



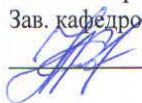
МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГПУ»)

ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ИНСТИТУТ
КАФЕДРА ПОДГОТОВКИ ПЕДАГОГОВ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ И
ПРЕДМЕТНЫХ МЕТОДИК


**Особенности абилитационной работы с родителями детей раннего
возраста с ограниченными возможностями здоровья**

Выпускная квалификационная работа по направлению
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Направленность программы магистратуры
«Психолого-педагогическая реабилитация лиц с ограниченными возможностями
здоровья»
Форма обучения заочная

Проверка на объем заимствований:
73,25% авторского текста

Работа рекомендована к защите
«10» января 2022 г.
Зав. кафедрой ПППО и ПМ
 Корнеева Н.Ю.

Выполнил:
Студент группы ЗФ-309-170-2-1
Бажанова Людмила Евгеньевна

Научный руководитель:
к.п.н, доцент
Лапчинская Ирина Викторовна


Челябинск
2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПРОБЛЕМЫ АБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	9
1.1. Абилизация как новая составляющая системы сопровождения детей раннего возраста	9
1.2. Характеристика контингента абилитируемых детей	12
1.3. Особенности детско-родительских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.....	22
Выводы по 1 главе.....	42
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ АБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ	45
2.1. Констатирующий эксперимент по изучению детско-родительских отношений детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.....	45
2.2. Технология абилитационной работы с родителями, воспитывающими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья	58
2.3. Рекомендации родителям воспитывающими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья	73
Выводы по 2 главе.....	77
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	81
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	86

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования.

Важнейшую роль в воспитании и личностном развитии ребенка, его индивидуальных особенностей и социальных свойств играет семья. Однако сегодня, в условиях изменений социально-экономической и политической ситуации в Российской Федерации, под воздействием большого количества стрессовых ситуаций семья часто не справляется с присущими ей функциями, не обеспечивает ребенку защищенность и даже сама, иногда, наносит вред его психофизическому здоровью. Для полноценного развития ребенка, имеющего психические или физиологические отклонения в развитии, необходима не только всесторонняя медицинская, психологическая, социально-педагогическая поддержка, но и специально организованная пространственная среда.

Процесс формирования изначально неразвитых функций организма в психолого-педагогической и медицинской практике называется «абилитация» («ability» - от англ. «способности, возможности»), в отличие от реабилитации, когда речь идет о восстановлении утраченных функций.

Абилитационная работа – это система медико-психолого-педагогических мероприятий, направленная на предупреждение, лечение, коррекцию отклонений в развитии детей раннего возраста, еще не адаптированных к социальной среде (Е.В. Кожевникова, Л.А. Чистович).

При организации и проведении абилитационных мероприятий необходимо сочетание психолого-педагогических и лечебных воздействий, разработанных с учетом специфики аномального развития, возрастных особенностей ребенка, что требует привлечения к абилитационной работе различных специалистов и семьи.

Одной из важнейших функций семьи является обеспечение взаимодействия личности и общества; семья активно участвует в формировании ценностных ориентаций и поведения своих членов, является

важным средством и сферой формирования духовно-нравственных основ подрастающего поколения. В семье совершается процесс становления личности человека, закладываются базисные основы, оттачиваются грани личности через ее приобщение к духовным ценностям. Здесь ребенок включается в общественную жизнь, усваивает необходимые нормы поведения, способы мышления, язык. Иначе говоря, семья является школой воспитания, средством передачи опыта поколений, житейской мудрости.

Абилитация предполагает психолого-педагогическую помощь, оздоровление, социально-бытовую адаптацию, культурное развитие детей в возрасте от рождения до 3-4 лет, а иногда и более старшего возраста.

Специалисты (коррекционные педагоги, психологи) выделяют ряд характерных принципов абилитации: раннюю диагностику и предупреждение развития патологии, активную работу с родителями, командное взаимодействие специалистов медицинской, образовательной, социальной сфер и пр.

Для обозначения современной концептуальной модели помощи детям раннего возраста в специальной литературе наряду с термином «абилитация» – применительно к детям раннего возраста (в отечественной медицине, психологии) – также применяются термины «ранняя помощь», «раннее вмешательство» (в коррекционной педагогике).

Для успешного функционирования и развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья необходимо доброжелательное отношение к ним и поддержка родителей. Однако, как теоретические исследования, так и повседневная практика показывают, что родители зачастую испытывают затруднения в выстраивании конструктивных взаимоотношений с детьми с ограниченными возможностями здоровья и нуждаются в квалифицированной помощи со стороны педагога.

На основе вышесказанного возможно сформулировать ряд **противоречий** между:

– потребностью общества в гармонизации родительско-детских взаимоотношений и недостаточной готовностью родителей к установлению конструктивных взаимоотношений с детьми с ОВЗ;

– необходимостью формирования готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ и неразработанностью педагогических условий, способствующих эффективности данного процесса.

Выявленные противоречия определили **проблему исследования**: необходимость разработки мероприятий абилитационной работы с родителями, воспитывающими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья?

Все это обуславливает актуальность выбранной темы исследования: **«Особенности абилитационной работы с родителями детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья»** и определяет цель, задачи, объект и предмет работы.

Цель исследования: теоретически обосновать и разработать технологию абилитационной работы с родителями детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Объект исследования: особенности детско-родительских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Предмет исследования: процесс абилитационной работы с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья.

В качестве **гипотезы** нами выдвинуто предположение о том, что процесс абилитации родителей, воспитывающих детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, будет эффективным, если:

– определены сущность и структура готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья;

– выявлены критерии, определены показатели и уровни сформированности готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ для последующей диагностики и корректировке данного процесса;

– разработана и внедрена в практику образовательного учреждения технология абилитационной работы по формированию готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ.

Задачи исследования:

1. Выявить особенности детско-родительских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья;
2. Выявить характеристику контингента абилитируемых детей;
3. Раскрыть содержание процесса абилитации родителей, имеющих детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья;
4. Провести исследование готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья;
5. Разработать технологию абилитационной работы по формированию готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Этапы исследования.

Первый этап (2019-2020 год) был посвящен анализу научной литературы, характеристике основных подходов к процессу абилитации родителей, имеющих детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, сформулированы положения первой главы магистерской диссертации.

Второй этап (2020 год) включал анализ существующих методических подходов к проблеме, спроектирована и реализована технология абилитационной работы с родителями, воспитывающими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Третий этап (2021 год) включал подведение итогов экспериментальной работы, уточнение теоретических положений,

формулировка выводов по результатам исследования, разработаны и реализованы технология абилитационной работы с родителями, воспитывающими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья, оформление текста магистерской диссертации и автореферата.

База исследования: Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад компенсирующего вида №17» г. Миасс для детей с нарушением слуха.

Научная новизна заключается в том, что определены сущность и структура готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ; выявлены критерии, определены показатели и уровни сформированности готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ; разработана и внедрена в практику образовательного учреждения технология абилитационной работы по формированию готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ.

Теоретико-методологической основой диссертационного исследования явились положения диалектики о всеобщей связи, взаимообусловленности и целостности явлений реального мира, о единстве теории и практики, о единстве эмпирического и теоретического в научном исследовании; концепции педагогической помощи (Е. В. Бондаревская, О. С. Газман, Н. Б. Крылова и др.) и совместной деятельности (Г. М. Андреева, А. Л. Журавлев и др.); концепции гуманистического направления в теории личности (Л. А. Петровская, А. Маслоу, Р. Мэй, Г. Олпорт, К. Роджерс, В. Франки); теории феномена детства (Д. И. Фельдштейн), теории развития нормальных и аномальных детей (Л. С. Выготский, Т. А. Власова, М. С. Певзнер и др.); теории образования взрослых (С. Г. Вершловский, А. В. Гордеева, Э. М. Никитин, А. П. Ситник и др.).

Теоретическая значимость исследования состоит в уточнении понятий «абилитация родителей», «родительско-детские отношения», «ограниченные возможности здоровья», «конструктивные

взаимоотношения», «готовность к конструктивным взаимоотношениям» и др. исследования вносят определенный вклад в специальную психологию и педагогику. В работе определены сущность и структура готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ; выявлены критерии, определены показатели и дана содержательная характеристика уровней сформированности готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ.

Практическая значимость исследования заключается в том, что разработанная технология абилитационной работы по формированию готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ способствует повышению уровня готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ. Материалы диссертации могут быть использованы в системе подготовки и переподготовки педагогических кадров, обучения родителей, имеющих детей раннего возраста с ОВЗ.

Для решения поставленных задач использовались следующие **методы**:

- **Теоретические:** анализ и синтез; моделирование; классификация; обобщение.

