалізовані (спрямовані на окрему групу населення, клієнтів, наприклад, на профілактику інфікування ВІЛ чи вірусами гепатитів В, С, осіб – ін’єкційних споживачів наркотиків) та комплексні або інтегровані (мають більш універсальний характер і можуть застосовуватися в роботі з декількома чи багатьма групами клієнтів (наприклад, первинна соціальна профілактика, формування здорового способу життя, збереження здоров’я здорових людей тощо).

Вузькоспеціалізовані технології поділяють на групи (в залежності від сфери, основних методів і засобів упровадження): медичні (технології профілактики захворювань, корекції та реабілітації соматичного здоров’я, санітарно-гігієнічна діяльність); навчальні технології, що сприяють здоров’ю (інформаційно-навчальні, виховні); соціальні (технології організації безпечного і здорового способу життя, профілактики і корекції девіантної поведінки); психологічні (технології профілактики і психокорекції психічних відхилень особистісного та індивідуального розвитку).

Таким чином, враховуючи суть поняття «технології соціальної роботи» та зміст медико-соціальної діяльності, під технологією медико-соціальної роботи будемо розуміти сукупність методів, прийомів і впливів, які спрямовані на усунення чи компенсацію обмежень життєдіяльності, підтримку і зміцнення здоров’я людини через інститути медичного і соціального страхування, соціального забезпечення, медико-соціального обслуговування тощо. Основним завданням ТМСР є розробка методів цілеспрямованого соціального впливу; застосування технологі­зації як способу оптимізації медико-соціального результа­ту.

Безперечно, реалізація будь-якої із зазначених ТМСР передбачає застосування загальних (універсальних) технологій соціальної роботи: діагностики, профілактики, медико-соціальної реабілітації, медико-соціального патронажу, медико-соціальної експертизи, медико-соціальної допомоги, терапії, консультування та ін.

Профілактику поділяють на первинну і вторинну. Заходи первинної профілактики спрямовані на забезпечення здоро­вих умов праці, побуту, довкілля з метою попередження виникнення зах­ворювань та травм. До них належать: медико-гігієнічне навчання та виховання населення; диспансерне спостереження за здоровими та особами з факторами ризику; санітарно-протиепідемічні та санітарно-технічні заходи, спрямовані на забезпечення здорових умов праці, побуту, стану довкілля тощо.

Заходи вторинної профілактики спрямовані на попередження у хво­рих ускладнень, поліпшення здоров’я у разі його погіршення, підтриман­ня максимально можливого рівня працездатності, попередження інвалідності, попередження поширення інфекційних захворювань. До них нале­жать: медико-гігієнічне навчання хворих та їх родичів; диспансерне спостереження за хворими, використання засобів медико-соціальної реабілітації для попередження ускладнень захворювання, максимально можливого відновлення і підтри­мання працездатності; санітарно-протиепідемічні заходи, які спрямовані на своєчасне вияв­лення інфекційних захворювань, повідомлення про інфекційного хворого в санітарно-епідеміологічну станцію, організація ізоляції хворих, спосте­реження за контактними та одужуючими.

Технологія медико-соціальної реабілітації – це система медичних, соціально-економічних, психологічних заходів, спрямованих на відновлення здоров’я людини, її працездатності і соціального статусу, тобто повернення людини до повсякденного життя у сім’ї, трудовому колективі як повноцінного члена суспільства; діагностика – це детальне вивчення результатів медичного обстеження і відповідних медичних документів, а також аналіз професійно-трудових і соціально-побутових даних про клієнта; медико-соціальна експертиза – визначення в установленому порядку потреб особи в заходах соціального захисту, на основі оцінки обмежень життєдіяльності та ін.; терапія – соціальне лікування, соціальний захист хворого, який сприяє виявленню прихованих або нереалізованих можливостей і здібностей клієнта з метою подальшої оптимізації його життєдіяльності; адаптація – надання допомоги у вирішенні проблем, пов’язаних з пристосуванням до нових умов життя в результаті втрати працездатності чи інвалідності, сприяння у вирішенні матеріальних проблем за рахунок реалізації власного потенціалу клієнта, включаючи професійне навчання і працевлаштування.

Упродовж останніх років, як відповідь на епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні, поряд із державними закладами (Державна служба України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, центри профілактики та боротьби зі СНІДом, центри соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді та ін.) створена велика кількість неурядових організацій (Всеукраїнська мережа людей, які живуть з ВІЛ, Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні та ін.), що надають послуги підтримки та догляду ВІЛ-позитивним людям та близькому оточенню, захищають їх права, формують толерантне ставлення суспільства до людей, які живуть з ВІЛ.

З ініціативи Представництва Дитячого Фонду ООН (ЮНІСЕФ) в Україні реалізується програма профілактики ВІЛ/СНІД «Розвиток медичних служб, дружніх до молоді: Клініка, дружня до молоді». Перші заклади були відкриті у м. Одеса, Полтава та Львів (на базі дитячих спеціалізованих клінічних лікарень). На сьогодні працює Клініки, дружні до молоді, які забезпечують доступ підлітків до медико-соціальних послуг з метою профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ-інфекції/СНІДу та ризикованої поведінки. Створено два інформаційно-методичні навчальні центри в Києві та Севастополі.

Діяльність клінік, дружніх до молоді, спрямована на вирішення таких завдань: забезпечення підлітків та молоді комплексною медико-соціальною та соціально-педагогічною допомогою; організація соціально-профілактичних та санітарно-освітніх заходів з метою формування здорового способу життя; надання безкоштовної консультативної допомоги молоді з питань контрацепції, психічного здоров’я та загальномедичних питань; лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, ВІЛ/СНІДу, профілактика вживання наркотичних речовин та ін.

Прикладом технології медико-соціальної роботи у сфері наркології є діяльність відділень медико-соціальної допомоги дітям і підліткам у наркологічних диспансерах. Основними напрямками роботи є такі: лікувально-діагностична і психокорекційна допомога дітям і підліткам та їхнім сім’ям; профілактична робота з попередження алкоголізму, наркоманії; розробка і реалізація індивідуальних програм соціальної реабілітації дітей і підлітків, що передбачає професійно-трудову, навчально-пізнавальну, фізкультурно-оздоровчу та інші види діяльності; підготовка рекомендацій та забезпечення взаємодії з сім’ями дезадаптованих дітей і підлітків; співпраця з відомствами, які зацікавлені у вирішенні подальшої долі неповнолітніх.

Значна профілактична робота здійснюється консультативними пунктами «Довіра» та групами взаємодопомоги, які створені на базі центрів соціальних служб для сім’ї, дітей та молоді. На сьогодні вони реалізують низку програм, зокрема серед молодих споживачів ін’єкційних наркотиків: «Зменшення шкоди» (надання особам, які вживають наркотики, можливості отримувати замісну терапію; консультування осіб, які вживають наркотики шляхом ін’єкцій; просвітницька робота серед населення тощо); «Допоможи собі» (створення груп взаємодопомоги для наркозалежних та їх найближчого оточення) та ін.

Реабілітаційна робота з наркозалежними здійснюється, зокрема, центрами ресоціалізації для молодих споживачів ін’єкційних наркотиків «Твоя перемога». Робота центрів побудована за спеціально розробленою програмою ресоціалізації, метою якої є психокорекційна робота з учасниками з формування навичок вирішення проблем конструктивним шляхом. На базі центру проводяться тренінги з особистісного зростання та релаксації, запобігання рецидивів, оздоровлення сімейних стосунків серед учасників програми ресоціалізації.

Як свідчить досвід діяльності центрів ресоціалізації, надання комплексу медико-соціальних, психолого-педагогічних та реабілітаційних заходів сприяє поліпшенню якості життя наркозалежних та їхніх родин, повноцінному включенню в соціальне життя.

У сучасному суспільстві актуальною є проблема реабілітації та інтеграції в суспільство психічно хворих людей. У зв’язку з цим підвищується значимість соціальних аспектів надання психіатричної допомоги.

Така динаміка зазначених показників в Україні загалом відповідає тенденціям в інших країнах.

Результатом реформування психіатричної допомоги в Україні стало створення спеціалізованих закладів, що надають комплексну медико-соціальну допомогу психічно хворим людям. Так, функціонують центри медико-соціальної реабілітації людей з психічними захворюваннями. Різноманітні реабілітаційні програми, що базуються на принципі мультидисциплінарного підходу, дають змогу хворим стати більш самостійними, а також брати активну участь у соціально-трудовому житті суспільства.

На базі територіальних центрів соціального обслуговування інвалідів та одиноких громадян діють спеціалізовані відділення соціальної допомоги людям з психічними захворюваннями вдома. Завданням відділень є надання побутової та соціально-медичної допомоги одиноким громадянам з вадами психіки, а також сім’ям, де непрацездатні батьки доглядають дітей-інвалідів з психічними захворюваннями.

Загалом, функціонування психіатричної служби в Україні супроводжується низкою проблем. Це – неприйняття належним чином психічно хворих людей у соціумі. Надалі переважає форма постійної ізоляції хворих у психіатричних лікарнях, їх примусова госпіталізація. Існує гостра потреба в збільшенні кількості денних стаціонарів, реабілітаційних центрів для психічно хворих людей та підготовки кадрів до роботи з такою категорією осіб.

В Україні створено єдину систему організації онкологічної служби, яка має загальнодержавну, обласні та периферійні ланки: онкологічних диспансерів, онкологічні кабінети поліклінік і Український НДІ онкології та радіології.

Основним закладом надання спеціалізова­ної онкологічної допомоги в Україні є онкологічний диспансер, завданнями якого є: первинна профілактика; забезпечення ранньої діагностики і комплексного лікування онкологічних захворювань; диспансерне спостереження за хворими; вивчення причин несвоєчасної діагности­ки та неправильного лікування; організаційно-методичне керівництво лікуваль­но-профілактичними закладами.

Для забезпечення потреб інкурабельних хворих та їхніх родичів, сприяння поліпшенню якості їхнього життя в Україні функціонують заклади паліативної і хоспісної допомоги, діяльність яких базується на комплексному мультидисциплінарному підході.

Перші українські хоспіси – заклади з надання медико-соціальної допомоги хворим на термінальній стадії захворювання та їхнім родинам створені у Львові, Івано-Франківську, Харкові, Луцьку та інших містах. Окрім цього, на базі стаціонарних лікарняних закладів діють відділення паліативної допомоги помираючим хворим, головною метою яких є підтримка якості життя перед смертю, максимальне полегшення фізичних та моральних страждань пацієнта та його близьких. Паліативна допомога надається разом з лікуванням, спрямованим на одужання, але її мета не виліковування, а піклування.

Незважаючи на те, що в Україні функціонує 7 хоспісів і 14 відділень паліативної допомоги, професійну медико-соціальну допомогу в цих закладах чи вдома отримують менше 10% пацієнтів на термінальній стадії захворювань.

На сьогодні різними закладами реалізується низка технологій медико-соціальної роботи з інвалідами. Так, працює Всеукраїнський центр професійної реабілітації інвалідів. Центр має ліцензії на надання освітніх послуг з 15 робітничих професій і одночасно забезпечує професійну реабілітацію 138 інвалідів з усіх регіонів України. Забезпечення спеціальних умов для отримання інвалідами професійної освіти здійснює підрозділ, які супроводжує освітній процес – це відділення медичного супроводу. Для оперативного вирішення проблем, що виникають у процесі професійної реабілітації інвалідів в Центрі створені і ефективно працюють реабілітаційні команди, до складу яких входять як соціальні, так і медичні працівники.

На сьогодні в Україні функціонують центри медико-соціальної реабілітації дітей – це лікувально-реабілітаційні заклади для дітей та молоді, які вживають алкоголь, наркотичні засоби і психотропні речовини, а також для дітей, які за станом здоров’я не можуть бути направлені до загальноосвітніх шкіл та професійних училищ соціальної реабілітації. Основними технологіями МСР, які реалізуються в Центрі, є створення умов для лікування дітей, які вживають алкоголь, наркотичні засоби і психотропні речовини, проведення психологічної корекції та заходів соціальної реабілітації, а також реабілітації дітей з девіантними формами поведінки, що призводить до їх соціальної дезадаптації, надання психологічної допомоги їх сім'ям, робота з батьками.

Так, в м. Ужгороді для дітей-інвалідів працює медико-соціальний реабілітаційний центр «Дорога життя». Фахівцями Центру надаються медико-реабілітаційні послуги дітям та молодим людям від народження до 25 років. У Центрі працює 5 груп дітей постійного контингенту – розробляються індивідуальні програми розвитку для кожної дитини, де визначаються короткострокові (до 3 місяців) та довгострокові (до 6 місяців) цілі. Працюють групи післяшкільної адаптації та група активної молоді. Щодо медичних програм, то Центром реалізуються такі програми як: інтенсивний курс терапії, підтримуючий терапевтичний цикл (щоденні заняття з фахівцями), надання медико-реабілітаційних послуг дітям непостійного контингенту; обслуговування дітей вдома. Амбулаторно та стаціонарно у Центрі можуть одночасно отримувати реабілітаційні послуги 57 дітей та молодих людей, за різними програмами.

Цікавим є досвід медико-соціальної роботи з інвалідами, який реалізується реабілітаційним центром «Парасолька» (м. Тячів, Закарпатська область). Заклад передбачає постійне проживання 25 молодих інвалідів, випускників дитячих будинків-інтернатів, яких згідно чинного законодавства у віці 18-20 років переводять у психоневрологічний диспансер, що не є адаптованим до прийому цієї категорії осіб. Діяльність Центру спрямована на розвиток навичок самостійного життя, соціальної компетентності молодих людей з метою їх подальшого влаштування в гуртожиток під постійним наглядом фахівців. Основні напрями роботи Центру: навчання (індивідуальні заняття з основних навичок читання, усної й письмової комунікації, комп’ютерної грамотності; ведення побуту – залучення молоді до роботи на кухні, прибирання та благоустрою ділянки, садівництво, вирощування та догляд за домашніми тваринами); організація дозвілля (спортивні секції, музичні заняття табори відпочинку тощо); медичне забезпечення (профілактика захворювань, медичний нагляд та лікування). Як свідчить практика, реалізація зазначених технологій є дієвим засобом забезпечення ефективної медико-соціальної реабілітації людей з обмеженими можливостями та їх подальшої інтеграції в суспільство.

Високий рівень кількості абортів, безпліддя, мертвонароджених дітей вимагають розробки нової стратегії охорони репродуктивного здоров’я населення України, визначальне місце в якій належить центрам (кабінетам) планування сім’ї.

Центри планування сім’ї організовуються переважно на базі лікарень, рідше – є самостійними структурними одиницями. Основними напрямками їх діяльності є такі: інформаційна робота з питань планування сім’ї, сексуальне виховання молоді; надання медико-соціальної і психологічної допомоги, вирішення проблем психосексуальних взаємин; забезпечення підлітків і молодь доступними засобами контрацепції, популярною літературою з питань планування сім’ї; робота з дітьми та підлітками в групах; індивідуальна робота з «важкими» підлітками, неблагополучними сім’ями, інвалідами; залучення ЗМІ до поширення і пропаганди ідей планування сім’ї в регіонах.

Метою діяльності Центрів є навчання молоді безпечній статевій поведінці, збереженню та поліпшенню особистого здоров’я, підвищення рівня відповідального батьківства. Тобто в основу їх роботи покладено, перш за все, цілеспрямоване формування у молоді статевої культури та підготовки її до створення здорової сім'ї.

Таким чином, розглянуті технології медико-соціальної роботи є найбільш поширеними в діяльності організацій і установ, які працюють у сфері охорони здоров’я і соціального захисту населення. Їх системне застосування на практиці в умовах сучасного суспільства вимагає підготовки кваліфікованих фахівців, що супроводжується низкою проблем.

По-перше, специфіка вітчизняної підготовки фахівців-психологів полягає в тому, що їх готують у немедичних вищих навчальних закладах, а їх майбутня професійна діяльність часто реалізується в сфері охорони здоров’я. Тому організація викладання навчальних дисциплін, прямо чи опосередковано пов’язаних з питаннями здоров’я населення, набуває особливого значення.

По-друге, соціальні працівники мають не тільки володіти сталими та відпрацьованими на практиці технологіями, але й вміти розробляти нові технології, відповідні конкретним умовам роботи та контингенту.

Таким чином, основним напрямком фахової підготовки фахівців-психологів повинно стати навчання не лише застосування апробованих, але й розробка нових медико-соціальних технологій, пристосованих до реальних умов діяльності та потреб конкретних людей.

**1.2. Аналіз досвіду підготовки фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності**

Надзвичайно важливою проблемою підготовки майбутніх фахівців-психологів є розробка стандартів вищої освіти за даним напрямом, освітньо-професійних програм, освітньо-кваліфікаційних характеристик фахівців тощо. Відповідно до цього, Міністерством освіти і науки України було затверджено галузевий стандарт вищої освіти України підготовки бакалаврів «Психологія». Згідно цього стандарту чітко визначено перелік дисциплін нормативної частини навчальних планів підготовки фахівців, а наповнення варіативної частини відбувається з урахуванням можливостей навчального закладу та найбільш актуальних сьогоденню напрямів соціальної роботи:

* класична допомога тим верствам та групам населення, які неспроможні самостійно забезпечити себе необхідними соціально-економічними ресурсами. До цієї категорії відносяться багатодітні сім’ї, діти-сироти, інваліди, самотні пенсіонери тощо;
* соціально-психологічна підтримка тих, хто за різних обставин не зміг адаптуватися до соціальних змін чи опинився в маргінальному стані. До цієї категорії належать безробітні, діти з відхиленнями в соціальній поведінці, люди, які страждають на наркоманію та алкоголізм тощо. Ми вважаємо, що саме соціальні працівники, озброєні відповідними знаннями та навичками сучасних медико-соціальних, педагогічних та ін. технологій, мають допомогти людям у вирішенні цих складних проблем.

