**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ**

**ІЗМАЇЛЬСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ ГУМАНІТАРНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**Факультет управління, адміністрування та інформаційної діяльності**

**Кафедра загальної та практичної психології**

**РОЛЬ СІМ`Ї В СТАНОВЛЕННІ ОСОБИСТОСТІ ДИТИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ`Я**

Кваліфікаційна робота здобувача

освітнього ступеню бакалавр

спеціальності 053 Психологія

 освітньої програми Психологія : практична психологія (реабілітаційна психологія)

Лапшина Ірина

керівник: к. філос. н., доц. Запорожченко О.В.

рецензент: к.п.н., доц. Замашкіна О.Д.

**м. Ізмаїл - 2022 рік**

Робота допущена до захисту

на засіданні кафедри загальної та практичної психології

(назва випускової кафедри)

протокол №\_\_\_ від «\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.

Завідувач кафедри

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (прізвище, ініціали)

Робота пройшла публічний захист

на відкритому засіданні ЕК

«\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 20\_\_\_ р.

Оцінка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(за стобальною (за традиційною

шкалою) шкалою)

Голова ЕК \_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(підпис) (прізвище, ініціали)

ЗМІСТ

ВСТУП………………………………………………………………………………..3

Розділ 1.ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИХОВАННЯ ДИТИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ’Я В СІМ’Ї……………………………………….8

1.1 Психолого-педагогічні особливості дітей з обмеженими можливостями здоров’я……..…………………………………………………………………..8

1.2Проблеми батьків, які мають дитину з обмеженими можливостями здоров’я………………………………………………………………………..14

1.3 Особливості виховання дитини з обмеженими можливостями здоров’я в сім’ї………………………………………………………………………….20

РОЗДІЛ 2. ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ’Я В СІМ’Ї ТА В ОСВІТНЬОМУ ЗАКЛАДІ…………………………….……………………………25

2.1 Особливості соціалізаційної функції сім’ї, в якій є дитина з обмеженими можливостями здоров’я ……………………………………..25

2.2 Особливості сім’ї, в якій є дитина з ОВЗ………………………………..30

РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ТА ЗНАЧЕННЯ СІМ’Ї У ФОРМУВАННІ ДИТИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ’Я………….……………………………………………………………….35

3.1 Дитячо-батьківські відносини в сім’ях дітей з ОВЗ (на прикладі учнів з розумовою відсталістю)………………………………………………………35

3.2 Рекомендації по роботі з батьками дитини з обмеженими можливостями здоров’я…………………………………………..………..46

ВИСНОВКИ………………………………………………………………………...52

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ І ЛІТЕРАТУРИ………………………..55

ДОДАТКИ…………………………………………………………………………..62

ВСТУП

***Актуальність роботи*** полягає в тому, що сім’я, яка має малюка з обмеженими особливостями здоров’я, це сім’я з особливим статусом.

Кожна людина в суспільстві займає певне місце, а це означає, що вона завжди перебуває в певних стосунках з соціальним оточенням. У процесі цієї взаємодії людина намагається зрозуміти себе та інших, оцінити їхні почуття та вчинки, прийняти чи відкинути моральні норми, - прийняти своє місце в сучасному суспільстві.

Особливе положення в системі соціальних стосунків займають діти з обмеженими можливостями здоров’я. Їх головними, а часом і постійними помічниками в процесі соціалізації стають батьки. Сім’я – це мікросуспільство, в якому не тільки живе дитина, а й формуються її перші уявлення, ставлення до світу людей і самосвідомість. Необхідність надання спеціальної психологічної допомоги сім’ям цієї категорії зумовлена ​​наявністю величезної кількості різноманітних проблем, з якими ці сім’ї стикаються щоденно.

Сьогодні сім’я, в якій виховується дитина з ОМЗ, розглядається більше як реабілітаційна структура, яка має потенціал для створення сприятливих умов для розвитку та виховання дитини.

Народження дитини з обмеженими можливостями здоров’я спричинює виникненням чималої кількості специфічних завдань, що постають перед сім’єю. Матеріальний стан швидко погіршується через те, що виникає необхідність у систематичному дорогому медикаментозному лікуванні та проведенні низки реабілітаційних заходів. На тлі цього, – батько може піти з сім’ї, що лише поглиблює проблему.

Батьки можуть бути змушені полишати або змінювати роботу через необхідність догляду за дітьми з обмеженими можливостями здоров’я, що може ускладнювати процеси соціально-економічної адаптації сім’ї.

Негативні тенденції в соціалізації таких сімей викликані ще й суб’єктивними причинами, які обумовлені соціальним становищем наданої групи, способом життя, недостатньою грамотністю та інформованістю батьків у питаннях законодавства.

***Ступінь наукової розробленості проблеми.*** Нині накопичено немалий досвід з вивчення особливостей дітей з обмеженими можливостями здоров’я в багатьох галузях наукового пізнання. Особлива увага приділяється аналізу обставин появи цих особливостей, збільшення їх чисельності, дослідженню проблем адаптації дітей з обмеженими можливостями здоров’я до умов соціуму.

Негативні тенденції в соціалізації таких сімей можуть бути породжені ще й суб’єктивними причинами: соціальним становищем, способом життя, недостатньою грамотністю та інформованістю батьків у питаннях законодавства.

Діти з обмеженими можливостями здоров’я – це діти, які мають значні відхилення у психічному чи фізичному плані, що спричиняють загальні порушення розвитку та не дозволяють дітям вести повноцінний спосіб життя. Діти з ОМЗ є групою дітей, які потребують уваги та особливого підходу до виховання.

Сім’ї, які виховують дітей з обмеженими можливостями здоров’я, часто змушені самостійно розв’язувати всі проблеми, пов’язані з дитиною.

Дітям з обмеженими можливостями здоров’я іноді досить важко адаптуватися до правил та умов життя сучасного суспільства. За останні роки в Україні значно покращилися умови життя людей з ОМЗ, в тому числі дітей. З’явилися нові препарати, що допомагають подолати порушення психомоторного розвитку, нові форми організації освітнього процесу, нові методи та технології, спрямовані на досягнення кращих результатів у корекційній роботі. Діти з ОМЗ мають можливість навчатися в закладах загальної середньої освіти, а отже, можливостей для успішної соціалізації таких дітей стає більше.

Дитина з обмеженими можливостями здоров’я, як і будь-яка інша дитина, може успішно розвиватися розумово, особистісно та емоційно за умови надання їй необхідної допомоги та належної організації освітнього процесу. Батьки дитини або особи, які їх замінюють, поряд із дитиною та педагогами, є повноправними учасниками освітнього процесу. Крім медичної, корекційно-педагогічної допомоги, дитині важлива емоційна підтримка батьків, оскільки сім’я є найближчим соціальним оточенням для неї. Звичайно, народження дитини з будь-якою вадою є стресом для батьків, дуже важливо в такій ситуації набратися сил і направити їх на розвиток цієї дитини.

Тактика виховання дитини з обмеженими можливостями здоров’я має бути такою ж, як і виховна тактика для звичайної дитини; необхідно спиратися на загальні закономірності вікового розвитку дітей, і на основі цього здійснювати відповідні коригувальні дії.

Останнім часом розглядаються питання взаємовідносини батьків і особливої дитини (Т.Н.Волковська та ін.), ставлення матері до дитини з відхиленням у розвитку (О.Б. Чарова, Е.А. Савіна, Л.С. Печникова та ін.), психолого-соціальна підтримка батьків дітей з обмеженими здібностями (О.М. Висоцька, Д.Ю. Мостовий та ін.).

***Об’єктом дослідження*** є сім’я, що має малюка з обмеженими можливостями здоров’я.

***Предмет дослідження*** – формування особистості малюка, що має обмежені можливості здоров’я.

***Мета дослідження*** – підсумувати теоретичний і практичний досвід і виявити роль і важливість сім’ї в становленні особистості дитини, що має ОМЗ.

Ця мета визначила потребу вирішення наступних ***завдань***:

* проаналізувати проблеми батьків, які мають дитину з ОМЗ;
* виявити особливості сімейного виховання дитини з обмеженими можливостями здоров’я;
* виявити порушення в сімейному вихованні сімей з дітьми з обмеженими можливостями здоров’я;
* проаналізувати педагогічні нюанси соціалізації дітей з обмеженими можливостями здоров’я в умовах сім’ї та освітнього закладу;
* описати суть і особливості роботи з батьками особливої дитини;
* експериментально дослідити роль і значення сім’ї в становленні особистості дитини з обмеженими можливостями здоров’я;
* виявити соціальну функцію сім’ї;
* проаналізувати дитячо-батьківські взаємини в сім’ях дітей з ОМЗ (на прикладі учнів з розумовою відсталістю).
* враховувати психолого-педагогічні особливості дітей з обмеженими можливостями здоров’я;

***Гіпотеза дослідження:*** сприятливе і адекватне формування і розвиток особистості дитини, що має обмежені можливості здоров’я, можливо тільки за умови сприятливого впливу з боку сім’ї.

Теоретичну та методологічну базу вивчення складають наукові праці вітчизняних та іноземних експертів, в яких аналізується сутність понять «дитина з обмеженими можливостями здоров’я», «особлива дитина», «сім’ї з особливою дитиною». Для вирішення завдань теоретичного рівня застосовувалися загальнонаукові способи пізнання: комплексний, структурно-функціональний, порівняльно-історичний, де процеси і явища розглядалися на базі загальних основ взаємозв’язку і становлення.

Для емпіричної аргументації ключових положень даного дослідження використовувалися методи опитування, аналізу документів, спостереження. В якості джерел інформації застосовувалися закони України та деякі нормативні документи, збірники наукових публікацій, матеріали конференцій, підсумки соціологічних дослідницьких робіт.

У даній роботі на основі системного соціологічного вивчення отримані наступні науково аргументовані положення:

* проаналізовано теоретико-методологічні підходи щодо дослідження сімей з особливою дитиною;
* розкрито безліч обставин, що сприяють реалізації адаптаційного потенціалу сімей з особливою дитиною;

***Теоретичне і практичне значення*** даної роботи полягає в можливості використання її положень і висновків в подальшому дослідженні проблем сімей, що мають дитину з особливими освітніми потребами. Підсумки дослідження можуть бути застосовані при написанні робіт, присвячених проблемам таких сімей, а також конкретизації відповідних пунктів громадської політики щодо сімей, які мають дітей з обмеженими можливостями здоров’я. Матеріали роботи можуть бути використані органами соціального захисту населення, а також враховані при розробці навчальних курсів з громадської роботи та соціології сім’ї та дитинства. Результати дипломної роботи можуть бути застосовані в практичній діяльності фахівців з громадської роботи.

Головні положення, що виносяться на захист :

1. Наявність в сім’ях особливої дитини має визначальне значення в їх соціальному статусі. На це вказують такі дані, як перевищення кількості неповних сімей, рівень їх доходів як правило нижче прожиткового мінімуму, обмежений вибір професії, визначений потребою догляду за дитиною.

2. Спосіб життя сімей, що мають особливих дітей, характеризується фінансовою та суспільною залежністю, замкнутістю, відсутністю життєвих планів і впевненості в собі.

3. Головним ідентифікатором соціального стану і виду життя сімей, що мають особливих дітей, вважається загальне поле завдань, пов’язаних з наявністю особливої дитини.

4.Виховна важливість сім’ї особливо зростає при формуванні особистості дітей з обмеженими можливостями здоров’я.

***Апробація:*** результати дослідження представлені на ХVIII Міжнародній науково-практичній конференції «Методологія сучасних наукових досліджень» та опубліковано статтю «Роль сім’ї в становленні особистості дитини з обмеженими можливостями здоров’я» у збірнику наукових праць учасників конференції.

***Структура роботи.*** Дана дипломна робота складається з введення, основної частини, яка представлена трьома главами (двома теоретичними і однієї практичної), рекомендацій, висновку і списку використаних джерел, літератури та додатків.

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВИХОВАННЯ ДИТИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ’Я В СІМ’Ї**

* 1. **Психолого-педагогічні особливості дітей з обмеженими можливостями здоров’я**

Діти з обмеженими можливостями здоров’я – це діти, які мають різні відхилення у психічному чи фізичному плані, що спричиняють загальні порушення розвитку, що не дозволяють дітям вести повноцінний спосіб життя. Тому діти з обмеженими можливостями здоров’я є групою дітей, які потребують уваги та особливого підходу до виховання [1, с. 261-262].

1) діти з вадами слуху (глухі, або які погано чують);

2) діти з вадами зору (сліпі);

3) діти з порушеннями мовлення;

4) діти з розумовими вадами (розумово відсталі діти)

5) діти з розумовою відсталістю (ЗПР);

6) діти з порушеннями опорно-рухового апарату (ДЦП);

7) діти з емоційно-вольовими порушеннями;

8) діти з множинними порушеннями (поєднання 2 або 3 розладів) [1, с. 263].

*Учні з обмеженими можливостями характеризуються такими психолого-педагогічними особливостями:*

1. У дітей низький рівень розвитку сприйняття. Це проявляється потребою більш тривалого часу для отримання й обробки сенсорної інформації, ці діти не мають достатньої кількості знань про навколишній світ.

2. Недостатньо сформовані просторові уявлення, діти з обмеженими можливостями часто не можуть повністю проаналізувати форму, визначити симетрію, тотожність частин побудованих персонажів, розмістити конструкцію в площині, з’єднати її в одне ціле.

3. Увага нестійка, розсіяна, діти майже не перемикаються з одного виду діяльності на інший. Недоліки в організації уваги зумовлені слабким розвитком розумової діяльності дітей, недосконалістю навичок і вмінь самоконтролю, недостатнім розвитком почуття відповідальності та інтересу до навчання.

4. Пам’ять обмежена за обсягом, переважає короткочасна над довготривалою, механічна над логічною, зорова над словесною.

5. Знижується пізнавальна активність, спостерігається повільний темп обробки інформації.

6. Мислення – наочно-дієве, мислення розвинене більшою мірою, ніж наочно-образне й особливо словесно-логічне.

7. Зниження потреби у спілкуванні з однолітками та дорослими.

8. Ігрова діяльність не створюється. Сюжети гри звичайні, способи спілкування та самі ігрові завдання найпростіші.

9. Мовлення – порушуються мовленнєві функції, або сформовані не всі компоненти мовленнєвої системи.

10. Низька працездатність спостерігається через підвищене виснаження внаслідок виникнення у дітей психомоторних розгальмовувальних явищ.

11. Відсутня сформованість вольової поведінки за типом психічної нестійкості, розгальмованості інстинктів, навчальної мотивації [2, с. 81-94].

Як наслідок, недостатньо створюється психологічних передумов для набуття дітьми повноцінних навичок навчальної діяльності. Труднощі виникають у формуванні навчальних умінь (планування майбутньої роботи, визначення шляхів і засобів досягнення мети навчання; контрольна діяльність, уміння працювати в певному темпі) [3, с. 111-120].

*Типові труднощі (поширені проблеми) у дітей з обмеженими можливостями здоров’я:*

1. Відсутність мотивації до пізнавальної діяльності, уявлення про навколишній світ обмежене;

2. Темп виконання завдань дуже низький;

3. Потребує постійної допомоги дорослих;

4. Низький рівень властивостей уваги (стійкість, концентрація, перемикання);

5. Низький рівень розвитку мовлення, мислення;

6. Труднощі з розумінням інструкцій;

7. Інфантилізм;

8. Порушення координації рухів;

9. Низька самооцінка;

10. Підвищена тривожність. Багато дітей з ОМЗ відзначаються підвищеною чутливістю (тривожністю): болісно реагують на тембр голосу, спостерігається найменша зміна настрою;

11. Високий рівень психо-м’язової напруги;

12. Низький рівень розвитку дрібної та великої моторики;

13. Більшість із цих дітей характеризуються підвищеною стомлюваністю. Вони швидко стають млявими або дратівливими, плаксивими, їм важко зосередитися на завданні. У разі невдачі вони швидко втрачають інтерес, відмовляються виконувати завдання. Деякі діти стають неспокійними через втому;

14. У інших дітей спостерігається підвищене збудження, тривожність, схильність до спалахів дратівливості, впертості [3, с. 120-127].

Особливі освітні потреби дітей різноманітні й залежать від віку, характеру, тяжкості первинного розладу здоров’я, часто його структури та тяжкості їх наслідків. Саме їх наявність визначає об’єктивну необхідність використання інших, не традиційних, а спеціальних методів педагогічного впливу [4, с 87-91].