- **Эмпирические:** наблюдение (изучение документации и результатов деятельности); сравнение; эксперимент.

Структура выпускной квалификационной работы: исследование состоит из введения, двух глав, заключения и списка использованной литературы.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ПРОБЛЕМЫ АБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ С РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Абилизация как новая составляющая системы сопровождения детей раннего возраста

Абилизация как новый подход в сопровождении детей на ранних этапах развития распространяется сегодня все шире и демонстрирует свою высокую эффективность в сравнении с традиционными подходами.

Преобладающая в советские годы в воззрениях нашего общества и государства медицинская модель инвалидности поддерживала стереотипы о невозможности самореализации инвалидов в обществе и необходимости их изоляции в специальных лечебных учреждениях. Несмотря на то, что многие дети-инвалиды получали довольно высокий уровень общеобразовательных знаний, задачи социально-эмоционального развития личности оставались нерешенными [67].

Помощь оказывалась преимущественно в режиме стационара либо полустационара, что ограничивало общение детей-инвалидов с родителями, со здоровыми сверстниками и окружающим социумом и вело к изоляции во взрослой жизни, такая система не могла дать развитие абилизационному подходу.

В 60-70-х гг. XXв. в Европе, а с 90-х годов и в нашей стране начала распространяться социальная модель инвалидности, рассматривающая инвалида как полноправного члена общества [21; 57]. Широкое распространение идей самоценности личности и равенства возможностей для всех повлекло критику традиционной системы помощи детям-инвалидам по причине ее излишней институализации, пренебрежения к роли родителей в процессе специального обучения, недостаточной работы по профилактике инвалидности у детей раннего возраста [35], а также дало начало развитию системы абилизации.

Ее ценностно-смысловыми ориентирами стали индивидуальные социальные, образовательные, психологические потребности ребенка, начиная с самых ранних этапов онтогенеза, а также помощь семье в воспитании ребенка [57]. Именно периоды младенчества и раннего детства (от 0-3 лет), а также дошкольный период, являются периодами наиболее интенсивного развития человеческой психики.

В 90-е гг. возникло два различных направления развития реабилитационной помощи детям: первое возникает под влиянием западного опыта (Санкт-Петербург), а второе основывается на результатах исследований отечественной научной школы дефектологии (Москва).

На первых этапах использование зарубежного опыта (Швеции, США, Германии, Нидерландах и др., где социальные службы оказывают помощь на дому, в дневных центрах, интернатах) и частного финансирования позволило быстро получить первые положительные результаты в отдельных городах [28]. В 1992 году в Санкт-Петербурге при поддержке международных организаций ("Спасите детей, Швеция", SIDA, UNICEF и др.) был создан Институт раннего вмешательства (ИРАВ) и ряд курируемых им служб раннего вмешательства при поликлиниках в Санкт-Петербурге, Великом Новгороде, Архангельске, и некоторых других городах [58].

С укреплением на государственном уровне курса на инклюзию детей с отклонениями в развитии со сверстниками, стала очевидной необходимость поиска более системного подхода к решению этого вопроса. Технические задачи нового подхода должны были заключаться в построении единой системы выявления и поддержки детей с отклонениями в развитии, учитывающей социально-культурные и экономические особенности нашей страны, а так же традиции отечественной научной школы дефектологии [57].

В основе создаваемой в России системы реабилитации детей раннего возраста лежат исследования в области ранней помощи детям Института коррекционной педагогики Российской академии образования (ИКП РАО, г. Москва).

Разработанные ИКП технологии ранней помощи внедряются сегодня в ряде регионов (Москва, Самарская область, Красноярский край, Республика Марий-Эл, Нижегородская область и пр.) и признаются специалистами весьма эффективными [57].

Абилитация как обязательная составляющая поддержки инвалидов государством закреплена в последней редакции Федерального закона «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [7], а Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31 августа 2016 г. № 1839-р утверждена Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года. В Федеральном законе об образовании утверждена необходимость обеспечения условий получения качественного образования лицами с ограниченными возможностями здоровья [8], на что также направлена абилитация.

Большое количество учреждений абилитации уже функционирует, следовательно, грамотное формирование их архитектурной среды необходимо сегодня. Концепция предусматривает приоритетное создание до 2020 методических и правовых основ ранней помощи, а также обеспечение ее территориальной и финансовой доступности, включая обеспечение помещениями.

Для уточнения аспектов исследования территориального размещения учреждений и архитектурной организации их пространственной среды необходимо рассмотреть, что отличает абилитацию от традиционных методов работы с детьми с ОВЗ.

Обобщая выделяемые различными современными научными школами особенности абилитации, можно выявить ряд ее основополагающих принципов, которые прямо или косвенно влияют на архитектуру ОАД [57; 81; 83].

Выявленные особенности можно разделить на две группы:

А) влияющие на территориальное размещение учреждения:

1. приоритетное размещение ОАД приближенно к месту проживания ребенка;
2. командное междисциплинарное взаимодействие специалистов;
3. взаимосвязь ОАД с другими учреждениями для повышения качества услуг и обеспечения преемственности в их оказании;
4. проведение абилитации в естественной для ребенка среде (в том числе природной);

Б) влияющие на функционально-планировочную и архитектурную организацию пространств:

5. ранняя диагностика и предупреждение развития нарушений и социальной дезадаптации;
6. семейно-центрированный подход;
7. ориентация на социализацию и формирование личности ребенка;
8. индивидуальный подход к ребенку;
9. соответствие пространственной среды, в которой проводится абилитация, психофизиологическим особенностям ребенка.

Ни в одном из традиционных учреждений, работающих с детьми с ОВЗ, реализация всех выявленных принципов без выделения отдельных подразделений невозможна по причинам их ведомственной закрытости (поликлиники, детские сады), ограничений по нижнему возрастному порогу детей (детский сад, реабилитационный центр, дом-интернат), отсутствия полноценной поддержки членов семьи ребенка (дом-интернат, школа-интернат, детский сад, поликлиника), удаленности от мест проживания (дом-интернат, реабилитационный центр).

1.2. Характеристика контингента абилитируемых детей

Показанием к абилитации ребенка являются не конкретные проблемы со здоровьем, а наличие разнообразных причин, негативно влияющих на его полноценное умственное, физическое, социально-психологическое развитие.

Абилитация показана:

- детям-инвалидам (~2% от количества детей 0-4 лет);
- детям с ОВЗ - (~6% от количества детей 0-4 лет);
- с риском развития нарушений (~60% от количества детей 0-4 лет).

Среди рисков возникновения отклонений в развитии выделяют [57; 70]:

а) медицинские риски (диагнозы, связанные с возможными нарушениями слуха и зрения, опорно-двигательными нарушениями, генетическими синдромами, наследственно-дегенеративными заболеваниями, врожденными аномалиями развития, органическим поражением ЦНС, эпилепсией, подозрением на ранний детский аутизм и другими нервно-психическими нарушениями);

б) биологические риски (недоношенность, переносимость, родовые травмы, болезни родителей);

в) социальные риски (сиротство, социальная неблагополучность семьи, алкоголизм или наркомания родителей и пр.).

Лечением заболеваний сегодня занимается довольно развитая в России сеть медицинских учреждений специалистов, а конечной целью абилитации является не устранение диагноза, а нормализация жизни человека.

Для установления степени влияния имеющегося нарушения здоровья на жизнь человека и факта инвалидности в медико-социальной экспертизе используется понятие «основные категории жизнедеятельности», для детей используются следующие категории [55]:

- способность к ориентации,
- способность к передвижению,
- способность к самообслуживанию,
- способность к общению,
- способность к управлению своим поведением,
- способность к обучению (игровой деятельности - для дошкольников).

Точной статистики по количеству в России детей с отклонениями в развитии не существует, наиболее полные данные дает статистика по детям, имеющим официальный статус инвалидов.

Учреждения здравоохранения пользуются сегодня Международной классификацией болезней десятого пересмотра (МКБ-10, ICD-10) [83]. По статистике, в структуре причин детской инвалидности преобладают психоневрологические заболевания (более 45%), около 20% детей имеют врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения.

Диагнозы детей-инвалидов не имеют прямой корреляции с имеющимися ограничениями жизнедеятельности (далее - ОЖ), согласно принятым категориям.

Независимо от диагнозов, более чем у 40% детей-инвалидов в возрасте от 0 до 4 лет ведущим ограничением жизнедеятельности является снижение двигательных способностей, у 20% - проблемы в общении и поведении, в то время как в возрасте 15-17 поведенческие расстройства ярко выражены уже у более, чем 40% детей, а двигательные нарушения у 20% [55].

Контингент детей с ОВЗ, не имеющих официального статуса инвалида, отличается по структуре отклонений. Умственная отсталость и задержка психического развития наблюдается у 80% из них [12].