На нашу думку, університетський рівень фахової підготовки слід спрямовувати на навчання соціальних працівників, які будуть спроможні ефективно працювати за кожним із зазначених напрямків, а одним із результативних компонентів навчання повинна стати готовність випускників до використання медико-соціальних технологій у професійній діяльності.

В процесі навчання за бакалаврською та магістерською програмами студенти знайомляться із сучасними уявленнями про соціальні проблеми й підходами до їх вирішення, опановують методи надання дорадчої і консультативної допомоги окремим особам, сім’ям, групам, спільнотам та організаціям у випадку виникнення у них соціальних та особистих труднощів, вивчають методи збору й аналізу соціальної інформації, здобувають знання про теоретико-методологічні засади й ключові результати  соціальних досліджень, відповідно до вибору студентами вибіркових навчальних дисциплін циклу професійної та практичної підготовки (серед них – розвиток професійних концепцій у соціальній роботі, соціальні інновації, соціальна політика, соціальне проектування, порівняльна соціальна політика, технологія проведення тренінгу тощо). Успішне завершення програми передбачає здобуття поглиблених фундаментальних та професійно орієнтованих знань та вмінь, здатності вирішувати професійні завдання у галузі  соціального захисту та соціальної роботи.

Аналіз змісту навчальних планів, робочих програм дисциплін свідчить, що вони спрямовані на підготовку фахівців-психологів широкого профілю, а підготовка до використання медико-соціальних технологій у майбутній професійній діяльності має несистемний, вибірковий характер. Про це свідчить надмірна увага до проблеми ВІЛ/СІДу, наркоманії та психіатрії і відсутність навчальних дисциплін, в яких би студенти знайомилися із специфікою медико-соціальної роботи з іншими категоріями осіб (інвалідами, невиліковно хворими, людьми похилого віку та ін.).

Підготовка фахівців-психологів скерована на привнесення професійних знань та умінь у політику соціального забезпечення та практику соціальної роботи для здійснення соціальних змін, спрямованих на реформування соціальних послуг та покращення соціального та економічного добробуту населення України.

При тому, що генералістична орієнтація є важливою і допомагає підготувати фахівців-психологів до практичної діяльності у різноманітних сферах, в умовах бакалаврату існують також можливості і для спеціалізації. Так, студенти вивчають спеціалізовані дисципліни, що зосереджуються на роботі з дітьми і сім’ями, домашньому насильстві, роботі з групами та розвитку громади.

Особлива увага в процесі професійної підготовки приділяється практиці – студенти мають можливість її проходження в таких медико-соціальних закладах м. Львова як: міський центр статевого виховання дітей та підлітків; центр медико-соціальної допомоги дітям та молоді «Клініка, дружня до молоді»; хоспіс; Львівське обласне добровільне товариство дітей-інвалідів, хворих на дитячий церебральний параліч; навчально-реабілітаційний центр для дітей, хворих на дитячий церебральний параліч “Джерело”; центр соціального захисту та реабілітації інвалідів «Созарін»; Львівський обласний клінічний наркологічний диспансер; центр з профілактики та боротьби зі СНІДом та ін.

Отже, випускник навчальної програми – генераліст, який уміє працювати з різними категоріями клієнтів (як окремих осіб, родин, так і груп чи громад), часто координуючи зусилля спеціалістів у процесі піклування, а також виконувати свої функції у різних сферах практичної соціальної роботи, частково й медико-соціальної.

Основними складовими навчальної програми в галузі соціальної роботи є соціальна політика, професійна практика та практичні вміння і навички, дослідження, а також знання особливостей практичної соціальної роботи в її різноманітних сферах з категоріями населення у стані ризику. Відповідно навчальні дисципліни об’єднуються у такі групи: підготовка до соціальної роботи (фундаментальні навчальні дисципліни); навчальні курси з практичної соціальної роботи; політика соціального забезпечення; соціальні дослідження; спеціалізовані сфери практичної соціальної роботи; настанови з питань проходження практики.

Навчальною програмою передбачається практична підготовка студентів. Практики соціальної роботи організуються як неперервний пізнавальний навчальний процес, що здійснюється в закладах соціальної служби протягом декількох тижнів. Це, у свою чергу, сприяє зануренню студента у процес практичної діяльності і більш глибокому осмисленню особливостей виконання різноманітних ролей соціального працівника.

В цілому, базова навчальна програма в галузі соціальної роботи забезпечує фундаментальну професійну підготовку фахівців, що доповнюється гуманітарною університетською освітою. Випускники програми професійної підготовки фахівців-психологів вирізняються здатністю демонструвати комплексний підхід до практичної соціальної роботи у різних її сферах.

Таким чином, аналіз навчальних програм підготовки фахівців-психологів у деяких ЗВО України свідчить, що вони спрямовані на формування широко освіченого фахівця, який має фундаментальні знання, вміння та навички необхідні для професійної діяльності в різних галузях соціальної роботи. Що стосується підготовки до використання технологій медико-соціальної роботи, то кожен ЗВО організовує її, зважаючи на власні можливості та ресурси – у деяких закладах з цією метою впроваджено низку спеціальних дисциплін медико-соціального спрямування; в інших – медико-соціальні питання є складовими фахових дисциплін з соціальної роботи. Проблемною є також практична підготовка: студентам пропонується широкий перелік баз практик, однак закладів, які мають медико-соціальний профіль діяльності є недостатньо. У зв’язку з цим, ознайомитися з елементами технологій медико-соціальної роботи може лише частина студентів (на бази практики зазвичай приймають не більше 3-ох практикантів). Інші проблеми практики студентів – це відсутність єдиного стандарту у вітчизняних ЗВО до її організації, питання нормативного врегулювання волонтерської практики, не завжди злагоджена співпраця з базами практик та ін.

Розглянемо досвід професійної підготовки фахівців-психологів у ЗВО Швеці. Навчання відбувається за трьома освітніми рівнями: бакалаврський, магістерський та дослідницький (докторський). Структура підготовки фахівців, якої дотримуються всі ЗВО Швеції, складається з таких ступенів: базове теоретичне навчання, практика, поглиблені теоретичні курси спеціалізації. Навчання здійснюється диференційовано для фахівців різних напрямків: соціально-педагогічна робота; патронаж та організація допомоги населенню; догляд за хворими та людьми з обмеженими можливостями.

Своєрідним керівництвом для наповнення освітніх програм та курсів є звіт Національної ради зі здоров’я та добробуту, у якому подається детальний огляд соціальних проблем та можливих шляхів соціальних перетворень. У цьому звіті зазначаються основні напрями соціальної роботи, соціальні проблеми та найбільш вразливі соціальні групи, з якими працюватимуть соціальні працівники. Зокрема, це – безробітні, бідні, діти та молодь, що живуть у фостерних сім’ях, люди похилого віку, хворі (психічно хворі, наркозалежні, алкоголіки та ін.). З урахуванням зазначених соціальних проблем формується зміст теоретичних дисциплін та практичного навчання студентів (не менше 20 тижнів навчального плану), яке забезпечує: 1) отримання досвіду роботи з клієнтом; 2) інтеграцію в професійне середовище соціальної роботи та формування ставлення до професії; 3) проникнення в суть професії; 4) усвідомлення власної ролі в соціальній роботі.

Важливою складовою навчання фахівців-психологів у Швеції є підготовка до використання технологій медико-соціальної роботи. До навчальної програми майже всіх ЗВО обов’язково входить курс “Особи з обмеженими можливостями”, адже соціальна робота з цією категорією населення Швеції є однією з пріоритетних згідно з національною соціальною політикою. Даний курс триває 20 тижнів (30 кредитів ECTS), складається з чотирьох модулів, по 5 тижнів кожен. Студенти можуть обирати час проходження цього курсу і допускаються до нього за умов успішного попереднього засвоєння основ соціальної роботи та педагогіки. Мета курсу “Особи з обмеженими можливостями” – надати майбутньому фахівцю всебічних знань з розуміння соціально-психологічних та побутових умов, за яких живе особа з обмеженими можливостями.

Модуль 1. Особи з обмеженими фізичними можливостями. Курс зосереджено на проблемі фізичних відхилень, інвалідності. Інвалідність розглядається з історичної, соціокультурної та ґендерної позиції. Студенти знайомляться з умовами та якістю життя людей з фізичними обмеженнями у контексті соціально-економічних факторів, опановують основні методи та технології роботи з цією категорією осіб.

Модуль 2. Особи із затримкою психічного розвитку (нездатні до навчання). Завдання курсу – надати студентам знання про умови та спосіб життя осіб із затримкою психічного розвитку; ознайомити з особливостями поведінки, специфікою потреб та факторами, що здійснюють визначальний вплив на життєдіяльність осіб, які відносяться до цієї групи.

Модуль 3. Особи з хімічною та наркотичною залежністю. У цьому модулі розглядаються соціальні, біологічні та психологічні аспекти хімічної та наркотичної залежності. Подається класифікація адиктивних речовин та існуюча нормативна база у галузі протидії розповсюдженню та вживанню адиктивних речовин, а також соціальні наслідки їх вживання. Студенти вивчають особливості соціальної роботи та моделі допомоги особам з хімічною чи наркотичною залежністю.

Модуль 4. Соціальна психіатрія. Під час вивчення курсу студенти поглиблюють знання з основ психіатрії, проблеми психічних відхилень та ін.

Отже, підготовка майбутніх фахівців-психологів до медико-соціальної роботи є невід’ємною складовою навчальних планів ЗВО Швеції.

На сьогодні у Великій Британії сформована оригінальна структура підготовки фахівців соціальної роботи, яка представлена різнорівневою багатоступінчастою системою. Перші чотири ступені – недипломовані соціальні працівники, які безпосередньо забезпечують обслуговування клієнтів у різних соціальних закладах. П’ятий і шостий ступені – дипломовані спеціалісти соціальної роботи, які пройшли відповідну підготовку в університетах чи коледжах.

Більшість навчальних закладів Великої Британії не готують фахівців соціальної роботи широкого профілю, тому майже в кожному ЗВО розроблена своя специфічна програма підготовки фахівців до конкретного виду діяльності, яка реалізується за денною, заочною чи дистанційною формою навчання. Наприклад, підготовка бакалаврів мистецтв та соціальних наук у сфері охорони здоров’я та соціальної опіки за дистанційною формою навчання (на прикладі Відкритого Університету) передбачає 2, 3 або 4-річну освітню програму.

Для отримання ступеня бакалавра необхідно набрати 360 кредитів навчального плану: простий ступінь бакалавра – 240 кредитів 2-го або 3-го рівня, ступінь бакалавра з відзнакою – ще 120 кредитів 3-го рівня. На 1-му та 2-му рівнях студенти вивчають обов’язковий теоретичний курс «Розуміння системи охорони здоров’я та соціальної опіки» (60 кредитів, 1-й рівень) та вибіркові курси (всього слід набрати 120 кредитів з дисциплін 2-го рівня та 60 кредитів – курсів 3-го рівня). Дисципліни 2-го рівня (по 30 кредитів): «Старіюче суспільство», «Ментальне здоров’я та страждання: перспективи та практика», «Здоров’я та благополуччя», «Громадська опіка», «Смерть та помираючі», «Ролі та взаємовідносини», «Людська біологія та здоров’я», «Робота з молоддю та дітьми», «Робота над здоров’ям», «Робота з дітьми та сім’ями». Дисципліни 3-го рівня (по 60 кредитів): «Сприяння охороні здоров’я: перспективи та практика», «Громадська опіка та опіка за місцем проживання», «Критична практика сфери охорони здоров’я та соціальної опіки». Студенти також мають пройти дві практики: 55 днів на 1-му рівні та 85 днів на 2-му рівні. Ефективність практичного навчання забезпечується чіткою координацією діяльності університетів і соціальних закладів; інтеграцією теорії і практики. Навчання за такою програмою дозволяє отримати відкритим способом диплом кваліфікованого практичного соціального працівника, диплом про вищу освіту.

У сучасних умовах підготовку фахівців соціальної сфери у Франції здійснюють як недержавні, так і державні заклади. Перші (регіональні інститути соціальної роботи, асоціації та ін.) забезпечують початкову, середню професійну та вищу професійну освіту І-ІІ циклів у галузі соціальної роботи. Державні заклади (загальноосвітні та професійні ліцеї, університети, технологічні інститути) дають можливість для здобуття початкової, середньої та вищої професійної освіти І-ІІІ циклів. Підготовка фахівців-психологів реалізується за такими рівнями: допрофесійна освіта, початкова професійна освіта, середня професійна освіта, вища професійна освіта (3 цикли), післядипломна професійна освіта.

Клінічний соціальний працівник працює в клініках, установах, амбулаторіях, консультаціях у тісній професійній взаємодії з психологами, лікарями, ерготерапевтами і як кейс-менеджер (Casemanager\in) – менеджер супроводу клієнтів.

Уже більше ніж 10 років університети і спеціальні вищі навчальні заклади ФРГ пропонують навчання та підвищення кваліфікації для соціальних працівників, діяльність яких спрямована на захист і підтримку здоров’я громадян.

Підготовка фахівців-психологів до медико-соціальної роботи здійснюється на рівні магістерської програми клінічної соціальної роботи – спеціалізований напрямок соціальної роботи, що орієнтований на осіб, які працюють в благочинних організаціях, надають консультації з психосоціальних питань, обслуговують і лікують: наприклад в установах, що допомагають дітям і підліткам, працюють у галузі дитячої, юнацької і дорослої психіатрії, у добових клініках, у соціальних психіатричних службах, терапевтичних практиках.

Той, хто хотів би сьогодні стати магістром клінічної соціальної роботи, повинен мати не лише бакалаврську освіту, а й досвід роботи за спеціальністю. Це є необхідною передумовою для того, щоб бути зарахованим для підвищення кваліфікації. Особи, які навчаються, наприклад, повинні вміти обговорювати власні приклади (випадки) та застосовувати вивчені психосоціальні методи діагностики.

Від клінічних фахівців-психологів вимагається не лише мати фахові знання, а й уміти складати аналізи клінічних спостережень. Вони потрібні для систематичної ідентифікації соціальних проблем, щоб знайти відповідний спосіб втручання. Основу для їх складання становлять: біографічні дані; аналіз стану в певний момент; специфічні особливості здоров’я; культурні звички; гендерні аспекти, міграція, вік тощо.

Професійну підготовку фахівців-психологів у Канаді здійснюють структурні підрозділи близько 25 університетів країни. Більшість із них пропонує підготовку бакалаврів – «генералістичних фахівців» за спеціальністю «соціальна робота», магістрів за спеціальністю «соціальна робота» і спеціалізацією «клінічна соціальна робота» чи «управління сферою соціальних послуг».

Характерною ознакою професійної підготовки фахівців-психологів є рання спеціалізація та інтегративний підхід, який поєднує науковий пошук і практичні аспекти соціальної роботи. Навчальні плани факультетів і шкіл соціальної роботи на сучасному етапі містять теоретичний і практичний компоненти (другому відводиться особлива увага).

Підготовка фахівців-психологів до використання технологій медико-соціальної роботи здійснюється в рамках магістерської програми за спеціалізацією «клінічна соціальна робота». Її метою є розвиток у студентів аналітичних навичок подальшої практики соціальної роботи.

Практичний компонент займає вагоме місце у змісті професійної підготовки фахівців-психологів в університетах Канади і характеризується наявністю двох моделей організації навчальної практики, а саме: «університетської моделі» та «агенційної моделі». Сьогодні університети Канади віддають перевагу другій моделі, оскільки тоді студент перебуває у полі зору більшої кількості фахівців і має ширші можливості набуття професійних знань, умінь і навичок.

Заняття за програмою першого ступеня тривають три роки. Випускники шкіл мають змогу працювати у різноманітних державних та громадських закладах: дитячих, юнацьких відділах громадської допомоги, лікарнях, психіатричних закладах, консультаціях з питань шлюбу і сім’ї, промислових підприємствах та ін.

Велика увага в Школах соціальної роботи Ізраїлю приділяється медичному аспекту в соціальній роботі, організації обслуговування в різних медичних і психіатричних установах, центрах реабілітації. Студенти (від 10 до 20 осіб) проходять практику в спеціально організованих центрах для проведення практики.

Таким чином, аналіз зарубіжного досвіду підготовки фахівців-психологів свідчить, що спеціалізація в галузі соціальної роботи стає все більш актуальною. Особливо це стосується медико-соціальної роботи. Світова практика показує, що компетентний соціальний працівник зобов’язаний володіти технологіями медико-соціальної роботи, оскільки медицина стає сьогодні спеціалізованою сферою практики соціальної роботи.

Аналіз вітчизняної системи підготовки соціальних працівників, зарубіжного досвіду та дані проведеного дослідження аргументують необхідність удосконалення підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних технологій у практичній діяльності.

**1.3. Зміст і структура готовності майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності**

У педагогіці поняття «готовність» розглядається як сукупність якостей майбутнього фахівця-професіонала, які забезпечують виконання ним функцій, адекватних потребам певної виробничої діяльності; як стан суб’єкта діяльності, що передує виконанню певного виду роботи, обумовлюється як стійкими психічними особливостями, так і конкретними умовами, у яких ця діяльність відбувається. Готовність – це внутрішня налаштованість особистості на певну поведінку при виконанні навчальних і трудових завдань, установка на активні дії.