Свідомо організований освітній простір, спеціалізовані методики навчання дітей з обмеженими можливостями здоров’я дають змогу активізувати та реалізувати їхній збережений пізнавальний та особистісний потенціал, а також пом’якшити прояв первинних порушень здоров’я. Реалізація особливих освітніх потреб є єдиним способом подолання соціальних обмежень, до яких призвели розлади здоров’я, тим більше, що сам розлад здоров’я часто неможливо усунути ніякими медичними засобами. Це означає, що в навчальному закладі реалізуються спеціальні освітні програми, методи та методики роботи з дітьми, які зарекомендували себе за багато років їх застосування. Зміст корекційно-педагогічного процесу викладено у спеціальних навчальних програмах з урахуванням сучасних уявлень про природу психічного розвитку, психічну цілісність інтелектуально-емоційних факторів формування особистості, особливості та своєрідність формування психіки під впливом сенсорних, інтелектуальних, моторно-рухових та інші порушень, провідної ролі освіти в психічному розвитку людини [5, с 24-36].

Особливими умовами навчання є персонал (педагоги, які володіють педагогічними технологіями), підручники, навчально-методичні, дидактичні та ілюстративні матеріали, методи та заходи, технічні засоби навчання колективного та індивідуального користування, засоби зв’язку, а також психологічні, медичні, соціальні та інші послуги, що дозволяють дітям з ОМЗ прийняти освітню програму [6, с 181-194].

Процес навчання дітей з ОМЗ не може обійтися без систематичного медичного супроводу, який надає не тільки загальний вплив, а й вплив, що нормалізує дію центральної нервової системи дитини. Ретельно підібране лікування створює сприятливий ґрунт для навчання. Організація навчально-виховного процесу здійснюється з урахуванням особливих фізичних потреб дитини, тобто необхідність лікування в процесі навчання. Взаємозв’язок педагогічного та лікувального процесу сприятиме зміцненню здоров’я дітей [7, с 117-121].

Залежно від характеру та тяжкості первинного розладу, наслідків у вигляді обмежених функцій органів і організму діти з ОМЗ мають специфічні освітні потреби. Діти, про яких піде мова нижче, з розумовою відсталістю потребують:

- більше допомоги у засвоєнні нового навчального матеріалу;

- у великій кількості повторень і можливості практичного використання нових знань,

- у систематичному контролі за якістю їх використання дорослими [7, с 121-124].

Особливі освітні потреби дітей різних категорій відрізняються, оскільки вони задаються специфікою порушень психічного розвитку та визначають особливу логіку побудови навчально-виховного процесу, відображають у структурі та змісті навчання. При цьому можна відкласти потреби, які притаманні всім дітям з обмеженими можливостями здоров’я:

* починати спеціальне виховання дитини, як тільки буде виявлено первинне порушення розвитку;
* включати до змісту навчання дитини особливі частини, яких немає в навчальних програмах однолітків, що нормально розвиваються;
* використовувати спеціальні методи та засоби навчання (у тому числі спеціалізовані комп’ютерні технології), що забезпечують реалізацію обхідних шляхів навчання;
* індивідуальне навчання більшою мірою, ніж це необхідно для дитини, яка розвивається нормально;
* забезпечити особливу просторово-часову організацію освітнього середовища;
* максимальне розширення освітнього простору за межі навчального закладу [8, с 56-64].

*Загальні принципи та правила корекційної роботи:*

1. Індивідуальний підхід до кожного учня.

2. Профілактика настання втоми з використанням для цього різноманітних засобів (чергування розумової та практичної діяльності, подача матеріалу невеликими порціями, використання цікавого та барвистого дидактичного матеріалу та наочних посібників).

3. Використання методів, що активізують пізнавальну діяльність учнів, розвивають їх усне та письмове висловлювання та формують необхідні навчальні вміння.

4. Вираз педагогічного такту. Постійне заохочення з найменшими успіхами, своєчасна і тактична допомога кожній дитині, розвиток віри у власні сили та можливості[9, с 92-94].

*Ефективними методами корекційного впливу на емоційно-пізнавальну сферу дітей зОМЗє:*

* ігрові ситуації;
* дидактичні ігри, які пов’язані з пошуком специфічних і родових ознак предметів;
* ігрові тренінги, що сприяють розвитку вміння спілкуватися з іншими;
* психогімнастика та релаксація, які дозволяють розслабити м’язові судоми та скоби, особливо на обличчі та руках [10, с 213-224].

Діти з розумовою відсталістю – це переважно діти з нормальним інтелектом, у яких відсутня мотивація до навчання, або вони відстають у набутті шкільних навичок (читання, письма, рахунку).

Неуважність і швидке відволікання призводять до того, що таким дітям важко або неможливо функціонувати у великій групі та виконувати завдання самостійно [11, с 56-85].

Крім того, спостерігається надмірна рухливість і емоційні проблеми це і є причинами, чому ці діти, попри свої здібності, не досягають бажаних результатів у школі.

При організації навчання необхідно адаптувати зміст навчального матеріалу, виділяючи в кожній темі основне, що підлягає повторному закріпленню. Учневі з розумовою відсталістю потрібен добре структурований матеріал [12, с 61-74].

Необхідний ретельний підбір і поєднання методів і способів навчання, щоб змінити види діяльності дітей, змінити аналізатор, що домінує, і залучити до роботи більшість аналізаторів; використовувати орієнтовну базу запасу (еталонні сигнали, алгоритми, зразки виконання завдань).

Для дітей із затримкою психічного розвитку важливо вчитися без примусу, спираючись на інтерес, успіх, довіру та рефлексію вивченого.

Важливо, щоб школярі, виконуючи темпові, особистісні, характерні та орієнтовані завдання, вірили у свої здібності, відчували успіх, який має стати найсильнішим мотивом, що викликає бажання вчитися [13, с 87-94].

Навчальний процес організації має базуватися на здібностях дитини – завдання має лежати в зоні середньої складності, але має бути доступним, оскільки на перших етапах корекційної роботи необхідно дати учню суб’єктивний досвід успіху проти певного зусилля. Надалі складність завдань має зростати пропорційно здібностям дитини [14, с 192-234].

*Вчителю потрібно:*

* контролювати успішність учнів: після кожної частини нового навчального матеріалу перевіряти, чи дитина його зрозуміла;
* помістіть дитину якомога ближче до вчителя, оскільки зоровий контакт підвищує увагу;
* підтримувати дітей, розвивати в них позитивну впевненість у собі, правильно фіксувати, якщо щось зроблено не так;
* дозволяти учням записувати різні кроки під час виконання вправ. Це для них підтримка і допомога вчителю зрозуміти, де саме сталася помилка в процесі мислення;
* вимагати структурування ділення та множення чисел [15, с 121].

Принцип індивідуального підходу до дитини з проблемами в розвитку надзвичайно важливий. У процесі психологічної підтримки забезпечується не окрема функція або ізольоване психологічне явище, наприклад, низький рівень інтелекту, а людина в цілому з усіма його особистісними рисами.Таким чином, сім’я, в якій є дитина з ОМЗ, є особливим об’єктом уваги всіх фахівців, які допомагають сім’ї [16, с 62-70].

**1.2 Проблеми батьків, які мають дитину з обмеженими можливостями здоров’я**

Кожна людина в суспільстві займає певне місце, а це означає, що вона завжди в розумних відносинах з оточуючими людьми. У процесі цієї взаємодії людина намагається зрозуміти себе та інших, оцінити їхні почуття та вчинки, прийняти чи відкинути моральні норми, що в свою чергу призводить до можливості краще усвідомити, досягти великих успіхів у житті, прийняти своє місце в сучасному суспільстві [17, с 124-130].

Особливе положення в цій системі спілкування займають діти з обмеженими можливостями здоров’я. Їх головними, а часом і постійними помічниками в успішній соціалізації будуть батьки. Сім’я - це мікросуспільство, в якому не тільки живе дитина, а й формуються її перші уявлення, ставлення до світу людей і самосвідомість у ньому. Необхідність надання спеціальної психологічної допомоги сім’ям цієї категорії зумовлена ​​наявністю величезної кількості різноманітних проблем, з якими ці сім’ї стикаються щоденно[18, с 266-269].

Сьогодні сім’я, в якій виховується дитина з ОМЗ, розглядається більше як реабілітаційна структура, яка має потенціал для створення сприятливих умов для розвитку та виховання дитини (С.Д. Забрамна, І.Ю. Левченко, Є.М.Мастюкова, Г.А. Мішина, В.В. Ткачева та ін.).

Проте умови виховання в сім’ї не завжди сприятливі для розвитку дитини. Якщо виховати нормальну повноцінну дитину дуже важко, то виховання дитини з проблемами розвитку здається особливо вимогливим і відповідальним. Батьки несуть цю відповідальність перед своєю дитиною та перед суспільством. Коли дітей, які потребують особливої ​​уваги, позбавляють належної освіти, недоліки посилюються, а самі діти часто стають важким тягарем для сім’ї та суспільства [19, с 2-8].

До основних виховних проблем сім’ї,де ставлення батьків до дітей з обмеженими можливостями здоров’я виражене:

* Переживанням неповноцінності дитини, вираженням докорів сумління, оточенням надмірної уваги, обмеженням обов’язків, що призводить до позбавлення дитини самостійності. Така тактика поведінки не дозволяє дитині адаптуватися до умов життя;
* Небажанням змиритися з неповноцінністю дитини, перебільшувати її здібності та ігнорувати недоліки;
* Батьків бентежить неповноцінність дитини, вони ізолюються від суспільства, позбавляючи таким чином дитину необхідного життєвого досвіду. У цьому випадку дитина розвивається повільно, росте сором’язливою, пригніченою, невпевненою у собі;
* Дитина в родині піддається глузливому ставленню, над нею сміються, підкреслюючи її неповноцінність. У цьому випадку дитина стає впертою та дратівливою;
* Батьки всю відповідальність за виховання дитини перекладають на школу, не звертають на це уваги [20, с 51-63].

Важливим у побудові виховної роботи школи є взаємодія вчителя з батьками учнів. Сім’я є природним середовищем життя і розвитку дитини, в якому закладаються основи особистості. Якою б стороною не був розвиток дитини, завжди виявляється, що в тому чи іншому віці сім’я відіграє вирішальну роль. Для дитини з обмеженими можливостями здоров’я значення правильного сімейного виховання подвоюється [21, с 336].

Сім’ї, які виховують дітей з обмеженими можливостями здоров’я, часто змушені самостійно вирішувати всі проблеми, пов’язані з дитиною.

Основними проблемами сім’ї з дитиною з ОМЗ є:

- економічні проблеми: у сім’ях, де є дитина з обмеженими можливостями здоров’я рівень матеріального забезпечення нижчий, ніж у сім’ях із здоровими дітьми;

- проблема виховання, навчання та догляду за хворою дитиною, яка полягає у складності підготовки дитини до школи та допомоги їй у навчанні, особливо вдома;

- проблеми психічного здоров’я, які пов’язані переважно з тривогою за долю дитини, напруженістю у стосунках батьків через необхідність вирішення різноманітних проблем; від’їзд одного з батьків із сім’ї; негативне сприйняття дитиною навколишніх фізичних вад [22, с 82-94].

Робота з сім’єю є одним із пріоритетних напрямів виховної роботи. У кожній класній системі освіти проводиться велика робота з організації ефективної взаємодії з сім’ями учнів. До складу психолого-педагогічного супроводу входить блок роботи з батьками вихованців, який містить результати діагностичного дослідження сімей, паспорт їх соціального статусу, нормативні документи для батьків у сфері освіти та план роботи класного керівника з сім’ями вихованців, що реалізує основні напрями виховної роботи погляду школи з сім’ями учнів:

* Підвищення психолого-педагогічної грамотності батьків;
* Оптимізація стосунків між дитиною та батьком;
* Оснащення батьків практичними прийомами виправлення помилок розвитку дитини з ОМЗ;
* Профілактика емоційного вигорання батьків, формування навичок психічного захисту та само-оздоровлення [23, с 384].

Сьогодні у світі є велика кількість дітей з ОМЗ, і їх кількість постійно зростає.

Як показує досвід, допомога дитині з ОМЗ ефективна, якщо вона ґрунтується на особистих, людських стосунках, що можливо лише в сімейному оточенні. При цьому сім’я, яка виховує дитину з обмеженими можливостями здоров’я стикається з багатьма проблемами [24, с 424].

Проблема, пов’язана з відсутністю емоційної підтримки, позитивних контактів, спілкування з людьми, здатними зрозуміти проблеми сім’ї. Цю проблему можна назвати «соціальною ізоляцією».

Часто після народження дитини з ОМЗ його сім’я стає некомунікабельною та вибірковою в контактах. Це звужує коло знайомих, навіть родичів, за характерними особливостями стану і розвитку хворої дитини, а також за особистими установками самих батьків (страх, сором). Часто такі реакції є наслідком неправильного ставлення оточуючих (відомих і невідомих) до дитини та членів її сім’ї [25, с 135].

Деякі матері змушені змінити свій робочий профіль або зовсім його залишити після народження дитини з ОМЗ. Відхід жінки з улюбленої роботи не тільки позбавляє її заробітку, а й змінює її соціальний статус, ставить її в залежне становище від чоловіка, від сім’ї.

Все це є сильним стресовим фактором для членів сім’ї дитини з ОМЗ, а отже, перешкоджає оптимальному розвитку дитини [25, с 147].

Головною особливістю сімей дітей з ОМЗ є передбачення хронічного характеру кризи та тривога невизначеної життєвої перспективи. Дивлячись у майбутнє, члени сім’ї не бачать надії на полегшення проблем. Замість самостійності, дорослішання, становлення особистості та відриву від сім’ї на них чекає відчай, постійна залежність і соціальна ізоляція. Тривалий стрес таких батьків може призвести до проблем із психічним здоров’ям. Роздумуючи про майбутнє, члени сім’ї повинні вирішити, як їм жити в особливих умовах. Сім’ї в цілому і кожному її члену необхідно пристосуватися до ситуації невизначеного майбутнього, для чого необхідно відкрито спілкуватися, обговорювати свої проблеми, а в деяких випадках – жертвувати своїми інтересами [25, с 152].

Батьки можуть відчувати, що підлітковий вік дитини сповнений небезпеки. В результаті може виникнути несвідоме бажання якомога довше утримати дитину в дитячому стані, до появи надконтрольної поведінки стосовно дитини, до неприйняття підліткового віку [81, с 13]

Багато дорослих людей з обмеженими можливостями здоров’я, які не мають значних психічних відхилень, здатні вести самостійне життя з помічниками або спеціально пристосованим житлом, спецтехнікою або транспортними засобами. Такі люди здатні брати участь у плануванні власного майбутнього: деякі з них можуть активно брати участь у боротьбі за максимально нормалізоване життя [26, с 82-94].

Для дорослої людини, яка не в змозі досягти справжньої самостійності, є можливості залежно від місця проживання та фінансових можливостей сім’ї. Один кінець спектру – це інституціоналізація (розміщення в гуртожитку), інший – різні форми співіснування [82, с 160]

Більшість батьків дітей з ОМЗ починають хвилюватися за майбутнє дитини, як тільки розуміють, що з дитиною щось не так. Однак у дитинстві батьки визнають раціоналістичні пояснення, які дозволяють дивитися в майбутнє з надією, або просто намагаються не думати про нього. До досягнення дітьми середнього підліткового віку більшість батьків дітей з обмеженими можливостями сприймають ідеологію життя «одного дня» [27, с 88-91].

Проблема, пов’язана з відсутністю знань і навичок, пов’язаних з вирішенням проблем взаємодії з дитиною.

Батькам часто не вистачає інформації про особливості розвитку дітей, які визначають розвиток як дітей, що розвиваються, так і дітей з обмеженими можливостями здоров’я. Члени сім’ї повинні знати, як правильно спілкуватися з дитиною і навчитися специфічним навичкам цієї взаємодії [28, с 54-59].

Так, наприклад, у батьків дітей з ОМЗ часто розвивається перебільшений захисний стиль виховання, коли батькам важко відмовити дитині в чомусь, не образивши чи не відчуваючи провини. Батькам також може бути важко висувати якісь вимоги до дитини. Все це призводить до створення у дитини патологічних особливостей.

Постійне психофізіологічне напруження і стреси, пов’язані з проблемами здоров’я дитини [83, с 316].

Батьки дітей з ОМЗ зазвичай відчувають сильний стрес, який може значно знизити рівень енергії особистості, призвести до зниження когнітивних функцій, постійних збоїв, зниження імунітету та різних захворювань [28, с 59-61].

Отже, сім’я, яка виховує дитину з обмеженими можливостями здоров’я, стикається з труднощами, характерними для кожної сім’ї, має свої специфічні порушення: у стосунках дитини з батьками, у системі взаємовпливу членів сім’ї. Важкі порушення сімейних уявлень і переживань батьків призводять до порушення психічного стану сім’ї. Здатність стати на шлях подолання залежить від уміння батьків прийняти особливості розвитку дитини та організувати свою поведінку відповідно до її можливостей.