Возрастные рамки абилитационных занятий довольно условны, в нашей стране абилитация охватывает как правило детей 3-4 лет [58]. Именно эта возрастная категория детей до недавнего времени оставалась на попечении исключительно медицинских учреждений. Сегодня в результате успешно проведенной в раннем возрасте абилитации большая часть детей переходит в дошкольные учреждения разных видов, однако в наиболее сложных случаях требуется помощь специалистов до достижения школьного возраста. Тенденция увеличения возраста обслуживаемых детей с 3 до 5-6, и даже 8 лет наблюдается в последние десятилетия в Европе [58].

Для детей 5-7 лет важным становится развитие навыков самообслуживания, двигательных навыков, подготовка к школе.

Данное исследование сосредоточено на изучении потребностей детей в возрасте от 0 до 4 лет, однако учитывается и возможность абилитации детей старшего дошкольного возраста, если они не посещают дошкольные образовательные организации.

Ребенку с отклонениями в развитии необходимы не только мероприятия по устранению или профилактике тех или иных отклонений, но и общеразвивающие занятия в соответствии с возрастом.

В детской педагогике широко применяется принцип реализации деятельностного подхода в обучении и воспитании, основанного на тезисе о том, что психика человека детерминируется его трудовой деятельностью [18; 66].

В каждом возрасте для ребенка характерен определенный тип деятельности, обеспечивающий его наиболее интенсивное развитие. У детей дошкольного возраста ведущим видом деятельности является игровая. (Д.Б. Эльконин, [77]). В работе с детьми с ОВЗ игра является оптимальным психолого-педагогическим средством, которое позволяет всесторонне влиять на их социально-культурное развитие. Важнейшее значение применения игровых технологий в абилитации детей дошкольного возраста исследовано в диссертации Э.В. Кулешовой [77].

Ведущая роль игровых технологий в абилитации должна учитываться и архитекторами при организации архитектурной абилитационной среды [2; 19].

В раннем возрасте любые нарушения здоровья у детей с ОВЗ могут привести к комплексному отставанию в развитии. Если требуемая медицинская помощь в каждом конкретном случае уникальна, то психолого-педагогическая и социальная помощь строится по общим принципам в зависимости от возрастного этапа развития [37]. Т.е. учреждения абилитации могут быть как узкоспециализированными по нарушению здоровья, так и общего профиля.

Классификация детей по отклонениям в развитии Б.П. Пузанова и В.А. Лапшина наиболее распространена в сфере дефектологии [33]:

1. Дети с нарушением слуха (глухие, слабослышащие, позднооглохшие);
2. Дети с нарушением зрения (слепые, слабовидящие);
3. Дети с нарушением речи (логопаты);
4. Дети с нарушением опорно-двигательного аппарата (НОДА);
5. Дети с умственной отсталостью;
6. Дети с задержкой психического развития;
7. Дети с нарушением поведения и общения;
8. Дети с комплексными нарушениями психофизического развития, с так называемыми сложными дефектами (слепоглухонемые, глухие или слепые дети с умственной отсталостью).

Зачастую специалисты выделяют в отдельную группу нарушений расстройствами аутического спектра (РАС), которые диагностируются у детей с каждым годом все чаще и сегодня составляют около 1% детского населения.

Для определения отличий в организации пространственной среды для указанных групп детей, необходимо соотнести данные виды с утвержденными

Министерством труда категориями инвалидов, для которых обеспечивается доступность объектов [43]:

- Г (с нарушениями слуха);
- К (на креслах-колясках);
- О (с нарушениями опорно-двигательного аппарата без колясок);
- С (с нарушениями зрения);
- У (Инвалиды с нарушениями умственного развития).

Указанные категории не вполне соответствуют психофизическим особенностям детей: дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата, а также дети до 2-3 лет с отставанием в развитии, все

передвигаются в колясках. Детей с психическими нарушениями специалисты традиционно выделяют в отдельную группу, они же являются самой многочисленной группой абилитируемых детей.

При рассмотрении ограничений жизнедеятельности, имеющих у детей с ОВЗ, важен также их возраст. Периодизация Д. Б. Эльконина, общепринятая в российской возрастной психологии, выделяет следующие периоды [78]:

- а) младенчество (0–1 год)
- б) ранний возраст (1–3 года)
- в) дошкольный возраст (4–7 лет).

Таким образом, можно выделить 5 групп детей по наличию сенсомоторных нарушений, от наличия которых зависит организация пространственной среды учреждений:

- дети с нарушениями слуха (4% детей с ОВЗ);
- дети с нарушениями зрения (5% детей с ОВЗ);
- дети с НОДА (45% детей с ОВЗ);
- дети с нарушениями умственного и психического развития (44% детей с ОВЗ);
- дети со сложными дефектами (2%).

Организация пространственной среды для детей с НОДА подробно изучалась в диссертационном исследовании Л.А. Цветковой [73].

Исходя из немногочисленности детей с ОВЗ в общей численности населения, необходимости обеспечить временную доступность учреждения, дефицита квалифицированных специалистов по абилитации, наиболее рациональным становится формирование ПАД общего профиля для различных групп детей по нарушениям в развитии.

Субъекты абилитации, виды и формы их взаимодействия

Субъектами абилитации являются дети, нуждающиеся в абилитации, их родители (члены семей), а также специалисты (медики, педагоги-

психологи, воспитатели и др.). Дети и родители являются клиентами абилитационных учреждений.

Работа специалистов с клиентами обычно ведется по трем основным направлениям:

- работа с детьми (дети + родители + специалисты или дети + специалисты);
- работа с семьей ребенка (родители + специалисты);
- взаимодействие специалистов (специалист + специалисты).

Виды и формы абилитации детей

Работа с детьми включает диагностику, психолого-педагогическую и медицинскую абилитацию, творческое развитие, социально- бытовую адаптацию, организацию досуга.

Работа с детьми может осуществляться в трех основных формах:

- амбулаторно (прием в учреждении),
- дистанционно (посредством интернет-технологий),
- на дому (домашнее визитирование).

Амбулаторный прием проводится в рамках следующих видов абилитационных программ [62; 72]:

- а) Диагностические сеансы - первичные либо контрольные по итогам программы (проходят 100% клиентов, длительность 1- 1,5 часа).
- б) Однократное консультирование (~60-70% клиентов, длительность ок. 1,5 часов); проводятся с детьми с легкой степенью отклонений, детьми биологической и социальной группы риска, а также их родителями.
- в) Кратковременные программы (30-40 % клиентов, курс занятий – 1-3 раза в неделю, длительность 1-1,5 часа в течении нескольких недель или месяцев, групповые или индивидуальные занятия); для детей биологической и социальной группы риска, детей с выявленными отклонениями в случаях, когда существенный прогресс может быть получен в течение указанного времени.

г) Долговременные программы (10-15% клиентов, 1-3 раза в неделю, длительность 1-1,5 часа в течение полугода и более, групповые или индивидуальные занятия); для детей со сложными нарушениями, детей-инвалидов.

Доля детей, получающих абилитационную помощь в рамках перечисленных программ, рассчитана на основе изучения текста положения о деятельности служб ранней помощи, а также изученных статистических данных о количестве детей с различной тяжестью отклонений [47; 65].

Домашнее визитирование может быть показано детям до 1,5 лет, детям со сложными нарушениями или тяжелой двигательной патологией, проживающих в удаленных населенных пунктах. Частота проведения - 2-4 раза в месяц, продолжительность 1-3 часа.

Дистанционное консультирование, как правило, является дополнением к абилитационной программе, частота сеансов вариативна для каждого клиента.

Помимо этого, могут организовываться группы кратковременного дневного пребывания, службы «социальной передышки» или «няни на час», социальные гостиницы и проч.

В общем случае после проведенной диагностики назначаются краткосрочные или долговременные абилитационные программы, которые включают индивидуальные и групповые занятия детей с дефектологами, психологами, логопедами, социальными педагогами, физическими терапевтами и пр. При максимальной суммарной продолжительности занятия до 1,5 часов, каждые 10-15 минут ребенку необходима смена вида деятельности. Численность детей в абилитационных группах не более 6 детей, согласно СанПиН 2.4.1.3049-13 «Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций» (с изменениями на 27 августа 2015 года) [59].

Виды и формы абилитационной работы с родителями

Абилитацией предполагается не простое присутствие родителей на занятиях, а система их обучения взаимодействию с ребенком, как в учреждении с участием специалистов, так и в домашней обстановке, в общении с родственниками и сверстниками [82].

По статистике, 92% детей-инвалидов проживают в семьях. При этом, в настоящее время обучение и поддержка их родителей не является обязательным пунктом проведения помощи таким детям.

Большинство семей, где проживают дети-инвалиды - неполные, в них ребенок воспитывается только одним из родителей, как правило, матерью.

