

УДК 37:376-056.26

DOI: 10.15587/2519-4984.2018.131974

## ІНКЛЮЗИВНЕ НАВЧАННЯ ІНОЗЕМНОЇ МОВИ СТАРШОКЛАСНИКІВ З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ: ОСОБЛИВІ ОСВІТНІ ПОТРЕБИ ТА АДАПТАЦІЙНІ ЗАХОДИ

© Н. С. Щерба

*Згідно з чинним українським законодавством учні з особливими освітніми потребами можуть навчатись у загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладах або класах. Однак доцільність, а також переваги та недоліки інклюзії учнів з важкими формами інвалідності викликають у суспільстві неоднозначну реакцію. Її сутність полягає в тому, що переведення цих дітей у загальноосвітні навчальні заклади не повинно мати стихійний характер, а має ґрунтуватись на відповідних адаптаційних заходах.*

*Метою цього дослідження є висвітлення адаптаційних можливостей навчання іноземної мови (ІМ) старшокласників з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, викликаних дитячим церебральним паралічем (ДЦП). Проведений аналіз форм ДЦП, характерних для учнів старшого шкільного віку, дозволив сформулювати перелік бар'єрів, що можуть перешкоджати вивченню ними іноземної мови: труднощі, пов'язані з утриманням вертикальної пози тіла та з самостійним пересуванням, труднощі самостійного сидіння, труднощі утримання в руках предметів і самостійного письма.*

*Відповідно до вказаних бар'єрів у дослідженні було визначено три групи особливих освітніх потреб учнів з порушеннями опорно-рухового апарату, що передбачають запровадження таких адаптаційних заходів, як: створення безбар'єрного шкільного середовища, розробку та використання Індивідуальної програми розвитку та Індивідуального плану учня, запровадження відповідних підходів, принципів, методів і засобів навчання.*

*Автор приходить до висновку, що, зважаючи на те, що вітчизняна інклюзивна освіта знаходиться на етапі становлення, учні з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, що виникли внаслідок ДЦП, повинні мати доступ і до загальноосвітніх, і до спеціальних освітніх закладів і класів. Перший варіант дозволить їм сформувати соціальну та навчальну компетентність, а другий – максимально скористатися наявними методико-організаційними та корекційними ресурсами, а також учитися під керівництвом спеціально підготовлених педагогів. В будь-якому випадку майбутнє інклюзії в Україні полягає в певному індивідуально раціональному поєднанні вказаних опцій шляхом адаптації навчального процесу до особливих освітніх потреб учнів з інвалідністю, використання спеціалістів як ресурсно-консультаційних центрів та інших можливостей*

**Ключові слова:** інклюзія, старшокласники, дитячий церебральний параліч, порушення функцій опорно-рухового апарату

### 1. Вступ

Відповідно до Закону України "Про загальну середню освіту" учні з інвалідністю (і зокрема, внаслідок дитячого церебрального паралічу (ДЦП)) можуть отримувати повну середню освіту в загальноосвітніх школах (зокрема, в спеціальних / інклюзивних класах або за дистанційною / вечірньою (заочною) формою навчання), а також у спеціальних школах, які можуть входити до складу навчально-реабілітаційних центрів [1]. Незалежно від обраного типу навчального закладу передумовою освіти кожного учня є врахування клінічних проявів його захворювання, що можуть і, як правило, призводять до певних бар'єрів у навчанні. Аналіз останніх дозволяє визначити особливі освітні потреби дитини, спланувати та запровадити необхідні організаційно-методичні заходи щодо активізації її участі, і вирішити питання про доцільність адаптації чи модифікації навчального процесу.

Переваги інклюзивної освіти дітей з особливими освітніми потребами над спеціальною дискутуються педагогами, батьками та самими учнями в Україні та за кордоном, проте вибір не завжди однозначний.