Результати аналізу літератури дозволяють виділити такі етапи розвитку наукових поглядів на проблему готовності особистості до діяльності:

* кінець ХІХ - початок XX століття – розроблені питання нейрофізіологічних механізмів регуляції, саморегуляції поведінки і психологічної готовності як визначальних складових успішності діяльності;
* 1940-1960 рр. – активізація досліджень готовності з позиції теорії діяльності. Готовність розглядається у світлі когнітивної концепції діяльності людини і саморегуляції на рівні фізіологічних і психологічних механізмів (установок, потреб, мотивів);
* з початку 70-х років по теперішній час розробляється теорія психологічної готовності до різних видів діяльності, уточнюється поняття «психологічна готовність до праці», вводиться поняття «професійна готовність».

Досліджуючи структуру готовності виділяють такі її складові: психічні пізнавальні процеси, що відбивають найважливіші сторони виконуваної діяльності; емоції, які можуть як підсилювати, так і послаблювати активність людини; вольові компоненти, що сприяють удосконаленню ефективних дій для досягнення мети; мотиви поведінки.

Готовність містить у собі не тільки усвідомлені та неусвідомлені установки, але й завдання, моделі ймовірної поведінки, способи діяльності, низку внутрішніх резервів, які у поєднанні з очікуваними труднощами забезпечать досягнення певного результату. Тому, на нашу думку, установка й готовність збігаються не завжди, оскільки готовність більш складна структурна категорія.

Цілісна професійна готовність розглядається ними як складне особистісне утворення, багатопланова і багаторівнева система якостей, властивостей і станів, які дозволяють певному суб’єкту здійснювати діяльність.

Згідно системно-цілісного підходу, вчені розглядають професійну готовність як процес і результат професійної підготовки, яка передбачає: мотиваційно-ціннісну готовність особистості до майбутньої діяльності, зокрема до медико-соціальної роботи; спрямованість особистості; розуміння важливості й значимості цієї діяльності для попередження і подолання соціальних проблем; інформаційно-змістову готовність, яка виражається необхідним обсягом загальнометодичних, медико-біологічних, спеціальних і психолого-педагогічних знань; організаційно-діяльнісну готовність, що передбачає наявність когнітивних, комунікативних, конструктивних і організаторських умінь, креативності.

Досліджуючи професійний портрет соціального працівника медико-соціальної сфери, вчені виділяють багатопланове, комплексне поняття – особистісний потенціал фахівця, що найбільш повно характеризує його як цілісного суб’єкта професійної діяльності

Поняття «особистісний потенціал соціального працівника» розглядається з позиції його формування і розвитку:

* потенціал як відображення минулого – це сукупність властивостей, накопичених людиною в процесі її становлення;
* потенціал як репрезентація сьогодення –акцент ставиться на процес актуалізації можливостей, їх практичного застосування;
* потенціал як орієнтація на майбутнє – складає основу майбутнього розвитку, здатність до саморозвитку та самореалізації.

Основу особистісного потенціалу становлять такі риси і властивості соціального працівника: психологічні характеристики, що визначають здатність до даного виду діяльності; психоаналітичні якості, орієнтовані на вдосконалення соціального працівника як фахівця-професіонала; психолого-педагогічні якості, спрямовані на створення ефекту особистої привабливості.

До першої групи якостей належать: психічні процеси, позитивні психічні стани, емоційні і вольові характеристики (сприйняття, мислення, професійна зацікавленість, творче натхнення, рішучість, стриманість, індиферентність, наполегливість, послідовність та ін.). Другу групу складають психоаналітичні якості, спрямовані на вдосконалення фахівця як особистості, професіонала. До них відносять самоконтроль, самокритичність, самооцінку, стресостійкість, уміння переключатися та керувати емоціями. До третьої групи якостей належать комунікабельність, емпатійність, візуальність (зовнішня привабливість особистості), красномовність та ін. Ця група якостей базується на психологічних теоріях комунікацій (самопред’явлення та самопрезентації). Даній проблемі присвячені різні дослідження, однак умінням правильно (адекватно ситуації) подати себе повинен володіти фахівець у будь-якій сфері соціальної взаємодії, в тому числі медико-соціальній роботі.

Безумовно, це неповний перелік всіх особистісних рис і властивостей, які повинні бути притаманні соціальному працівнику. Варто відзначити, що вони є загальними для різних сфер соціальної роботи і задають єдиний профіль особистості фахівця.

З позиції комплексного підходу готовність до професійної діяльності одночасно розглядається на особистісному, функціонально-психологічному і психофізіологічному рівнях аналізу. У рамках даного підходу явище готовності розкривається як цілісний прояв всіх сторін особистості, що дає можливість ефективно здійснювати провідну діяльність і виконувати свої професійні функції. Тобто готовність до професійної діяльності – це розвинена система переконань, поглядів, відносин, мотивів, вольових та інтелектуальних якостей, знань, навичок, умінь, установок, налаштованості на певний вид діяльності. Така готовність досягається в процесі моральної, психологічної, професійної та фізичної підготовки і є результатом всебічного розвитку особистості з урахуванням особливостей професійної діяльності.

Узагальнюючи дослідження вітчизняних науковців з проблеми структури готовності фахівців до певного виду діяльності, а також враховуючи особливості медико-соціальної роботи, професійна готовність майбутніх фахівців-психологів до використання технологій медико-соціальної роботи передбачає такі складові: теоретичну, практичну, мотиваційну і емоційно-вольову.

Теоретична готовність майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності характеризується сукупністю знань, які характеризують функції медико-соціальної роботи:

* медико-орієнтовані – організація медико-соціальної роботи з хворими, непрацездатними, інвалідами; надання медико-соціальної допомоги сім’ям хворих; медико-соціальний патронаж різних груп населення; організація паліативної допомоги; попередження рецидивів захворювання і виходу на інвалідність, смертності (вторинна і третинна профілактика); санітарно-гігієнічна освіта; інформування клієнта про його права на медико-соціальну допомогу і порядок її надання;
* соціально-орієнтовані – забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров’я і надання медико-соціальної допомоги; представлення в органах влади інтересів осіб, що потребують медико-соціальної допомоги; сприяння в попередженні суспільно небезпечних дій; оформлення опіки та піклування; участь у проведенні соціально-гігієнічного моніторингу; участь у створенні реабілітаційної соціально-побутової інфраструктури для населення; забезпечення доступу клієнтів до інформації з питань їхнього здоров’я; інформування клієнтів про пільги, допомоги та інші види соціального забезпечення; сприяння клієнтам у вирішенні соціально-побутових і житлових проблем, одержанні ними пенсій, допомог, інших виплат; сімейне консультування і психокорекція; психотерапія, психічна саморегуляція; комунікативний тренінг, тренінг соціальних навичок та ін.
* інтегральні – комплексна оцінка соціального статусу клієнта; сприяння виконанню профілактичних заходів щодо підтримки соматичного, психічного і репродуктивного здоров’я населення на індивідуальному, груповому і общинному рівнях; формування установок клієнта, групи, населення на здоровий спосіб життя; планування сім’ї; проведення медико-соціальної експертизи; здійснення медичної, соціальної і професійної реабілітації інвалідів; проведення соціальної роботи в психіатрії, наркології, онкології, геріатрії та інших сферах клінічної медицини; сприяння попередженню поширення Віл-інфекції і забезпечення соціального захисту інфікованих та членів їх сімей.

Аналіз кваліфікаційної характеристики соціальних працівників, посадових обов’язків, професійних функцій, вимог до рівня знань, умінь та навичок свідчить про визначальну роль технологічної компоненти соціальної діяльності. Будь-яка соціальна діяльність, в тому числі медико-соціальна робота, будучи системним процесом досягнення соціально-значимих цілей, несе в собі технологічну основу. Виходячи із сутності і характеристик соціальної технології, з’ясовано, що природа всіх функцій соціального працівника, та й всієї соціальної роботи технологічна. Це означає, що функції соціального працівника можуть бути реалізовані тільки засобами соціальних технологій, які попередньо повинні бути приведені у необхідну для конкретних умов форму, а це вимагає від фахівця особливих знань.

Обґрунтування технології передбачає визначення змісту медико-соціальної роботи, методів її реалізації та форм організації, які взаємопов’язані між собою. Зміст, методи і форми не можуть існувати незалежно одні від одних, їх взаємозв’язок визначається тим, що зміст впливає на форми і методи, а ті у свою чергу, можуть корегувати зміст медико-соціальної діяльності.

Розв’язання будь-якої проблеми, що пов’язана із здоров’ям клієнта і потребує втручання соціального працівника, починається з діагностики проблеми. Цей етап включає в себе обов’язковий збір, аналіз і систематизацію інформації, на основі яких може бути зроблений певний висновок.

Наступний етап – пошук шляхів вирішення проблеми. Розв’язання визначених завдань може здійснюватися двома шляхами. Перший – скориставшись вже розробленими технологіями. Завданням соціального працівника є підбір саме тієї технології МСР, яка забезпечить успішне вирішення проблеми. Другий шлях – це складання власної програми, тобто розробка технології своєї діяльності в конкретному випадку. Відповідно соціальний працівник повинен бути компетентним щодо індивідуальної програми, яка враховує особливості хворого чи членів його сім’ї, характер проблеми та ін.

В залежності від обраної технології, соціальний працівник обирає відповідні методи і форми своєї діяльності, визначає засоби, які будуть використані в роботі і дозволять вирішити проблему. В окремих випадках може виникнути необхідність корекції діяльності соціального працівника на кожному етапі і повторне розв’язання проблеми.

Детальний аналіз всіх етапів соціальної технології дозволив виділити три групи технологічних умінь у сфері медико-соціальних та психотехнологій:

* уміння обґрунтовувати медико-соціальних та психотехнологій (1-9 етапи технологічного процесу);
* уміння розробляти (корегувати) проєкт медико-соціальних та психотехнологій (10-15 етапи);
* уміння реалізовувати медико-соціальних та психотехнологій (16-20 етапи).

Таким чином, кожна група зазначених умінь охоплює достатньо великий обсяг роботи і передбачає наявність низки як загальнопрофесійних умінь, так і конкретних умінь медико-соціальної та технологічної діяльності.

Таким чином, практична готовність характеризується специфікою виконуваної діяльності і реалізується за рахунок цілісності зазначених умінь. При цьому оцінювання практичної готовності фахівців-психологів повинно базуватися, в першу чергу, на врахуванні взаємодії (інтеграції) умінь, а не на локальному виявленні ступеня їх прояву.

Мотиваційна готовність майбутніх фахівців-психологів до використання технологій медико-соціальної роботи характеризується сукупністю суб’єктивних показників діяльності, до яких належать потреби, мотиви, інтереси, установки, ціннісні орієнтації, спрямованість особистості, ідеали та ін.

Мотиви розуміння призначення професії виникають і розвиваються як форма й міра професійної спрямованості, прийняття кінцевих цілей навчання. Професійна спрямованість розглядається як інтерес до професії й схильність займатися нею. Вона є складним багатомірним утворенням і містить у собі уявлення про цілі професійної діяльності; мотиви, що спонукають до діяльності; емоційне відношення до цієї діяльності; задоволеність нею.

Мотиви професійної діяльності виражають раніше сформовані потреби особистості, актуалізовані при взаємодії із професією (мотиви саморозкриття й самоствердження, матеріальні потреби, особливості характеру, звичок). Цей вид мотивів пов'язаний з такими особистісними якостями, як: зусилля, що розуміють як фізичну, розумову, душевну напруги, необхідні для ефективного виконання професійної діяльності; старання як зусилля, спрямовані на досягнення професійної діяльності й такі, що характеризуються ретельністю, старанністю в роботі й; наполегливість як рішучість, завзятість, вимогливість у досягненні кінцевого результату діяльності; сумлінність як чесність, старанність, ретельність виконання професійної діяльності; націленість як спрямованість особистості на результат своєї діяльності, свого прагнення.

Виникнення, тривалість і стійкість поведінкового акту, його спрямованість і припинення після досягнення мети, настроювання на майбутні події, підвищення ефективності діяльності – все це залежить від рівня мотивації. Мотивація відіграє важливу роль в процесі засвоєння знань, умінь і навичок, зміні працездатності, тобто впливає на формування інших компонентів професійної готовності.

Для соціального працівника мотивація до досягнення максимального рівня професійної готовності є важливим чинником успішності майбутньої професійної діяльності. При цьому професійна підготовка повинна бути спрямована на те, щоб природні потреби досягнення успіху та виконання поставлених завдань трансформувалися в професійну мотивацію вирішення соціальних проблем клієнта.

Емоційно-вольова готовність характеризує ті якості особистості, які забезпечують успішність та результативність медико-соціальної діяльності. Даний компонент передбачає володіння технологіями збереження внутрішньої рівноваги і емоційного відновлення, наявність комунікативних здібностей, здатність до гнучкої поведінки з різними категоріями клієнтів, уміння розпізнавати емоційний стан хворого тощо.

Визначальну роль для нашого дослідження мають наукові праці, які розкривають сутність емоцій особистості. Відповідно, функціональна потреба людини в емоційному насиченні, перетворюючись у прагнення суб’єкта до певних переживань своїх відношень до дійсності, стає одним із визначальних факторів спрямованості особистості. Ця функція дозволяє стверджувати про визначальну роль емоцій у формуванні взаємин, регулюванні комунікації, корегуванні взаємовідносин. Недостатня сформованість емоційної сфери розвиває зневажливе ставлення до людини, ігнорування вихованого впливу оточуючих. Зазначене належить до психологічних механізмів, які підсилюють егоїстичні тенденції особистості і створюють неабиякі бар’єри в засвоєнні основ професійної діяльності. У результаті розвитку емоцій виникає їх вищий продукт – почуття, в тому числі соціально-значимі й моральні. Сформовані в студентів уявлення про зміст медико-соціальної роботи, категорію осіб, які потребують медико-соціальної допомоги при наявності емоційного компонента можуть виконувати роль механізмів прояву милосердя, емоційної чуйності до оточуючих. Розглядаючи готовність до застосування медико-соціальних та психотехнологій з позицій діяльнісного підходу необхідно будувати навчально-виховний процес таким чином, щоб прагнення допомагати, співпереживати і приносити користь людям стали сенсом будь-якої діяльності.

Таким чином, під готовністю фахівців-психологів до застосування технологій медико-соціальної роботи в професійній діяльності будемо розуміти стійке особистісне утворення, в якому інтегровані мотиви, емоції, знання й уміння майбутнього фахівця, що зумовлюють ефективне вирішення проблем, пов’язаних з відновленням, збереженням та зміцненням здоров’я населення. Це здатність обирати і використовувати діагностичні та оціночні інструменти, адекватні рівню складності проблеми клієнта; розробляти й реалізовувати програми профілактики й реабілітації осіб з урахуванням їх потреб і обмежень; обирати й видозмінювати необхідні стратегії медико-соціальної допомоги, організовувати й координувати діяльність поліпрофесійних бригад з метою індивідуального супроводу, адаптації та підтримки соціального функціонування клієнтів медико-соціальної роботи.

**РОЗДІЛ 2**

**Структурно-функціональна модель підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності**

**2.1. Модель підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності**

Дослідно-експериментальна робота з формування готовності майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій в професійній діяльності здійснювалася поетапно.

Результати констатувального зрізу засвідчили, що переважна більшість студентів перших курсів як експериментальної, так і контрольної групи демонструють низький рівень готовності до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності (80% і 83,3% відповідно), рідше – середній (17,8% 14,6%) і достатній (2,2% і 2,1%).

Водночас, показники рівнів готовності майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій, продемонстровані студентами випускних курсів, незважаючи на те, що вони виявилися вищими, ніж на перших курсах, засвідчують, що загалом ВНЗ на сьогоднішній день не забезпечують належну професійну підготовку фахівців до медико-соціальної роботи.

У зв’язку з цим, нами була розроблена і апробована структурно-функціональна модель підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності. Підготовка студентів контрольної групи відбувалася за традиційною методикою навчання. В експериментальній групі реалізовувалася зазначена модель упродовж 5 років (з 1-го по 5-й курси).

Отже, її створення ґрунтується на заміщенні реальних об’єктів їхнім умовним образом, аналогом, що дозволяє забезпечити більш детальне вивчення реального процесу чи явища. Модель виступає як засіб конкретизації та унаочнення. За допомогою моделі відтворюються властивості, зв’язки, тенденції досліджуваних систем і процесів, а це уможливлює оцінювання їх стану, прогнозування, прийняття обґрунтованих рішень тощо.

Модель підготовки фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності повинна відображати взаємозв’язок і цілісність всіх елементів цього процесу, показувати спосіб їх функціонування і взаємодії та забезпечувати його наукове і практичне обґрунтування. Методологічною основою розробки структури і змісту підготовки фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій та побудови моделі є такі наукові підходи:

1. Особистісний підхід. Його основу становить сукупність вихідних концептуальних уявлень, цільових установок, методико-діагностичних та психолого-технологічних засобів, що забезпечують більш глибоке цілісне розуміння, пізнання особистості людини і на цій основі – її гармонійний розвиток в умовах освітньої системи.

2. Системний підхід.Згідно цього підходу професійна підготовка фахівців-психологів в умовах вищого навчального закладу представляється як система, а їх підготовка до використання технологій медико-соціальної роботи – підсистема. З одного боку, системний підхід дозволяє розглядати процес підготовки медико-соціального спрямування як відносно самостійну підсистему, якій притаманні елементи будь-якої педагогічної системи (мета, зміст, засоби, методи навчання, форми організації навчально-пізнавальної діяльності, викладачі, студенти, умови і результат навчання тощо).

3. Міждисциплінарний підхід. Пізнання об’єктивної дійсності не можна забезпечити тільки однією наукою чи відповідним навчальним предметом. Треба розв’язувати проблему міжнаукових і міждисциплінарних взаємодій і відношень між ними. У процесі інтегрування наук відбувається посилення взаємних зв’язків між їх структурними ланками і підвищення ступеня їх єдності. Це і є системним інтегративним ефектом.