Согласно исследованию ученого-педагога О. В. Юговой, только в 30% полных семей воспитанием ребенка активно занимаются оба родителя. В целом, активную позицию в вопросах комплексного развития детей с ОВЗ занимают только 29% родителей, около 30% отличаются отсутствием знаний об особенностях развития и характере нарушений их ребенка [79].

В сфере работы с родителями деятельность учреждений абилитации максимально приближена к деятельности центров социальной помощи семье и детям с ограниченными возможностями здоровья (ЦСПСД ОВЗ), она включает в себя:

- психологическую помощь (контроль эмоционального состояния семьи, психологическая диагностика и коррекция);
- социально-педагогическую помощь (лекции и семинары по вопросам взаимодействия и занятий с ребенком на дому, методике семейного воспитания и формирования коррекционно-развивающей среды);
- коммуникативно-интегративную работу (проведение досуговых массовых мероприятий для семей с детьми с ОВЗ как внутри учреждения, так и за его рамками, организация клубной работы, оказание помощи в расширении связей с социумом);
- социально-медицинскую помощь (содействие в получении необходимых медицинских услуг, в том числе за пределами учреждения абилитации, медицинский патронаж, обучение родителей практическим

навыкам и основам социально-медицинских знаний для проведения абилитации в домашних условиях);

– социально-бытовую помощь (предоставление нянь, домашних помощников, содействие в обеспечении и поддержании необходимых социально-бытовых условий на дому, транспортные услуги и проч.);

– правовую и экономическую помощь (обеспечение исполнения правовых и социальных гарантий, консультирование по данным вопросам).

Основными формами работы с родителями являются:

а) прием в учреждении;

б) дистанционное консультирование (консультирование посредством интернет-технологий).

Для реализации указанных функций при проектировании ОАД необходимо предусматривать отдельную группу помещений для родителей. Их дизайнерское оформление должно соответствовать психологическому восприятию именно взрослого человека, а не ребенка.

Деятельность специалистов в рамках абилитации

Команда работников ПАД должна включать специалистов различных сфер: медицинских работников (врача-педиатра, врача-невролога, медсестру, специалиста ЛФК), психолога (для детей и взрослых), учителей-дефектологов разной специализации (тифлопедагога, сурдопедагога, олигофренопедагога), логопедов, социальных работников, методиста, руководителя, а также дополнительно музыкальных педагогов, педагогов арт-терапии и др.

Изучение научно-методической и управленческой деятельности кадров ПАД показало, что она не имеет существенных технологических отличий от деятельности в образовательных и социальных учреждениях. При проектировании пространств для специалистов могут использоваться параметры аналогичных помещений из существующих нормативных документов и рекомендаций.

Основными направлениями работы специалистов в центре, помимо проведения занятий по абилитации, являются:

- организационно-координационная,
- научно-методическая,
- информационно-просветительская.

Рассмотрев особенности абилитации как нового подхода к помощи детям с отклонениями в развитии, можно сделать вывод, что ее осуществление в традиционных учреждениях для детей действительно затруднено, а специфика абилитационных занятий требует от архитекторов поиска новых архитектурно-пространственных решений для их проведения.

1.3. Особенности детско-родительских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья

Исследование проблемы родительско-детских взаимоотношений семье требует дефиниции основных понятий. Одним из центральных является понятие «отношения».

«Азбука социального психолога-практика» [34] представляет отношения как объективно проявляющиеся взаимосвязи людей, отраженные в содержании и направленности реального их взаимодействия и общения и порождающие субъективное видение своей позиции и положения других, что, в свою очередь, «задает» определенный характер межличностных взаимосвязей, прежде всего, в рамках совместной деятельности.

Родительско-детские отношения являются основными в современной нуклеарной семье. Именно отношения между родителями и детьми являются производными от всей системы внутрисемейных связей и важным условием социализации ребенка.

Отношения появляются с рождением ребенка и в процессе взаимодействия родителя и ребенка приобретают свою динамику и специфическое содержание.

Родительское отношение, по определению А. С. Спиваковской [63], «это реальная направленность взрослого, позволяющая описывать широкий фон отношений, в основе которых лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с детьми».

Ученый в своих исследованиях выделяет **три компонента родительского отношения** к ребенку:

1. Эмоциональный компонент, включающий в себя все чувства, которые родитель испытывает по отношению к ребенку, и эмоции, отражающие оценку ими своей родительской позиции;
2. Когнитивный компонент, определяющий знания, представления родителя о своем ребенке и о себе, как о носителе социальной роли родителя;
3. Поведенческий компонент заключается в реализации определенного способа отношения к ребенку.

Специфика родительских отношений, отмечает А. С. Спиваковская, заключается в двойственности и противоречивости позиции родителя по отношению к ребенку: с одной стороны, большая любовь и глубинная связь (личностные отношения), а с другой — объективные, оценочные отношения, направленные на формирование необходимых качеств и способов поведения (предметные отношения) [63].

Многие родители, как отмечает ряд исследователей [6; 23; 38; 46; 61], не знают эмоциональных потребностей своих детей, не обладают необходимыми навыками для эффективного взаимодействия с детьми. И тогда возникают проблемы, решить которые самостоятельно, без помощи специалиста невозможно. Родителям необходимо овладеть навыками, которые способствовали бы формированию у них готовности к конструктивным взаимоотношениям со своими детьми.

Особое внимание требуют семьи, где воспитываются дети с отклонениями в развитии.

Для определения детей, имеющих различные нарушения, используются различные термины: дети с проблемами в развитии, дети-инвалиды, аномальные дети, дети с отклонениями в развитии, дети с особыми образовательными потребностями, дети с ограниченными возможностями здоровья.

В дефектологическом словаре-справочнике под редакцией Б.П. Пузанова под термином «исключительные дети» понимаются дети с ограниченными возможностями здоровья, определяемые как широкая категория детей, развитие которых по тем или иным показателям отклоняется от среднестатистических норм. Данный термин в основном используется в зарубежной (англоязычной) научной литературе.

Изучаемые нами дети с ограниченными возможностями в вышеуказанном словаре также трактуются как «аномальные дети», имеющие значительные отклонения от нормального физического и психического развития. Следующий вариант описания детей с ограниченными возможностями здоровья является термин «дети-инвалиды», которые вследствие заболевания или увечья ограничены в проявлениях жизнедеятельности.

Дети-инвалиды – это дети, имеющие значительные заболевания или отклонения в физическом, психическом, интеллектуальном развитии, и которые становятся субъектами специального законодательства, принятого на федеральном уровне, пишет Г. М. Ильина [26]. Определение детей с данной категории осуществляется на основе медицинских диагнозов и решений психолого-медико-педагогических комиссий. В зависимости от заболевания дети подразделяются на следующие категории: дети с нарушениями слуха, зрения, интеллекта, речи, опорно-двигательного аппарата, интеллекта, эмоционально-волевой сферы и дети с множественными нарушениями.

В настоящее время используется общегуманистическая тенденция называть детей-инвалидов детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Для обозначения детей, имеющих недостатки в физическом и (или) психическом развитии, согласно статьи 5 Закона Российской Федерации «Об образовании» (текст с изменениями и дополнениями на 2010 год) используется термин «дети с ограниченными возможностями здоровья». В статье 50 Закона Российской Федерации «Об образовании» (текст с изменениями и дополнениями на 2010 год) указывается термин «дети с ограниченными возможностями». Важно дополнить представление о таких детях тем, что - «это дети, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ вне специальных условий обучения и воспитания» [24].

На сегодняшний день российские законодательные акты относительно помощи людям с ограниченными возможностями здоровья и их семьям утверждают недискриминационное отношение к инвалидам и определяют необходимые условия для интеграции больных детей и получения услуг, образования и т.д. [23; 24].

Большинство исследований доказывают наличие трудностей в принятии родителями «особого» ребенка, недостаточность знаний у родителей об особенностях воспитания ребенка с проблемами в развитии, с одной стороны, отгороженность, изолированность детей от близких взрослых, с другой стороны. Все это в совокупности обуславливает острую необходимость в оказании семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, специальной педагогической и психологической помощи.

Так, в своих исследованиях С.Я. Рубинштейн [27] убедительно доказывает, что адекватное семейное воспитание детей с нарушениями интеллекта является определяющим в формировании у детей социальной и личностной компетентности.

Т. Г. Богданова [5] отмечает, что при формировании личности ребенка с отклонениями в психическом развитии, значимость семьи существенно возрастает. От взаимоотношений детей с родителями зависит, насколько адекватным будет их взаимодействие с окружающей средой.

Изучая вопросы формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии, Г. А. Мишина выделяет, что между ребенком с проблемами в развитии и близкими выстраиваются специфические взаимоотношения [44; 45]. Родители оказываются неготовыми к взаимодействию с «проблемным» ребенком, отмечают М. Браткова и Т. Бутусова [9].