На користь інклюзивної освіти наводяться такі аргументи:

– наприклад, за дослідженням низки британських учених, у 81 % з 26 наукових публікацій, більшість із яких були написані авторами з США, спільне навчання дітей з особливими потребами та учнів із типовим розвитком має нейтральний або позитивний вплив на академічні досягнення останніх [2]. Спільне навчання має позитивний вплив на обидві категорії учнів [3];

– навчання у школах-інтернатах призводить до соціальної деградації дітей внаслідок їх відокремлення від суспільства [4]. Ця позиція підтримується і в іншому дослідженні, спрямованому на порівняння результатів навчання учнів із важкими формами інвалідності (і, зокрема, ДЦП) в загальноосвітніх і спеціальних школах Мінеаполіса (штат Міннесота, США). Як було з'ясовано, академічні досягнення учнів не залежать від типу школи, проте соціальна компетенція дітей у сегрегованому навчальному середовищі знаходиться у стані регресу внаслідок обмеженого спілкування з однолітками та педагогами [5];

– ярлики, що навішуються на учнів спеціалістів ("глухі, сліпі, розумово відсталі"), закладають у них

сценарій фізичної неспроможності [4] і виробляють схильність до соціального утримання [6];

– спеціальна освіта часто вимагає окремого проживання учня з особливими потребами та його сім'ї, що негативно впливає на *перспективи соціалізації та адаптації до самостійного життя* [4];

– стандарти викладання та *академічні вимоги* в інклюзивних класах *знаходяться на вищому рівні*, ніж у спеціальних навчальних закладах [7, 8].

У свою чергу, *критики інклюзії*, що акцентують свою увагу на недоречностях, які виявились у ході її запровадження у школах різних країн світу, обґрунтовують свою позицію таким чином:

– постійна присутність асистента вчителя біля учня з інвалідністю перешкоджає соціальній інтеграції останнього в класі, що призводить до ігнорування з боку однолітків [8]. При цьому часто саме асистент учителя навчає учня. Відсутність у першого достатнього рівня предметної підготовки негативно впливає на результати навчання [9];

– відсутність у найближчій загальноосвітній школі необхідних умов для навчання учня з конкретно нозологією означає, що він або буде залежати від постійної допомоги асистента вчителя або його зарахують до іншої школи. В останньому випадку може виникнути проблема з транспортом [8];

– запровадження інклюзії передбачає, в першу чергу, посилення фінансування для забезпечення навчального процесу необхідними матеріальними ресурсами. Крім того академічна успішність учнів з особливими освітніми потребами прямо залежить від професійно-педагогічної підготовки вчителів. Недостатність матеріальних ресурсів і підтримки призводить до неефективності інклюзії [9].

З наведених аргументів можна зробити висновок, що запровадження інклюзії на відміну від стихійної інтеграції, при якій учня з ДЦП просто зараховують у загальноосвітню школу, передбачає вирішення низки організаційних і методичних питань, а також залучення різноманітних ресурсів. Очевидно, що неможливо передбачити освітні бар'єри кожного учня, що буде зарахований до інклюзивного класу, проте доречно завчасно проводити підготовчі адаптаційні заходи відповідно до типових клінічних проявів ДЦП.

## 2. Літературний огляд

Проблемами класифікації форм ДЦП за їх клінічними проявами займалися вітчизняні та зарубіжні науковці, проте досконала класифікація досі не укладена, оскільки цьому перешкоджає: різноманіття факторів, що викликають ураження мозку, відсутність специфіки відповідних реакцій, порушення взаємозв'язків функціональних систем у процесі їх розвитку тощо [10]. Тому доречно враховувати ті клінічні прояви, що можуть вважатися типовими для ДЦП.

У сучасній вітчизняній і зарубіжній педагогіці досліджено окремі проблеми адаптації середньої освіти до особливих освітніх потреб учнів з інвалідністю, соціальної адаптації підлітків з ДЦП в умовах інтегрованого навчання, адаптації освітнього середовища до навчання учнів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, використання інди-

видуального та диференційованого підходу до навчання учнів з особливими освітніми потребами. Однак праць, присвячених адаптації середньої іншомовної інклюзивної освіти до потреб учнів з ДЦП, виявлено не було.