Перший виступає як засіб для всебічного вивчення предметів і явищ, пізнання їх зв’язків, а також поглиблення формування понять. Другий забезпечує ознайомлення студентів з науковими методами та їх застосуванням. Третій вид зв’язків покликаний забезпечити глибоке розуміння суті понять, категорій, законів і теорій, які вивчаються для пояснення для пояснення різних явищ. При цьому кожний вид зв’язку виконує певну дидактичну функцію, а разом вони сприяють утворенню системи знань, їх синтезу, а також розвитку в студентів цілісного світогляду. Такий погляд, на нашу думку, є фундаментальним для правильного розуміння гносеологічної суті міждисциплінарних зв’язків.

4. **Контекстний підхід**. Забезпечує створення умов для взаємозв’язку навчальної і професійної діяльності як способу досягнення професійної компетентності. Його сутність полягає в здійсненні навчального процесу в контексті майбутньої професійної діяльності за допомогою відтворення у формах і методах навчальної діяльності студентів реальних зв’язків і відносин, вирішення конкретних професійних завдань.

У контекстному навчанні **метою діяльності студента** стає не опанування системою інформації, а формування здібностей до виконання професійної діяльності. Основою взаємодії студента і викладача в контекстному навчанні стає не «порція інформації», а ситуація предметної і соціальної невизначеності і суперечності. Змістом контекстного навчання виступає не лише предметна сторона майбутньої професійної діяльності, задана за допомогою системи учбових завдань, моделей і ситуацій, але і її соціальна сторона, відтворена різними формами спільної діяльності і спілкування.

Таким чином, визначальна роль у процесі фахової підготовки фахівців-психологів належить таким методологічним підходам: особистісному, системному, міждисциплінарному, контекстному. На основі аналізу зазначених підходів професійну підготовку фахівців-психологів розглядаємо як складну, багатокомпонентну відкриту систему, в межах якої здійснюється підготовка фахівця, здатного до самовдосконалення та застосування технологій медико-соціальної роботи у професійній діяльності.

Освітня функція передбачає спрямування навчально-виховного процесу на формування певного рівня загальнонаукової, професійної і медико-соціальної компетентності студентів, тобто на набуття ними системи наукових, технічних і медико-соціальних знань як основи готовності до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності. Дієвість реалізації освітньої функції виражається у свідомому застосуванні теоретичних знань у конкретних умовах професійної діяльності.

Розвивальна – забезпечує не тільки формування певних професійних знань, умінь та навичок, а й розвиток особистості, готує до самостійного життя, самореалізації.

Функція професіоналізації особистості. Це процес і результат становлення людини як професіонала, залучення її до системи професійних відносин і професійної діяльності. Ця функція передбачає активну спрямованість освіти на визначення студентом цінностей і смислів професійної діяльності.

Культурно-гуманістична функція. Освіта є головним механізмом збереження, наслідування й розвитку культури суспільства. Ця функція передбачає також і становлення індивіда як культурної людини. У культурно-гуманістичній функції професійної освіти проявляється значення матеріального і духовного виробництва у створенні умов для вдосконалення людини та її життєдіяльності.

Технологічна функція – обумовлена майбутньою професійною діяльністю. В процесі навчання студент отримує певну систему знань, умінь і навичок про засоби і способи реалізації виробничих процесів, які за своєю природою і сутністю є технологічними.

Концептуальною основою проектування моделі підготовки майбутніх фахівців-психологів до використання ТМСР є такі загальнодидактичні принципи:

1. Принцип фундаментальності. Досвід вітчизняних і зарубіжних фахівців показує, що одним з пріоритетних напрямів розвитку вищої освіти, головних стратегій підвищення її якості є фундаменталізація, яка відображає найважливіші базові знання і уміння, що дозволяють надалі випускникам спиратися на них у виконанні професійної діяльності.

Завдання фундаментальної освіти – забезпечення оптимальних умов для взаємодії різних типів мислення і створення внутрішньої потреби в саморозвитку і самоосвіті впродовж всього життя.

2. Принцип наступності. Проблема наступності в педагогіці розглядається як складний і багатогранний процес, який має певні особливості. Наступність трактується як опора на минуле чи зв’язок між окремими освітніми етапами і складається з такої послідовності навчально-виховної роботи, де на кожному наступному етапі продовжується закріплення, розширення, ускладнення й поглиблення тих знань, умінь і навичок, які складали зміст навчальної діяльності попереднього етапу.

Розглядаючи наступність у якості дидактичного принципу, представимо дану категорію як основне вихідне положення, характерними ознаками якого є: 1) поступовість і узгодженість змісту, форм і методів дидактичного процесу на окремому освітньому етапі; 2) поступовість і узгодженість навчання на різних етапах навчального процесу, що дозволить зберегти досягнутий рівень підготовки студентів як результат попереднього етапу і забезпечить можливість їх подальшого розвитку.

3. Принцип активності та свідомості. Свідомість у навчанні – це розуміння необхідності сприйняття, засвоєння та застосування знань у певному обсязі, з визначеним ступенем глибини. Тому свідомість органічно пов’язана з активністю, ініціативністю та самостійністю студентів. Вищим проявом активності та свідомості у навчанні є успішне застосування знань на практиці, вміння аналізувати процеси чи явища на основі засвоєного теоретичного матеріалу та організація успішного самонавчання в подальшому.

Принцип активності та свідомості навчання включає три основні компоненти: свідоме розуміння студентами навчального матеріалу, свідоме ставлення до навчальних занять, формування пізнавальної активності.

Дотримання принципу активності та свідомості передбачає: навчання в дії, проблемне навчання, професійно-спрямоване навчання. Такі підходи дають можливість охопити увагою всіх студентів і враховувати та використовувати їх особисті здібності заради досягнення мети: свідомого засвоєння навчального матеріалу.

4. Принцип забезпечення цілісного розвитку особистості фахівця як активного суб’єкта майбутньої професійній діяльності. Цілісний розвиток особистості – це розвиток інтелектуальних, емоційно-вольових, психофізіологічних, духовних здібностей, які сприятимуть її успішній самореалізації в соціумі.

Підготовка майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій базується на певних специфічних принципах.

Принцип стимулювання професійної спрямованості вказує на важливість формування в студентів стійкого прагнення до самовдосконалення, ініціативи, пошуку інноваційних рішень, особистісного зростання та їх самореалізації в професійній діяльності.

Принцип орієнтації на соціальний результат застосування медико-соціальних технологій – передбачає визначення значимості використання технологій медико-соціальної роботи задля вирішення актуальних проблем, формування професійних компетенцій, забезпечує формування готовності до здійснення продуктивної соціально-значимої діяльності.

Принцип ідентичності із соціальним середовищем – вказує на важливість вирішення завдань формування особистості студента як громадянина, соціального діяча, компетентного фахівця. Даний принцип передбачає цілеспрямоване включення студентів у реалізацію програм, проектів, акцій, які спрямовані на захист здоров’я, формування ціннісного ставлення людей до свого здоров’я.

Модель підготовки фахівців-психологів до застосування технологій МСР представлена у вигляді сукупності блоків: цільового, змістового, функціонально-процесуального, технологічного, аналітико-результативного. Розглянемо їх зміст.

Цільовий блок моделі підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування психотехнологій передбачає процедуру визначення цілі (мети), що виконує дві методологічні функції: виступає інтегратором певних дій у системі «ціль – засоби досягнення – результат конкретного виду діяльності»; припускає активне функціонування факторів, що детермінують діяльність: потреб, інтересів, стимулів, мотивів.

Чітко сформульовані цілі дозволяють визначити структуру педагогічного процесу.

Основною метою підготовки майбутніх фахівців-психологів у досліджуваному контексті є: підготовка фахівця до використання медико-соціальних та психотехнологій, орієнтованого на досягнення високого результату діяльності в умовах свободи вибору і обмежених ресурсів, який володіє умінням приймати обґрунтовані рішення і вибирати необхідну стратегію для вирішення проблем клієнта. Соціальні працівники повинні мати високий рівень професійної компетентності, бути носіями загальної, професійної й технологічної культури, володіти знаннями та вміннями застосування ТМСР як інструменту соціальної роботи.

У даній цілі можна виділити такі підцілі: формування базових знань про психологічні, медичні, педагогічні, соціологічні, правові основи соціальної роботи; формування загально-професійних умінь; формування знань з технологій медико-соціальної роботи; формування медико-соціальних технологічних умінь, тобто вмінь добирати, обґрунтовувати і застосовувати технології медико-соціальної роботи; розвиток професійної мотивації, професійного самовизначення майбутніх соціальних працівників, їх емоційно-вольової сфери.

Основними завданнями в процесі підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій визначено такі: розвиток професійної спрямованості студентів на медико-соціальну роботу; формування обізнаності майбутніх фахівців-психологів у сфері медико-соціальних та психотехнологій; формування вмінь комплексної оцінки стану здоров’я населення, застосування технологій профілактики, медико-соціальної реабілітації, медико-соціальної експертизи.

Змістовий блок моделі визначає сукупність навчальних дисциплін, які складають теоретичну підготовкустудентів (Медико-соціальні основи здоров’я. Система соціальних закладів і служб. Технології соціальної роботи. Соціальна медицина. Методика групового та індивідуального консультування. Основи соціальної реабілітації), а також практичну підготовку (види практик:ознайомча, волонтерська, зі спеціальності, дослідницька, переддипломна).

Так, дисципліна «Загальна психологія» передбачає поглиблення психологічних знань студентів для розуміння вчинків людей, їх психічного стану; формування вмінь використовувати теоретичні знання для аналізу, оцінки і прогнозування поведінки людини, навичок проведення досліджень на основі використання спостереження, експерименту, анкетування, тестування тощо.

«Соціальна педагогіка» покликана сформувати в майбутніх фахівців-психологів чіткі уявлення про зміст соціально-педагогічної діяльності з різними категоріями клієнтів; розвивати вміння використовувати різні форми та методи соціально-педагогічної роботи; розуміти основні закономірності та механізми соціалізації у різних соціальних інституціях; сприяти засвоєнню студентами специфіки вікових та індивідуальних особливостей, соціальних факторів розвитку особистості та ін.

«Соціологія» передбачає формування знань та вмінь системного бачення сучасного суспільства; аналізу елементів соціальної системи та соціальних відносин, складних явищ соціального життя; застосування емпіричних методів вивчення соціальних феноменів.

Загалом, вказані дисципліни знайомлять студентів з психологічними, педагогічними та соціологічними методами соціальної роботи. Вони відіграють визначальну роль на етапі теоретичної підготовки, оскільки ці методи є структурними компонентами будь-якої соціальної технології.

Метою курсу «Медико-соціальні основи здоров’я» є ознайомлення студентів із прийомами першої допомоги потерпілим від нещасних випадків і хворим з гострими захворюваннями, навчання навичкам виконання різних процедур по допомозі хворим, а також знайомство з основними соціально-медичними проблемами здоров’я населення.

Дисципліни «Вступ до спеціальності» і «Система організації соціальних служб» спрямовані на формування в студентів умінь визначати коло соціальних проблем і контингент користувачів соціальних послуг; розуміти проблеми різних груп клієнтів; вибирати ефективні методи екстреної допомоги, соціальної підтримки в роботі з певними категоріями населення; визначати способи інтеграції досвіду вітчизняних спеціалізованих соціальних служб щодо особливих груп клієнтів.

«Теорія соціальної роботи» досліджує об’єкт, предмет і категорії соціальної роботи, її інтегровано-комплексний характер, принципи, закономірності, напрямки, рівні, проблеми ефективності та ін. Даний курс відіграє особливо важливу роль, оскільки він систематизує методологічні засади соціальної роботи, що є основою її технологізації.

Курс «Методи соціальної роботи» спрямований на вивчення основних форм і методів, які використовують соціальні працівники в роботі з клієнтами, особливостей індивідуальної, групової праці, роботи в громаді, а також групового догляду, деяких аспектів представництва інтересів та підтримки користувачів соціальних послуг.

Дисципліна «Соціальна робота з різними категоріями клієнтів» покликана сформувати в студентів знання і практичні навички соціальної роботи з конкретними групами людей. Зокрема, студент повинен знати специфіку життєвих проблем визначених груп клієнтів, місце конкретної групи клієнтів в суспільстві, методи практичної соціальної роботи з конкретною групою клієнтів, приклади роботи соціальних служб з конкретними групами клієнтів; вміти аналізувати соціальні явища, пов’язані з конкретними групами клієнтів соціальної роботи, обґрунтовано куруватися тими чи іншими теоретичними підходами в роботі з клієнтом, підбирати методи та методики роботи відповідно до проблем клієнта та ін.

Дисципліна «Соціальне забезпечення» передбачає формування вмінь студентів здійснювати оцінку фактів, що вимагають призначення відповідних видів соціального забезпечення; розуміти значення правовідносин із соціального забезпечення, їх місце в механізмі правового регулювання та передумови виникнення; знати порядок реалізації права на соціальне страхування і пенсійне забезпечення.

Весь обсяг знань, умінь і навичок, які одержує студент у процесі вивчення цих дисциплін, складає сукупний матеріал для формування готовності до використання медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності. Як підкреслювалося в першому розділі, високий результат застосування технологій медико-соціальної роботи можливий тільки за умови комплексного врахування теоретичних основ суспільних і природничих наук.

Безумовно, це не означає, що зазначені дисципліни дають вичерпний обсяг необхідних знань, умінь і навичок. Звичайно відбувається їх безперервне накопичення й надалі, на наступному етапі професійної підготовки. У рамках даних дисциплін питання медико-соціальних технологій розглядаються побічно. Тут відбувається формування аналітичних, комунікативних навичок та закладаються основи знань, які потрібні для підвищення рівня готовності до використання медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності.

Відзначимо, що окремі складові практичного компоненту готовності фахівців-психологів до використання технологій медико-соціальної роботи (дослідницькі, діагностичні, організаційні, управлінські, аналітичні та ін. вміння) формуються під час вивчення інших навчальних дисциплін.

З метою підвищення рівня професійної готовності до використання медико-соціальних та психотехнологій у навчальні плани підготовки фахівців-психологів введено дисципліну «Соціальна медицина». У результаті її вивчення студенти набувають знань та вмінь комплексного оцінювання стану здоров’я населення у взаємозв’язку з чинниками, що на нього впливають; визначення та аналізу впливу основних факторів, що обумовлюють стан громадського здоров’я; вибору, обґрунтування та застосування на практиці заходів медико-соціальної роботи з різними категоріями населення; проведення медико-соціальної експертизи втрати працездатності в роботі різних лікувально-профілактичних закладів; розробки управлінських рішень, спрямованих на вдосконалення діяльності медико-соціальних закладів та задоволення потреб населення у медичному забезпеченні тощо.

Для підвищення рівня готовності майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій вивчаються дисципліни технологічного блоку – «Основи соціальної реабілітації» і «Методика групового та індивідуального консультування».

Дисципліна «Методика групового та індивідуального консультування» сприяє оволодінню майбутніми соціальними працівниками професійними знаннями, уміннями та навичками, що можуть бути застосовані в різних контекстах індивідуальної та групової соціальної роботи: професійного і організаційного консультування, допомоги, посередництва тощо. Навчальний матеріал для опанування спрямований на те, щоб сформувати у майбутніх фахівців професійне мислення, уміння і навички розв’язувати практичні завдання, забезпечити активність і самостійне оволодіння парадигмами, форматами та методами консультативної практики; сприяти усвідомленню студентами своїх особистісних якостей та рівня підготовки до майбутньої професійної діяльності.

Варто відзначити, що при вивченні курсів, які спрямовані на загальнопрофесійну підготовку соціальних працівників, технологічний компонент медико-соціальної роботи практично відсутній. Тут, як правило, відбувається вивчення особливостей соціальної роботи з конкретною категорією осіб, а не технологічних аспектів організації діяльності. Спеціальні дисципліни частково торкаються питань обґрунтування й реалізації проектів медико-соціальних технологій. Вони, в основному, спрямовані на здобуття знань, умінь та навичок вузькоспеціалізованого характеру, наприклад, консультування важко хворої людини, і базуються на тому, що студенти повинні мати базові медико-соціальні технологічні знання і вміння. Процес підготовки до застосування медико-соціальних технологій носить фрагментарний, опосередкований і неповний характер. А що стосується вміння реалізовувати соціальні технології, то воно стихійно формується в студентів у процесі виробничої практики.

Вибудувана таким чином послідовність вивчення дисциплін медико-соціальної підготовки за умови використання певних інноваційних форм, методів і засобів навчання, а також визначених педагогічних умов, як свідчать результати проведеної роботи, підвищує рівень готовності фахівців-психологів до застосування медико-соціальних технологій.

При виборі критеріїв, які характеризують ступінь сформованості того чи іншого компонента, основним методологічним принципом є системний підхід до оцінки можливих варіантів. Його сутність полягає в тому, що доцільність вимірювання тих чи інших характеристик об’єкта визначається з урахуванням їх взаємозв’язків, виходячи із структури системи, складовою якої є досліджуваний об’єкт. Конкретні рекомендації можуть бути зроблені тільки після вивчення загальних цілей і встановлення ступеня відповідності різноманітних наборів значень показників, які характеризують об’єкт, цілям, що ставляться перед системою. Результати визначаються сукупністю найбільш стійких і реальних критеріїв, які забезпечують визначення досягнутого рівня. Наявність обґрунтованої множини критеріїв дозволить порівняти мету діяльності з її фактичним станом, визначити шляхи корекції різноманітних ланок педагогічної системи.