Нарушения в развитии и недостатки в здоровье ребенка влияют на внутрисемейные взаимоотношения и формируют особый социальный климат в семье, отмечает В.В. Ткачева [68].

Н. Н. Малофеев, изучая начало отношения к носителям физических и умственных недостатков, отмечает, что истоки таятся в глубинах архаичных времен. В первобытном обществе физически неполноценный соплеменник, тем более хилый от рождения ребенок, близкими отторгался. Несмотря на кровное родство, ребенок-инвалид воспринимался всеми, включая его родителей, нежеланным чужаком, которому отказывали в праве на общую еду и кров, что считалось нормой [40].

Лица, имеющие различные отклонения в развитии, на Руси являлись одним из объектов милосердия и благотворительности. Дети и взрослые, которые отличались от нормы, вызывали чувство жалости. Участие в их судьбе было явлением нравственного порядка, отличавшим культуру русского общества того времени.

Истоки изучения эмоциональных характеристик родителей больных детей было положено за рубежом. Многие западные ученые описывают широкий диапазон невротических и психотических расстройств у родителей аномальных детей.

Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина в своем исследовании отмечают, что проблемами людей с недостатками в развитии занимались Г. Вудворт, С. Ове, Бенедикт Морель изучал вопросы наследственной дегенерации. Р. Дубдейл, Г. Эстабрук провели эмпирические исследования в этой области [40; 41].

В исследованиях Фарбер [41] определил характер кризиса семьи, имеющей ребенка с тяжелым недостатком в развитии, как остановку ее жизненного цикла.

Изучением вопросов детско-родительских взаимоотношений, проблем семей, воспитывающих детей с проблемами в развитии занимались и отечественные ученые: Т. Г. Богданова, Н. Браун, А. Я. Варга, В. А. Вишнеvский, Г. А. Волкова, Т. А. Добровольская, А. Н. Елизаров, Ы. Н. Заваденко, А. И. Захаров, О. Г. Комарова, И. Ю. Левченко, М. М. Либлинг, Н. В. Мазурова, Р. Ф. Майрамян, И. И. Мамайчук, И. М. Марковская, Е. М. Мастюкова, В. Л. Мартынов, Г. А. Мишина, Р. В. Овчарова, Г. В. Пятакова, И. В. Саломатина, Л. И. Солнцева, А. С. Спиваковская, В. В. Ткачева, О. Б. Чарова, Э. Г. Эйдемиллер и другие.

Еще XIX веке педагоги и клиницисты (В. М. Бехтерев, В. П. Кащенко, И. В. Маляревский и др.) изучали проблемы семей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, роль семьи и ее влияние на состояние данного ребенка. В. В. Ткачева в своем исследовании отмечает, что «семья содействовала врачу и педагогу в правильном выборе метода и создавала соответствующую обстановку для его использования».

Гуманистические подходы к середине XX столетия были утеряны. В 60-80 годы XX в СССР активно развивается система дифференцированного обучения. Вопросами воспитания в условиях специального образовательного учреждения занимались специалисты, а семьи были практически отстранены от процесса воспитания. Ряд ученых, продолжившие изучение проблем семей, разрабатывали рекомендации для родителей, полагая, что их влияние

на развитие проблемного ребенка должно быть определяющим (С. Д. Забрамная, Е. М. Мастюкова и др.) [41].

Современный подход к семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии, рассматривает ее как реабилитационную структуру, изначально обладающую потенциальными возможностями к созданию максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка (И. Ю. Левченко, Э. И. Леонгард, Н. В. Мазурова, Г. А. Мишина, Е. М. Мастюкова, Л. И. Солнцева, В. В. Ткачева и др.).

Внутрисемейная атмосфера, адекватные родительско-детские взаимоотношения, отмечает В. В. Ткачева, рассматриваются как коррекционная среда, которая своим гармоничным воздействием развивает ребенка, формирует в нем положительные нравственные качества, доброе отношение к миру [68].

Существует проблема принятия или не принятия семьей ребенка с особенностями в развитии. Родительская неадекватность в принятии ребенка с проблемами в развитии, недостаточность эмоционально-теплых отношений провоцирует развитие у детей негармоничных форм взаимодействия с социальным окружением, и формируют дезадаптивные характерологические черты личности (тревожность, агрессивность, отгороженность).

Межличностные контакты и взаимоотношения с детьми являются факторами, определяющими характер внутрисемейной атмосферы. Личностные деформации родителей проявляются в виде поведенческих дезадаптации и неадекватных форм взаимодействия с внешним миром, включая ребенка (сильный стрессовый фактор). Это и объясняет травматизацию личности с психофизиологическими недостатками родителями, отсутствие в семье необходимых специальных коррекционных условий его социальной адаптации.

Таким образом, работа с семьей становится одним из важнейших направлений в системе медико-социального и психоло-педагогического сопровождения детей с отклонениями в развитии.

Рождение ребенка — событие для родителей всегда радостное и тревожное одновременно. Многие вопросы неизбежно встают перед близкими ребенка, особенно если он подвергался тем или иным рискам во внутриутробном периоде развития или в первые часы, дни, месяцы жизни. В такой семье, по мнению педагогов и психологов (Е.Р. Баенская, И.А. Выродова, Ю. А. Разенкова [8]), малыш и его родители испытывают значительные трудности во взаимном приспособлении друг к другу, в привыкании, установлении доверительных отношений. Некоторые родители хорошо чувствуют и понимают таких детей без особого труда, в общении с другими же возникают значительные трудности.

В исследованиях А. С. Спиваковской [63] отмечается, что в семьях, где у детей есть какие-либо нарушения в психическом развитии, часто возникают специфическая ситуация, носящая характер личной трагедии родителей. Родители связывают с детьми свои надежды, в том числе на реализацию своих неисполненных мечтаний, они тем самым как бы поднимаются на более высокую ступень личностного развития, принимая на себя обязанности воспитателей следующего поколения. Ребенок с отклонениями в развитии в силу своих особенностей лишает родителей - многих возможностей. Создается психологическое противоречие между созреванием новых отношений в семье и невозможностью их осуществления, которое углубляется в случае единственно возможного ребенка.

Родительские позиции в семьях, где есть дети с нарушениями развития, отличаются неадекватностью, ригидностью и сиюминутностью. Эти позиции адресуются к сегодняшним проблемам жизни ребенка, в противовес родительским позициям в семьях со здоровыми детьми, которые характеризуются адекватностью и прогностичностью, то есть адресуются к завтрашнему дню, к будущему ребенка [63].

В литературных источниках [11; 17; 22] имеются также описания фаз психологического осознания родителями факта рождения ребенка с различными нарушениями (Таблица 1).

Состоянием растерянности и страхом характеризуется первая фаза.

Родители испытывают ответственность за судьбу больного ребенка, чувство собственной неполноценности, беспомощности [63].

Вторая фаза [11] определяется отрицанием поставленного диагноза и негативизмом. Отрицание может быть способом устранения эмоциональной подавленности и тревоги.

В ситуации постепенного принятия диагноза родители погружаются в глубокую депрессию. Данное состояние характеризует третью фазу.

Специфика четвертой фазы заключается в самостоятельном и осознанном обращении родителей за квалифицированной помощью специалистов [39]. Это начало социально-психологической адаптации, при которой родители адекватно принимают сложившуюся ситуацию, особенности ребенка, который отличается от нормально развивающихся сверстников.

Таблица 1.

Фазы психологического осознания факта рождения ребенка с различными нарушениями

Фаза	Характеристика
Первая	Различные эмоциональные реакции выбивают родителей из привычных рамок жизни, приводят к нарушениям сна, изменениям в характере и во взаимоотношениях между супругами. Длительное заболевание ребенка, инвалидность, отсутствие быстрого эффекта лечения, состояние безнадежности ухудшают взаимоотношения между родителями, приводят к семейным неурядицам и даже к разрушению семьи. Во время сообщения диагноза закладываются предпосылки для установления своеобразной социально-эмоциональной связи между родителями и ребенком
Вторая	Родители пытаются вырваться из плена неприятных переживаний, отрицая диагноз. Крайней формой поведения родителей может явиться отказ от обследования ребенка и коррекционных занятий
Третья	Родители признают диагноз, однако становятся оптимистами в отношении прогноза развития и излечения ребенка. Родители чувствуют угрызения совести, горе и обиду
Четвертая	Родители принимают сложившуюся ситуацию и ребенка, который отличается от нормально развивающихся детей. Не все родители самостоятельно достигают зрелой адаптации, при этом большинство родителей нуждаются в психолого-педагогической и медицинской помощи и поддержке. На этой стадии родители изменяют свой образ жизни, меняются их цели и жизненные ценности

На четвертой фазе, по нашим исследованиям, находятся родители, имеющие детей и дошкольного и младшего школьного возраста, что говорит о разной семейной обстановке, различном уровне понимания и принятия диагноза ребенка, разнообразных желаниях и стремлениях родителей. В. В. Юратайкин и О. Г. Комарова [39] отмечают, что при возникновении у малыша тех или иных нарушений значительную роль в их развитии или сглаживании играют окружающие его люди, составляющие часть его мира. Главное место в этом мире занимает семья.