**1.3 Особливості виховання дитини з обмеженими можливостями здоров’я в сім’ї**

Сім’я відіграє дуже важливу роль у житті кожної людини. Для дитини, особистість якої ще формується, важливо розуміти сім’ю. Для нього сім’я – ценайближчі люди, які приймають його таким, яким він є, незалежно відсоціального статусу, стану здоров’я та індивідуальнихобставин. Це місце, де можна вирішити проблеми, знайти допомогу, розуміння та співчуття [29, с 208].

Виховання в сім’ї, де росте дитина з ОМЗ, має свою специфіку. У багатьох сім’ях не тільки не створені належні умови для розвитку дітей, а, навпаки, сімейна ситуація руйнівно впливає на дитину [30, с 43-50].

*Існує кілька типів відносин між батьками і дітьми з ОМЗ:*

* заперечення дефекту у дитини– батьки не визнають і не приймають жодних обмежень, крім того, вони очікують і наполягають на високих успіхах у всіх видах діяльності;
* надмірна опіка, захист – батьки відчувають велике почуття співчуття до своєї дитини, що проявляється в гіпертурботі, надмірній любові, захисті. У цьому випадку батьки готові зробити все для дитини;
* неприйняття або відмова від дитини – батьки негативно ставляться до дитини, батьки відчувають і усвідомлюють ворожі почуття до своєї дитини.
* Відсутність знань і навичок, необхідних для виховання дитини, не дозволяє батькам створити оптимальні (іноді особливі) умови для дитини вдома [31, с 158].

*Моделі виховання дітей з обмеженими можливостями здоров’я в сім’ї:*

* Модель «захисного виховання» відображається в надмірній турботі про дитину з порушеннями розвитку. Дитину надмірно балують, жаліють, захищають від усіх посильних для неї вчинків. Дорослі все роблять для дитини, у них добрі наміри, вони в основному роблять її безпорадною, некомпетентною. Дитина не володіє найпростішими навичками самообслуговування, не відповідає вимогам літніх людей, не вміє поводитися в суспільстві і не намагається спілкуватися з іншими дітьми. Модель «захисного виховання» таким чином веде до розвитку егоїстичної особистості з переважанням пасивної споживчої орієнтації. Надалі такій людині буде важко адаптуватися через особистісні якості в суспільстві.
* Модель «байдужого виховання» призводить до відчуття у дитини непотрібності, відторгнення, самотності. У сім’ї дитина стає сором’язливою, пригніченою, втрачає довіру і щирість, які притаманні дітям у стосунках з батьками. Діти вчаться вмінню пристосовуватися до навколишнього середовища, байдужому, ворожому ставлення до рідних, дорослих та інших дітей [31, с 162].

Слід мати на увазі, що обидві моделі сімейного виховання однаково шкідливі для дитини. Ігнорування дефекту, виховання освіти на основі безпідставного оптимізму (перед вами відкриті всі шляхи) може привести особливу дитину до глибокої психологічної травми, особливо коли підліток або молода людина розуміє обмеженість своїх можливостей. У випадках, коли батьки висувають до дитини непосильні вимоги і змушують її докладати надмірних зусиль, щоб задовольнити їх, дитина фізично перевантажується і страждає морально, коли бачить невдоволення дорослих. Батьки, у свою чергу, відчувають невдоволення, злість, що не виправдали їхніх сподівань. На цій основі виникає затяжний конфлікт, в якому найбільше страждає дитина [31, с 169].

Взаємовідносини між подружжям у сім’ях значною мірою залежать від емоційного стану матері. Якщо мама сильно хвилюється, дитина нервується, легко збуджується, вимагає постійної уваги, надалі мама не зможе впоратися з поведінкою дитини. Але якщо мама знайде в собі сили зберігати спокій, вона стане помічником своєї дитини. Вона намагається краще зрозуміти свою проблему, чуйно слухає експертів, виховує нові якості: спостережливість, терпіння, самовладання, веде щоденник спостережень дитини, при цьому фіксує найменші зміни в її стані. Все це сприяє правильній організації всіх лікувально-оздоровчих робіт. При цьому мама, хоча і віддана своїй дитині, не забуває про своє самопочуття, проблеми чоловіка і піклується про свою зовнішність. Це найбільш сприятливе середовище для допомоги вашій дитині [32, с 121-126].

Важлива поведінка батька. Від нього багато в чому залежить емоційний стан матері, її душевна рівновага. Якщо батько виявляє стриманість, розум, благородство, морально підтримує дружину, допомагає у вихованні дитини, зміцнюються сімейні стосунки і успішніше виконується лікувально-коригувальна робота. Мамі не потрібно відволікати батька від проблем, їй потрібно ділитися з ним питаннями і сумнівами [32, с 126-129].

Батьки дітей з порушеннями розвитку повинні володіти наступними якостями, щоб їхня любов стала силою, яка формує характер дитини, її психічний стан:

* майте віру в життя, внутрішній спокій, щоб не заразити дітей своєю тривогою;
* будуйте свої стосунки з дитиною на успіху, який визначає віру батьків у її сили та здібності;
* чітко знайте, що дитина не може вирости без атмосфери похвали;
* розвивайте у дитини самостійність і тому для її ж блага поступово зводьте їй свою допомогу до мінімуму [33, с 112];

Крім того, незнання чи небажання батьків знати основні закономірності психічного розвитку своїх дітей призводить до порушення соціалізації, дискомфорту в психічному стані дитини та негативно позначається на її емоційно-особистісному розвитку. Виховання дитини з відхиленнями у розвитку вимагає від батьків великого терпіння, наполегливості, розуміння і, звичайно ж, педагогічної винахідливості [34, с 486].

Для сім’ї, яка виховує дитину з ОМЗ, важливі такі функції, як корекційна, компенсаційна та реабілітаційна функції з метою відновлення психофізичного та соціального статусу дитини, досягнення матеріальної самостійності та соціальної адаптації. Допомогти в цьому родині можуть дошкільні навчальні заклади та фахівці, які працюють як з дитиною, так і з батьками [35, с 351].

Алгоритм комплексного супроводу дітей з ОМЗ у дошкільних закладах включає такі кроки:

* підвищення психолого-педагогічноїкомпетентностівсіхучасників комплексного супроводу, у тому числібатьків;
* психолого-педагогічнадіагностикадітейз ОМЗз подальшимвизначеннямосновнихнапрямівкорекційно-розвивальноїроботи, а такожскладанняіндивідуальнихадаптованихрозвивально-оздоровчихпрограм;
* обов’язковезалученнябатьків до процесувсебічногосупроводудитиниз ОМЗ, а такожінформуваннябатьків про результатироботи з дітьми[36, с 247];

З наведенихвищемоментівзупинимося на взаємодії з батьками, оскількицебільшоюміроювимогливийпроцес, успіхякогозалежитьвіддосягненняцілейвиховання, навчання та корекції. У цьомувипадкувзаємодіюслідрозглядати як соціальне партнерство, щоозначає участь сім’ї та дитячого садка восвітньомупроцесі в рівнихчастинах[84, с 316]

Формироботи з батьками включаютьгрупову та індивідуальну роботу.

Ось ефективніметодироботи з батьками дітейз ОМЗ:

* самодіагностикастосунків«батьки-дитина з особливими потребами»;
* консультація з батьками за запитом;
* ознайомленнясім’ї з індивідуальною программою розвитку дитини;
* інформування батьків про результати обстежень психолого-педагогічного характеру, а також про результати корекційно-розвивальної роботи.
* розширення психолого-педагогічної грамотності батьків, відпрацювання взаємодії з особливою дитиною[37, с 56].

Навчаннябатьківвідбуваєтьсябезпосередньо в репетиторськихкласах, де дитиноюопікуєтьсявчитель у присутностібатьків. Тренінг батьківськихнавичок добре впливає на процескорекційногонавчання для оволодіння різними прийомами розвитку, які легко використовувати в повсякденному житті. В результаті батьки можутьперетворити будь-яку домашню роботу на «коригувальне» заняття з дитиною.

Дужецінним є спілкування з батьками, у яких є дитина з подібними проблемами, але людьми старшого віку, які мають досвід виховання дитини з ОМЗ. Батьки, як правило, більшедовіряютьінформації, отриманій не відпрофесіоналів, а відбатьків, які вже стикалися з подібною ситуацією[38, с 82-86].

Більшістьдітей з ОМЗбільшвтомлюються: вони швидкостаютьмлявими, дратівливими, не можутьдовгоприділятиувагу одному завдання. Якщодитиначогось не робить, у неївтрачаєтьсяінтерес, інодісупроводжуєтьсяруховим занепокоєнням, щопроявляєтьсянервозністю, жестикуляцією. Іншідіти з обмеженимиможливостями здоров’ядемонструютьпідвищенезбудження, тривожність, дратівливість, впертість і швидкізміни настрою. Виховуючитакудитину, потрібно бути терплячим і доброзичливим і ні в якомуразі не підвищувати голос. Особливо це актуально для дітей, якіпереймаютьсяроботою, боліснореагують на тембр голосу та настрійматері (особливо на погіршення стану)[38, с 86-90].

Суворедотримання режиму дня є необхідноюумовою для дітейз ОМЗ, особливо дітей з порушеннями сну, нервова система яких не відпочиває, а активно працюєвночі, чомудопомагаютьнеспокійний сон і кошмари. Батькам таких дітейтакожрекомендуєтьсяуникатиактивних ігор передсном, телебачення та іншихподразників[38, с 90-94].

Багато дітей з обмеженими можливостями здоров’я мають обмежені уявлення про навколишній світ, тому дуже важливо і необхідно розширювати кругозір дитини, знайомити її з різними предметами та звикнути до різних явищ, не перевантажуючи враженнями.

Дуже важливо виховувати дитину, щоб у неї не розвивалися такі риси, як невпевненість і боязкість. Щоб зацікавитися роботою, необхідно постійно давати певні вказівки.

Одним із важливих педагогічних принципів є розвиток у дитини з ОМЗ впевненості в собі. Дитину необхідно навчити компенсувати несприятливі наслідки хвороби чи травми. Враховуючи сильні сторони дитини, можна досягти такої ж компенсації, збалансувавши сильні та слабкі сторони дитини [39, с 208].

Саме батьки повинні змусити дитину зрозуміти свою приналежність і показати, що хвороба є лише одним із аспектів її особистості, але має також позитивні характеристики та сильні сторони, які необхідно розвивати, а не перевантажувати проблемами та хворобами [40, с 408].

Таким чином, батьки переоцінюють або недооцінюють дефект і не мають достатньої інформації про те, як навчити дитину і чому її навчити, як її виховувати і як контролювати її поведінку. Більшість дітей з ОМЗ таким чином позбавлені можливості розвиватися, розвивати свої здібності, реалізовувати свої інтереси, бажання тощо.

**РОЗДІЛ 2. ПЕДАГОГІЧНІ АСПЕКТИ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ДІТЕЙ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ’Я В СІМ’Ї ТА В ОСВІТНЬОМУ ЗАКЛАДІ**

**2.1 Особливості соціалізаційної функції сім’ї, в якій є дитина з обмеженими можливостями здоров’я**

Прогрес і глобальні сучасні соціальні зміни визначають важливість сенсу сім’ї як мікросередовища соціального інституту, що забезпечує самосвідомість особистості. Розкривається термін «соціальний інститут». У цій частині дипломної роботи описується вивчення сучасних змін сім’ї як проблеми розвитку суспільства. Для сталого розвитку суспільства та безпечного розвитку особистості все більшого значення набуває соціокультурна спрямованість сім’ї [41, с 83-85].

Сім’я дуже важлива для формування особистості дитини та соціалізації. Інститут — це сукупність норм, встановлених у певних суспільних відносинах; порядку, дотримання якого пов’язане з правовими нормами. Це поняття добре і повно розкриває значення сім’ї, її відношення до інших соціальних інститутів і до сучасного суспільного розвитку. З усіх соціальних інститутів сім’я є головним регулятором суспільних відносин, що об’єднує різні сфери життєдіяльності людини [41, с 85-89].

Американський соціолог М. Елмер сказав, що сім’я – це соціальний інститут, який забезпечує об’єкт, через який працює соціальна власність. Сім’я як соціальний інститут заснована і видозмінена народними звичаями. За словами американського дослідника сім’ї Р.Лінтона, сім’я буде присутня в будь-якій формі, доки живе людство. LePlay вважає, що якщо ви хочете зрозуміти суспільство, ви повинні зрозуміти сім’ю. За його словами, саме в сім’ї формуються всі характеристики суспільства [42, с 285].

Соціальні дослідження у сфері сім’ї слугують для розуміння її важливості на державному рівні, що є основою соціальної політики держави. Кожна людина від народження потребує суспільства і стає активним учасником життя. Відомо, що людина — це сукупність соціальних ролей і норм поведінки. Відсутність стійкого світогляду та адекватної свідомості призводить до конфліктів у суспільстві. Вирішальним тут є сім’я [43, с 384].

Виховним закладом традиційно вважається сім’я. Саме сім’я готує людину до життя. Змалку діти наслідують своїх батьків, бо вони є зразками поведінки, за допомогою яких пізнається навколишній світ. Сім’я повинна передати своїй дитині духовні цінності, традиції, культуру та моральні норми, та підготувати його до самостійного життя. Найкраще це досягається через емоційні зв’язки батьків з дитиною [43, с 389].

У сучасній сім’ї виховна функція виконується безініціативно. Половина батьків приділяє достатньо часу вихованню дітей, решта батьківмало піклуються про дітей, вважаючи, що цієї уваги дітям достатньо, пояснюючи це тим, ніби батьки занадто зайняті. Більшість батьків визначають як мету свого життя забезпечення своїх дітей багатством не лише матеріальним, а й у формі навчання, розвитку особистих навичок. Багато батьків вказують на збереження традиційних цінностей з покоління в покоління. Вони розповідають про життєве ставлення до енергії, працездатності, самостійності, рішучості в житті своїх дітей. Це впливає на накопичення у дітей елементів ціннісної орієнтації в суспільстві, проявляються особистісні характеристики, емоційне засвоєння. Кожен етап розвитку особистості вимагає адаптації до нового, отримання нового досвіду, формування більш зрілої особистості в суспільстві [44, с 91-93].

Дозвілля є важливою сферою для сім’ї, оскільки розширює можливості для батьків. Необхідно активно залучати дітей до спільної творчої та трудової діяльності, що важливо для розвитку їх волі, наполегливості, дисциплінованості та відповідальності. Для спільної діяльності краще вибрати прогулянки, читання, перегляд фільму, різноманітні ігри, допомогу з домашніми завданнями, навчання трудовим навичкам.

Відповідно до певних моделей дозвілля, вибір форми соціальної участі залежить не лише від сучасних стандартів і зразків, а й від культурних здібностей людей, які передаються з покоління в покоління [44, с 93-95].

Сім’я як мікросуспільство і соціальний інститут виконують подібні функції. Завдяки своїй репродуктивній здатності сім’я є витоком життя людини, вона сприяє величезному зростанню та оновленню сил у суспільстві [44, с 95-96].

Ще одна дуже важлива функція сім’ї – створення сприятливого середовища для розвитку особистості членів своєї сім’ї. Важливу роль відіграють культурні традиції та особистісні якості кожного. Обов’язки та їх розподіл залежать від ролі, яку особа відіграє в сім’ї. Батьки відповідальні за вибір життєвої позиції дитини. Є дані, що до 25% сімей не можуть позитивно соціалізувати своїх дітей, а до 15% є правопорушниками. Гармонійний розвиток особистості дитини завжди досягається лише спільною виховною дією обох батьків. Коли між подружжям виникають постійні розбіжності в методах виховання та розлади у взаємостосунках, то дитині важко зрозуміти суб’єктивні поняття типу «добро» чи «зло» [45, с 360].

Соціально-педагогічні дослідження доводять, що людина, яка формує уявлення про своє особисте життя, завжди створює сім’ю в майбутньому, такий досвід формується і створюється у формі своєї сім’ї, можливо, мимоволі. Тому правильне статеве виховання сприяє сприятливим стосункам між людьми. Однак якщо батьки мають досить успішний досвід створення сім’ї та якісні взаємостосунки, у дитини є велика потреба задовольняти бажання та імідж своєї майбутньої сім’ї, це може вплинути на важкий вибір партнера та нестабільну присутність у суспільстві [46, с 11-16].

Демократичність, доброзичливість, готовність йти на поступки служать тлом для формування характеру в ранньому дитинстві. В такому випадку першорядне значення мають особистісні особливості батьків. Чим вищі їхні вимоги до себе, тим благодатніший ґрунт для правильного виховання дитини. Спосіб життя сім’ї безпосередньо впливає на результати виховання [46, с 16-21].