Аналіз наукової літератури і практики навчання у ЗВО дає можливість виділити критерії професійної готовності фахівців-психологів до застосування медико-соціальних технологій, які комплексно відображають сформованість її головних компонентів: теоретичного – наявність професійних знань, які презентують специфіку медико-соціальних технологій, розвинуте професійне мислення, інтелект; практичного – сформованість умінь добирати, обґрунтовувати і застосовувати на практиці медико-соціальні технології; мотиваційного – усвідомлене прийняття цінностей медико-соціальної роботи, життєві установки, пов’язані з обраною діяльністю, переважання мотивів, які забезпечують продуктивне виконання професійних функцій;

Опираючись на вказані теоретичні орієнтири, ми визначили основні рівні професійної готовності майбутніх фахівців-психологів до використання медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності.

Низький рівень. Студенти цього рівня не виявляють зацікавленості до медико-соціальної роботи, не усвідомлюють її значущості. Відсутнє прагнення до професійного й особистісного самовдосконалення. Не маючи явних успіхів у навчальній діяльності, студенти не розглядають її як основний спосіб самовираження, самореалізації. Їм притаманна незадоволеність професійною діяльністю, невпевненість у власних силах. В процесі навчання не проявляють активності, безвідповідальні. Діяльність таких студентів характеризується незначним набором стандартних знань та вмінь у сфері базових технологій соціальної роботи, а також певних знань методів, прийомів та міждисциплінарних технологій, які використовують у зв’язку з відсутністю системних знань медико-соціальної роботи. Майбутні соціальні працівники виявляють деякі вміння діагностики проблем, пов’язаних зі здоров’ям клієнта, проте аналізувати ситуацію, обґрунтовувати необхідність застосування тієї чи іншої медико-соціальних та психотехнологій, а також розробляти рекомендації щодо вдосконалення її змісту майбутні фахівці не можуть. Результати діяльності нестійкі, оскільки інтелектуальна активність не в повній мірі спрямована на отримання теоретичних знань і практичних умінь та навичок.

Середній рівень. Студенти цього рівня виявляють незначний інтерес до діяльності з використання медико-соціальних технологій, не в повній мірі усвідомлюють її значущість. Не завжди прагнуть до самовираження, самореалізації в діяльності. Для них характерна помірна задоволеність професією. Студентам притаманна невпевненість у своїх силах, недостатня відповідальність. Самостійність і активність студентів даного рівня проявляється епізодично. Майбутнім фахівцям притаманний відносно низький рівень знань медико-соціальної роботи та її технологізації; вони мають навички аналізу соціальних проблем, які пов’язані зі здоров’ям клієнта, проте моделювати шляхи її вирішення затрудняються. Інтерес до вирішення професійно значимих завдань практично відсутній. Такі студенти усвідомлюють значимість теоретико-практичної підготовки, однак систематично над собою не працюють.

Достатній рівень. Майбутні фахівці характеризуються достатньо вираженою зацікавленістю до медико-соціальної роботи, її технологізації. Спостерігається переважання мотивів, які забезпечують ефективність діяльності. Відмічається самостійність, систематична активність в процесі оволодіння професійними знаннями, достатній рівень відповідальності. Вони прагнуть до самовираження, самореалізації в діяльності. На цьому рівні виявляється задоволеність професійною діяльністю. Впевненість у своїх силах викликає захоплення роботою, емоційна розкутість проявляється в адекватній поведінці. Однак при невдачах негативні переживання позначаються на результатах діяльності. Для студентів характерна наявність знань з теорії, методів, базових технологій медико-соціальної роботи, сутності і можливостей медико-соціальних технологій, специфіки діяльності різних структурних підрозділів медичних та соціальних закладів і служб, вони володіють уміннями та навичками застосування технологій медико-соціальної роботи: вміннями діагностувати і прогнозувати тенденції, пов’язані зі здоров’ям населення, моделювати ситуації з урахуванням даних соціальної діагностики, обґрунтовувати необхідність застосування медико-соціальних та психотехнологій в роботі з особами, які страждають психічними, онкологічними, інфекційними захворюваннями, інвалідами. Виявлення й аналіз кращих здобутків у сфері технологізації медико-соціальної роботи, вдосконалення професійної майстерності розглядаються майбутніми фахівцями як необхідні завдання, однак систематично вони цим не займаються.

Високий рівень. Студенти виявляють стійку зацікавленість до професійної діяльності в сфері медико-соціальної роботи, усвідомлюють значимість застосування медико-соціальних та психотехнологій. Такі студенти володіють оптимальним комплексом професійних мотивів, активно працюють над удосконаленням власних професійно-значимих якостей, прагнуть до найповнішого самовираження, самореалізації в діяльності. Для них характерна стійка задоволеність професійною діяльністю. Дуже відповідальні, виявляють самостійність, ініціативність під час вирішення завдань. Майбутні фахівці розглядають медико-соціальну роботу як особливий вид професійної діяльності, усвідомлюють її значимість. Вони володіють знаннями універсальних та міждисциплінарних технологій, специфікою їх застосування у сфері медико-соціальної роботи: знаннями оцінки соціальної ситуації, виявлення специфіки медико-соціальних проблем, визначення змісту медико-соціальних технологій, організації медико-соціальної роботи, етичних норм і принципів діяльності соціального працівника медико-соціальної сфери. Фахівцям даного рівня притаманна потреба у самовдосконаленні. Результативність їх роботи дуже висока, вона базується на знаннях, які виявляються через теоретичну діяльність, розвинуте мислення і пов’язані з ним внутрішні дії (вміння). Студентам цього рівня притаманна сформованість аналітичних, дослідницьких, організаційних умінь; умінь застосовувати базові та спеціальні медико-соціальних та психотехнологій. Майбутні фахівці вміють діагностувати медико-соціальні проблеми, моделювати ситуації та розробляти рекомендації щодо вдосконалення змісту медико-соціальних та психотехнологій. Постійний творчий пошук викликає потребу у вдосконаленні професійної майстерності.

Аналітико-результативний блок моделі передбачає проведення контрольних та корекційних процедур з метою виявлення ефективності проведених заходів у ході взаємодії суб’єктів освітнього процесу.

Перелічимо типи контролю, які застосовуються нами в процесі підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій:

* попередній контроль – здійснюється перед вивченням нового матеріалу для з’ясування якості опорних знань, навичок та вмінь з метою їх актуалізації та корекції, встановлення внутрішньопредметних і міжпредметних зв’язків;
* поточний контроль – перевірка і оцінка результатів навчання, які досягаються на окремих лекціях і лабораторних заняттях. Види: вибірковий контроль рівня оволодіння окремими студентами вивченим під час заняття навчальним матеріалом; письмова фронтальна перевірка знань та вмінь – тестування всіх студентів групи (відкриті, закриті тести); для модульної системи поточний контроль здійснюється для окремих модулів;
* періодичний контроль – можливе проведення у формі тематичних залікових робіт – здійснюється студентами на практичних заняттях, під час самостійної роботи, а рівень їх виконання коригується викладачем;
* підсумковий контроль за семестр проводиться у формі тестів практичного або теоретичного характеру (від поточного контролю відрізняється значним обсягом матеріалу).

Усі типи контролю можуть бути автоматизовані і частково представлені у вигляді комп’ютерних тестів (комп’ютерного контролю). Комп’ютерний контроль “загострює помилки” і привертає до них увагу, підводячи до наступного етапу – самоконтролю. Це вища та складніша форма контролю.

Виділяють такі види самоконтролю:

а) прогнозуючий (перспективний, випереджувальний). Він здійснюється до початку роботи і полягає в тому, що студент на прохання викладача або самостійно планує власні дії, що дозволяє попередити помилки і раціонально організувати навчальну діяльність;

б) покроковий, поопераційний самоконтроль, який виконується в процесі роботи;

в) підсумковий самоконтроль виконується в кінці роботи (аналіз результатів роботи, порівняння із взірцем або контроль правильності).

У процесі підготовки майбутніх фахівців-психологів до використання ТМСР застосовується така форма контрою як захист проектів. В якості критеріїв оцінки роботи нами використовуються наступні: правильність і повнота виконаного завдання; логіка, чіткість викладу і аргументації під час пояснення ходу роботи та відповідей на запитання; оформлення завдання.

Захист проектів відбувається у вигляді конференцій, на яких студенти представляють результати своєї роботи у вигляді доповідей тривалістю 10-15 хв. Завдання студентам дається на практичних заняттях і реалізується через метод проектів із застосуванням ІКТ. По завершенню доповідей проводиться аналіз отриманих результатів.

Завершальним етапом педагогічної діяльності є корекційний етап, який дозволяє усунути виявлені недоліки. Корекційна діяльність спрямовується на змістове і технічне вдосконалення навчально-виховного процесу, модернізацію комплексу засобів навчання, корекцію змісту навчального матеріалу, методики викладання і характеру діяльності студентів.

Одним із способів корекції результатів навчання є консультація. Даний спосіб передбачає надання педагогічної допомоги студентам в їх самостійній роботі з кожної дисципліни, а також при розв’язанні різних завдань теоретичного або практичного характеру. Звичайно консультації пов’язують з виконанням практичних завдань, проектів, підготовкою до заліків та екзаменів.

Під час підготовки майбутніх фахівців до застосування медико-соціальних та психотехнологій проводяться обов’язкові консультації та за бажанням студентів або з ініціативи викладача. При цьому студенти готуються до консультацій – проробляють конспекти, спеціальну літературу. Таким чином, консультація не перетворюється в навчання студентів, а сприяє поглибленню знань, умінь та навичок.

Питання, які вирішуються на консультаціях, можна розділити на чотири групи: обумовлені прогалинами в знаннях; викликані неточними, неадекватними сприйняттями і осмисленням матеріалу; націлені на отримання додаткової інформації; проблемні, орієнтовані на обговорення, полеміку.

Отже, в сучасних умовах, коли самостійній, індивідуальній роботі студентів надається все більше уваги, роль консультації стає дуже важливою для забезпечення вищого рівня готовності майбутнього фахівця до застосування медико-соціальних та психотехнологій в професійній діяльності.

Поряд з консультаціями застосовуються й інші способи корекції: співбесіди, роз’яснення та індивідуальні завдання. Співбесіди та роз’яснення проводяться, наприклад, з метою поглиблення знань студентів про особливості технологічної діяльності в медичній сфері, а індивідуальні завдання підбираються викладачами відповідно до виявлених недоліків та прогалин у знаннях.

Таким чином, підготовка майбутніх фахівців-психологів до використання медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності передбачає єдність змістовно-процесуальної підготовки і процесу внутрішньо-особистісного розвитку. Від результату професійної підготовки залежить подальша діяльність фахівців-психологів у сфері медико-соціальної роботи.

**2.2. Форми і методи майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності**

Також застосовуються лекції теоретичного конструювання, основу яких складають певні прогалини у вирішенні проблеми, що потребують розв’язання з урахуванням теоретичних засад. Наприклад, лектор ставить перед аудиторією завдання: проаналізувати вітчизняний досвід інтеграції дітей з обмеженими можливостями в освітнє середовище, виявити основні проблеми і запропонувати способи їх вирішення.

Так, під час вивчення теми «Медико-соціальні аспекти найважливіших соціальних хвороб. Наркоманія», лектор інформує студентів про стан захворюваності, фактори та умови, що впливають на виникнення хвороби, а студентам пропонується окреслити можливі, на їхню думку, напрями роботи з такою категорією осіб (що є складовими медико-соціальних технологій) та визначити функції соціального працівника в процесі цієї роботи. Такі лекції вимагають активності студентів – вміння висловити власну точку зору щодо проблеми, здатність її довести.

Практичні заняття як форма навчання в процесі підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій відіграють визначальну роль. Тут вирішуються такі проблеми:

* поглиблення та закріплення знань з технологій медико-соціальної роботи;
* формування технологічних вмінь та навичок роботи в медичній сфері;
* формування мотивації до активної навчальної діяльності.

У процесі формування готовності майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій використовується така форма роботи як практичні заняття на базі медико-соціального закладу чи служби. Зокрема, у територіальному центрі обслуговування одиноких непрацездатних громадян було проведено практичне заняття на тему: «Медико-соціальна допомога особам похилого віку вдома». Тут розглядалися актуальні проблеми та особливості медико-соціальної роботи з людьми похилого віку. Також студентам були запропоновані певні практичні ситуації для розв’язання. Наприклад: «Ви психологічний працівник. У сім’ю ваших клієнтів, людей похилого віку-інвалідів повернувся з місць позбавлення волі син-інвалід з діагнозом туберкульоз легенів. Які медико-соціальні проблеми можуть виникнути? Як вирішити ці проблеми?». В процесі активної дискусії студенти мали можливість запропонувати вихід з даної ситуації шляхом застосування певних моделей та технологій медико-соціальної роботи.

Визначальну роль під час технологічної підготовки фахівців-психологів відіграє така форма навчання як семінар-дискусія – процес діалогічного спілкування учасників, в ході якого відбувається формування практичного досвіду колективного обговорення вирішення різноманітних проблем.

На семінарі-дискусії студенти вчаться чітко формулювати свої думки в доповідях і виступах, активно відстоювати власну точку зору, аргументовано заперечувати й спростовувати помилкову позицію інших. В такій роботі студенти отримують можливість побудови власної діяльності, що обумовлює високий рівень їх інтелектуальної та особистісної активності, включення в процес навчального пізнання.

Необхідною умовою розгортання продуктивної дискусії є теоретичні знання, набуті студентами на попередніх заняттях (лекціях і практичних), під час самостійної роботи, практики. Успішність семінару-дискусії багато в чому залежить й від уміння викладача організувати його. Так, семінар-дискусія може включати елементи мозкового штурму і ділової гри.

В першому випадку учасники висувають як можна більше ідей, не піддаючи їх критиці, а потім ці ідеї обговорюються, розвиваються, оцінюються можливості їх доказовості чи спростування.

В другому випадку семінар-дискусія проводиться семінар-дискусія «Суд над проблемою» (дискримінація дітей з обмеженими можливостями, технології інтеграції таких дітей в соціум). Вводяться ролі судді, прокурора, адвоката та свідків. Якщо студент призначений на роль судді, він отримує всі повноваження ведучого семінару: керує ходом обговорення, слідкує за аргументованістю доказів чи спростувань, точністю використання понять і термінів, коректністю відносин у процесі спілкування, по закінченню «суду» виносить вирок щодо вирішення проблеми.

Важливим є організація викладачем такої підготовчої роботи, яка б забезпечила активну участь у дискусії кожного студента. Це визначення проблеми і окремих підпроблем, які будуть розглядатися на семінарі, вибір основної та додаткової літератури для доповідачів і виступаючих; розподіл функцій і форм участі студентів у колективній роботі; підготовка до програвання ролей; загальне керівництво роботою семінару; підведення підсумків дискусії. Під час заняття викладач робить окремі зауваження, уточнює основні положення, фіксує протиріччя в судженнях.

Самостійна робота студентів (СРС) – найважливіший елемент навчального процесу, який полягає у систематичному, щоденному опрацюванні програмного матеріалу, виконання передбачених навчальним планом завдань. Метою СРС є закріплення і поглиблення отриманих на лекціях знань, набуття навичок самостійної праці, уміння творчо застосовувати отриману інформацію для вирішення конкретних завдань.

Специфіка підготовки фахівців-психологів до застосування ТМСР вимагає використання аналітичного, дослідницького і проблемно-пошукового типів самостійної роботи.

Аналітичний тип СРС передбачає аналіз ситуації, вибір і обґрунтування раціонального вирішення проблеми, визначеної умовами навчальних завдань. Це можуть бути тести, проектні завдання тощо.

Дослідницька СРС передбачає ґрунтовне вивчення сутності досліджуваних об’єктів, встановлення нових зв’язків і відношень, вироблення об’єктивно нової інформації (наприклад, науково-дослідні курсові роботи).

Проблемно-пошуковий тип передбачає вивчення незнайомої проблемної ситуації і генерування абсолютно нової інформації шляхом накопичення і виявлення нового досвіду діяльності на основі засвоєного раніше, тобто використання наявних і набутих під час роботи знань, умінь і навичок (наприклад, виконання практичних завдань, проектів).

Зазначені типи самостійної роботи реалізуються в таких формах: підготовка до практичних занять з виконання проектів, демонстрації підготовлених схем і графіків; виконання мініпроєктних робіт; підготовка публічних виступів з обґрунтування медико-соціальних та психотехнологій; написання проекту; підготовка до іспиту та ін.

Важливим аспектом досліджуваної проблеми організації самостійної роботи студентів є чітке визначення обсягу навчального матеріалу в процесі самопідготовки і їх забезпечення навчально-методичними рекомендаціями.

Розглянемо методи навчання, які використовуються в процесі підготовки фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності.

Для нашого дослідження особливий інтерес представляють інноваційні методи, оскільки їх застосування передбачає не тільки формування певних теоретичних знань, але й відбувається їх засвоєння через досвід практичної роботи – це сприяє розвитку вмінь і навичок майбутньої професійної діяльності, підвищенню рівня мотивації.

Визначальну роль у процесі підготовки фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій відіграє метод проектів, під яким розуміють спосіб досягнення дидактичної мети через детальну розробку проблеми, яка повинна завершитись реальним практичним результатом.

Цей метод передбачає дотримання таких дидактичних принципів:

* принцип кооперації. В процесі роботи над проектом організовується і здійснюється взаємодія студентів у проектних групах; можливе залучення консультантів з різних сфер соціальної діяльності;
* принцип опори на суб’єктний досвід студентів. Кожний студент, працюючи над проектом, застосовує попередній особистий досвід і знання;
* принцип врахування індивідуальності студентів: їх інтересів, темпу роботи, рівня підготовки;
* принцип вільного вибору: теми проєкту, партнерів з розробки проекту, джерел і способів отримання інформації, методів дослідження, форми представлення результатів. Можливість вибору сприяє підвищенню відповідальності студентів, їх мотивації та пізнавальної активності;
* принцип зв’язку дослідження з реальним життям. Передбачається, що проектна робота в тій чи іншій мірі скерована на покращення навколишнього середовища; проект має прагматичну спрямованість на результат;
* принцип складної цілі.