## 3. Мета та задачі дослідження

Метою дослідження є окреслення адаптаційних заходів, необхідних для навчання ІМ учнів із порушеннями функцій опорно-рухового апарату, що виникли внаслідок ДЦП.

Для досягнення мети були поставлені наступні задачі:

– аналіз і узагальнення порушень функцій опорно-рухового апарату, характерних для різних форм ДЦП;

– визначення бар'єрів у вивченні ІМ старшокласниками з ДЦП та систематизація відповідних особливих освітніх потреб;

– наведення прикладів адаптаційних заходів, що зменшують деякі з типових бар'єрів, характерних для учнів з порушеннями опорно-рухового апарату, що виникли внаслідок ДЦП.

## 4. Особливі освітні потреби учнів з ДЦП, що виникають внаслідок порушень функцій опорно-рухового апарату

Як виявив аналіз наукових публікацій, ДЦП може проявлятися у дітей шкільного віку в таких формах, як:

1. Спастичні (диплегія, геміплегія, подвійна геміплегія).

2. Гіперкінетична.

3. Атактична.

4. Атонічно-астатична.

5. Змішані (спастико-атактична, спастико-гіперкінетична, атактико-гіперкінетична) [10].

Розглянемо відповідні порушення функцій опорно-рухового апарату.

1. При *спастичній диплегії* уражені обидві половини тіла, але переважно нижня. Перевага м'язової спастики *в ногах* називається *спастичною тетраплегією* (тетрапарезом), а якщо *в руках* – то *подвійною геміплегією*. Обидві вказані форми проявляються у паралічі чи парезі чотирьох кінцівок. При цьому у випадку параліча (плегії) людина позбавлена можливості робити свідомі рухи, а при парезі її рухові функції ослаблені чи "випадають" частково. Форма проявляється також у ранньому формуванні *деформацій хребта і суглобів*, а також *контрактур* (стійких обмежень рухливості в суглобах [11]). Ступінь ураження рук може бути різним: *від легкої незграбності до парезу* [12]. При середній важкості захворювання хворі *починають ходити з запізненням*, чіпляючи при ходьбі одне коліно іншим. У легких випадках цей дефект майже повністю зникає [11].

2. *Геміплегічна форма* (чи *геміпарез*) проявляється як повний (чи частковий) параліч однієї половини тіла [11] (правої чи лівої) з *більшим ураженням кисті руки*, ніж ноги. Кінцівки на ураженій стороні тіла можуть *відставати в рості* [12, 13]. Лікування зазвичай призводить до значних покращень функціонування ураженої ноги. Проте *робота* відповідної

кисті і пальців руки часто нормалізується лише частково або не покращується взагалі.

3. *Подвійна геміплегія* проявляється в більшості випадків у *контрактурах суглобів, труднощах із сидінням та неможливості стояти чи ходити, в наявності синкінезій* (мимовільних небажаних реакцій тіла при спробі активно рухатися з поступовим наростанням тону м'язів і фіксацією тіла в патологічній позі [12, 13]) та *гіперкінезів* (дискінезій), тобто мимовільних насильницьких рухів тіла [12].

4. *Гіперкінетична* характеризується підвищенням м'язового тону, часто поєданого з *паралічами та парезами*, а також важкими *гіперкінезами*, що не завжди підлягають корекції [12]. У більшості дітей відсутня правильна установка тулуба і кінцівок.

5. *Атактична* (або мозочкова) форма проявляється в порушенні координації рухів і рівноваги. Загальна сила в кінцівках хворого *знижена незначно* чи подекуди *збережена повністю*, проте *рухи стають неточними, незграбними, нескоординованими, рівновага порушується в положенні стоячи та при ходьбі* [12].