Збільшення кількості дітей-сиріт призвело до збільшення кількості закладів: дитячих будинків, шкіл-інтернатів тощо. Дослідження психологів та педагогів показують, що дитина, яка перебуває в інтеграційному закладі, не задовольняє свої основні потреби, що спричиняє порушення розвитку. Такі випускники не готові до самостійного життя, пошуку та збереження роботи, створення власних сімей, не вміють будувати та підтримувати своє життя та дозвілля [47, с 400].

Психічно діти, які виховуються без піклування батьків, відрізняються від однолітків, які ростуть у сім’ї. Темпи їх розвитку повільні, є ряд негативних рис, які відзначаються на всіх етапах від дитинства до підліткового віку і далі.

Дітям-сиротам не вистачає уваги та емоційної мотивації. Коли дитина усвідомлює, що вона покинута і самотня, вона настільки травмована, що помічає серйозні пошкодження її особистості, самосвідомості та інтелектуального розвитку [47, с 431].

Діти без сім’ї позбавлені самостійності не тому, що їм не вистачає домашніх навичок, у багатьох інтеграційних закладах їх вчать готувати, прибирати, правильно розпоряджатися своїми фінансами. Тут дитині в основному не вистачає емоційно-психологічної підтримки, ласки та любові, що призводить до проблем у розвитку, а саме проблем в емоційно-вольовій сфері.

Здавалося б, державні установи вирішують основні завдання: створити умови для навчання та виховання, допомогти у виборі професії та працевлаштування, підготувати до самостійного життя. Вони забезпечують їжею, одягом, взуттям, іграшками тощо. Вони надають вільний час – це різноманітні спортивні, творчі секції та гуртки, навчають праці та побутовим навичкам [48, с 50-54].

Проте сама організація житлової площі гуртожитку є недостатньою. Існування власної території не забезпечено, діти змушені постійно перебувати в надто великій групі. Зміна вихователів, переміщення дітей з групи в групу не дає можливості встановити довірливі стосунки між дитиною та дорослим [48, с 54-59].

Кількість дітей у даному будинку перевищує рівень, на якому можна створити умови, наближені до сімейних. Групи одновікові, кількість дітей у них значно більша за ту, де вчитель може подбати про кожного. Це відбивається на особистості дитини, її поведінці, взаємостосунках. У спілкуванні такі діти малопродуктивні, нервові, поспішні. Дитина хоче любові, уваги та розуміння, але не може їх прийняти, оскільки неправильно сформований досвід спілкування [48, с 59-63].

Діти таких закладів не мають досвіду щасливого сімейного життя. Їхні зв’язки з рідними здебільшого атрофовані та зруйновані, їх не любили, не піклувалися, вони самотні. Стосовно цих дітей існує соціальна несправедливість.

У житті дітей-сиріт утворюється термін «ми». Вони ділять світ на «свої» та «чужі» — ми та вони. Вони відмежовуються від «чужих» і проявляють проти них агресію, використовуючи їх у своїх цілях. Інтегративні установи підтримуються державою, тому у дітей виявляються риси залежності: «нам винні», «дайте», вони не виявляють поваги до речей, не розуміють матеріальну сторону життя, немає поняття «своє» [49, с 52-54].

Крім того, діти психічно відчужені від людей і це дає їм «привід» для правопорушень. Відсутність любові, мало позитивних емоцій звичайного людського спілкування часто стають причиною сексуальної девіації.

Людям, які жили й виросли в родині, важко оцінити її важливість. Виховання та соціалізація таких дітей відбувається щоденно через взаємодію з батьками та близькими родичами. У «домашньої» дитини є свій приклад для наслідування, є людина, яка є опорою в багатьох питаннях, вона може пояснити взаємодію в суспільстві. Багато з нас навіть не помічають, як звичайні обов’язки «по дому», які довіряють нам батьки, стають найважливішим етапом адаптації до самостійного життя [49, с 54-57].

Сім’я має величезний вплив на розвиток духовної культури, на соціальну спрямованість особистості, мотиви поведінки. Сім’я, яка для дитини є мікромоделлю суспільства, виявляється найважливішим чинником формування системи соціальних установок та формування життєвих планів.

Сім’я є одним з основних інститутів соціалізації особистості, саме в сім’ї відбувається перша, початкова соціалізація дитини. Закладаються основи його становлення як особистості. Дитина з раннього віку засвоює норми спільного життя, норми взаємостосунків і набуває першого досвіду соціальної взаємодії. На деяких етапах життя лише сім’я є місцем для переживань. Тоді в життя людини включаються такі соціальні об’єкти, як садок, школа, вулиця, але навіть у цей час сім’я залишається надзвичайно важливою для соціалізації дитини. Сім’ю можна розглядати як форму базового життєвого виховання особистості [49, с 57-61].

Важлива і наявність сімейних традицій: звичних норм, прийнятих у сім’ї, способів поведінки, думок, які передаються з покоління в покоління. Такі традиції та обряди є, з одного боку, однією з важливих ознак здорової сім’ї, а з іншого – одним із найважливіших механізмів передачі законів внутрішньосімейної взаємодії майбутнім поколінням. Йдеться про розподіл ролей у всіх сферах сімейного життя, правила внутрішньосімейного спілкування, в тому числі про способи вирішення конфліктів і подолання проблем. Сімейні традиції та обряди ґрунтуються на соціальних, релігійних та історичних, але вони творчо трансформуються та доповнюються своїми, тому є унікальними для кожної родини [49, с 61-64].

Тому сім’я, безсумнівно, є основним інститутом життя. Дитина, яку виховують батьки, не тільки краще пристосована до повсякденної дійсності, але й не піддається численним комплексам, які виникають у його несімейних однолітків.

**2.2 Особливості сім’ї, в якій є дитина з ОВЗ**

Як зазначалося вище, першочерговою проблемою суспільства і держави є підвищення та збереження здоров’я та добробуту молодого покоління. Сім’я має велике значення у розвитку особливої ​​дитини, завдяки чому реалізується здатність такої дитини успішно інтегруватися в суспільство. Це одна з причин, чому робота з батьками особливої ​​дитини на сьогодні є одним із найважливіших завдань соціальної роботи [50, с 210].

Сім’я з хворою дитиною стає проблемною (особливо для дитини) залежно від ставлення батьків до дитини, яка має психічний чи соматичний дефект.

Існує кілька типів батьківських реакцій і відповідних їм поведінкових стратегій:

1. Прийняття дитини та її вади. Батько сприймає недолік своєї дитини, сприймає його об’єктивно, адекватно оцінює і проявляє дитині справжню відданість. Такий тип поведінки забезпечує найбільш ефективну адаптацію дитини до зовнішнього середовища.

2. Відповідь про відмову. Заперечується наявність у дитини дефекту, що дитина ненормальна, що її вада впливає на емоційний стан батьків. Дитина виховується в амбітному дусі, батьки наполягають на високій успішності його діяльності. У дитини можуть виникнути адаптаційні порушення та виснаження психоемоційних компенсаторних ресурсів.

3. Реакція надмірного захисту, опіки. Батьків переповнює почуття співчуття, вони захищають дитину від усіх небезпек. Мати проявляє надмірну любов. Дитина може бути на інфантильному рівні тривалий час, а іноді й все життя. У нього розвивається пасивність, самостійність, розумова і соціальна незрілість.

4. Приховане зречення. Помилка вважається ганьбою. За турботливою, попереджувальною, уважною поведінкою ховається негативне ставлення і відраза до дитини. Емоційна холодність батьків травмує дитину, знижує її впевненість у собі.

5. Відкрите зречення, неприйняття дитини. Дитину з дефектом сприймають відкрито з опором, і батьки повністю усвідомлюють ворожі почуття до дитини. Слід зазначити, що поява хворого в родині завжди змінює структуру сімейних відносин [51, с 284-289].

Не секрет, що сім’ї з особливою дитиною більш схильні до хронічного стресу, викликаного хворобою дитини, батьки найчастіше змушені залишати роботу через особливості дитини, яка вимагає підвищеної уваги, через цеподружні стосунки часто погіршуються. Хвороба дитини є сильним фактором, який травмує усіх членів сім’ї.

У зв’язку з усіма цими проблемами до групи ризику належать сім’ї з особливими дітьми. Встановлено, що кількість психічних і психосоматичних розладів у сім’ях з дітьми з ОМЗ значно вища, ніж у сім’ях зі звичайними дітьми (у 2,5 раза). На жаль, такі сім’ї все частіше розпадаються [51, с 294].

Сім’ям з однією або кількома особливими дітьми доводиться долати ряд труднощів у процесі їхнього виховання та соціалізації. До таких труднощів відноситься допомога дитині подолати власну невпевненість, вразливість і соціальну занедбаність. Всі ці фактори значно ускладнюють інтеграцію особливої ​​дитини в суспільство, спілкування зі здоровими однолітками.

У цій ситуації особливо актуальною є участь соціального працівника, його допомога у розв’язанні цих проблем. Як правило, соціальний працівник тісно співпрацює з органами охорони здоров’я, соціального захисту населення, освіти тощо [52, с 230].

Соціальний працівник повинен вміти знаходити доступ до особливої ​​дитини та членів її сім’ї, застосовувати на практиці ефективні методи та форми соціальної реабілітації, використовувати сучасні технології у своїй роботі. Одним словом, вся діяльність соціального працівника має бути спрямована на те, щоб кожна особлива дитина змогла успішно інтегруватися в суспільство, проявити себе, розкрити свої здібності та вміння.

У процесі вивчення способу життя особливих дітей та їх сімей, навичок самообслуговування та побутових труднощів виявляється, що рівень життя таких дітей значно знижується. Коло спілкування особливої ​​дитини дуже вузьке, спілкування відбувається переважно з близькими родичами, що знижує комунікативну активність [53, с 120-122].

Тому соціальний працівник повинен вміти розв’язувати такі проблеми, надавати психологічну та соціально-педагогічну допомогу та підтримку, сприяти соціальній та медичній реабілітації сімей, які мають дітей з ОМЗ.

Робота соціального працівника має включати системний підхід до сприяння соціальній інклюзії особливих дітей віком від 6 до 18 років. Характерною особливістю комплексного підходу є те, що соціально-психологічна реабілітація повинна бути спрямована не тільки на особливу дитину, а й на всіх членів її сім’ї. Фахівець повинен вміти розробляти нові методи сімейно-групової терапії, рекреаційної діяльності, використання різноманітних методів ігротерапії, психогімнастики, логоритміки, арт-терапії, імаго терапії [54, с 367].

Соціальний працівник повинен ознайомити батьків та інших членів сім’ї особливої ​​дитини з різними документами та положеннями, розповісти про пільги для таких дітей та їх сімей, про соціальні гарантії. Іншими словами, для соціальної адаптації особливої ​​дитини необхідний комплексний підхід, що включає медико-соціальні заходи, соціально-психологічні та педагогічні. Крім того, ці заходи мають бути вжиті не лише щодо особливої ​​дитини, а й щодо членів її сім’ї. Сім’я особливої ​​дитини має бути активно залучена до процесу її реабілітації [55, с 80].

Програма реабілітації – це комплекс різноманітних заходів, метою яких є розвиток здібностей та навичок дитини з обмеженими можливостями здоров’я.

Програма реабілітації складається з таких експертів, як лікуючий лікар, педагог, психолог та соціальний працівник. Батьки та інші члени сім’ї особливої ​​дитини також активно залучаються до цієї команди спеціалістів. У багатьох зарубіжних країнах програму реабілітації розробляє один експерт – куратор. Саме він стежить за процесом реабілітації та його результатами і при необхідності коригує програму [56, с 378].

Для кожної особливої ​​дитини складається комплексна програма реабілітації індивідуально з урахуванням її діагнозу, умов розвитку, умінь і навичок. Також враховуються особливості та здібності його родини. Термін проведення такої реабілітаційної програми може бути різним, залежно від віку дитиниз ОМЗ. Після закінчення терміну професійний фасилітатор обговорює з родиною особливої ​​дитини результати, досягнуті в процесі реабілітації [57, с 412].

Також аналізуються всі випадкові події, що сталися під час програми реабілітації. Після аналізу професійний куратор (або команда експертів) складе програму реабілітації на наступний період. Також бажано створити програму разом з членами сім’ї особливої ​​дитини [58, с 82-89].

Тому можна констатувати, що реабілітаційна програма – це чітко розроблений план спільної діяльності спеціалістів (соціальних працівників) та сімей з особливою дитиною. Метою реабілітаційної програми є підтримка розвитку можливостей, умінь та навичок особливої ​​дитини, досягнення успіхів у стані здоров’я, сприятливої ​​соціальної інклюзії дитини з ОМЗ. Що стосується роботи з членами сім’ї особливої ​​дитини, то програма реабілітації обов’язково повинна включати різноманітні заходи, такі як: ознайомлення членів сім’ї особливої ​​дитини з різною інформацією, психологічна допомога тощо [58, с 89-94].

Кожен період реабілітаційної програми характеризується своєю індивідуальною метою, яка в свою чергу включає кілька компонентів (підцілей), тому що реабілітація повинна проводитися відразу в кількох напрямках. З часом до реабілітаційного процесу можуть включитися нові спеціалісти.

На членів сім’ї дитини з обмеженими можливостями здоров’я лежить велика відповідальність: вони повинні вміти знайти особливий підхід до особливої ​​дитини, знати законність, знати складності та особливості розвитку дитини, вміти забезпечити та підтримувати сімейну атмосферу. Всі ці вимоги і тонкощі також входять в програму реабілітації і є її невід’ємною частиною. Члени сім’ї дитини повинні постійно отримувати нові знання, навички та вміння у сфері взаємодії з дитиною [59, с 25-30]

Після розробки програми реабілітації та початку її виконання необхідно постійно контролювати її. Моніторинг у цій ситуації — це постійне спостереження й аналіз подій та результатів, які відбуваються під час реабілітаційної програми. Під час моніторингу фахівець обмінюється інформацією про перебіг процесу з членами сім’ї особливої ​​дитини, надаючи їм необхідну допомогу в подоланні різних перешкод і труднощів. Куратор також співпрацює з іншими фахівцями та представниками різних організацій для захисту прав особливої ​​дитини та її родини [60, с 5-19]

Тож у цьому розділі були розглянуті основні напрями, принципи та технології соціальної роботи з сім’ями з особливими дітьми. Сучасна сім’я – це складна матриця соціальних зв’язків і взаємодій, що склалися між людьми, сукупність різних форм їхньої спільної діяльності. Результати дослідження показали розширення функціонального спектру сімейного життя, зміну ієрархії їх значущості, трансформацію традиційних сімейних функцій як за складністю, глибиною проникнення в контекст родини покоління, так і з точки зору ступеня впливу на життєву стратегію. Доведено, що постійна співпраця поколінь у сім’ї є не анахронізмом, а ефективним виконанням сім’єю соціальних функцій. У групі ризику виявилися сім’ї з дітьми з ОМЗ.

**РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РОЛІ ТА ЗНАЧЕННЯ СІМ’Ї У ФОРМУВАННІ ДИТИНИ З ОБМЕЖЕНИМИ МОЖЛИВОСТЯМИ ЗДОРОВ’Я**

**3.1 Дитячо-батьківські відносини в сім’ях дітей з ОВЗ (на прикладі учнів з розумовою відсталістю)**

Дослідження присвячене вивченню стосунків між батьками та дітьми в сім’ях дітей з розумовими вадами. Наведено результати аналізу стосунків між членами сім’ї та дитиною з розумовою відсталістю. Виявлено тип виховання в сім’ях. Визначено основні фактори, що впливають на тип дитячо-батьківських стосунків у сім’ях з дітьми з вадами психічного розвитку.

За даними О.Н. Усанової, ресурс розвитку дітей з обмеженими можливостями здоров’я, багато в чому визначається особливостями середовища, в якому вони перебувають, здебільшого сім’ями. Наявність дитини з ОМЗ в сім’ї вносить неорганізованість у її функціонування та порушує весь спосіб життя сім’ї. Афективна напруженість батьків, яка виникає при народженні дитини з розумовими вадами, впливає не лише на подружні стосунки, а й на формування сімейних уявлень, тактики поведінки щодо кожного члена сім’ї [61, с 17].

Багатьох психологів з різних шкіл і минулого вже давно приваблює першорядна важливість стосунків між батьками і дітьми. В даний час проблема взаємовідносин батьків і дітей як чинника психофізичного благополуччя дітей у сімейному середовищі є надзвичайно актуальною, оскільки є однією з найважливіших складових державної політики охорони здоров’я нації.