У процесі підготовки фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій доцільним є використання методу кейсів. Даний метод є досить поширеним у зарубіжній педагогіці вищої школи і є ефективним механізмом забезпечення якісної освіти.

Кейс-метод – це метод активного навчання на основі реальних ситуацій. Аналіз конкретних випадків – один з найбільш ефективних і розповсюджених методів організації активно-пізнавальної діяльності студентів. Перевагою кейсів є можливість оптимального поєднання теорії і практики, що є однією з визначальних умов підготовки фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності.

Метод аналізу конкретних ситуацій розвиває здатність до аналізу життєвих проблем. Зіштовхуючись з такою ситуацією, студент повинен визначити, чи існує проблема взагалі, в чому вона полягає, окреслити своє ставлення до ситуації.

Позитивним атрибутом методу кейсів є розвиток творчих здібностей студентів. Це проявляється в тому, що вирішення кейсів вимагає застосування евристичних прийомів мислення, організує спільну дослідницьку діяльність, актуалізує мотиви самореалізації і співробітництва, розвиває інтуїцію і чутливість до протиріч, заохочує прагнення до самостійного вибору цілей, стимулює уяву тощо.

Під час створення кейсів перед викладачем постає проблема перетворення освітньої цілі у форму завдання кейсу. Цей процес передбачає кілька аспектів. Так, часовий аспект передбачає вміння викладача вибудувати структуру проблеми і її обговорення, фактично змоделювати процес вирішення кейсу ще на стадії його написання. Важливим є селективний аспект. Він визначає роботу викладача з відбору найбільш адекватного матеріалу для створення кейсу в залежності від навчальних цілей. Також виділяють презентаційний аспект – здатність доступно донести кейс і організувати роботу з ним.

Загалом досвід використання кейсів свідчить, що цей метод стимулює інтерес студентів до пошуку інформації, посилює прагнення до поглиблення теоретичних знань. Однак основна мета цього методу – розвивати аналітичні здібності студентів, сприяти правильному використанню наявної інформації, виробляти здатність до самостійного та ініціативного прийняття рішень.

У процесі підготовки фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій особливої уваги заслуговує метод «Читання та письмо для розвитку критичного мислення».

В основі методу лежить базова модель, що складається з трьох фаз: виклику, реалізації, рефлексії.

Перша фаза орієнтована на актуалізацію наявних знань, формування особистісного інтересу до отримання нової інформації та ціннісного ставлення до предмету. Оскільки при цьому поєднуються індивідуальна та групова форми роботи, участь студентів в освітньому процесі активізується.

Головними завданнями другої фази є пошук інформації, співвіднесення нового з раніше відомим, систематизація, власні роздуми, оцінка. Читання надає можливість задуматися про природу досліджуваного об’єкта шляхом співвіднесення старої і нової інформації. На цьому етапі за допомогою низки прийомів викладач допомагає студентам відслідковувати процес пізнання.

Третя фаза спрямована на підсумовування і систематизацію нової інформації, вироблення власного ставлення до досліджуваного матеріалу і формулювання питань для подальшого обговорення.

Проаналізуємо модель практичного заняття з курсу соціальної медицини на тему: «Фактори, які впливають на здоров’я людини» з використанням методу (дидактичний прийом – розподіл на кластери).

Технологічні етапи за методом.

1 етап. Виклик (мотивації, інтересу до теми). На дошці записується вираз «Фактори здоров’я». Студенти об’єднуються в малі групи і пропонують слова, ідеї, які викликають у них асоціативні зв’язки в контексті запропонованої теми. Кожна група формує і озвучує свою позицію щодо зазначеної проблеми. Викладач на дошці записує попередній кластер ідей.

2 етап. Реалізація. Студентам пропонується текст для читання «Фактори здоров’я. Методологія їх дослідження». На аркуші паперу, який розділений на дві частини вертикальною лінією (прийом «Подвійний щоденник»), у лівому стовпчику студенти записують ідеї і цитати з тексту, які є для них новими й цікавими, а правий – відводиться для коментарів, запитань і посилань на іншу інформацію, якою вони володіють з даної теми. Студенти обмінюються власними думками в групах, відбувається систематизація отриманої інформації. Всі ідеї поділяються за змістом на декілька категорій, в результаті чого формується розширений кластер.

3 етап. Рефлексія. На цьому етапі відбувається порівняння нової інформації із початковими записами на дошці, обговорення нових аспектів досліджуваної проблеми, які вимагають додаткової інформації. Студенти оцінюють свою діяльність на кожному етапі, вказують на його значимість, відзначають нові знання, які отримали в процесі читання.

Для формування цих навичок і здібностей потрібно не тільки засвоєння певного багажу знань, але й поступове «входження» в соціальне середовище з певними принципами і світоглядом, а для цього необхідним є розвиток навичок спільної діяльності, комунікативних навичок тощо, які забезпечуються в процесі застосування інноваційних методів навчання.

Варто також відзначити, що ділова гра – це колективний метод навчання. В процесі ділової гри студенти виконують квазіпрофесійну діяльність, яка поєднує в собі навчальний і професійний елементи. Знання та вміння засвоюються ними не абстрактно, а в контексті професії. Одночасно з професійними знаннями студенти набувають навичок соціальної взаємодії і управління людьми, колегіальності, уміння керувати і підпорядковуватися, а відповідно, ділова гра виховує особистісні якості, прискорює процес соціалізації. При цьому, ділова гра є надзвичайно складним методом навчання, оскільки може включати в себе цілий комплекс методів, наприклад: дискусію, мозковий штурм, аналіз конкретних ситуацій, дії по інструкції та ін.

Так, під час вивчення особливостей медико-соціальної роботи з людьми з обмеженими можливостями, нами проводиться низка ділових ігор. Зокрема, гра «Розвиток толерантної поведінки соціального працівника». Суть гри полягає в тому, що соціальний працівник, співробітник центру медико-соціальної реабілітації дітей-інвалідів пропонує дитині виконати складну реабілітаційну вправу. Дитина не може зразу відтворити цю вправу і відмовляється від її подальшого виконання. Завдання учасників: соціальний працівник повинен переконати дитину зробити вправу. Тому, хто виконує роль дитини-інваліда дається інструкція опиратися, не піддаватися на різні вмовляння. Один з учасників може виконувати роль мами дитини, яка підтримує і співчуває їй. В процесі обговорення гри з’ясовуються такі питання: «Чи вдалося працівнику бути терплячим, зберегти внутрішню стійкість, рівновагу?», «Що допомагало, і що заважало при цьому?».

Також цікавою є гра «Розробка розвивальної програми для дітей-інвалідів». Ділова гра передбачає, що групі з 4-х фахівців-психологів необхідно за короткий проміжок часу розробити розвивальну програму для дітей-інвалідів. Часу на виконання дуже мало. Двоє хочуть виконати програму старанно і пунктуально. Інші – пропонують взяти 2-3 готові програми і «зліпити» з них свою, щоб відзвітувати керівництву, а потім, коли буде більше часу, допрацювати її. Перша група не погоджується з цим. Завдання гри: перша група повинна переконати другу виконати завдання відповідально. Якщо першій групі не вдається переконати колег, їх місце займають інші учасники. Обговорення гри: «Що заважало, і що допомагало в процесі переконання членів другої групи?».

Як свідчить досвід застосування ділових ігор в процесі підготовки соціальних працівників, важливою складовою використання цього методу є формування системи оцінювання, яка повинна співвіднести заплановані цілі та отриманий результат. Крім цього, вона має передбачати оцінку якості вироблених рішень і проектів; дозволяти оцінювати кожного учасника і роботу команди; особистісні характеристики учасників гри. Так, під час оцінювання запропонованих ігор враховується: мотивація до засвоєння професійних та інноваційних знань, рівень розвитку навичок співробітництва й почуття колективної відповідальності, самооцінка студентів, розвиток комунікативних умінь та ін.

Активність студентів не тільки відіграє суттєву роль, але й виступає провідною умовою ефективності групової взаємодії. Практично будь-яка інтерактивна технологія «провокує» фізичну, соціальну і пізнавальну активність. Фізична активність учасників гри змінює спосіб дій, партнерів ігрової взаємодії, наприклад, учасники гри: змінюють робоче місце, беруть участь у дискусії, презентують результати роботи, працюють у групах, слухають, жестикулюють та ін. Соціальна активність проявляється в тому, що ігри ініціюють взаємодію між учасниками, прийоми і техніки обміну інформацією, способи комунікації з організаторами гри, експертами та ін. Наприклад: здійснюють вибір стратегій взаємодії; обмінюються думками, репліками, коментарями; беруть участь в дискусії в ролі «провокаторів», «опонентів». «доповідачів»; здійснюють рефлексію. Пізнавальна активність учасників гри проявляється під час визначення способів діагностики і аналізу матеріалів гри, викладенні чи презентації нових результатів, впливі на зміст самої навчальної технології. Наприклад: учасники формулюють проблему, визначають пріоритети, труднощі вирішення, виявляють варіанти і можливі рішення ситуації, розробляють програму чи проект і обґрунтовують його та ін.

Таким чином, використання в процесі навчально-виховної роботи зазначених методів у поєднанні з традиційними сприяє включенню студентів у навчально-технологічний процес не в якості пасивного об’єкту, а як безпосередньо його учасника, який творчо, самостійно вирішує соціальні проблеми на основі знання суспільних законів. Встановлено, що для успішного формування діяльнісних умінь, в тому числі і соціально-технологічних, необхідно створювати такі умови, в яких доведеться працювати майбутнім фахівцям соціальної сфери.

Однією з домінуючих проблем у процесі підготовки фахівців до застосування медико-соціальних та психотехнологій є використання певних засобів навчання.

Знання та вміння моделювати діяльність і створювати моделі медико-соціальних технологій, такі як побудова дерева цілей і завдань, логічної послідовності дій, грамотне і обґрунтоване впорядковування і систематизація роботи слугують чітким показником рівня соціально-технологічної підготовки студентів.

Опорний конспект – це наглядна схема, в якій відображені визначені для вивчення одиниці інформації. Вимогами до оформлення інформації є лаконічність, простота, доступність розуміння, оригінальність, можливість відтворення, різноманіття форм, блочне компонування та ін.

Визначаючи знання та вміння застосовувати соціальної технології, ми маємо на увазі вибір, обґрунтування, а при потребі корегування та, безпосередньо, реалізацію конкретного проекту технології.

Технології – це не просто набір правил і процедур, а система, яка встановлює послідовність дій для досягнення цілі.

Структурно-функціональну модель доцільно зображати у вигляді схеми, тому що з її допомогою зручно аналізувати роль окремих підсистем, спрощувати об’єкт дослідження у цілях виокремлення його принципово важливих компонентів і основних частин. Вона дозволяє відображати такі базові характеристики соціальної технології як послідовність, алгоритмічність, змістовність дій тощо.

Структурна схема (блок-схема) складається з блоків, кожен з яких має певний набір компонентів та взаємозв`язків і представляє особливий вид діяльності. Кожен блок формується з позиції очікуваного результату і виступає основою для побудови наступного, тобто кожен новий блок створюється на основі попереднього і стає пріоритетним.

В процесі підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій нами розроблено комплекс завдань, готових моделей технологій, які передбачають їх ознайомлення із структурою певних технологій, а в подальшому, застосовуючи знання, вміння та творчість, студенти можуть запропонувати абсолютно нові варіації соціальної діяльності (побудувати нові моделі медико-соціальних технологій).

Наочна інформаційна модель навчального матеріалу в курсі «Технології соціальної роботи» дає можливість вводити матеріал великими дозами, блочно компонувати інформацію, максимально повно подавати сутнісно-змістові характеристики соціальних технологій. Вона полегшує засвоєння структури технології, включаючи її ідентифікацію, концептуальну частину (ідею, гіпотезу, мету, завдання, принципи, об`єкти та ін.), процесуальну частину (сукупність методів і способів дій, організованої форми медико-соціальної роботи), а також методологічне, правове і кадрове забезпечення. Інформаційна модель дозволяє систематизувати і структурувати теорію, переносити її в описання чіткого технологічного способу діяльності.

Представлення проектів технологій з використанням наочних моделей дозволяє підвищити рівень професійної готовності майбутніх фахівців-психологів до роботи з інформацією; алгоритмізації соціальної діяльності; логічного, послідовного мислення та аналізу ситуацій.

Таким чином, представлення технології в схематичному вигляді виступає одним з основних засобів формування готовності до застосування медико-соціальних та психотехнологій. Наявність певних знань та вмінь стиснення і структурування інформації є показником технологічного мислення, а відповідно, й технологічної культури майбутніх соціальних працівників.

У сучасній системі вищої освіти ІКТ застосовують як засоби навчання, інструмент пізнання навколишньої дійсності і самопізнання, засоби розвитку студентів, об’єкт вивчення в межах засвоєння певного курсу, інформаційно-методичне забезпечення й управління навчально-виховним процесом, засоби комунікації, засоби автоматизації процесу обробки результатів експерименту і управління, засоби автоматизації контролю і корегування результатів навчальної діяльності тощо.

Використання ІКТ в процесі професійної підготовки майбутніх фахівців-психологів до медико-соціальної роботи є одним з напрямів інформатизації освіти і, разом з тим, сприяє формуванню інформаційної культури, яка передбачає засвоєння не тільки практичних навичок роботи з програмними засобами інформаційних технологій, а й розуміння інформаційних аспектів медико-соціальної діяльності.

Для інформаційної підтримки медико-соціальної роботи на кожному з її етапів застосовують спеціальне програмне забезпечення: медичні інформаційні системи, клінічні системи підтримки прийняття рішень, медичні експертні системи та ін.

Сучасні види телемедичних процедур активно використовуються не лише лікарями, а й соціальним працівниками, які працюють у сфері охорони здоров’я. Так, інноваційним методом у практиці медико-соціальної роботи є телеконсультування – процес обговорення конкретного клінічного випадку фахівцем і пацієнтом, які розділені географічно, з метою надання висококваліфікованої невідкладної або планової медико-соціальної допомоги. Інша телемедична процедура – телемоніторинг – призначена для спостереження, оцінювання і прогнозування змін фізіологічних показників пацієнтів на основі передачі даних засобами ІКТ у консультаційний центр. Різновидом медико-соціального догляду, який реалізується дистанційно за допомогою телекомунікаційних і комп’ютерних технологій, є телепатронаж. Він передбачає проведення відео-конференцій, контроль за пацієнтами, психологічну, соціальну і фізичну реабілітацію.

У діяльності медичних закладів функціонують різні медичні інформаційні системи та бази даних – програмно-технічні комплекси, призначені для збирання і опрацювання відомостей у галузі охорони здоров’я. Також впроваджені госпітальні інформаційні системи, які створені для інформатизації діяльності медичного стаціонару. Прикладом реалізації такої технології є система MEDITECH (Hospital Information System), яка дає можливість об’єднати кілька споріднених закладів у єдиний інформаційний простір і передбачає збирання, обробку, аналіз і збереження фінансових, адміністративних, лікувальних і лабораторних даних.

Таким чином, на сьогодні функціонує велика кількість інформаційних і телекомунікаційних технологій і систем медичного призначення, які надають можливість працівникам сфери охорони здоров’я активно використовувати потужні засоби керування даними. Безперечно, ці технології та системи становлять також значний педагогічний потенціал для формування готовності фахівців-психологів до медико-соціальних та психотехнологій, оскільки використовуються одночасно як об’єкти вивчення і засоби навчання. Це дозволяє студентам не тільки здобути базові знання в сфері медико-соціальної роботи, а й набути певних умінь і навичок використання ІКТ для розв’язання проблемних ситуацій. Однак познайомитися з досвідом функціонування медичних інформаційних технологій та систем і елементами телемедицини студенти можуть тільки на базах практики – у медико-соціальних реабілітаційних центрах, лікарнях та ін. У процесі їх професійної підготовки у ЗВО використовуються базові навчальні інформаційні технології, оволодіння якими забезпечує майбутнім фахівцям готовність до застосування більш складного, спеціалізованого медичного програмного забезпечення.

Під час лекцій для унаочнення використовуються мультимедійні презентації із застосуванням комп’ютерної графіки (Microsoft Power Point). Безумовно, створення мультимедійного курсу з будь-якої дисципліни – трудомісткий процес, який потребує як знання методики викладання матеріалу, часу так, безсумнівно, і певного рівня володіння комп’ютером. Але, в результаті роботи лекції стають змістовнішими та наочними, за академічну годину можна викласти та проілюструвати значно більший обсяг навчального матеріалу.

На практичних заняттях ІКТ використовуються не лише як засоби візуалізації чи контролю, а й впроваджуються імітаційні, моделюючі, ігрові та ін. інформаційні технології навчання. Звіт про виконану студентом роботу представляється у вигляді файлу, який оформлений у текстовому редакторі MS Word і містить перелік відповідних законодавчих актів.

За допомогою програмного забезпечення студенти протягом невеликого проміжку часу можуть моделювати різні варіанти розвитку подій у залежності від початкових умов і, завдяки цьому, глибше усвідомити зміст навчального матеріалу.

Для самостійної роботи студентів використовуються електронні підручники, посібники, енциклопедії, які відкривають доступ до великого обсягу нової інформації.