6. *Атонічно-астатична* форма є однією з найважливіших форм ДЦП. Хворі, як правило, не можуть утримувати голову, стояти, сидіти, ходити та навіть зберігати певну позу через виражену м'язову гіпотонію [12]. В окремих випадках діти все ж здатні стояти і ходити за підтримки дорослих після 4–8-річного віку та самостійно пересуватися на дуже короткі відстані (наприклад, по кімнаті) після 7–9 років [10]. Вказана форма захворювання також проявляється в атаксії, а згодом можуть виникати ще й гіперкінези. В 40–50 % випадків спостерігаються судоми та епілептичні напади. Перспективи покращення рухових функцій вважаються несприятливими [10, 12].

7. *Змішані форми*, до яких, як було сказано вище, належать: спастико-атактична, спастико-гіперкінетична та атактико-гіперкінетична [10]. Вони являють собою поєднання декількох форм захворювання, викликаних пошкодженням різних структур мозку.

Підсумовуючи сказане, до *бар'єрів*, що обмежують навчання ІМ учнів порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок ДЦП, ми можемо віднести такі, як відсутність чи обмеження можливості:

- самостійно стояти та пересуватись;
- самостійно сидіти;
- самостійно утримувати в руках предмети та писати.

Отже *особливі освітні потреби* у вивченні ІМ учнів із порушеннями роботи опорно-рухового апарату внаслідок ДЦП полягають у створенні таких умов, що компенсували чи зменшували б указані вище обмеження. Розглянемо відповідні *адаптаційні заходи*, що можуть використовуватись в інклюзивному навчальному процесі. Згідно з Додатком до листа МОНмолодьспорту від 26.07.2012 р. №1/9-529 "Психологічний і соціальний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання" вони класифікуються за *різними видами адаптації*, до яких належить:

- пристосування середовища;
- адаптація навчальних підходів;
- адаптація навчального плану;
- адаптація матеріалів [14].

*Пристосування середовища* до навчання учнів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (тобто створення можливості для використання ними допоміжних засобів пересування: інвалідних візків, милиць, паличок, ходунків) означає забезпечення *безбар'єрного середовища*, в якому наявні:

- пандус при вході чи люди, що постійно допомагають долати сходи;
- двері з відсутніми порогами, не менше 0,85–0,9 м завширшки для вільного проїзду візка;
- ліфт або підйомник на сходах усередині приміщення (чи проведення всіх занять учня з порушеннями опорно-рухового апарату на першому поверсі);
- поруччя уздовж коридорів, щоб ті учні, яким складно ходити самостійно, могли триматися;
- класні кімнати з проходами не менше 0,9 м, учнівським місцем не менше 1,5×1,5 м та дошкою на доступній висоті чи з регульованою висотою;
- бібліотеки зі стійкою не вище 0,7 м та розміщенням книг на полицях на рівні не вище за 1,2 м при ширині проходів не менше 1,1 м;
- туалетна кімната, спеціальна зона в їдальні та інші шкільні приміщення, доступні для використання дітьми з порушеннями опорно-рухового апарату [15].

*Адаптація навчальних підходів* до іншомовної освіти учнів з інвалідністю передбачає, в першу чергу, диференціацію та індивідуалізацію навчального процесу. *Диференціація* у навчанні ІМ означає, що клас постійно працює в змінних групах (іноді як цілий клас), які створюються самими учнями в залежності від того, який спосіб вивчення і закріплення конкретного навчального матеріалу є для них найзручнішим, враховуючи їх індивідуальні відмінності [16]. Всі групи мають досягти спільної мети уроку, але "продукти" навчальної діяльності можуть бути різними. Наприклад, у вивченні ІМ учні можуть вивчати мовний матеріал шляхом вибору з-поміж вправ, завдань і засобів навчання, запропонованих учителем. Зважаючи на таке тлумачення диференціації, вона може використовуватись лише в тому випадку, якщо інклюзії розуміється як створення сприятливих умов для навчання усіх дітей у класі / школі, а її метою для учнів з особливими освітніми потребами є не лише одержання освіти, але й соціальна інклюзія.