Подробное и развернутое рассмотрение состояний и переживаний родителей приводится в работе Э. Шухардта, подробно представленная В.В. Ткачевой [63], В.В. Юртайкиным и О.Г. Комаровой [29]:

1 фаза - неизвестность, неопределенность. В этой фазе кризиса для родителей характерно состояние панического ужаса перед неизвестным, переживание шока, ощущение того, что рушится «нормальная» жизнь.

2 фаза - известность, определенность. Эта фаза характеризуется противоречивостью между «да» на уровне рационального понимания - (формальное согласие с фактом нарушения развития ребенка) и «нет» на уровне чувств (имплицитное отрицание).

3 фаза - агрессия. В этой фазе кризиса у родителей происходит прорыв негативных эмоций наружу в виде вспышки, возникает агрессия, направленная на весь окружающий мир.

4 фаза - активная хаотичная деятельность. В это время родители пытаются исправить сложившуюся ситуацию всеми возможными средствами. В зависимости от экономического положения и ценностных ориентации семьи можно выделить, по мнению автора, две стратегии такого поведения: «врачебный супермаркет» и «поиск чудесного исцеления».

«Врачебный супермаркет» характеризуется бесконечным количеством консультаций с различными специалистами. «Поиск чудесного исцеления» - это обращение родителей к Богу с просьбой об исцелении.

5 фаза - депрессия. Осознав бессмысленность предпринятых усилий в предыдущей фазе, родители впадают в отчаяние, переживают чувство безысходности и апатии.

6 фаза - принятие факта нарушения развития. Эта фаза примечательна тем, что родители вновь обретают смысл жизни, видят возможность дальнейшей «нормальной» жизни вместе с особенным ребенком.

7 фаза - активизация. У родителей высвобождаются силы для активного построения и осуществления жизненных планов, в недавнем прошлом расходовавшиеся на отрицания факта нарушения развития.

8 фаза - солидарность. Объединение с другими родителями, имеющими аналогичные трудности [29].

Близким к вышеуказанным исследованиям по вопросу изучения фаз, проживающих родителями как реакции на физические или психические нарушения у ребенка с ограниченными возможностями является исследование Е. М. Мастюковой и А. Г. Московкиной [41]. В их работах рассматриваются отдельные этапы развития реакций у родителей: отрицание, гнев, чувство вины, эмоциональная адаптация.

Неверие в существование болезни (отрицание) - наиболее типичная реакция родителей на поставленный врачом диагноз о наличии у ребенка отклонений в развитии.

Гнев – одна из часто встречающихся защитных реакций родителей на раннем этапе осознания ими состояния их ребенка. Е. М. Мастюкова и А. Г. Московкина считают, что она возникает на почве ощущения беспомощности, безысходности и разочарования, как в самом себе, так и в своем ребенке.

Неуместное чувство вины – также часто встречающаяся реакция родителей на сообщение врача об особенностях их ребенка. По мнению Ханса Гарднера, зачастую оно перерастает во всепоглощающее страдание и переживания родителей по поводу их проступков и ошибок, которые, как они полагают и привели к заболеванию ребенка.

Заключительным этапом своеобразной адаптацией родителей является эмоциональная адаптация. На этом этапе родители «умом и сердцем» принимают болезнь своего ребенка.

Анализ психолого-педагогических исследований по вопросу изучения реакций родителей на рождение ребенка с ограниченными возможностями здоровья показывает, что в целом авторами выделяются этапы жизни, которые проживают родители: от состояния шока до понимания и принятия.

Таблица 2.

Этапы развития реакций у родителей

Этапы	Проявления
Отрицание	В основе лежит отчаянная надежда на то, что первоначальный диагноз ошибочен. Длительная задержка в признании родителями диагноза может лишить ребенка своевременного лечения, необходимой ему психолого-педагогической помощи
Гнев	Члены семьи могут сомневаться в компетентности врача, поэтому они ищут возможность получить консультации других специалистов в этой области
Чувство вины	На данном этапе также случаются кризисные моменты, тем не менее, родители уже выбрали позитивные установки как по отношению к самим себе, так и к своему ребенку, что позволяет им формировать у себя такие навыки, которые помогут им в дальнейшем обеспечить будущее своего ребенка

Исследования Л. М. Шипицыной [74] свидетельствуют о том, что все семьи, имеющие детей с нарушениями психического развития, имеют следующие признаки:

1. Родители испытывают нервно-психическую и физическую нагрузку, тревогу и усталость.
2. Родители чувствуют раздражение и неудовлетворенность из-за личностных и поведенческих особенностей детей.
3. Нарушаются и искажаются семейные взаимоотношения.
4. Снижается социальный статус семьи: родители скрывают диагноз ребенка от ближайшего окружения, сужается круг «внесемейного функционирования».

5. В семье возникает «особый психологический конфликт» (Ч. Шеффер, Л. Кэрри), который является следствием «столкновения с общественным мнением, не всегда адекватно оценивающим усилия родителей по воспитанию и лечению такого ребенка».

Американский педиатр Б. Спок [58] выделяет виды отношений родителей к своему ребенку:

- родители стыдятся особенностей ребенка, оберегают излишне;
- родители считают себя виновными в отклонении ребенка, стремятся в проведении различных немислимых и бесполезных методов лечения;
- родители со временем приходят к мнению о безнадежности состояния ребенка, не проявляют любовь и внимание к нему;
- родители, не замечая проблем в развитии ребенка, предъявляют им завышенные требования;
- родители принимают ребенка таким, какой он есть, не обращают внимание на посторонние замечания и взгляды.

В своих исследованиях Ф. Ф. Рау и Н. Ф. Слезина [60] определяют виды неправильных моделей воспитания в семьях, имеющих ребенка с проблемами в развитии:

- 1) родители не уделяют должного внимания ребенку, предоставляют его самому себе.
- 2) чрезмерная опека родителей, выражающаяся в жалости и в стремлении все выполнить за него.

А.Н. Смирнова [60] выделяет формы отношения родителей к своим детям, имеющим проблемы в развитии:

- родители глубоко переживают неполноценность ребенка, жалеют его, окружают чрезмерным вниманием, опекают его;
- родители преувеличивают возможности ребенка, не замечают недостатки, не желают мириться с его особенностями;
- родители не посещают общественные места, стесняясь отклонения своего ребенка;

- в семье ребенок с проблемами в развитии занимает положение «пасынка», отвергнутого, над которым усмеваются;

- родители функцию воспитания перекалывают на образовательное учреждение.

Анализ литературы показал, что своеобразие типов отношения родителей к детям с ограниченными возможностями, особенно неправильный стиль общения родителей, влияет на детей и может отрицательно воздействовать на имеющееся отклонение у них.

Среди множества типов родительских стратегий Е. М. Мастюкова [40] выделяет общие, направленные на приобретение детьми некоего социально желательного статуса, социально одобряемой роли в конкретной социальной группе или обществе. Реализация этого родительского устремления зависит не только от возможностей ребенка, но и от того, как сообщество оценивает его. Если окружение отвергает ребенка, родители не могут достичь своей цели. Те родители, дети которых обесценены в системе культуры, сами обесцениваются как родители.

А. С. Спиваковская [63] выделяет три критерия оценки родительских позиций: адекватность, динамичность и прогностичность. При адекватной оценке родители правильно ориентированы в индивидуально-психологических особенностях ребенка; при динамической – характерна изменчивость родительской позиции и в соответствии с этим изменчивость форм и способов общения с ребенком. При прогностической оценке позиции родителей отражают их способность к предвидению перспектив дальнейшего развития ребенка и к перестройке взаимодействия с ним на основе этого.

Иногда один из родителей может принимать роль мученика и жертвует всем во имя ребенка, который становится фокусом всех родительских устремлений в ущерб интересам остальных членов семьи. Аффективная напряженность матери не только плохо влияет на супружеские отношения, но, прежде всего, наносит ущерб здоровью ребенка. Это может привести к нарушению семейных отношений, включая конфликты между родителями, с

другими детьми и т.п. Больной ребенок становится причиной обоюдных упреков и критики.

Часто в семьях, где кроме ребенка с отклонениями в развитии есть другие дети, складываются неправильные отношения в целом (Е. М.