Застосування ІКТ в навчальному процесі підвищує роль та відповідальність викладача, вимагаючи від нього високої майстерності. Його завдання полягає у створенні умов для максимальної самореалізації кожного студента, а саме:

* оптимальної організації та проведення занять, які забезпечують саморозвиток і виховання майбутнього соціального працівника, тобто побудові навчального процесу на принципах співробітництва, ідеї рівності, партнерства, розвитку творчої мисленнєвої діяльності студентів;
* розробку дидактичних матеріалів з навчальних дисциплін відповідно до використовуваних засобів навчання, в тому числі ІКТ;
* організацію самостійної роботи студентів, яка передбачає застосування активних методів та інформаційних технологій навчання;
* оптимальний вибір програмного забезпечення, що сприятиме готовності майбутнього соціального працівника до роботи з ІКТ медичного призначення.

Таким чином, сучасні інформаційні та комунікаційні технології – це засіб, який не тільки об’єднує навчальну, методичну та комунікативну діяльність суб’єктів педагогічного процесу, але й забезпечує якісну, ефективну інформаційну підготовку майбутніх фахівців-психологів до професійної медико-соціальної роботи.

**РОЗДІЛ 3**

**Впровадження моделі підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності**

**3.1. Психолого-педагогічні умови підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності**

Реалізація розробленої моделі здійснювалася за дотримання певних педагогічних умов.

Загальні умови відображають загальнонауковий рівень методології, який використовується більшістю наукових галузей. До них належать: організація навчального процесу як послідовної цілеспрямованої системи; розвиток гуманістичної спрямованості майбутніх фахівців; формування готовності студентів до творчого використання форм, методів і технологій у професійній діяльності; формування рефлексивної позиції, здатності до самоконтролю на різних етапах навчання; методологічне, організаційно-управлінське, матеріально-технічне, методичне і кадрове забезпечення професійної підготовки тощо.

На основі виділених загальних умов реалізуються часткові педагогічні умови, які відображають частковий науковий рівень методології, тобто сукупність методів, принципів і процедур, які використовуються у певній науковій сфері. Часткові педагогічні умови пов’язані з особливостями професійної підготовки і діяльності вищого навчального закладу. Зокрема, специфікою навчальних планів підготовки фахівців, різноманітністю змісту, форм, методів, засобів і технологій навчання.

Вивчення вітчизняного й зарубіжного досвіду підготовки фахівців-психологів до застосування медико-соціальних технологій у професійній діяльності, виявлення його позитивних аспектів, а також власний досвід підготовки фахівців соціальної сфери, дозволяє визначити педагогічні умови, реалізація яких забезпечує ефективність підготовки майбутніх фахівців до застосування медико-соціальних та психотехнологій: професійна орієнтація студентів на медико-соціальну роботу; використання потенціалу професійно-спрямованих дисциплін у позанавчальній діяльності; організація практики студентів у медико-соціальних закладах і службах; участь студентів у волонтерській діяльності.

Розглянемо педагогічну умову професійної орієнтації студентів на медико-соціальну роботу.

Профорієнтаційна робота передбачає ідентифікацію особистості з обраним напрямком професійної діяльності, тобто вона самовизначається щодо свого майбутнього. Цей процес відбувається достатньо гармонійно, якщо у соціумі сформовані стереотипи сприйняття професії. Однак, що стосується медико-соціальної роботи, на сьогодні через певні обставини ще не в повній мірі сформовані уявлення щодо ролі і значенні цієї діяльності. Часто в абітурієнтів відсутнє достатньо повне усвідомлення функціонального призначення фахівців-психологів у різних галузях, в тому числі в сфері медицини. Тому професійна соціалізація фахівців починається із запізненням.

Як свідчать опитування студентів, під час навчання у ЗВО їм достатньо складно обрати напрямок майбутньої діяльності. Це пояснюється, в першу чергу, тим, що професійно-орієнтовані навчальні дисципліни спрямовані не на певну сферу соціальної роботи, а на вирішення проблем конкретної людини, групи людей, соціуму. Відповідно, діюча система навчання вимагає додаткових методів формування професійних орієнтацій та інтересів соціального працівника.

Обізнаність у своїй майбутній спеціальності сприяє розвитку активності студента, формуванню особистісної моделі саморуху до професійної майстерності, що включає п’ять стадій:

* «оптація» (лат. optatio – бажання, обрання) – формування особистісних намірів, усвідомлений вибір професії з урахуванням індивідуально-психологічних особливостей;
* «професійна підготовка» – формування професійної спрямованості й системи професійних знань, умінь і навичок, надбання досвіду теоретичного й практичного вирішення професійних ситуацій і завдань;
* «професійна адаптація» – входження у професію, освоєння нової соціальної ролі, професійне самовизначення, формування особистісних і професійних якостей, досвід самостійного виконання професійної діяльності;
* «професіоналізація» – формування професійної позиції, інтеграція особистісних і професійно важливих якостей і вмінь у відносно стійкі професійно значущі утворення, кваліфіковане виконання професійної діяльності;

Завдання профорієнтації студентів на різних курсах відрізняються між собою.

1-3 курс – посилення професійної складової у змісті навчально-виховного процесу, залучення майбутніх фахівців до науково-дослідної роботи у відповідності до їх інтересів, активізація суспільно-корисної праці у ЗВО, допомога у проектуванні професійного шляху, особистісному зростанні студентів.

4 курс – формування і розвиток активної соціальної позиції в аспекті їх професійної підготовки, підвищення рівня їх самоорганізації і самовиховання, оволодіння навичками подолання стресу, профілактики емоційного вигорання.

5 курс – аналіз ступеня адаптації і соціалізації випускників до практичного змісту і реальних умов їх професійної діяльності, активізація формування індивідуального стилю діяльності і подальшої самоосвіти майбутніх соціальних працівників.

Профорієнтація студентів передбачає декілька напрямків роботи.

1. Організація діяльності із самопізнання майбутніх соціальних працівників. Без повноцінної інформації про самого себе, без достовірного уявлення про власні здібності, вміння, недоліки неможливо співвіднести себе з професією; об’єктивне знання про свої психологічні і особистісні якості, як правило, викликає почуття незадоволеності собою і стає сильним стимулом до поступової роботи із саморозвитку. самовиховання. Застосування зазначених засобів сприяє усвідомленій професійній діяльності фахівців-психологів і формує в них мотивацію до занять, почуття відповідальності. До системи методів, які вивчають якості особистості, включаються методики, що дозволяють виявити схильність студентів до тієї чи іншої сфери професійної діяльності.

2. Просвітницький напрям передбачає різні заходи, спрямовані на забезпечення майбутніх фахівців-психологів знаннями професійної діяльності. Можна умовно виділити деякі групи методів, які використовуються в процесі реалізації даного напрямку – інформаційно-довідкові, діагностичні, методи морально-емоційної підтримки, методи прийняття рішень і побудови перспектив професійного розвитку. Застосування цих методів визначає ефективність професійної підготовки майбутніх соціальних працівників.

Просвітницька діяльність передбачає такі форми роботи: складання професіограми, зустрічі студентів із соціальними працівниками різних сфер діяльності, в тому числі й медико-соціальної, потенційними роботодавцями, демонстрація навчальних відео-матеріалів тощо.

Групова робота зі студентами передбачає виконання завдань, вправ, тестів, які дозволяють студентам глибше пізнати себе; роботу в парах – дає можливість набути навичок і вмінь вести діалог, слухати; роботу в малих групах – формування навичок ефективної взаємодії, розпізнавання статусів (емоційного, мотиваційного, інтелектуального, соціального) за характерними мовними (вербальними) і невербальними проявами; роботу всієї групи, коли учасники засвоюють прийоми і способи взаємодії в колективі, що вимагає концентрації уваги, допомагає розвивати інтуїцію.

Тренінгові форми групової роботи передбачають допомогу у саморозкритті, самопрезентації, розвитку комунікативних навичок. Ефективність проведення тренінгів у процесі профорієнтаційної роботи обґрунтована тим, що груповий досвід протидіє відчуженню, яке може бути формою психологічного захисту при зіткненні з проблемою; спілкування в процесі занять допомагає отримати позитивний досвід і підтримку від людей зі схожими проблемами; учасники можуть ідентифікувати себе з іншими, програвати «ролі» іншої людини для кращого розуміння себе, своїх можливостей; взаємодія в групі створює напругу, яка дозволяє визначити психологічні проблеми кожного та ін.

Таким чином, профорієнтаційна робота з майбутніми працівниками в процесі підготовки до застосування медико-соціальних та психотехнологій спрямована на розвиток особистісного інтересу до обраної професії, формування первинних уявлень про основи медико-соціальної роботи, формування професійно-мотиваційної установки на майбутню діяльність.

Другою педагогічною умовою підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій є використання потенціалу професійно-спрямованих дисциплін у позанавчальній діяльності. Ця умова базується на наступному:

* професійно-спрямовані дисципліни мають значний вплив на формування ціннісних орієнтацій, професійно-значимих якостей майбутніх соціальних працівників;
* вони активізують внутрішні мотиви особистості, визначають напрямок, а також способи здійснення професійної підготовки;
* вказані дисципліни позитивно впливають на формування міжособистісної взаємодії майбутніх соціальних працівників;

Потенціал професійно-спрямованих дисциплін полягає у застосуванні соціальними працівниками специфічних знань, умінь та навичок, отриманих у процесі їх вивчення і включає:

* розвиваючий потенціал, який реалізується в процесі комплексу різноманітних дій майбутніх фахівців у позанавчальній діяльності, тобто участь у конференціях, написанні наукових статей тощо;
* освітній потенціал, що здійснюється шляхом наповнення навчального матеріалу актуальною інформацією, отриманою в процесі позанавчальної діяльності, яка безпосередньо стосується майбутньої професійної діяльності соціальних працівників: оволодіння різноманітними формами, методами і засобами у процесі екскурсій у соціальні заклади, участі у благодійних заходах, акціях;
* вихований потенціал, який реалізується через засвоєння загальнолюдських морально-етичних орієнтирів, формування ціннісних орієнтацій. розуміння моральних норм і принципів етики майбутньої професійної діяльності, особливостей комунікації із суб’єктами соціальної сфери.

Всі напрямки виявленого потенціалу взаємодіють між собою, і кожен з них може проявлятися в іншому; наприклад, освітній потенціал проявляється у виховному процесі, коли необхідна організація різноманітних заходів і студенти використовують знання, вміння і навички, отримані в процесі реалізації освітнього потенціалу. Виховний і освітній потенціал професійно-спрямованих дисциплін проявляються у розвиваючому потенціалі, оскільки останній спрямований на виконання певних дій, пов’язаних не тільки з навчальною діяльністю, але й з умінням застосовувати отримані знання, уміння та навички у професійній діяльності. Реалізація потенціалу професійно-спрямованих дисциплін у позанавчальній діяльності залежить від творчої активності та ініціативності студентів, їх бажання подолати «вузькодидактичне» розуміння функцій майбутньої діяльності, а також майстерності викладачів, їх особистісних якостей, стилю спілкування.

У рамках наукового напрямку реалізується проведення студентських наукових конференцій, під час яких майбутні соціальні працівники мають змогу виступити з доповідями з питань професійної діяльності. Студенти також беруть участь у науково-практичних конференціях, що проводяться кафедрою соціології та соціальної роботи для викладачів та науковців, які досліджують проблеми соціальної сфери.

Щороку майбутні соціальні працівники приймають участь у благодійних заходах, акціях. Це такі як: соціальна акція «День боротьби зі СНІДом/ туберкульозом», марш-ходотон, приурочений Міжнародному дню сім’ї та Тижню репродуктивного здоров’я населення, флеш-моб у рамках акції «Життя без тютюнопаління» та ін.

Як засвідчили спостереження, реалізація потенціалу професійно-спрямованих дисциплін у позанавчальний час відіграє значну роль у підготовці майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності.

Третьою педагогічною умовою є проведення практичних занять та організація практики студентів у медико-соціальних закладах і службах.

Розглянемо більш детально специфіку практичної підготовки студентів у медико-соціальних закладах і службах, оскільки саме в процесі практики майбутній фахівець має можливість адаптуватися до умов майбутньої професії.

Навчальна практика 2 курсу передбачає послідовність процесу ознайомлення студентів зі змістом діяльності соціальних закладів з надання медико-соціальних послуг різним категоріям населення, отримання перших професійних навиків слухання, спостереження, спілкування, аналізу та розуміння важливості основних цінностей (принципів) соціальної роботи.

У процесі навчальної практики на базі медичних закладів студенти знайомляться з особливостями медико-соціальної роботи, функціями медичних і соціальних працівників, визначають місце медико-соціальної роботи серед інших суміжних видів діяльності та координаційну роль соціального працівника у вирішенні комплексу проблем клієнта із залученням медичного персоналу, психологів, педагогів, юристів та ін.

На базі медико-соціальних центрів, закладів охорони здоров’я та ін. студенти беруть участь у реалізації різних напрямків медико-соціальної роботи – профілактичного (попередження порушень соматичного, психічного і репродуктивного здоров’я, формування установок на здоровий спосіб життя, забезпечення доступу до інформації з питань здоров’я, участь у розробці цільових програм медико-соціальної допомоги на різних рівнях, соціальне адміністрування, забезпечення соціального захисту прав громадян у питаннях охорони здоров'я та ін.); реабілітаційного (організація медико-соціальної допомоги, проведення медико-соціальної експертизи, [здійснення](http://ua-referat.com/%D0%97%D0%B4%D1%96%D0%B9%D1%81%D0%BD%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D1%8F) медичної, соціальної та професійної реабілітації інвалідів, забезпечення наступності у взаємодії фахівців суміжних професій та ін.).

Мета виробничої практики – активізація інтересу до самостійного пошуку нових, творчих способів розв’язання професійних завдань; розвиток здібностей студента формувати взаємозв’язок індивіда, групи і суспільства, аналізувати потреби клієнтів і працювати над їх задоволенням; усвідомлення необхідності піддавати наявні форми обслуговування аналізу, оцінці і організовувати нові, у відповідності до індивідуальних та суспільних потреб; поглиблення процесу професійної соціалізації студентів через прийняття професійних норм і обов’язків, здатність аналізувати потреби клієнтів і працювати над їх задоволенням шляхом розробки соціальних проектів.

Перебуваючи на практиці в медико-соціальних закладах, наприклад, наркологічному диспансері, студенти мають можливість прийняти участь у реалізації різних програм: попередження вживання алкоголю та наркотиків, зловживання ними, виявлення і направлення на лікування алко- чи наркозалежних, надання соціально-психологічної допомоги хворим, їх сім’ям та ін. У психіатричних диспансерах студенти набувають навичок медико-соціальної роботи у напрямку соціотерапевтичного втручання, а також роботи з хворими на мікро і макросоціальному рівнях.

Всебічне вивчення діяльності медичних та фахівців-психологів на практиці дає можливість студенту підготувати соціальний проект, який повинен містити пропозиції з перспективного розвитку того чи іншого напрямку медико-соціальної роботи закладу.

Метою переддипломної практики є: розвиток професійних відносин з клієнтами в процесі надання допомоги; реалізація відповідальності перед клієнтами і соціальним закладом; вироблення навичок вирішення етичних дилем; самоідентифікація кожним студентом себе як професіонала у конкретній сфері соціальної роботи; сприяння глибокому осмисленню закономірностей соціальної роботи; поглиблення усвідомлення професійної значимості теоретичних знань, вітчизняного і зарубіжного досвіду, можливості їх застосування на практиці.

У процесі переддипломної практики в медико-соціальних закладах студенти демонструють уміння оцінювати потреби і можливості клієнтів і на цій основі приймати рішення з надання допомоги; враховувати формальну і неформальну мережу підтримки, наявні ресурси (власні, клієнтів, соціального закладу, закладів-партнерів); ефективно взаємодіяти з різними організаціями, в т.ч. недержавними. Складовою практики є проведення в рамках теми дипломної роботи соціологічного дослідження. При цьому тематика дипломних робіт обов’язково передбачає теми, пов’язані з медико-соціальною роботою.

Як свідчать наші спостереження, під час практики проявляються позитивні зміни внутрішньої мотивації майбутніх фахівців-психологів до медико-соціальної роботи, а також відбувається становлення студентів як суб’єктів соціальної роботи, що передбачає оволодіння специфікою медико-соціальної роботи, відповідальність за власну діяльність, усвідомлений вибір професії, особливості міжособистісних відносин тощо.

Проведений аналіз результатів практичної підготовки майбутніх фахівців-психологів показав, що вона сприяє підвищенню якості навчання, глибшому розумінню особливостей медико-соціальної роботи, підвищує рівень їх професійної готовності до застосування медико-соціальних та психотехнологій з різними категоріями клієнтів.

Таким чином, практика є безперервним процесом творчого оволодіння знаннями, вміннями і навичками, що передбачає формування професійних та особистісних якостей майбутнього фахівця.

Проаналізуємо, яким чином реалізується четверта педагогічна умова – участь майбутніх фахівців-психологів у волонтерській діяльності.

Участь майбутніх фахівців-психологів у волонтерській діяльності не тільки допомагає у створенні стабільного і згуртованого суспільства та доповнює послуги, які надаються державою, але й забезпечує формування їх професійної компетентності. Зокрема:

* сприяє розвитку організаторських і комунікативних здібностей студентів, оволодінню навичками ділового спілкування;
* надає можливість здобути досвід планування і організації колективної справи, розвиває творчі здібності;
* забезпечує самореалізацію, самоствердження молодих людей, розвиває вміння рефлексії і самоконтролю.

На сьогодні у вітчизняній практиці не існує єдиних вимог до організації волонтерської роботи у медико-соціальних закладах. Значний досвід у цій сфері накопичено зарубіжним фахівцями: розроблені та успішно запроваджуються детальні інструкції, які регулюють діяльність волонтерів, програми супервізорської допомоги тощо. Підтримка волонтерів також здійснюється медичними інститутами, у складі яких функціонують клініки чи реабілітаційні центри. У зарубіжній практиці допомоги хворим волонтерська діяльність опирається на досвід, інструментарій, матеріали служби охорони життя людини і є складовою сформованої і відлагодженої інфраструктури.