На думку низки вітчизняних учених, диференціації викладання досягається за рахунок:

- 1) адаптації змісту, процесу та продукту навчальної діяльності;
- 2) варіювання вимог щодо ступеня виконання завдань учнями на окремому уроці або впродовж вивчення ширшої теми (тобто матеріал має розподілятися на обов'язковий для всіх учнів, бажаний для більшості і запропонований окремим учням);
- 3) застосування широкого спектру форм і методів організації навчальної діяльності [17].

Що стосується *індивідуалізації* іншомовної освіти учнів з особливими освітніми потребами, то вона реалізується у створенні Індивідуальної програми розвитку та Індивідуального навчального плану. Враховуючи те, що у класі за чинними освітньо-нормативними вимогами може навчатися не більше 3

учнів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, стає можливим вивчення їх особливостей і врахування їх у навчальному процесі. В межах реалізації індивідуального підходу до учня чи учнів з порушеннями роботи опорно-рухового апарату може прикріплюватись спеціальний педагог, який створює для них необхідні умови і всіляко допомагає на уроці. В цьому випадку інклюзія розповсюджується лише на учнів з особливими потребами і її метою є надання їм доступного рівня освіти.

*Адаптація Індивідуального навчального плану* передбачає таке формулювання цілей і завдань для конкретного учня, що відповідає змінній тривалості чи послідовності занять у ході викладу матеріалу, який йому необхідно засвоїти. Час окремих занять може бути скороченим, але тоді решта завдань має виконуватись у ході самостійної роботи чи додаткових занять, якщо буде прийнято рішення, що загальна тривалість середньої освіти дитини з порушеннями роботи опорно-рухового апарату залишається 11 років.

Нарешті *адаптація матеріалів* означає пристосування засобів навчання та носіїв інформації до особливих освітніх потреб учнів. Так учні, що мають *труднощі з письмом* правою рукою, можуть використовувати ручку для шульги. Якщо в цьому є необхідність, може використовуватись подушечка чи зручна підставка під руку, що може зменшити навантаження на неї. Якщо письмо недоступне, то старшокласнику можна запропонувати використовувати ПК чи планшет зі зручним утримувачем, де він у віртуальному навчальному середовищі класу чи школи зможе виконувати інтерактивні вправи та завдання з ІМ, а також слухати, читати та переглядати навчальні матеріали в різних медіаформатах. Для учнів, що неспроможні писати чи друкувати, існує можливість керувати комп'ютером за допомогою приладу Tobii Dynavox eye tracker, який відстежує рухи очей і дозволяє відкривати й закривати вікна, вивчаючи відповідну інформацію. Решта адаптаційних заходів залежить від індивідуальної клінічної картини порушень учня з ДЦП.

## 5. Результати дослідження та їх обговорення

Вибір між інклюзивною та спеціальною освітою, а також між формами інклюзії залежить від особливих освітніх потреб учня та інших факторів. Як показують деякі дослідження, британські підлітки та юнаки з важкими формами інвалідності, що мали досвід навчання в спеціальних і масових школах, здебільшого виступають *на захист спеціальної освіти*, оскільки:

– *навчальні приміщення* у спеціальних навчальних закладах, сплановані з урахуванням потреб учнів із конкретною нозологією, тому вони можуть пересуватись самостійно (відкривати двері, долати сходи, тощо);

– учні отримують *комплексну реабілітацію від досвідчених фахівців* (фізіотерапію, гідротерапію, заняття з розвитку мовлення, тощо), а також можливості для тренувань і відпочинку (наприклад, для плавання);

– *педагогічна та психологічна підтримка* учнів є достатньою та адекватною для того, щоб навчити їх необхідних умінь (наприклад, читання чи письма) та розвинути їх професійні амбіції (наприклад, стати перекладачем);

– організація *транспортного забезпечення* відповідає їх потребам;

– учні *відпочивають* від уроків *одночасно з однокласниками*, їм не потрібно затримуватись у класі для додаткових занять з асистентом учителя;

– *соціальна інтеграція* в середовищі собі подібних є ефективнішою, рідше випадки *емоційного тиску чи ігнорування* з боку однолітків [8].