Між типом батьківсько-дитячих стосунків і формуванням якостей особистості дитини існує прямий зв’язок, оскільки сімейне середовище — це поєднання рис особистості батьків, умов, в яких живе сім’я, та стилю виховання. На дітей впливають не тільки цілеспрямовані виховні впливи, але в однаковій або навіть більшій мірі всі ознаки поведінки батьків [62, с 192]

Вивчення батьківсько-дитячих стосунків є надзвичайно важливим як для розуміння факторів, що впливають на розвиток особистості дитини, так і для організації психолого-педагогічної практики. Однією з найважливіших функцій сім’ї – створення умов для виховання здорової особистості. Педагоги та психологи вважають благополуччя дитини залежить від сім’ї.

У працях багатьох авторів показано роль сім’ї у формуванні багатьох особистостей дітей і підлітків з вадами психічного розвитку, особливості їх уявлень про сім’ю, майбутню сім’ю, вплив батьківської сім’ї на функціонування сімей. Відомо, що ситуація у розвитку дитини в неповній сім’ї є менш сприятливою як з соціокультурної, так і з психологічної точки зору. Деформована структура гендерних ролей у сім’ї негативно впливає на розвиток статевих ролей дітей [63, с 53-59].

*Метою дослідження* є вивчення особливостей дитячо-батьківських взаємин у сім’ях дітей з розумовими вадами.

*Предметом дослідження* є феномен внутрішньосімейних стосунків у сім’ях дітей з розумовими вадами.

*Предметом дослідження* є особливості взаємовідносин батьків і дітей у сім’ях, де є діти з розумовими вадами.

*Матеріали та методи.* Дослідження проводилося на базі Новонекрасівського ЗЗСО, села Нова Некрасівка, Ізмаїльського району, Одеської області.

У дослідженні взяли участь батьки та їхні діти, другого та четвертого класів (молодший шкільний період), п’ятого та восьмого класів (середній шкільний період) з легкою розумовою відсталістю.

Кожен віковий етап характеризується особливим положенням дитини в прийнятій у суспільстві системі взаємин. Відповідно, життя дітей різного віку наповнене специфічним змістом: особливими стосунками з оточуючими людьми та особливими видами діяльності, що ведуть до цього етапу розвитку.

Хочу зазначити, що Л.С. Виготський у кожному віці виділив такі види лідерської діяльності: немовлята – безпосереднє емоційне спілкування; раннє дитинство – маніпулятивна діяльність; діти дошкільного віку – ігрова діяльність; молодші школярі – виховні заходи; підлітки – це суспільно визнана та суспільно визнана діяльність; учні загальноосвітніх шкіл – навчально-професійна діяльність [64, с 40].

Початок молодшого шкільного віку визначається вступом дитини до школи. Початковий період шкільного життя становить у середньому віковий діапазон від 6-7 до 10-11 років (1-4 класи). Цей період пов’язаний із збільшенням фізичного та психічного напруження, розширенням соціальних меж дитини та адаптацією в суспільстві. Дитина по-іншому оцінює себе і свої здібності, переживає чергову кризу і вчиться бути самостійною та відповідальною людиною. У молодшому шкільному віці діти мають значні резерви розвитку [65, с 82-96].

Підлітковий вік – один із найскладніших періодів у стосунках дитини з батьками. Настає статеве і психологічне дозрівання. З’являється відчуття зрілості та незалежності, відстоювання власної думки та правил, обмеження в спілкуванні та близькості з батьками, що часто призводить до конфліктів та непорозумінь. У цей період відбувається інтенсивний розвиток психічних процесів і якостей особистості [66, с 292].

Для опитування були підготовлені документи у вигляді анкет та опитувальників, про які йтиметься далі. Всього взяли участь 6 повних сімей. Також поспілкувалися з класними керівниками досліджуваних учнів Новонекрасівського ЗЗСО.

Вивчалися вимоги батьків при зверненні до психолога та класного керівника Новонекрасівського ЗЗСО, причини конфліктів та основні психологічні проблеми, які виникають у цих сім’ях.

*Результати і обговорення*. Аналіз цих запитів показав, що в сім’ях учнів з легкою розумовою відсталістю часто виникали конфлікти – у 68% випадків. Основні причини – проблеми з навчанням, адаптація в школі, результати навчання та проблеми з однокласниками.

Проблеми, пов’язані з вихованням дітей з розумовими вадами, у 52% випадків є приводом для звернення за психологічною допомогою. Питання, з якими батьки зверталися до психолога, стосувалися дитячої впертості, негативізму, примх та непослуху.

Аналіз показав, що деякі з цих скарг є необґрунтованими і підтверджують психологічну та нейродинамічну необізнаність батьків, недостатню обізнаність про людей з психічними вадами, специфіку їх емоційної сфери. Деякі з претензій можуть бути пов’язані з негативними рисами особистості самих батьків і обраними ними моделями виховання. Ці батьки помічають надмірну вимогливість і підвищену увагу до моральних правил.

Першим дослідженням став тест «Наскільки Ви вимогливі батьки?» (Додаток 1). Він призначений для виявлення вимог батьків до дитини. Результати цього дослідження показують, що лише у 2 із 6 сімей обидва батьки залучені до виховання.

Згідно з результатами цього тесту, 74% матерів і 26% татів відчували достатній рівень вимог до своєї дитини. При цьому кожна третя мама і кожен четвертий тато пред’являють до дитини завищені вимоги, тим самим переоцінюючи власні очікування від дитини. Підвищена складність негативно позначається на емоційному стані дитини, посилює її тривожність і невроз, а також самих батьків, коли їх вимоги не приводять до бажаних результатів.

Не менш шкідливими є занижені вимоги до дитини, які зафіксували батьки (68%) та матері (32%), які виховують дитину з легким ступенем розумової відсталості. При цьому батьки захищають дитину від усіляких турбот, не висуваючи до неї елементарних вимог і заборон, тим самим зміцнюючи пасивне ставлення дитини до життя, виховуючи її до особистісних та соціальних невдач. Батьки, які хочуть, можливо, врятувати дитину від труднощів, піклуючись про неї, в майбутньому поставлять її в скрутне становище.

Надмірна вимогливість спостерігалася тільки у матерів (32%) і за надмірної любові оточуючих дитину не залишає як почуття тривожності, страху, а й почуття провини.

Другим дослідженням став тест Едмонда Георгійовича Ейдеміллера «Аналіз сімейних стосунків» (Додаток 2). Він покликаний дослідити вплив батьків на виховання дітей і підлітків та знайти помилки у вихованні. Батьки окремо проходять цей тест, але ми об’єднали результати, не наголошуючи, скільки з них жінок, а скільки чоловіків. Результати цього дослідження показують, що 41,7% батьків належать до домінантної гіперпротекції, ставлять свою дитину в центр уваги, приділяють багато часу та зусиль, але водночас позбавляють її самостійності, накладають ряд обмежень і заборон.

Інші 33,3% батьків мають приховане емоційне неприйняття, коли мати чи тато не визнають, що вони обтяжені сином чи дочкою, навіть, не розглядають таку ідею, навпаки обурюються, якщо вона у них виявиться. Силами розуму і волі батьки придушують своє емоційне неприйняття дітей як негідних і зазвичай не виявляють гіперкомпенсації у вигляді підкресленої турботи, перебільшеної уваги.

Невеликий відсоток (25%) – це батьки з приємною гіперпротекцією, тобто дитина знаходиться в центрі уваги сім’ї, яка прагне максимально задовольнити свої потреби.

Третє дослідження – «Тест-опитувальник Анни Яківни Варги та Володимира Вікторовича Століна» (Додаток 3). Це метод діагностики ставлення батьків до дитини. Ми також об’єднали цей тест, не наголошуючи, скільки з них жінок, а скільки чоловіків, але кожен із батьків проходив його окремо. Цей тестовий опитувальник показав, що 50% опитаних батьків потрапили в категорію «Прийняти-відхилити». Ця категорія має два аспекти: батькам подобається дитина такою, яка вона є. Батьки поважають індивідуальність дитини, співчувають їй. Інший аспект: батьки сприймають свою дитину як погану, невідповідну, нещасну. Йому здається, що дитина не досягне успіху в житті через низькі здібності, маленький розум, погані нахили. Батьки зазвичай відчувають злість, роздратування, опір дитини. Батьки не довіряють своїй дитині і не поважають її.

 «Симбіоз». Ця категорія дорослих не створює психологічну дистанцію між собою та дитиною, вони завжди намагаються бути ближче до неї, задовольнити її основні розумні потреби та захистити від проблем.

Інша група батьків (20%), так звана «Маленька невдаха», прирівнюється до категорії «Симбіоз». Ця категорія є ознакою того, що доросла людина вважає дитину маленькою невдахою і ставиться до неї як до нерозумної істоти. Інтереси, захоплення, думки та почуття дитини здаються дорослому легковажними, і він їх ігнорує.

Остання група батьків (10%) стосується авторитарної гіперсоціалізації. Це говорить про те, що дорослий надто авторитетно ставиться до дитини, вимагає від дитини беззастережного послуху, забезпечує їй жорсткі дисциплінарні рамки.

Четвертим дослідженням став тест «Сімейне біополе» (Додаток 4). Тест був розданий кожному з батьків. Цей тест визначає атмосферу в сім’ї. Сімейна атмосфера – це психологічний клімат сім’ї, це головне джерело радості чи проблем, відчуття повноти шлюбу чи його неповноцінності.

Цей тест показав, що у 67,3% батьків атмосфера в сім’ї була «нестабільною або мінливою», тобто такі показники викликають у подружжя часткове розчарування у стосунках і деяку напругу. Решта 32,7% «Невизначене біополе», тобто в ньому відзначаються деякі тривожні фактори, хоча загалом переважає позитивна енергетика.

Той же тест у матерів показав, що 10% з них знаходяться в стабільно негативному біополі, тобто вони визнають, що їхнє сімейне життя нестерпне та важке. 50% матерів повідомили про «нестабільну або мінливу» атмосферу. Решта 40% мають позначку «Невизначене біополе», що відповідає результатам батьків у цій категорії, але не всі з цих батьків в одній родині.

П’ятим дослідженням був тест «Поведінка батьків та ставлення підлітків до них» Ерла Шафера (Додаток 5). Цей тест проходили діти з легкою розумовою відсталістю із сімей, які ми вивчаємо. Цей тест був розроблений для вивчення ставлення, поведінки та методів виховання, які бачать їхні діти-підлітки.

Спочатку ми вивчали оцінку хлопчика-підлітка його батьками. Результати оцінювання сина матері, де 43% опитаних учнів належать до шкали «Спрямованість». Спрямованість матері відбивається у звинуваченні їх у відношенні до неї, її правилах і зауваженнях про те, що «мама жертвує всім заради сина», вона постійно бере на себе відповідальність за все. Мати підтверджує залежність своєї позиції та оцінки оточуючих про відповідність сина «еталону дитини». Тож мати намагається будь-якими способами зупинити погану поведінку сина, щоб той не втратив обличчя.

Результати оцінки матері з сином. 28,5% опитаних учнів належать до школи «Позитивний інтерес». Хлопчики-підлітки бачать психологічне прийняття матері в критичному підході до них. Підлітки часто відчувають потребу допомогти і підтримати маму, в більшості випадків приймають її думку, схильні погоджуватися з нею. Така поведінка, як панування, підозрілість та лідерство, заперечуються. Сини не чекають від матері занадто багато конформності. Однак однієї лише грамотної поведінки, доброзичливого способу спілкування та нормальних емоційних контактів для інтересу недостатньо.

За даними школи «Оцінка матері сином», де 28,5% опитаних учнів належали до шкали «Невідповідність». Непослідовність матері у вихованні підлітки оцінюють як чергування таких психологічних тенденцій: суворість сили і честолюбства, смирення (в адаптивних формах), м’якість, недовірливість та підозрілість. Швидше за все, такий результат пов’язаний з нерозумінням того, які базові знання дитина не зрозуміє через їх особливості.

Іншим дослідженням була оцінка батька та сина. Тут результати показали, що 28,5% опитаних учнів поставили оцінку за шкалою «Директива». У стосунках з сином, батько виявляє свою лідерську позицію, завойовуючи авторитет на основі реальних успіхів і домінантного стилю спілкування. Влада над сином проявляється в контролі над поведінкою дитини, виключенні амбіцій. При цьому він дуже чітко дає зрозуміти дитині, що в інтересах свого благополуччя вона жертвує певною силою, що це не просто заступництво, а бажання все вирішити мирним шляхом, незалежно від ступеня роздратування.

Інша група учнів (14,4%) – це шкала «Ворожість». Батьки завжди погоджуються з загальноприйнятою думкою, вони намагаються задовольнити вимоги інших бути «хорошими» і підтримувати позитивні стосунки в сім’ї. Через навчання вони намагаються виховати сина відповідно до прийнятої в цьому суспільстві ідеї «ідеальної дитини».

Батьки хочуть навчати, розвивати різні навички. При цьому спостерігається повна залежність від думки оточуючих, страх і безпорадність, невміння протистояти їм. При цьому батько грубий і педантичний по відношенню до сина. Підліток постійно перебуває в стані тривожного очікування низької оцінки своїх досягнень. Також спостерігається постійне невдоволення, скептицизм щодо досягнень сина, що неминуче знижує мотивацію його діяльності.

Остання група учнів (57,1%) належить до шкали «Автономність». Автономність батька у стосунках із сином виявляється у формальному ставленні до виховання, надмірній неупередженості в процесі спілкування. Взаємодія базується на владних позиціях. Батько «помічає» сина лише тоді, коли той щось робить. Батько занадто зайнятий, щоб зануритися в життя і проблеми сина. Йому байдуже до захоплень сина, кола знайомств, навчання та школи, він лише прикидається, що йому набридло. Він часто просто дратується, коли до нього звертається син.

При порівнянні практики матерів і батьків у хлопчиків-підлітків виявляються наступні характерні відмінності. У психологічному прийнятті сина в батьків переважає відсутність лідерства в порівнянні з матерями, тому що вони намагаються досягти розташування та поваги до свого авторитету без застосування сили. У той же час хлопчики сприймають матерів як позитивний інтерес до їх критичного підходу та надмірного захисту, а батьки демонструють більшу незалежність і силу. У директивній шкалі матері, як правило, підносяться в порівнянні з батьками, оскільки матері мають більшу тенденцію впливати на дітей за допомогою індуктивних прийомів. Матері також готові йти на компроміс для досягнення своєї мети, а батьки віддають перевагу авторитету влади. Ворожість матерів відрізняється від відповідних характеристик батьків тим, що вона проявляється у матерів як наслідок боротьби за їхню незалежність, тоді як у батьків це більше схильність підлаштовуватися під інших.

Автономія матері і батька ґрунтується на деспотичній «сліпій» владі, яка не терпить поблажливості, але матері наголошують на відсутності вимог заборони по відношенню до підлітків, а батьки огороджені. Обидва навіть не схильні до екзальтації, хоча батьки у виняткових випадках можуть відірватися від справ і звернути увагу на вимоги підлітка.

Далі ми розглянули оцінку дівчинки-підлітка її батьків. Результати оцінки матері доньки показали, що дівчинка-підліток (50%) належить до шкали «Спрямованість». Описуючи вказівки матері, дівчина-підліток вказувала на їхній суворий контроль, на амбіційну силу, на критику власних поглядів дочки. Такі матері більше покладаються на суворість покарання і вважають, що завжди мають рацію.

Друга дівчинка-підліток (50%) належить до шкали позитивного інтересу. Позитивні стосунки матері з дочкою, засновані на психологічному прийнятті, до дівчинки-підлітка ставлення як до маленької дитини, яка постійно потребує уваги, турботи та допомоги. Дівчинка-підліток зазначає, що мати іноді доброзичлива і намагається задовольнити будь-яке бажання доньки.

Результати оцінки батька донькою. Всього було дві групи, де одна дівчинка-підліток за шкалою «Спрямованість». Дівчинка-підліток представляє директиву свого батька як показник свого місця в суспільстві і особливо в сім’ї. Батько директиви, здавалося, керував дівчиною, змушуючи її дотримуватися стандартів і правил поведінки, прийнятих у суспільстві, і встановлювати моральні норми.

Ще одна дівчинка-підліток набрала бали за шкалою «Невідповідність». Батько здається абсолютно непередбачуваною людиною. З високим ступенем ймовірності в його поведінці можуть проявитися абсолютно протилежні психологічні тенденції. Швидше за все, це пов’язано з не зовсім правильною розшифровкою намірів батька щодо її розумових здібностей.