Як свідчить вітчизняний досвід, волонтери часто приступають до роботи після короткого інструктажу керівника соціального закладу; серед методів навчання переважає взаємо- і самонавчання; планування роботи відбувається з урахуванням власного життєвого досвіду, інтуїції.

Окрім теоретичної підготовки, яка відбувається у формі лекцій, на цьому етапі проводяться практичні заняття (техніки активного слухання, способи емоційної підтримки дитини, бесіда з батьками та ін.) та тренінги. Сесії навчальних тренінгів присвячені таким питанням:

* виявлення очікувань від волонтерської роботи;
* підготовка до зустрічі з негативними переживаннями клієнта;
* ознайомлення волонтерів з різноманітними стратегіями контрольованої поведінки;
* вибір відповідного рівня підтримки;
* вивчення етичних правил і процедур, яких необхідно дотримуватися під час волонтерської роботи та ін.

На цьому етапі волонтерської роботи передбачається виконання студентами «польових» проектів – описання індивідуальних випадків, вивчення різних сфер життя дитини, створення «медичного кутка» в ігровій кімнаті тощо. Також важливою є участь у зборах персоналу, конференціях лікарів. Включення студента в роботу закладу забезпечує формування в нього індивідуального стилю волонтера, розвиток творчого підходу до власної діяльності; допомагає відчути себе повноцінним членом спільної команди; забезпечує глибше розуміння найважливіших напрямків роботи – освітнього, терапевтичного, дозвіллєвого.

Після завершення етапу спостереження волонтер приступає до роботи. Основна підтримка волонтерів здійснюється через супервізію. Створення відповідного середовища для максимального розвитку волонтерів є результатом свідомих супервізорських стратегій.

Таким чином, зарубіжний досвід волонтерської роботи студентів та особливості вітчизняної професійної підготовки фахівців-психологів окреслили шляхи організації волонтерської діяльності майбутніх фахівців на базі медико-соціальних закладів.

Під час волонтерської роботи студентів керівниками надаються консультації, роз’яснення під час пошуку певного рішення, допомога в організації їх роботи з метою запобігання надмірних навантажень, тобто відбувається постійний зворотний зв’язок з волонтерами. Волонтерська програма реалізується паралельно з теоретичним навчанням. Тому студенти мають змогу в будь-який час отримати необхідні знання, на базі яких формуються відповідні практичні вміння та навички.

Оцінка волонтерської програми відбувалася шляхом опитування дітей з обмеженими можливостями, членів їхніх сімей, волонтерів. Як свідчать результати опитування, всі учасники були задоволені програмою, на що вказують емоційні висловлювання про високу особистісну значимість їхніх зустрічей. Діти з обмеженими можливостями та їх батьки відзначили емпатійний, дружній характер відносин, доцільність і актуальність роботи, яка здійснювалася волонтерами. Волонтери ж повідомили про те, що для них, насамперед, важливо бути потрібними. Також студенти відзначили, що волонтерська діяльність сприяє розвитку таких професійно важливих якостей як гуманізм, відвертість, милосердя, співчутливість, емпатійність, альтруїзм, бажання допомагати людям. Окрім цього в процесі практики студенти мали можливість детальніше й глибше ознайомитись зі специфікою діяльності закладу, спостерігати можливі форми роботи фахівців, а також у повній мірі усвідомили складність волонтерської діяльності.

Таким чином, реалізація педагогічної умови участі студентів у волонтерській діяльності забезпечує ефективність підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних технологій у практичній діяльності, оскільки доброчинна діяльність допомагає знаходити ресурси особистісного та професійного вдосконалення, сприяє розвитку рефлексії, стимулюванню самореалізації.

**3.2. Узагальнення результатів дослідно-експериментальної роботи з підготовки майбутніх фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій у професійній діяльності**

Професійна підготовка студентів здійснювалася за традиційною системою. До числа основних професійних орієнтацій ми віднесли особистісний розвиток фахівця-психолога, професійне самовдосконалення.

Низький рівень. Студенти цього рівня не виявляють зацікавленості до медико-соціальної роботи, не усвідомлюють її значущості. У мотиваційному комплексі відсутнє прагнення до професійного і особистісного самовдосконалення. Не маючи явних успіхів у навчальній діяльності, студенти не розглядають її як основний спосіб самовираження, самореалізації.

Середній рівень. Студенти цього рівня виявляють незначний інтерес до діяльності з впровадження медико-соціальних технологій, не усвідомлюють її значущості. Не завжди прагнуть до самовираження, самореалізації в діяльності відповідно до своїх здібностей.

Достатній рівень. Характеризується достатньо вираженою зацікавленістю до медико-соціальної роботи, її технологізації. У мотиваційному комплексі спостерігається переважання мотивів, які забезпечують ефективність діяльності; відмічається систематичне виявлення активності в процесі оволодіння професійними знаннями. Прагнуть до самовираження, самореалізації в діяльності.

Високий рівень. Студенти виявляють стійку зацікавленість до професійної діяльності в сфері медико-соціальної роботи, усвідомлюють значимість застосування медико-соціальних та психотехнологій. Такі студенти володіють оптимальним комплексом професійних мотивів, активно працюють над удосконаленням власних професійно-важливих якостей. Прагнуть до найповнішого самовираження, самореалізації в діяльності.

Важливим компонентом мотиваційної складової готовності фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій є професійне самовдосконалення. Бесіди та опитування дозволили встановити, що основною формою професійного вдосконалення студенти вважають практичні заняття. Вони недооцінюють значення самоосвіти, самовиховання як цінностей професійної діяльності. Це підтверджує думку про те, що в освітньому середовищі ЗВО більш високу оцінку мають знання, вміння та навички, а не особистісні якості.

Більш високий рівень мотивації студентів експериментальної групи (порівняно з контрольною групою) пов’язаний, на нашу думку, з тим, що в процесі реалізації розробленої моделі соціальні працівники познайомилися з сучасними концепціями та організацією медико-соціальної роботи в Україні і за кордоном, технологіями медико-соціальної роботи, функціями соціального працівника, який бере участь у наданні медико-соціальної допомоги населенню, взяли участь у міжнародному проекті, спрямованому на формування навичок здорового способу життя.

Емоційно-вольова готовність фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій проявляється через задоволеність роботою, позитивний емоційний настрій, відповідальність за вирішення професійних завдань.

Низький рівень емоційного компонента характеризується незадоволеністю професійною діяльністю, невпевненістю в правомірності та доцільності застосування тієї чи іншої медико-соціальних та психотехнологій. В процесі навчання проявляється безвідповідальність.

Для середнього рівня характерна помірна задоволеність професією. Студентам такого рівня притаманна невпевненість в своїх силах. У них відсутнє прагнення реалізувати власні духовні потреби в роботі з клієнтами. Внутрішній світ клієнта, його емоційний стан залишаються за межами інтересів фахівця. Самостійність та відповідальність студентів даного рівня проявляється епізодично.

Достатній рівень. На цьому рівні виявляється задоволеність професійною діяльністю. Достатньо високі орієнтації на медико-соціальну роботу. Частково виражена відповідальність, самостійність. Впевненість у своїх силах викликає захоплення роботою, емоційна розкутість проявляється в адекватній поведінці. Однак при невдачах негативні переживання позначаються на результатах діяльності.

Високий рівень. Для нього характерна максимальна задоволеність професійною діяльністю. Результативність роботи висока, у професійному співробітництві майбутній фахівець знаходить джерело духовного зростання. Постійно проявляється самостійність, відповідальність під час вирішення завдань. Впевненість у своїх силах викликає прагнення діяльності, захоплення. Комфортність у процесі взаємодії з клієнтом проявляється в поведінці, виразності мови, що викликає довіру. Задоволеність процесом медико-соціальної роботи сприяє особистій відповідальності, викликає впевненість у правомірності і доцільності застосування тої чи іншої медико-соціальних та психотехнологій.

Зміни в даному компоненті готовності пов'язані з тим, що підвищився рівень розуміння таких аспектів майбутньої професійної діяльності в сфері медико-соціальної роботи, як можливість сприяти вирішенню проблем клієнта, пов’язаних зі здоров’ям, висока відповідальність за роботу.

Критеріальним показником даного компонента є наявність системи знань універсальних медико-соціальних та психотехнологій та технологій медико-соціальної роботи. Разом з тим, на нашу думку, цей компонент готовності не зводиться лише до знань, а виявляється через теоретичну професійну діяльність, яка базується на розвинутому професійному мисленні і пов’язаних з ним внутрішніх дій. Для характеристики теоретичного компонента застосовано рівневий підхід.

Низький рівень. Діяльність такого фахівця характеризується незначним набором стандартних знань у сфері загальних технологій соціальної роботи. Для його роботи властива наявність певних знань методів, прийомів та міждисциплінарних технологій, які він використовує у зв’язку з відсутністю системних знань медико-соціальної роботи. Результати діяльності нестійкі, так як інтелектуальна активність не в повній мірі спрямована на отримання теоретичних знань.

Середній рівень. На цьому рівні спостерігається відносно низький рівень знань медико-соціальної роботи та її технологізації. Діяльність такого фахівця характеризується формально правильними прийомами, однак інтерес до вирішення професійно значимих завдань практично відсутній. Такий спеціаліст усвідомлює значимість теоретичної підготовки, однак систематично над собою не працює.

Достатній рівень. Для нього характерна достатня активність при оволодінні знаннями теорії, методів, загальних технологій та медико-соціальних та психотехнологій. Фахівець володіє достатніми знаннями з обґрунтування сутності та можливостей медико-соціальних технологій, критеріїв вибору медико-соціальної технології, специфіки діяльності різних структурних підрозділів медичних та соціальних закладів і служб. Ним усвідомлюється значимість самоосвіти, хоча систематично фахівець цим не займається.

Високий рівень. Такий фахівець розглядає медико-соціальну роботу як особливий вид професійної діяльності, усвідомлює її значимість. Він володіє знаннями загальних та часткових технологій, специфікою їх застосування у сфері медико-соціальної роботи. Діяльність такого спеціаліста характеризується знаннями з обґрунтування медико-соціальних та психотехнологій – оцінювати соціальну ситуацію, особливості категорій населення, які потребують медико-соціального впливу; розробки (корегування) медико-соціальних та психотехнологій – виявляти специфіку медико-соціальних проблем, визначати зміст медико-соціальних технологій; реалізації технології – організацію медико-соціальної роботи, нормативно-правову базу, етичні норми і принципи діяльності соціального працівника медико-соціальної сфери. Студенту даного рівня притаманна потреба у самовдосконаленні. Він знаходиться у постійному пошуку знань як джерела власного професійного зростання. Результативність його роботи дуже висока, вона базується на знаннях, які виявляються через теоретичну діяльність, розвинуте професійне мислення і пов’язані з ним внутрішні дії (вміння).

У процесі використання прогностичної методики складання елементів «професіограми» соціального працівника студентам було запропоновано відповісти на такі запитання:

1. Якими професійно значимими якостями повинен володіти соціальний працівник для реалізації технологій медико-соціальної роботи?
2. Якими особистісними якостями він повинен володіти?
3. Якими знаннями повинен володіти соціальний працівник для того, щоб успішно здійснювати медико-соціальну діяльність?

Відповіді на перше запитання дозволяють розподілити студентів на дві групи. Перша група відзначає знання з теорії і технологій соціальної роботи. Друга група студентів вказує на знання історії соціальної роботи, педагогіки, психології, медицини. Ніхто із студентів не відзначив знання з організації діяльності соціальних закладів і служб, медико-соціальної роботи, профілактики, реабілітації тощо.

Представлені більшістю студентів компоненти блоку знань відзначалися конкретністю і специфічністю. Варто відзначити, що багато студентів не змогли відповісти на поставлені запитання. На питання про необхідні знання не змогли дати відповідь близько 10% студентів обох груп, що підкреслює нерозробленість теоретичного компонента готовності фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій.

Щодо наступного запитання, то студенти контрольної та експериментальної груп назвали понад 20 професійно значимих якостей соціального працівника, серед яких переважають такі як: доброзичливість, справедливість, порядність, терпіння, почуття гумору та ін. Безумовно ці якості є надзвичайно важливими для соціального працівника, однак, відзначимо відсутність у них специфічної професійної спрямованості. Не були відзначені чи опинилися на другому плані особистісні якості, які визначають ступінь професійної компетентності: комунікабельність, тактовність, ініціативність, вимогливість, цілеспрямованість.

Практичний компонент готовності фахівців-психологів до застосування медико-соціальних та психотехнологій проявляється через певні професійні вміння та навички. Критеріальним показником практичного компонента є наявність загальнопрофесійних умінь (діагностичних, комунікативних, організаторських та ін.), а також специфічних технологічних умінь застосування медико-соціальних та психотехнологій. Характеристики виділених рівнів наступні.

Низький рівень. Характеризується незначним набором вмінь та навичок застосування медико-соціальних та психотехнологій. Майбутній соціальний працівник вміє діагностувати проблему, пов’язану зі здоров’ям клієнта, проте прогнозувати її розвиток з урахуванням даних діагностики не може. Результати діяльності нестійкі, оскільки аналізувати ситуацію, обґрунтовувати необхідність застосування тієї або іншої медико-соціальних та психотехнологій в практиці соціальної роботи, а також розробляти рекомендації щодо вдосконалення її змісту майбутній фахівець не може.

Середній рівень. На цьому рівні відмічається наявність певних умінь та навичок професійної діяльності в сфері медико-соціальної роботи. Майбутній соціальний працівник в цілому вміє аналізувати соціальну проблему, пов’язану зі здоров’ям клієнта, проте моделювати шляхи її вирішення затрудняється. Його діяльність характеризується усвідомленням необхідності застосовувати ту чи іншу медико-соціальних та психотехнологій в практиці соціальної роботи, вдосконалювати професійну майстерність, проте систематично над собою не працює. Такий фахівець вміє бути тактовним і коректним у взаємовідносинах з клієнтом, однак професійне співробітництво оцінює як засіб вирішення практичних завдань.

Достатній рівень. Для цього рівня характерна наявність значної кількості умінь та навичок застосування загальних медико-соціальних та психотехнологій та певних умінь використання медико-соціальних та психотехнологій. Спостерігаються вміння прогнозувати тенденції, пов’язані зі здоров’ям населення, моделювати ситуації з урахуванням даних соціальної діагностики, обґрунтовувати необхідність застосування медико-соціальних та психотехнологій в роботі з особами, які страждають психічними, онкологічними, інфекційними захворюваннями, інвалідами. Вміння розробляти рекомендації щодо вдосконалення змісту технологій з конкретними категоріями осіб нестійкі, відсутня інтеграція всіх умінь в рамках однієї цільової установки. Виявлення і аналіз кращих здобутків у сфері технологізації медико-соціальної роботи, вдосконалення професійної майстерності розглядаються майбутнім фахівцем як необхідні завдання, однак систематично він цим не займається.

Високий рівень. Характеризується сформованістю аналітичних, дослідницьких, організаційних та інших загальнопрофесійних умінь; вмінь застосовувати медико-соціальних та психотехнологій. Майбутній фахівець може діагностувати медико-соціальну проблему, моделювати ситуації, пов’язані зі здоров’ям населення, обґрунтовувати необхідність застосування тієї або іншої медико-соціальних та психотехнологій в практиці соціальної роботи; розробляти рекомендації щодо вдосконалення змісту медико-соціальних та психотехнологій з конкретними групами клієнтів. Постійний творчий пошук викликає потребу у вдосконаленні професійної майстерності. Результативність діяльності дуже висока. Майбутній соціальний працівник в процесі надання медико-соціальної допомоги знаходить джерело свого професійного росту.

Аналізуючи дані констатувального експерименту, які характеризують рівень загальнопрофесійних та технологічних умінь можна стверджувати про такий рівень їх вираженості: у контрольній групі 8% студентів вказало на високий рівень сформованості вмінь, а в експериментальній – 7%; достатній рівень становив 13% у контрольній групі і 24% у експериментальній групі; про те, що те чи інше вміння «має місце» зазначили 25% контрольної і 18% експериментальної групи; про відсутність умінь відзначили 54% контрольної і 51% студентів експериментальної групи.

Завдяки реалізації розробленої моделі та визначених педагогічних умов значення рівня сформованості зазначених умінь зросло: у контрольній групі 27% студентів вказало на високий рівень сформованості вмінь, а в експериментальній – 36%; достатній рівень: 19% у контрольній і 40% – в експериментальній групі; середні рівень: 23% контрольної і 20% експериментальної групи; про відсутність умінь відзначили 31% контрольної і 4% експериментальної групи.

Оцінка правильності виконання завдання здійснювалася за результатами вирішення чотирьох поставлених завдань, кожне з яких оцінювалося в 15 балів, тобто максимальний результат складав 60 балів. Відповідно, від 0 до 15 балів був визначений низький рівень умінь, 16-30 – середній, 31-45 – достатній, 46-60 – високий рівень роботи з медико-соціальних та психотехнологій.

Оцінка якості виконаних завдань наглядно показує результати готовності до технологічної діяльності. Так, на констатувальному етапі на високому рівні були виконані практичні завдання 6% студентів контрольної і 4% експериментальної груп, на достатньому – 19% студентів контрольної і 27% експериментальної груп, на середньому – 25% студентів контрольної і 31% експериментальної груп, на низькому – 50% студентів контрольної і 38% експериментальної груп.

Після проведеної експериментальної роботи відбулися такі зміни: високий рівень виявили 31% студентів контрольної і 51% експериментальної груп, достатній рівень – 17% студентів контрольної і 27% експериментальної груп, середній рівень – 21% студентів контрольної і 20% експериментальної груп, низький рівень – 31% студентів контрольної і 2% експериментальної груп.