Що стосується форми інклюзії, яку слід застосовувати, то вибір між наданням учню постійної значної допомоги з боку спеціального педагога та розвитком у нього навчальної самостійності й соціальної компетентності можна зробити враховуючи: важкість та клінічні прояви захворювання, готовність батьків до співпраці з педагогічним колективом школи, ставлення до навчання самого учня тощо.

## 6. Висновки

Враховуючи сказане, можна зробити висновок, що організація інклюзивної іншомовної освіти старшокласників з порушеннями роботи опорно-рухового апарату вимагає не лише запровадження вказаних адаптаційних заходів, але й забезпечення необхідних матеріальних і педагогічних ресурсів. Зважаючи на це доцільним видається:

1. Створювати на базі спеціальних шкіл ресурсні та консультативні центри, де можуть проводитись курси підготовки та підвищення кваліфікації спеціальних педагогів.

2. Створювати на базі спеціальних шкіл інклюзивні школи, оскільки в них уже вжито більшість адаптаційних заходів, необхідних для навчання учнів з порушеннями роботи опорно-рухового апарату.

3. Не проводити організацію інклюзивного навчання у школах, що не готові запровадити необхідні адаптаційні заходи та забезпечити навчальний процес відповідними ресурсами.

## Література

1. Про загальну середню освіту: Закон України № 651-XIV // Верховна Рада України. 1999. URL: <http://zakon0.rada.gov.ua/laws/show/651-14> (дата звернення: 25.01.2018)
2. The impact of placing pupils with special educational needs in mainstream schools on the achievement of their peers / Kambouka A. et. al. // Educational Research. 2007. Vol. 49, Issue 4. P. 365–382. doi: 10.1080/00131880701717222
3. Hocutt A. M. Effectiveness of Special Education: Is Placement the Critical Factor? // The Future of Children. 1996. Vol. 6, Issue 1. P. 77–102. doi: 10.2307/1602495
4. Самсонова Л. Як дати всім дітям повноцінну освіту // Insider. 2015. URL: <http://www.theinsider.ua/lifestyle/5578081873c36/> (дата звернення: 15.04.2018)
5. Cole D. A., Meyer L. H. Social Integration and Severe Disabilities: A longitudinal analysis of child outcomes // The Journal of Special Education. 1991. Vol. 25, Issue 3. P. 340–351. doi: 10.1177/002246699102500306

6. Зотова А. М. Интеграция ребенка-инвалида в среду здоровых сверстников как метод социальной адаптации // Дефектология. 1997. № 6. С. 21–25.
7. Jenkinson J. All Students Belong: Inclusive Education for Students with Severe Learning Disabilities // Tizard Learning Disability Review. 2000. Vol. 5, Issue 4. P. 4–13. doi: 10.1108/13595474200000032
8. Shah S. Special or mainstream? The views of disabled students // Research Papers in Education. 2007. Vol. 22, Issue 4. P. 425–442. doi: 10.1080/02671520701651128
9. Warnock M., Norwich B. Special educational needs. Key debates in educational policy / ed. by Terzi L. London-New York: Bloomsbury, 2010. 184 p.
10. Бадалян Л. О., Журба Л. Т., Тимоніна О. В. Детские церебральные параличи. Київ: Здоровья, 1988. 328 с.
11. Метод Козьяквіна – система інтенсивної нейрофізіологічної реабілітації. Посібник реабілітолога / Козьяквін В. І. та ін.; ред. Козьяквін В. І. Львів: Видавництво "Дизайн-студія "Папуга", 2011. 240 с.
12. Штульман Д. Р., Левин О. С. Неврология. Справочник практического врача. Москва: МЕДпресс-информ, 2002. 784 с.
13. Справочник невропатолога и психиатра / ред. Гращенкова Н. И., Снежневский А. В. Москва: Медицина, 1969. 567 с.
14. Додаток до листа МОНмолодьспорту №1/9-529 від 26.07.12 "Психологічний і соціальний супровід дітей з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного навчання" // Методична служба. URL: [http://metodist.ucoz.com/news/list\\_monmolodsport\\_1\\_9\\_529\\_vid\\_26\\_07\\_12\\_goku/2012-07-30-931](http://metodist.ucoz.com/news/list_monmolodsport_1_9_529_vid_26_07_12_goku/2012-07-30-931) (дата звернення: 13.01.2018)
15. Реабілітаційний супровід навчання неповносправних дітей: метод. пос. Львів: Колесо, 2008. 144 с.
16. Tomlinson C. A. How to Differentiate Instruction in Academically Diverse Classrooms. Alexandria: ASCD, 2017. 187 p.
17. Таранченко О. М., Найда Ю. М. Диференційоване викладання в інклюзивному навчальному закладі: навч. курс та метод. пос. / ред. Колупаєва А. А. Київ: Видавнична група "А.С.К.", 2012. 124 с.