Мастюкова и А. Г. Московкина, В. М. Целуйко и др.). Здоровому ребенку родители уделяют меньше времени, неотлучно находясь рядом с больным ребенком. Поэтому у матерей, разрывающихся между жалостью к больному ребенку и необходимостью заботиться о других членах семьи, может появиться эмоциональное напряжение, разрядка которого достигается путем «вымещения» его на мужа или на других детях.

В психолого-педагогической литературе [10; 12; 13] выделяются неблагоприятные для ребенка формы поведения родителей в семье. Одним из факторов является подсознательное «отвержение» ребенка. «Отвержение» выражается в отсутствии интереса к ребенку, недостаточность взаимодействия с ним, грубом обращении, физическом наказании. Особое внимание нужно уделить психологическому отвержению, которое заставляет ребенка думать, что он «плохой», «недостоин родительской любви и внимания». В результате у детей формируется пониженный фон настроения, пониженная самооценка, неуверенность в себе, пассивность.

Неблагоприятно на развитие ребенка влияют также педагогическая несостоятельность родителей, неуважительные, грубые отношения супругов друг к другу, скандалы, драки, снижение требований к ребенку, самостоятельных подход к обучению ребенка, чрезмерно требовательные отношения к ребенку. Специальные исследования [13; 51] показали, что наиболее неблагоприятные условия создаются в семьях, в которых родители страдают психическими заболеваниями, злоупотребляют алкоголем и наркотиками, ведут асоциальный образ жизни.

Негативное влияние на развитие психики больного ребенка оказывает и чрезмерная опека его родителей. Большинство родителей испытывают неосознанное чувство вины перед ребенком, жалеют его, стараются все

сделать за него, выполняют каждое желание. В этих случаях дети растут пассивными, несамостоятельными, неуверенными в себе, эгоцентричными.

Для них характерна психическая и социальная незрелость, которая препятствует его социальной адаптации.

Результаты исследований А. И. Захарова, И. И. Мамайчук, А. Я. Варга, М. М. Либлинг, Н. В. Мазуровой, Г. А. Мишиной, Л. И. Солнцевой, Т. Н. Волковской, В. В. Ткачевой, показывают, что у любого ребенка с отклонениями в развитии имеют место нарушения во взаимодействии с родителями. В качестве критерия оценки детско-родительских отношений используется эмоциональная (позитивная или негативна) апелляция детей к родителям в продуктах деятельности, а также непосредственная оценка отношений с родителями, данная детьми.

Недостаточность детско-родительских отношений приобретает эмоционально-неблагоприятные оттенки: отвержение, изолированность, агрессия, страх. Лишь у части детей формируются гармоничные и адекватные отношения с близкими лицами.

Таким образом, исследования родительско-детских взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами в развитии, являются весьма актуальными и значимыми. Большинство исследований доказывают наличие трудностей в принятии родителями «особого» ребенка, недостаточность знаний у родителей об особенностях воспитания ребенка с проблемами в развитии, с одной стороны, отгороженность, изолированность детей от близких взрослых, с другой стороны. Все это в совокупности обуславливает острую необходимость в оказании семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, специальной педагогической и психологической помощи.

Авторы выделяют ряд особенностей в поведении родителей, воспитывающих проблемных детей раннего возраста: неумение создавать ситуацию совместной деятельности, неэмоциональный характер сотрудничества, неадекватность позиции по отношению к ребенку и

неадекватный стиль воспитания, недостаточная потребность в общении с ребенком. Ученые указывают на то, что стадии шока, понимания, защитного отрицания занимают недели, а стадии принятия и действия длится всю жизнь, но только после того как пережиты предыдущие.

Семьи, имеющие детей с отклонениями в развитии, испытывают многообразие трудностей и проблем, которые или разрывают семейные узы или сплачивают семью. Проблемы психологического, соматического и, конечно, социального характера изменяют, а иногда и искажают духовные ценности, моральные установки, нормы правила.

Тяжесть переживаний сужает круг интересов родителей, контактов с социумом, изменяет отношение к себе и к окружающей действительности.

Изучив психолого-педагогическую литературу по проблеме детско-родительских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с проблемами в развитии, можно выделить тенденции в личностном развитии детей и в их отношениях с родителями:

- ребенок с отклонениями в развитии демонстрирует высокую потребность в эмоционально-положительных контактах с родителями, их тепле и близости. Недостаточность и неадекватность родительско-детского общения проявляется в замещении родителей другими субъектами.

Неадекватное отношение родителей (других лиц) к детям отражается в их продуктивной деятельности;

- дети испытывают острую потребность в теплых аффилиативно-насыщенных (И. Ю. Левченко) отношениях с родителями. У части детей отношения с родителями как доминирующие складываются лишь с одним родителем (чаще матерью), что свидетельствует либо об отсутствии второго родителя в семье, либо о его занятости, невнимательном и холодном отношении к ребенку с отклонениями в развитии. Результаты исследований семей также свидетельствуют о том, что наказания, которые применяют родители к детям, воспринимаются детьми как адекватные, в силу и психической недостаточности;

- у детей выявляется отсутствие образа отца. Некоторые дети не дифференцируют образ отца и матери, родители воспринимаются как нечто абстрактное, дети не идентифицируются по половому признаку с кем-либо из родителей (мальчики с папами, а девочки с мамами).

Все дети, включая и детей с отклонениями в развитии, испытывают потребность в постоянных эмоционально-положительных контактах с родителями, их тепле и близости.

Родительская неадекватность в принятии ребенка с проблемами в развитии, недостаточность эмоционально-теплых отношений провоцирует развитие у детей негармоничных форм взаимодействия с социальным миром.

Следовательно, родительская неадекватность в принятии ребенка с проблемами в развитии, недостаточность в эмоционально-теплых отношениях провоцирует развитие у детей негармоничных форм взаимодействия с социальным миром, и формируют дезадаптивные характерологические черты личности.

Таким образом, учитывая особенности родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, готовность родителей к конструктивным взаимоотношениям с такими детьми есть образование в структуре личности родителей, представленное совокупностью эмоциональных, когнитивных и поведенческих установок, направленных на удовлетворение особы потребностей детей, создание благоприятных условий для дальнейшего взаимодействия родителей и детей с целью их социализации (Таблица 3).

Показателями эмоционально-оценочного критерия являются:

1. Чувства, которые испытывают родители по отношению к ребенку.
2. Эмоции, отражающие оценку своей родительской позиции.

Показателями познавательного критерия являются:

1. Представления родителей о своем ребенке.
2. Понимание особых потребностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Критерии и показатели сформированности готовности родителей к
конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными
возможностями здоровья

Критерии	Показатели
Эмоционально-оценочный	Чувства, которые испытывают родители по отношению к ребенку; эмоции, отражающие оценку своей родительской позиции
Познавательный	Представления родителей о своем ребенке; понимание особых потребностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья
Поведенческо-деятельностный	Удовлетворение особых потребностей своего ребенка; умения организации совместной деятельности

Показателями поведенческо-деятельностного критерия служат:

1. Удовлетворение особых потребностей своего ребенка.
2. Умения организации совместной деятельности.

На основании выделенных критериев и их показателей нами были охарактеризованы **три уровня** сформированности готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья: низкий, средний, высокий.

Родители, обладающие высоким уровнем сформированности готовности к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья, испытывают чувство любви и уважения к ребенку, симпатию, адекватно оценивают его интеллектуальные и творческие способности. В их семье сложены доброжелательные отношения. У родителей имеются знания об особенностях развития своего ребенка, о диагнозе. Они видят и понимают индивидуальность своего ребенка, легко приспосабливаются к ним, у них сформировано понимание особых потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Родители читают специальную психолого-педагогическую литературу, интересуются жизнью ребенка, понимают необходимость помощи специалистов. Они включены в обучение ребенка или его лечение, заинтересованы в делах и планах ребёнка, стараются во всем помочь ему; зная его потребности, создают условия для воспитания, обучения и лечения.

Родители со средним уровнем сформированности заботу о ребенке с ограниченными возможностями здоровья воспринимают как обременительную обязанность; у них недостаточно сформировано родительское чувство; кроме того, существует эмоциональная напряженность в семье. Представления родителей о ребенке с ограниченными возможностями здоровья и об особенностях развития своего ребенка, диагнозе нечеткие, неконкретные, поверхностные. Родители стараются приспособиться к потребностям ребенка. Специальную литературу они читают очень редко, считают, что с некоторыми недугами ребенка справятся самостоятельно без помощи специалистов. Родители с нежеланием занимаются обучением ребенка или его лечением, у них слабая заинтересованность в делах и планах ребёнка; знают о потребностях ребенка поверхностно, неполно, хотя и пытаются создавать условия для воспитания, обучения или лечения.