Таким чином, характерні відмінності в оцінці освітніх практик матері і батька дівчатами-підлітками такі. На відміну від батьків, довіра та підпорядкування виходять на перший план із позитивним інтересом та психологічним прийняттям серед матерів. У батька ж переважає самовпевненість і відсутність жорсткості, авторитаризм у стосунках з дочкою, що виключає виховання шляхом насильницького примусу. Спрямованість матерів ґрунтується виключно на амбітних вимогах влади та суворому контролі поведінки дочки, тоді як спрямованість батьків відбивається також у думці оточуючих. Матері демонструють емоційне неприйняття, впертий конформізм і слабку волю до думки оточуючих, що, на відміну від характеристик батька, ставить їх на керівні посади. У випадку з батьками жорстокість і самоствердження влади і сили виходять на перший план у відношенні ворожих батьківських практик по відношенню до їхньої дочки-підлітка. Автономія матері характеризується відсутністю хороших міжособистісних стосунків та відокремленістю від проблем та інтересів дочки, а автономія батька виражається в його безумовному управлінні сім’єю та в недоступності спілкування з ним. У непослідовній виховній практиці в контексті неузгоджених проявів характерні риси батьків і матері ніби збігаються. Різниця лише в таких тенденціях, як самоствердження з ворожою непримиренністю у батьків та підпорядкованістю та недовірою до матерів.

Узагальнюючи результати дослідження, можна констатувати, що виявлено суттєву відмінність у сприйнятті дитини з розумовою відсталістю матір’ю та батьком. Неадекватний підхід батька до хворої дитини проявлявся в наявності загальної напруженості та надмірної пильності по відношенню до дитини. У сім’ї з хворою дитиною батько більше орієнтований на досягнення матеріального благополуччя, через свою роль як головного члена сім’ї, про що стверджують 80% батьків дітей з легкою розумовою відсталістю. Тому батько не так активно бере участь у вихованні та соціалізації дитини, він певною мірою відчужений від сім’ї, змушуючи матір брати відповідальність за сім’ю в цілому та за виховання дитини. Неприйняття особистих якостей і поведінки дитини характерне для 40% батьків, що свідчить про те, що в кожній четвертій сім’ї з дитиною з розумовою відсталістю існує реальний ризик розпаду через відмову батька від дитини. Навіть якщо сім’я не розпадеться, то дитина буде перебувати в атмосфері невігластва, ворожості, відчуженості від батька в нинішньому стані. Особливо негативно це позначиться на розвитку дівчини, оскільки може бути зразком патологічного ставлення чоловіка до жінки. Мати, навпаки, сприймає дитину з розумовою відсталістю як рівноправного члена сім’ї і намагається спокійніше реагувати на її стан. Саме мати такої дитини відіграє вирішальну роль у процесі соціалізації та соціальної реабілітації. При цьому виявилося, що стосунки дитини з легким ступенем розумової відсталості та його матері характеризуються підвищеною суворістю та строгістю з боку матерів. У цих сім’ях чітко проявляється примусовий характер заходів, що застосовуються до дитини. Ймовірно, що такі риси можуть формуватися у матері під впливом постійної потреби та систематичного лікування хворої дитини, що сприяє формуванню посидючості, послідовності та пунктуальності. З іншого боку, надмірна жорсткість матері по відношенню до хворої дитини, ймовірно, є її прихованим несвідомим неприйняттям хвороби дитини, її фізичних і психічних особливостей. В обох випадках надмірна суворість не може бути виправданою, тому її необхідно виправити.

**3.2 Рекомендації по роботі з батьківдитини з обмеженими можливостями здоров’я**

Народження дитини з порушеннями розвитку завжди є стресом для сім’ї. Проблема виховання та розвитку «особливої» дитини найчастіше викликає глибоку і тривалу соціальну дезадаптацію всієї родини. Діти з обмеженими можливостями здоров’я перебувають у дуже важкій емоційній, моральній та психічній ситуації. Дітям необхідно навчитися функціонувати в повсякденному житті та спілкуватися з людьми, але через обмежені фізіологічні можливості вони не можуть повноцінно виконувати будь-яку діяльність. Велике навантаження несуть батьки таких дітей у зв’язку з діяльністю по догляду за хворою дитиною та відповідальністю за її життя. Численні дослідження виявили, що батьки цієї категорії дітей відчувають емоційне напруження, тривогу, почуття провини, образи, хронічний стрес тощо [67, с 340].

Все це впливає на ставлення батьків до своїх дітей. Тому вони, як і їхні діти, потребують психологічної допомоги та підтримки.

Батьки, які переживають за долю дитини, часто передають свої нервові почуття дитині. Діти інтуїтивно відчувають постійне напруження дорослих, набувають рис нервозності. Болісні сумніви багатьох татусів і мам, чи знає дитина про свою хворобу і наскільки вона важка, марні [68, с 570].

Оптимальною можна вважати поведінку дорослих, яка дозволяє дітям з обмеженими можливостямиздоров’я швидко адаптуватися до свого становища, набути рис, що компенсують їх стан. Егоїстична любов батьків, які намагаються захистити своїх синів і дочок від усіляких труднощів, порушує їх нормальний розвиток. Ураженим дітям обов’язково потрібна батьківська любов, але не любов-жалість, а альтруїстична любов, яка враховує інтереси дитини, просто тому, що дитина існує такою, якою вона є. Попереду дитини буде не найлегше життя і чим вона самостійніша, тим легше буде переносити всі труднощі і негаразди. Зацікавлені діти потребують не заборон, а стимулювання адаптаційної діяльності, пізнання своїх прихованих здібностей, розвитку спеціальних умінь і навичок. Звісно, ​​не можна закривати очі на те, що ваша дитина серйозно хвора. У той же час не варто постійно тримати її під скляною кришкою. Чим менше зосереджена увага пацієнта, тим більша ймовірність і успіх його взаємодії з оточуючими. Якщо батькам вдасться навчити дитину думати не тільки про себе, то його доля буде набагато щасливішою [69, с 340] .

Щодо самих батьків – не забувайте себе! Депресія – частий супутник батьків хворої дитини. Механізмом для неї може стати довге очікування діагнозу і ненадійність, неуважність рідних і близьких, відчай в очах дитини і безсонні ночі. На тлі постійної хронічної втоми і недосипання, таких дрібниць вистачає, щоб викликати нервовий зрив. Але все-таки дитині потрібні ви сильні, веселі, впевнені в собі. Серед ліків підходять валеріана та заспокійливі трав’яні препарати, такі як шишки хмелю, пустирник та м’ята, які слід приймати тільки після консультації з лікарем. Якщо лікар все-таки призначає антидепресанти, пам’ятайте, що це тимчасовий захід! Одним із важливих кроків на шляху адаптації для вас і вашої дитини може виявитися психологічна підтримка [70, с 478].

Дуже важливо знайти когось, хто зможе вам допомогти або дати вам трохи поспати. Подолати важкий період допоможе соціальний працівник, психолог або ті батьки, які мають дитину з подібним відхиленням у розвитку і успішно подолали важкий період. Потрібно вміти ділитися досвідом, чути слова підтримки. Батьки допомагають один одному, забувають про своє горе, не замикаються в ньому, і таким чином знаходять більш конструктивне вирішення своєї проблеми. Коли дитина бачить вас веселим, вірить у краще, вона буде частіше посміхатися, а значить, наближає своє одужання [71, с 192].

Не пропустіть життя, радощі та цікаві події. З дитиною можна щось робити, але треба мати і своє життя.

Сліпа жертва не принесе користі ні дитині, ні вам. Якщо ви задоволені життям, ви зможете дати незрівнянно більше маленькій людині, яка потребує вас.

Загальні поради для батьків, як допомогти своїй дитині розвиватися:

1. Частіше хваліть дитину. Ніжно обійміть її або дайте їй невелику винагороду, коли дитина досягне успіху або коли вона дуже старається. Якщо дитина намагається, але їй щось не вдається, то краще передати це мовчки або просто сказати: «Шкода, що не вийшло, іншим разом вийде».

2. Більше розмовляйте зі своєю дитиною. Поясніть все, що ви робите. Дитина слухає і починає вивчати мову задовго до того, як почне говорити. Якщо ви думаєте, що ваша дитина глуха, поговоріть з нею або використовуйте мову жестів. Переконайтеся, що вона дивиться на вас, коли ви говорите.

3. Допоможіть дитині освоїти нову навичку, обережно керуючи рухами її рук.

4. Використовуйте дзеркало, щоб допомогти дитині пізнати своє тіло, навчитися користуватися руками.

5. Використовуйте імітацію. Якщо ви хочете навчити дитину новому виду діяльності або навику, спочатку виконайте дію самі і запропонуйте дитині повторити її, наслідуючи вам. Перетворіть це на гру.

6. Заохочуйте дитину рухатися або простягати руку, щоб отримати те, чого вона хоче.

7. Зробіть навчання веселим. Завжди шукайте способи перетворити навчальну діяльність на ігри.

8. Нехай старші брати та сестри покажуть дитині нове обладнання, предмети, іграшки тощо.

9. Часто дитина краще вчиться, коли поруч немає вчителя. Діти часто докладають величезних зусиль, коли дуже чогось хочуть, а допомогти їм немає кому. Важливо навчити дитину, але не менш важливо дати їй можливість досліджувати, випробовувати і робити для себе те, що вона може.

10. Нехай дитина піклується про себе як може. Допомагайте їй лише стільки, на скільки це потрібно. Це «золоте правило реабілітації» [72, с 63-64].

Час від часу фахівець буде відвідувати сім’ю з особливою дитиною, щоб ознайомитися з проблемами та особливостями, які виникають під час програми реабілітації. З цього можна зробити висновок, що програма реабілітації є безперервним циклічним процесом.

Коли члени сім’ї особливої ​​дитини активно спілкуються з фахівцями та беруть участь у програмі реабілітації, діти з обмеженими можливостями здоров’я набагато швидше досягають сприятливих результатів. Цей факт доведений і очевидний. Проте на практиці трапляються випадки, коли члени сім’ї дитини не хочуть співпрацювати з фахівцем, вони відмовляються від допомоги та поради [73, с 13-19].

Звичайно, в сім’ях з особливою дитиною в центрі уваги повинні бути їхні рідні та близькі. Але на практиці цей факт, на жаль, не завжди відбувається через різні обставини, індивідуальні для кожної родини. Такими обставинами можуть бути погане матеріальне становище сім’ї, хвороба інших її членів, конфлікти між подружжям та багато інших. У таких ситуаціях члени сім’ї особливої ​​дитини не завжди адекватно реагують на поради та пропозиції спеціалістів.

Іноді члени сім’ї особливої ​​дитини звертаються до програми реабілітації, маючи можливість отримати вільний час, бо коли особлива дитина відвідує школу чи медичний заклад, члени сім’ї можуть відпочити або зайнятися своїми справами [74, с 188-195].

Робота фахівця з батьками та іншими членами сім’ї особливої ​​дитини пов’язана з рядом труднощів. До них належать комунікаційні бар’єри між членами сім’ї особливої ​​дитини та соціальними працівниками, подолання яких іноді вимагає значних зусиль. Але результат того вартий. Фахівець повинен усвідомити, що якщо ви не спілкуєтеся з особливою родиною дитини, ви можете не досягти бажаних результатів роботи з дитиною, тому що це негативно впливає на ефективність реабілітаційних заходів [75, с 43-52].

Тому робота з сім’єю дитиниз обмеженими можливостями здоров’я – це постійна взаємодія, обмін інформацією, взаємонавчання, одним словом, партнерство. Взаємонавчання означає обмін інформацією між соціальним працівником та родиною особливої ​​дитини, під час якого ці учасники постійно консультуються один з одним.

Вираз «співпраця з батьками» – це включення, участь, навчання, партнерство – подані терміни зазвичай використовуються для визначення природи взаємодій. Як зазначалося вище, такий процес взаємодії є невід’ємною частиною всього процесу реабілітації та процесу інтеграції особливої ​​дитини в суспільство. Батьки особливої ​​дитини в процесі такої взаємодії можуть поділитися своїми думками та обговорити не тільки проблеми, а й нові успіхи дитини [76,с 68-69].

У процесі, коли соціальний працівник запитує батьків особливої ​​дитини про її позитивні якості та досягнення, батьки та члени сім’ї сприймають це як рідкісний прояв уваги не лише до недоліків чи гріхів особливої ​​дитини, а й до її досягнень. Позитивним фактором є також те, що обмін інформацією з родиною допомагає у складанні індивідуальних програм реабілітації для кожної дитини, контролю за їх виконанням. Ще одним позитивним фактором є те, що в процесі такої діяльності родина з особливою дитиною проявляє повагу та створює сприятливу атмосферу довіри, що саме по собі є запорукою успіху [77, с 33-36].

Якщо проаналізувати міжнародну практику, то можна констатувати, що на процес реабілітації дітейз ОМЗзавжди істотно впливають певні умови конкретної держави. Для прикладу порівняємо дві основні моделі соціального обслуговування та захисту особливих дітей – європейську та американську модель [78, с 85-94].

У Європі модель соціального обслуговування склалася під впливом розпаду громад та зв’язків між ними. Як наслідок, підтримка та захист тих, хто цього потребує, від оточення та близьких ослаб. У США велика увага приділяється трудотерапії: дітиз ОМЗпроходять реабілітацію в спеціалізованих відділеннях лікарень. Вік пацієнтів дитячого віку коливається від кількох місяців до 19 років. Акцент робиться на тому, щоб особливі діти мали певну незалежність як фізично, так і розумово. Цим займаються дитячі ерготерапевти [79, с 85-94].

Тому за кордоном дуже велика увага приділяється соціальній підтримці та захисту сімей з особливими дітьми. Питанням соціальної роботи з такими сім’ями займаються державні та приватні компанії та організації. Така соціальна робота з особливими дітьми та їхніми сім’ями та робота ерготерапевтів є прикладом якості соціальних послуг, які надаються особливим дітям, та способу їх організації [80, с 99-103].

З цього можна зробити наступні висновки:

1. Існує ряд факторів, які впливають на тип батьківсько-дитячих стосунків: особливості особистості батьків; характер їх стосунків з дитиною; склад сім’ї, психолого-педагогічна компетентність батьків за наявності дитини з розумовими вадами; емоційно-моральна атмосфера в сім’ї; невідповідність вимог батьків і можливостей дитини.

2. Збільшення кількості дітейз ОМЗ в Україні визначає необхідність профілактики психічних розладів. У цій ситуації значно зростає роль і значення психолога, оскільки не лише дитина, а й усі члени її сім’ї потребують медичної, соціальної та психологічної допомоги.

3. Одним із найважливіших напрямків психологічної допомоги сім’ї з дитиною з розумовими вадами є консультування. Робота психолога в цьому напрямку зосереджена на виявленні помилок у вихованні дитини з розумовими вадами та наданні безпосередньої допомоги батькам і вихователям.

**ВИСНОВКИ**

Однією з найважливіших функцій сім’ї є забезпечення взаємодії особистості та суспільства. Сім’я бере активну участь у формуванні ціннісних орієнтацій і поведінки її членів, є важливим засобом виховання і сферою формування духовно-моральних засад підростаючого покоління. У сім’ї відбувається процес становлення особистості людини, закладаються основні основи взаємин, розкриваються сторони особистості шляхом ознайомлення з духовними цінностями. Тут дитина включається в суспільне життя, набуває необхідних стандартів поведінки, способу мислення та мови.

Отже, сім’я, яка виховує дитину з обмеженими можливостями здоров’я, натрапляє на труднощі: у стосунках дитини з батьками, у системі взаємовпливу членів сім’ї. Важкі порушення сімейних уявлень і переживань батьків призводять до порушення психічного стану сім’ї. Здатність стати на шлях подолання залежить від уміння батьків прийняти особливості розвитку дитини та організувати свою поведінку відповідно до її можливостей. Особливе значення має виховний вплив сім’ї на дітей з обмеженими можливостями здоров’я, для яких сім’я інколи функціонує як єдиний навчальний заклад. Тому в цій дипломній роботі розглянуто роль і значення сім’ї у формуванні особистості дитини. Також було розкрито, які реабілітаційні заходи мають сприяти покращенню життя дітей з ОМЗ. Розглянуто основні напрями, принципи та технології соціальної роботи з сім’ями з такими дітьми.

У практичній частині дипломної роботи підготовлено дослідження особливостей дитячо-батьківських взаємин у сім’ях учнів з розумовою відсталістю. Проведено також дослідження соціокультурної орієнтації сім’ї як найважливішого чинника розвитку дитини та суспільства в цілому. Дослідження проводилося за допомогою анкетування та опитування.

Результати дослідження показали розширення функціонального спектру сімейного життя, трансформацію традиційних сімейних функцій за складністю, глибиною проникнення в контекст родини, або трансформацію сімейних функцій. Доведено, що постійна співпраця поколінь у сім’ї є не анахронізмом, а ефективним виконанням сім’єю соціальних функцій.