*Рекомендовано до публікації д-р пед. наук Антонова О. Є.  
Дата надходження рукопису 03.04.2018*

**Щерба Наталія Сергіївна**, кандидат педагогічних наук, доцент, кафедра міжкультурної комунікації та прикладної лінгвістики, Житомирський державний університет імені Івана Франка, вул. Велика Бердичівська, 40, м. Житомир, Україна, 10008  
E-mail: scherbanatasha@gmail.com

УДК 378

DOI: 10.15587/2519-4984.2018.132332

## МЕТОДОЛОГІЯ ВИЗНАЧЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ЕЛЕКТРОННИХ ОСВІТНІХ РЕСУРСІВ ДЛЯ СИСТЕМИ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ВЧИТЕЛІВ

© Г. С. Кашина

*У статті досліджено критерії визначення ефективності електронних освітніх ресурсів для системи післядипломної освіти вчителів. Однією із складових освітнього процесу у сучасній педагогіці є відкриті освітні ресурси, які використовують для забезпечення навчально-виховного процесу. Наразі вирішується завдання ефективного використання відкритих електронних освітніх ресурсів.*

*Спираючись на аналіз наукових джерел, світовий та вітчизняний досвід оцінювання якості електронних ресурсів, розроблено модель інтегрального оцінювання якостей електронних освітніх ресурсів, яка передбачає оцінювання якостей кожного окремого навчального модуля.*

*Важливими елементами інтегральної оцінки якостей електронного навчального модуля на кожному процедурному етапі є порядок та критерії оцінювання. Інтегральна оцінка якостей електронних освітніх ресурсів містить компоненти:*

*– інноваційність, що включає інтерактивність, мультимедійність, можливість модифікацій, кросплатформеність;*

*– технологічність, що включає обсяг, архітектура, функціональність, мультимедіа компоненти, маніфест і метадані електронного освітнього ресурсу;*

*– змістовність, що включає відповідність сучасним науковим явленям предметної області, відповідність навчального змісту освітнім стандартам та програмі навчання, вичерпне представлення тематичного елемента, відповідність базовим цінностям соціуму, відповідність результуючих даних.*

*Розроблена методологія оцінювання ефективності електронних освітніх ресурсів у системі післядипломної освіти вчителів передбачає інтегральну оцінку якостей кожного окремого навчального модуля. Така система оцінювання містить такі параметри, що характеризують інноваційні, технологічні та змістові якості навчального модуля. Така система оцінювання електронних освітніх ресурсів дозволяє:*

*– оцінити та проконтролювати як окремі навчальні модулі, так і всю навчальну систему в цілому;*

*– перейти від оцінки окремих процесів та елементів у навчальному модулі, до модульно-структурно-цільовий орієнтованої на особистість фахівця, що навчається в системі післядипломної освіти;*