На основі проведеного теоретичного та практичного аналізу в роботі над цією проблемою, можна констатувати, що сім’я є необхідним, а іноді й вирішальним чинником формування особистості кожної дитини, у тому числі й дитини з обмеженими можливостями здоров’я. Соціальний розвиток і становлення особистості завжди тісно пов’язані з роллю і місцем особливої ​​дитини в структурі міжособистісних сімейних відносин. Роль сім’ї та її вплив на особистість дитини неможливо переоцінити: у цій сфері вона має набагато вищий рівень, ніж ясла, школа та вплив зовнішнього світу.

У розвитку особистості дитини з ОМЗ значення сімейного виховання зростає в кілька разів. Взаємодія такої дитини в сім’ї визначає її інтегрованість у соціальне середовище, її ефективність та адекватність.

Сім’ї, які мають дитину з ОМЗ стикаються з багатьма труднощами, тому батьки та близькі особливої ​​дитини повинні бути готові до того, що їхня дитина розвивається не так, як інші діти. Діти з обмеженими можливостями здоров’я повільніше проходять необхідні етапи розвитку життєвого циклу, а іноді і зовсім їх не проходять.

Встановлено, що сім’ї з дитиною з ОМЗ потребують медичної, педагогічної, соціально-психологічної допомоги та підтримки більше, ніж інші сім’ї, оскільки без неї батьки не впораються з усіма труднощами. Але при цьому першочерговим завданням таких сімей є формування прихильного та правильного ставлення до своєї дитини та її розвитку, вміння адекватно реагувати на її невдачі та успіхи, оцінювати її здібності. Така позиція істотно вплине на ставлення дитини до себе і до навколишнього світу, до її соціалізації. Для цього необхідно інформувати батьків та родичів дитини у сфері реабілітації, законодавства, соціальних заходів. Важливу роль тут відіграють соціальні працівники та служби. Використовуючи всі заходи підтримки, необхідно допомогти дитині з обмеженими можливостями здоров’я стати більш самостійною, що в свою чергу, допоможе їй розширити коло спілкування, інтереси та можливості.

Тому виховання та розвиток особистості дитини з ОМЗ є фактором, який заслуговує підвищеної уваги. Такі діти можуть навчатися як у навчальних закладах, так і вдома, але скрізь, де виховується особлива дитина, головною опорою для неї має бути сім’я. Бо жоден навчальний заклад не може дати дитині з ОМЗ ту увагу та любов, які їй приділяє родина. Це розкриває завдання роботи та підтверджує гіпотезу.

Логіка виховання дитини з ОМЗ вимагає спеціальних знань, при необхідності перебудови міжособистісних стосунків у сім’ї, вироблення найбільш оптимальної стратегії і тактики виховної роботи з урахуванням дефекту, типу сім'ї, умов життя та інших факторів. Але треба усвідомлювати, що готові рецепти виховання ніхто не може дати на всі випадки життя. Батьки самі повинні засвоїти закономірності розвитку дитини і узгодити з ними свої дії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Азаров Ю.П. Сімейна педагогіка - М., 2012. – С. 261-263.
2. Акатов Л.І. Соціальна реабілітація дітей із обмеженими можливостями здоров'я. навч. посібник для студ. вищ. навч. закладів. - М: Гуманіт.ізд.центр ВЛАДОС, 2003. – С. 81-94.
3. Акімова, М.В. Козлова В.А. Індивідуальність учнів та індивідуальний підхід / М.В. Акімова, В.А. Козлова, 1992. – С. 111-127.
4. Бгажнокова І.В. Виховання та навчання дітей та підлітків з тяжкими та множинними порушеннями розвитку. - М.: Владос, 2013р. – С. 87-91.
5. Безліпкіна, Л.Ф. Сім'я потребує підтримки. - М.: Просвітництво, 2000. – С. 24-36.
6. Бєляєва М.А., Кузнєцов І.Є. Соціально-педагогічна робота із сім'єю дитини-інваліда. - Єкатеринбург, 2001. – С. 181-194.
7. Бідний М.С. Демографічні процеси та прогнози здоров'я населення. М., 2002. – С. 117-124.
8. Божович Л.І. Проблеми формування особистості: Вибрані психологічні праці, 2005. – С. 56-64.
9. Борозинець Н.М., Євмененко О.В. У сім'ї виховується дитина з обмеженими можливостями здоров'я: Методичний посібник для батьків. – Ставрополь, 2009. – С. 92-94.
10. Браун Дж., Д. Крістенсен. Теорія та практика сімейної психотерапії. Пітере. Санкт-Петербург. 2001. – С. 213-224.
11. В.П. Ткачова. Про деякі проблеми сімей, які виховують дітей із відхиленнями у розвитку // Дефектологія М. 2002. – С. 56-85.
12. Василькова Ю.В., Василькова Т.О. Соціальна педагогіка - М., 2000. – С. 61-74.
13. Виготський Л. С. Педагогічна психологія / під. ред.В. В. Давидова. - М.: Педагогіка, 2001. – С. 87-94.
14. Вікова психологія. Під редакцією Костюка Г. С. - К:2006. – С. 192-234
15. Волков, Б.С. Психологія молодшого школяра / Б. С. Волков. - М.: педагогічне товариство, 2002.– С. 121.
16. Волковська Т.М. Особливості роботи з батьками в умовах корекційної дошкільної установи для дітей з порушеннями розвитку// Корекційна педагогіка. 2003. №2. – С. 62-70.
17. Волконська О.А. Можливі методи організації та зміст роботи з батьками за умов корекційного дошкільного закладу // Дефектологія 2004. – С. 124-130.
18. Горєва О. М., Осипова Л. Б., Сербіна Є. А. Сучасний стан інституту сім'ї: проблеми та перспективи // Історична та соціально-освітня думка. - 2014. - Т. 6. - № 6-2 (28). – С. 266-269.
19. Горьова О.М., Осипова Л.Б. Сім'я як фактор впливу на становлення особистості// Журнал: Сучасні проблеми науки та освіти. / 2015. – С. 2-8.
20. Дементєва Н.Ф. Соціальна робота із сімей дитини з обмеженими можливостями. - М.: Інститут соціальної роботи, 2006. – С. 51-63.
21. Довідник соціального працівника/В. Д. Альперович (та ін): / за заг.ред. Е. П. Агапова, В. А Шапінського. - Ростов н / Д.: Фенікс, 2006. – С. 336.
22. Звєрєва О.Л., Ганічева О.М. Сімейна педагогіка та домашнє виховання: Навч. Посібник для студ. середніх педагогічних навчальних закладів. - М: Видавничий центр «Академія», 2009. – С. 82-94.
23. Зимова, І.А. Педагогічнапсихологія / І. А. Зимова. - М.: Логос, 2004.– С.384.
24. Іванов, А.В. Соціальна педагогіка: Навчальний посібник/А.В.Іванов та ін; за заг. ред. проф. А.В.Іванова. – М.: видавництво – торгова корпорація «Дашков та К», 2010. – С. 424.
25. Ільїн, Е.П. Мотивація і мотиви / Е. П. Ільїн. - СПб.: Пітер, 2000. – С.135, 147, 152.
26. Кевля Ф.І. Сім'я та розвиток особистості дитини. –2007. – С. 82-94.
27. Кіпріянова Є.А. Формування навичок конструктивного спілкування у сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями здоров'я / О.О. Кіпріянова// Концепт. 2015. №1. – С. 88-91.
28. Кіпріянова Є.А. Формування навичок конструктивного спілкування у сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими можливостями здоров'я / О.О. Кіпріянова // Концепт. 2015. №1.– С. 54-61.
29. Ковальов, С. В. Психологія сучасної сім'ї/С. В. Ковальов. - М.: Просвітництво, 2008. – С.208.
30. Кожанова Т.М. Роль родини в соціалізації дітей з обмеженими можливостями здоров'я // Сучасні проблеми науки та освіти. - 2013. - № 4. – С. 43-50.
31. Костюк Г.С.Навчально-виховнийпроцес і психічнийрозвитокособистості. - К.: Вища школа, 2004. – С. 158,162,169.
32. Крупіна І.В. Основи сімейного виховання// Педагогіка/ За ред. П.І.Підкасистого. - 2-ге вид. - М., 2002. – С. 121-129.
33. Л.Є.Нікітіна. Соціальний педагог у школі. - М: Академічний Проект. 2003. – С.112.
34. Левін, К. Динамічнапсихологія / К.Левін. - М.: Сенс, 2001.– С.486.
35. Леонтьєв, А. Н. Проблемирозвиткупсихіки / А.Н. Леонтьєв. - М.: Педагогіка, 2002. – С. 351.
36. Лєпович, Є. С. Робота з дітьми з інтелектуальною недостатністю: практика спеціальної психології. - СПб.: Мова, 2008. – С. 247.
37. М. Юровицька. Соціальна адаптація хворих дітей. - М: Просвітництво. 2011. – С. 56.
38. Макаров А. О. Педагогічні умови соціально-педагогічного супроводу сімейного виховання дитини з ОВЗ / А. О. Макаров // Педагогічна освіта. 2015. №4.– С. 82-94.
39. Маллер А. Р., Цикото Г. В. Виховання та навчання дітей з тяжкою інтелектуальною недостатністю: Навч. Посібник для студ. вищ. пед. навч.закладів. - М.: Видавництво. центр Академія, 2003. – С. 208.
40. Мастюкова О.М. Сімейне виховання дітей з відхиленнями у развитии.- М.: Издат. центр ВЛАДОС, 2003. – С.408с.
41. Мастюкова О.М., Московкіна О.Г. Сімейне виховання дітей із відхиленнями у розвитку. - М.: ВЛАДОС, 2004. – С. 83-89.
42. Мошняга В. Т. Технології соціальної реабілітації дітей з обмеженими можливостями / Технології соціальної роботи. / Під. ред. І. І. Холостової, - М: Інфра-М, 2003. – С. 285.
43. Нємов, Р.С. Психологія: Навчальнийпосібник / Р. С. Нємов. - М.: Просвітництво, 1995. – С. 384, 389.
44. Оліференко Л.Я., Шульга Т.І., Дементьєва І.Ф. Соціально-педагогічна підтримка дітей групи ризику. - М., 2002. – С. 91-96.
45. Основи соціальної роботи: навч. посібник / відп. ред. П.Д. Павленок. М.: 2001р. – С. 360.
46. Павлій Т. М. Інші підходи до використання ресурсу сім'ї у профілактиці деструктивного самовизначення дитині з особливостями розвитку // Дефектологія. – 2010. – С. 11-21.
47. Педагогічнапсихологія / під ред. Н. В. Клюєвої, 2003.– С.400, 431.
48. ПодмазінС.Психологіяособистісно-орієнтованогонавчання // Сучаснішкільнітехнології– 2004. – С. 50-63.
49. Психологічна допомога батькам у вихованні дітей зпорушеннями розвитку // Посібник для педагогів – психологів – Москва: Видавництво «Владос», 2012. – С. 52-64.
50. Психолого-педагогічна реабілітація дітей з обмеженими можливостями/під ред. С.А. Біличева. – М.: Педагогіка, 2009. – С. 210.
51. Рубенштейн С.Л. Основизагальноїпсихології / С. Л. Рубінштейн // видання в 2 томах. - М.: Педагогіка, 2005. – С. 284 – 289., 294.
52. С. Романівська. Використання гри у соціальній реабілітації дітей з обмеженими можливостями. – СПб.: Пітер, 2002. – С. 230.
53. Савченко О. Я. Дидактика початковоїшколи. - К.: Ґенеза, 2000. – С. 59., 120 – 122.
54. Словник - довідник із соціальної роботи/під ред. Є. І. Холостової. М: Юрист, 2007. – С. 367 с.
55. Солодянкіна, О.В. Виховання дитини з обмеженимиможливостями у ній / О.В. Солодянкіна. - М.: АРКТІ. – 2007. – С. 80.
56. Соціальна робота із інвалідами. Настільна книга спеціаліста/За ред. О.І.Холостової, О.І.Осадчик. М., 2006. – С. 378.
57. Сучасна енциклопедія соціальної роботи / Підред. Академіка РАН В.І.Жукова - 2-е вид., Дод. та перероб. - М.: Видавництво РДСУ, 2008. – С. 412.
58. Ткачова В. В. Напрями та вказівки для занять з дітьми та підлітками, які мають важкий ступінь розумової обмеженості. 2006. – С. 82-94.
59. Ткачова В. В. Про деякі проблеми сімей, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку // Дефектологія. 2004. - №1. – С. 25-30.
60. Ткачова В.В. Інноваційна модель організації психокорекційної роботи з сім'ями, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку // Корекційна педагогіка. 2005. №5-6. – С. 5-19
61. Токарєва Т. Н. Проблеми особистості психології / Т.М. Токарєва // Психологія. -2007. - №2. – С.17.
62. Тригер Р.Д. Психологічні особливості соціалізації дітей із затримкою психічного розвитку. - СПб.: Пітер, 2008. – С. 192.
63. Фірсова, Е. Ю. Особливості дитячо-батьківських відносин у сім'ях з розумово відсталими школярами // Спеціальна психологія. - 2009 - № 3. – С.53-59.
64. Формування навичок самообслуговування на заняттях та вдома/Є. В. Моржина. - М.: Теревінф. (Лікувально-педагогічні програми), 2006. – С. 40.
65. Хайрудінова Р.І. Розвиток особистісних ресурсів батьків дітей з обмеженими можливостями здоров'я як фактор успішної адаптації дитини до інклюзивного середовища / Р.І. Хайрудінова// Суспільство: соціологія, психологія, педагогіка. 2016. №11. – С. 82-96.
66. Холостова О.І. Сімейне виховання та соціальна робота: навчальний посібник/Є.І. Холостова, Є.М. Черняк, Н.М. Стрельникова., 2015. – С. 292.
67. Холостова О.І. Соціальна реабілітація: навч. посібник/Є.І. Холостова, Н.Ф.Дементьєва. - 2-ге вид., - М.: Видавництво, 2003. – С. 340.
68. Холостова О.І. Соціальна робота: теорія та практика. Учеб. посібник/Є.І. Холостова, А.С. Сорвина. – М.: ІНФРА-М, 2002. – С. 570.
69. Холостова, Є.І. Соціальна реабілітація: учеб.посібник / Є.І.Холостова, Н.Ф.Дементьєва. - 2-е вид., - М.: Видавничо - торгова корпорація «Дашков і К», 2003. – С. 340.
70. Холостова, Є.І., Кононова, Л.І. Технологія соціальноїроботи: підручник для бакалаврів. - М.: "Дашков і К", 2018. – С. 478.
71. Хоментаускас, Г. Сім'я очима дитини: діти та психологічні проблеми у сім'ї. - Єкатеринбург: У-Факторія, 2006. – С. 192.
72. Чагін, К. Нові технології управління у сфері соціальноїдопомоги та соціального обслуговування населення / К. Чагін //Журнал досліджень соціальної політики, 2005. – С. 63-64.
73. Чарова, О.Б. Материнські установки по відношенню до дітей зпорушенням інтелекту/О.Б. Чарова// Дефектологія. 2008. – С. 13-19.
74. Чарова, О.Б. Особливості батьківського ставлення до дітей зпорушенням інтелекту/О.Б. Чарова // Взаємодіядефектолога, вчителя, вихователя та сім'ї у розвитку особистості дитини: зб. наук. ст. Орел, 2000. – С.188-195.
75. Чарова, О.Б. Особливості материнського ставлення до дітей зінтелектуальним дефіцитом/О.Б Чарова, Є.А. Савіна //Європейська конференція з психології розвитку. Греція. 2000. – С. 43-52
76. Чарова, О.Б. Про деякі проблеми сімей, які виховуютьаномальних дітей/О.Б. Чарова // Матеріали міжрегіональної науково-практичної конференції. Брянськ, 2001.– С. 68-69.
77. Чеботарьова, О.В. «Круглий стіл» як форма ознайомлення батьків з особливостями роботи спеціальної (корекційної) освітньої установи / О.В. Чеботарьова // Виховання та навчання дітей з порушеннями розвитку. 2007 - № 2.– С.33-36.
78. Черняєва Т.І. Соціальна реабілітація «нетипових» дітей// Соціологічні дослідження. 2005. № 6. – С. 85-94.
79. Черняєва, Т.І. Соціальна реабілітація «нетипових» дітей/Т.І. Черняєва // Соціологічні дослідження. 2005 – № 6 –С.85-94.
80. Шкільна психодіагностика Л. Терлецька – 2003.– С. 99-103.
81. Щербаков С. А. Сім'я та особистість / С.А. Щербаков // Проблеми теорії та практики управління. - 2007. - №5. – С. 13.
82. Ю.В. Васильків. Методика та досвід роботи соціального педагога: навч. посібник для студ. вищ. пед. навч. закладів. – М., Видавничий центр “Академія”, 2001.– С. 160.
83. Ярська – Смирнова, Є.Р. Соціальна робота із інвалідами. Є.Р.Ярська-Смирнова, Е.К. Наберушкіна - СПб.: Пітер, 2004.– С. 316.
84. Ярська-Смирнова Є.Р. Соціальна робота з інвалідами./Є.Р. Ярська-Смирнова, Е.К. Наберушкіна – СПб.: Пітер, 2004. – С. 316.

Додаток 1

**Тест «Наскільки Ви вимогливі батьки?»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **Питання** | **Так** | **Ні** |
| **1** | Ваша дитина з дитинства привчена до акуратності, і ви пишаєтеся цим? | 0-так | 1-ні |
| **2** | Ви хвалите дитину за хороші оцінки (у садку, школі, гуртках)? | 0-так | 1-ні |
| **3** | Чи знаєте ви, як правильно відповідати своїй дитині на питання, пов’язані зі стосунками? | 1-так | 0-ні |
| **4** | Ви поінформовані про вимоги педіатрів, які висуваються до раціону харчування вашої дитини? | 1-так | 0-ні |
| **5** | Ви часто виявляєте ласку по відношенню до дитини? | 1-так | 0-ні |
| **6** | Ви наполягаєте на тому, щоб у кімнаті у дитини був порядок, який вона повинна підтримувати сама? | 0-так | 1-ні |
| **7** | Ви можете визнати свою помилку у присутності дитини? | 1-так | 0-ні |
| **8** | Ви поважаєте та приймаєте право вашої дитини на секрети? | 1-так | 0-ні |
| **9** | Чи є у вас звичка часто повторювати: «Коли я була маленькою…» або «Дитина повинна тримати язик за зубами»? | 0-так | 1-ні |
| **10** | Чи ділитеся ви з дітьми своїми переживаннями: добрими та поганими? | 1-так | 0-ні |
| **11** | Чи буває, що, покаравши дитину, ви забороняєте дитині дивитися телевізор чи грати у комп’ютерні ігри? | 0-так | 1-ні |
| **12** | Чи дізнаєтесь ви у дитини, як вона проводить вільний час? | 0-так | 1-ні |
| **13** | Чи практикуєте ви критику та покарання своїх дітей у присутності сторонніх? | 0-так | 1-ні |

Склавши всі бали і, заглянувши в ключ тесту, ви дізнаєтесь результати.

*Результати:*

***Ви набрали 1–2 бали:*** Хоча батьківська роль вами цілком освоєна, ви надто суворі та вимогливі. Вам варто бути трохи терпимішим і ніжнішим.

***Ви набрали 3–5 балів:*** Не найкращий результат. Не будьте такі жорстокі та невблаганні у своїх вимогах до дітей, давайте їм можливість прийняття самостійного рішення у деяких питаннях.

***Ви набрали 6–8 балів:*** Цей результат говорить про нестійкість вашої позиції: іноді ви занадто вимогливі до дітей, а іноді занадто багато їм дозволяєте.

***Ви набрали 9–11 балів:*** Ви із задоволенням та розумно виховуєте своїх дітей, хоч і не знайомі з усіма премудростями педагогіки.

***Ви набрали 12–13 балів:*** Вітаємо! Ви надзвичайно хороші батьки, і надійна опора в житті дитини.

Додаток 2

**Тест Едмонда Георгійовича Ейдеміллера «Аналіз сімейних стосунків»**

Опитувальник для батьків «Аналіз сімейних взаємин» (АСВ) (Ейдеміллер Е. Г., Юстицкіс В. В., 2000) існує у двох варіантах – дитячому й підлітковому.

Методика призначена для вивчення досвіду батьків у вихованні дитини (підлітка) і пошуку помилок у батьківському вихованні. Вона дозволяє діагностувати дисфункції в системі взаємного впливу членів родини, порушення в структурно-рольовому аспекті життєдіяльності родини й у механізмі її інтеграції.

*Опис методики*

Опитувальник АСВ включає 130 тверджень, що стосуються вихованнядітей. У нього закладені 20 шкал. Перші 11 шкал відбивають основні стилі сімейноговиховання; 12,13, 17 й 18-я шкали дозволяють одержати уявлення про структурно-рольовий аспект життєдіяльності родини, 14-я й 15-я шкали демонструють особливості функціонування системи взаємнихвпливів, 16, 19-я й 20-я шкали - роботу механізмі в сімейної інтеграції. Нижче наведений опис шкал у том порядку, у якому вони розташовані в опитувальнику.

Додаток 3

**Тест-опитувальник Анни Яківни Варги та**

**Володимира Вікторовича Століна**

*Автори: Анна Яківна Варга, Столін Володимир Вікторович*

Тест-опитувальник батьківського відношення спрямований на виявлення батьківського відношення в осіб, які звертаються за психологічною допомогою з питань виховання дітей та спілкування з ними. Він складається із 61 питання. Середній час тестування – 20 хвилин.

Батьківське ставлення сприймається як система різноманітних почуттів стосовно дитини, поведінкових стереотипів, що у спілкуванні з дітьми особливостей сприйняття, розуміння характеру та особистості дитини, його вчинків. Опитувальник розроблено А.Я.Варгою під керівництвом В.В. Століна і вперше опубліковано 1988 р.

Результати опитувальника виражаються у п’яти шкалах: прийняття-відкидання, соціальна бажаність поведінки дитини, симбіоз (відсутність дистанції між батьком та дитиною), авторитарний контроль, ставлення до невдач дитини. У тесті-опитувачі 61 питання, на які слід відповідати згодою чи незгодою. Методика призначена для дітей 3-10 років. Середній час тестування – 20 хвилин.

Додаток 4

**Тест «Сімейне біополе»**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ з/п** | **Твердження** | **Так** | **Ні** |
| **1** | Наша родина дуже дружня. |  |  |
| **2** | По суботах та неділях у нас прийнято снідати, обідати та вечеряти всім разом. |  |  |
| **3** | Присутність деяких членів сім’ї виводить мене з рівноваги. |  |  |
| **4** | У своєму будинку я почуваюся дуже затишно. |  |  |
| **5** | У житті нашої сім’ї є обставини, які дуже дестабілізують стосунки. |  |  |
| **6** | Найкраще я відпочиваю у домашній обстановці. |  |  |
| **7** | Якщо в сім’ї трапляються розбрати, то про них швидко забувають. |  |  |
| **8** | Деякі звички когось із членів сім’ї мене дуже дратують. |  |  |
| **9** | З повною підставою я можу вважати: мій дім – моя фортеця. |  |  |
| **10** | Візити гостей зазвичай благотворно впливають на стосунки у сім’ї. |  |  |
| **11** | У сім’ї є дуже неврівноважена людина. |  |  |
| **12** | У сім’ї хоча б хто мене завжди втішить, підбадьорить, надихне. |  |  |
| **13** | У нашій сім’ї є члени з дуже важким характером. |  |  |
| **14** | У нас у сім’ї всі добре розуміють одне одного. |  |  |
| **15** | Помічено: візити гостей зазвичай супроводжуються дрібними чи значними конфліктами у ній. |  |  |
| **16** | Коли я надовго їду з дому, то дуже сумую за "рідними стінами". |  |  |
| **17** | Знайомі, відвідавши нас у гостях, зазвичай відзначають мир і спокій у нашій сім’ї. |  |  |
| **18** | Іноді у нашому будинку виникають сильні скандали. |  |  |
| **19** | Домашня атмосфера часто діє на мене гнітюче. |  |  |
| **20** | У сім’ї я почуваюся самотнім та нікому не потрібним. |  |  |
| **21** | У нас прийнято відпочивати влітку всією родиною. |  |  |
| **22** | Трудомісткі справи ми зазвичай виконуємо колективно - генеральне прибирання, підготовка до свята, робота на дачній ділянці тощо. |  |  |
| **23** | Члени сім’ї часто співають або грають на музичних інструментах. |  |  |
| **24** | У сім’ї переважає весела, весела атмосфера. |  |  |
| **25** | Обстановка швидше тяжка, сумна чи напружена. |  |  |
| **26** | У сім’ї мене дратує те, що всі або майже всі говорять у будинку на підвищених тонах. |  |  |
| **27** | У сім’ї прийнято вибачатися один перед одним за допущені помилки або завдані незручності. |  |  |
| **28** | На свята у нас зазвичай веселе застілля. |  |  |
| **29** | У сім’ї настільки дискомфортно, що часто йти додому не хочеться. |  |  |
| **30** | Мене часто кривдять удома.  |  |  |
| **31** | Мене завжди тішить порядок у нашій квартирі. |  |  |
| **32** | Коли я приходжу додому, часто буває такий стан: нікого не хочеться бачити і чути. |  |  |
| **33** | Відносини у сім’ї дуже натягнуті. |  |  |
| **34** | Я знаю, що дехто в нашій сім’ї почувається незатишно. |  |  |
| **35** | До нас часто приходять гості. |  |  |

*Обробка даних:*

Визначається кількість відповідей щодо «ключа»:

«так» - 1, 2, 4, 6, 7, 9, 10, 12, 14, 16, 17, 21, 22, 23, 24, 27, 28, 31, 35;

«ні» - 3, 5, 8, 11, 13, 15, 18, 19, 20, 25, 29, 30, 32, 33, 34.

За кожну відповідь, що збіглася з «ключом», нараховується бал.

*Інтерпретація результатів:*

Показник «характеристика біополя сім’ї» може змінюватись від 0 до 35 балів. *Стійке негативне біополе*, якщо отримано 0-8 балів. У цих інтервалах знаходяться показники подружжя, що прийняли рішення про розлучення або визнають своє спільне життя «важким», «нестерпним», «кошмарним».

*Нестійке, або змінне, біополе* – 9-15 балів. Такі показники дає подружжя, частково розчароване у спільному проживанні, яке відчуває деяку напругу.

*Невизначене біополе* – 16-22 бали. У ньому відзначаються деякі фактори, що «обурюють», хоча в цілому переважає позитивна енергетика.

*Стійке позитивне біополе* – 23-35 балів.

Додаток 5

**Тест «Поведінка батьків та ставлення підлітків до них»**

**Ерла Шафера**

Опитувальник «Поведінка батьків і ставлення підлітків до них» вивчає установки, поведінку і методи виховання батьків так, як бачать їх діти в підлітковому віці.

Ця методика базується на положенні Шафера про те, що виховний вплив батьків (так, як це описують діти) можна охарактеризувати за допомогою трьох факторних змінних: прийняття-емоційне відкидання, психологічний контроль-психологічна автономія, прихований контроль-відкритий контроль. При цьому прийняття тут на увазі безумовно позитивнее ставлення до дитини незалежно від вихідних очікувань батьків.

Емоційне ж відкидання розглядається як негативнее ставлення до дитини, відсутність до ньоголюбові і поваги, а часом і просто ворожість. Поняття психологічного контролю позначає як певний тиск і навмисне керівництво дітьми, так і ступінь послідовності у здійсненні виховних принципів.

Тестовий матеріал:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **№****з/п** | **Мійбатько (моямати)** | **Так** | **Частково** | **Немає** |
| 1 | Дужечастопосміхаєтьсямені | 2 | 1 | 0 |
| 2 | Категорично вимагає, щоб я засвоїв, що я можу робити, що немає | 2 |  | 0 |
| 3 | Володіє недостатньою терплячістю щодо мене | 2 | 1 | 0 |
| 4 | Коли я йду, сам вирішує, коли я повинен повернутися | 2 |  | 0 |
| 5 | Завждишвидкозабуває те. що сам говорить абонаказує | 2 | 1 | 0 |
| 6 | Коли в мене поганийнастрій, радитьменізаспокоїтисяаборозвеселитись | 2 |  | 0 |
| 7 | Вважає, щоу мене повинно існуватибагато правил, які я зобов’язанийвиконувати | 2 | 1 | 0 |
| 8 | Постійноскаржитьсякомусь на мене | 2 | 1 | 0 |
| 9 | Надаєменістількисвободи, скількимені треба | 2 | 1 | 0 |
| 10 | За одне і те ж один раз карає, а інший - прощає | 2 | 1 | 0 |
| 11 | Дуже любить робитищо-небудь разом | 2 | 1 | 0 |
| 12 | Якщопризначаєякусь роботу, то вважає, що я повинен робититількиїї, поки не закінчу | 2 | 1 | 0 |
| 13 | Починаєсердитися і обурюватися з приводу будь-якоїдрібниці, який я зробив | 2 | 1 | 0 |
| 14 | Не вимагає, щоб я запитував у ньогодозволу, щобйтитуди, куди захочу | 2 |  | 0 |
| 15 | Відмовляєтьсявідбагатьохсвоїх справ залежновідмого настрою | 2 | 1 | 0 |
| 16 | Намагаєтьсярозвеселити і надихнути мене, коли менісумно | 2 | 1 | 0 |
| 17 | Завждинаполягає на тому, що за всімої проступки я повинен бути покараний | 2 | 1 | 0 |
| 18 | Мало цікавитьсятим, що мене хвилює і чого я хочу | 2 | 1 | 0 |
| 19 | Допускає, щоб я мігйти, куди хочу, щовечора | 2 | ‘ | 0 |
| 20 | Маєпевні правила, за інодідотримуєтьсяїх, а інодіні | 2 | 1 | 0 |
| 21 | Завжди з розумінням вислуховує мої погляди і думки | 2 | 1 | 0 |
| 22 | Стежить за тим, щоб я завждиробив те, щомені сказано | 2 |  | 0 |
| 23 | Інодівикликаєу меневідчуття, що я йомупротивний | 2 |  | 0 |
| 24 | Практично дозволяєменіробити все, щоменіподобається | 2 | 1 | 0 |
| 25 | Змінюєсвоїрішення так, як йому (їй) зручно | 2 | 1 | 0 |
| 26 | Часто хвалить мене за що-небудь | 2 | 1 | 0 |
| 27 | Завжди точно хоче знати, що я роблю і де перебуваю | 2 | 1 | 0 |
| 28 | Хотів би, щоб я став іншим, змінився | 2 | 1 | 0 |
| 29 | Дозволяємені самому вибиратисобі справу до душі | 2 | 1 | 0 |
| 30 | Інодідуже легко мене прощає, а іноді - ні | 2 | 1 | 0 |
| 31 | Намагаєтьсявідкритопоказати, що любить мене | 2 | 1 | 0 |
| 32 | Завждистежить за тим, що я роблю на вулиціабо в школі | 2 |  | 0 |
| 33 | Якщо я зроблющо-небудь не так, постійно і всюди говорить про це | 2 |  | 0 |
| 34 | Надаєменібагатосвободи, рідко говорить "повинен" або "не можна" | 2 | 1 | 0 |
| 35 | Непередбачений у своїхвчинках, якщо я зроблющо-небудьпоганеабохороше | 2 | 1 | 0 |
| 36 | Вважає, що я повинен мативласну думку з кожного питання | 2 | 1 | 0 |
| 37 | Завждиретельностежить за тим, якихдрузів я маю | 2 | 1 | 0 |
| 38 | Чи не буде зі мною говорити, поки я сам не почну, якщо до цього я йогочимосьзачеплюабоображу | 2 | 1 | 0 |
| 39 | Завждилегкоменепрощає | 2 | 1 | 0 |
| 40 | Хвалить і караєдуженепослідовно: інодізанадтобагато, а інодізанадто мало | 2 | 1 | 0 |
| 41 | Завждизнаходить час для мене, коли меніценеобхідно | 2 | 1 | 0 |
| 42 | Постійновказуємені, як себе вести | 2 | 1 | 0 |
| 43 | Цілкомможливо, що, по суті, мене ненавидить | 2 | 1 | 0 |
| 44 | Проведенняканікул я планую за власнимбажанням | 2 | 1 | 0 |
| 45 | Інодіможеобразити, а інодібуваєдобрим і вдячним | 2 | 1 | 0 |
| 46 | Завждивідвертовідповість па будь-яке питання, про що б я не запитав | 2 | 1 | 0 |
| 47 | Часто перевіряє, чивсі я прибрав, як вінвелів | 2 | 1 | 0 |
| 48 | Нехтує мною, як мені здається | 2 | 1 | 0 |
| 49 | Не втручається в те, прибираю я чині мою кімнату (абокуточок), - це моя фортеця | 2 | 1 | 0 |
| 50 | Дуже неконкретен у своїх бажаннях і вказівках | 2 | 1 | 0 |

***Ключ***

Шкала позитивного інтересу - питання 1,6, II, 16, 21, 26, 31, 36, 41,46.

Шкала директивності - запитання 2, 7, 12, 17, 22, 27, 32, 37, 42, 47.

Шкала ворожості - питання 3, 8, 13, 18, 23, 28, 33, 38, 43, 48.

Шкала автономності - питання 4, 9, 14, 19, 24, 29, 34, 39, 44,49.

Шкала непослідовності - питання 5, 10, 15, 20, 25, 30, 35, 40, 45, 50.