Родители, имеющие низкий уровень сформированности готовности к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья, воспринимают своего ребёнка неприспособленным, неудачливым, испытывают к нему злость, досаду, раздражение, обиду, постоянно ощущают тревогу за ребенка, эмоционально отвергают и не принимают ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Они мало обращают внимание на ребенка, унижают, постоянно недовольны им, критикуют и порицают его. У родителей не сформировано родительское чувство, представления о ребенке с ограниченными возможностями здоровья, они не знают и не понимают особенности своего ребенка; у них нет большого интереса к общению с ним, к его потребностям, к новой информации по его воспитанию; имеют ограниченное представление о необходимости и значимости, способах и формах психолого-педагогической коррекции и лечения.

Они считают, что у ребенка нет никакого отклонения в развитии, жестоко обращаются с ним, не интересуются поведением ребенка, уверены в

том, что ребенок сам ответственен за свое поведение и удовлетворение собственных потребностей, не создают условий для воспитания, обучения и лечения ребенка; их способы взаимодействия с ребенком неадекватны.

Все вышеизложенное указывает на то, что в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья нарушается эмоциональный контакт родителей с детьми и детей с родителями.

Таким образом, поиск оптимальных способов и условий формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья, является достаточно актуальной и важной проблемой.

Выводы по главе 1.

Анализ литературных источников показал, что исследования детско-родительских взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами в развитии, являются весьма актуальными и значимыми.

Большинство исследований доказывают наличие трудностей в принятии родителями «особого» ребенка, недостаточность знаний у родителей об особенностях воспитания ребенка с проблемами в развитии, с одной стороны, отгороженность, изолированность детей от близких взрослых, с другой стороны. Все это в совокупности обуславливает острую необходимость в оказании семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, специальной педагогической и психологической помощи.

Авторы выделяют ряд особенностей в поведении родителей, воспитывающих проблемных детей раннего возраста: неумение создавать ситуацию совместной деятельности, неэмоциональный характер сотрудничества, неадекватность позиции по отношению к ребенку и неадекватный стиль воспитания, недостаточная потребность в общении с ребенком. Ученые указывают на то, что стадии шока, понимания, защитного отрицания занимают недели, а стадии принятия и действия длится всю жизнь, но только после того как пережиты предыдущие.

Семьи, имеющие детей с отклонениями в развитии, испытывают многообразие трудностей и проблем, которые или разрывают семейные узы или сплачивают семью. Проблемы психологического, соматического и, конечно, социального характера изменяют, а иногда и искажают духовные ценности, моральные установки, нормы правила.

Тяжесть переживаний сужает круг интересов родителей, контактов с социумом, изменяет отношение к себе и к окружающей действительности.

Учитывая особенности родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, готовность родителей к конструктивным взаимоотношениям с такими детьми есть образование в структуре личности родителей, представленное совокупностью эмоциональных, когнитивных и поведенческих установок, направленных на удовлетворение особых потребностей детей, создание благоприятных условий для дальнейшего взаимодействия родителей и детей с целью их социализации.

Сущность абилитационной работы с родителями, имеющими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья можно рассматривать как результат подготовки, включающий: систему обобщенных умений родителя выстраивать конструктивные взаимоотношения с ребенком, систему знаний, необходимых для успешных межличностных отношений в диаде родитель – ребенок, систему качеств личности, обеспечивающих конструктивные взаимоотношения.

Структура готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми состоит из единства ценностно-смыслового, когнитивного и деятельностного компонентов. Готовность родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья есть образование в структуре личности родителей, представленное совокупностью эмоциональных, когнитивных и поведенческих установок, направленных на удовлетворение особых

потребностей детей, создание благоприятных условий для дальнейшего взаимодействия родителей и детей в целях их социализации.

Показателями эмоционально-оценочного критерия являются: чувства, которые испытывают родители по отношению к ребенку; эмоции, отражающие оценку своей родительской позиции. Показателями познавательного критерия являются: представления родителей о своем ребенке; понимание особых потребностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Показателями поведенческо-деятельностного критерия служат: удовлетворение особых потребностей своего ребенка; умения организовать совместную деятельность.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ОСУЩЕСТВЛЕНИЮ АБИЛИТАЦИОННОЙ РАБОТЫ РОДИТЕЛЯМИ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

2.1. Констатирующий эксперимент по изучению детско-родительских отношений детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья

Целью нашего исследования было - теоретическое обоснование и разработка технологии абилитационной работы с родителями детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Базой исследования выступило Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад компенсирующего вида №17» г. Миасс для детей с нарушением слуха.

Базисные ценности МБДОУ № 17

- Ребенок как уникальная развивающаяся личность, его здоровье, интересы, потребности.
- Педагог как личность, носитель образования. Уважение и доверие к нему, предоставление возможности проявить инициативу, самостоятельность; забота о его социальном благополучии.
- Командная работа как основа достижения успеха.
- Качество в работе, постоянное стремление к совершенству.
- Культура организации как культура жизнедеятельности ДОУ.
- Семья как основная среда личностного развития ребенка; ориентация на образовательные потребности и запросы семьи.

Численность коллектива ДОУ 19 человек, из них 11 человек педагогические работники. Контингент детей на 2020-2021 учебный год 42 человека. В экспериментальной работе приняли участие 18 родителей, воспитывающих детей с нарушением слуха.

Первый этап можно условно назвать диагностико-аналитическим.

Изучение отношений родителей к детям — важный аспект в организации реабилитационной работы с родителями, имеющими детей с ограниченными возможностями здоровья.

На данном этапе использовались следующие принципы изучения:

- системность и последовательность - изучение проводилось не от случая к случаю, а в определенной системе в соответствии с задачами формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья;

- планомерность - методы и способы изучения избирались в соответствии с содержанием и применялись в определенные сроки;

- научность – использовались известные методики, что не исключало творческого подхода, главное - обеспечение достоверности изучения;

- разносторонний подход – проводилось комплексное изучение проблемы.

Только ясное представление о том, на что будет направлено внимание на диагностическом этапе (что изучать, как изучать, для чего изучать), позволит управлять процессом педагогической помощи. Поэтому было разработано содержание деятельности на диагностико-аналитическом-этапе формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Для получения информации по интересующей нас проблеме было проведено изучение:

- уровня сформированности ценностно-смыслового, когнитивного, деятельностного компонентов готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья;

- стилей взаимоотношений родителей с детьми с ограниченными возможностями здоровья;

– содержания и методов психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья, реализуемых в образовательном учреждении (программы и педагогические технологии, характер взаимодействия педагогов с родителями и детьми).

Объективную картину состояния формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, помогли получить следующие методы исследования: анкетирование; индивидуальные беседы; тестирование; самооценка; наблюдение; анализ документации.

В рамках нашего исследования, необходимо было выяснить: в какой степени вопросы формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, являются проблемными.

В данном исследовании опытно-экспериментальной проверке подвергался процесс формирования готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Поэтому до формирующего этапа проводилась диагностика.

Диагностическое исследование по определению уровня готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья проводилось в нескольких направлениях:

- определение уровня сформированности ценностно-смыслового компонента готовности;
- определение уровня сформированности когнитивного компонента готовности;
- определение уровня сформированности деятельностного компонента готовности.

Экспертная оценка степени сформированности готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья проводилась на основе выделенных нами

критериев, описанных в параграфе 1.3. Каждому критерию соответствует свой набор конкретных показателей. У родителей выявлялись:

– чувства, которые испытывают родители по отношению к ребенку с ограниченными возможностями здоровья, эмоции, отражающие оценку своей родительской позиции (эмоционально-оценочный критерий);

– представления о ребенке с ограниченными возможностями здоровья, о потребностях таких детей, особенности приспособления родителей к детям (познавательный критерий);

– удовлетворение особых потребностей своего ребенка, создание условий для воспитания, обучения и лечения ребенка (поведенческо-деятельностный критерий).

В ходе диагностики уровней готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья использовался комплекс исследовательских методов, включающий анкетирование, индивидуальные беседы, тестирование, анализ рисунка родителей и детей, наблюдение, анализ документации.

Для изучения ценностно-смыслового компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья использовались анкеты «Психологический тип родителя» [4] и «Определение степени проявления заботы о ребенке» (Е.Б. Новикова) [48].

Результаты анкетирования родителей показали, что 25,3% опрошенных родителей присуща активная жизненная позиция, которая проявляется в желании найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка. В отношениях с ребенком эти родители используют жесткие формы взаимодействия вплоть до холодности или отстраненности от проблем ребенка (авторитарный тип - А). Родители данного типа наиболее оказывают помощь детям с ограниченными возможностями здоровья.

Для 33,3% респондентов из экспериментальной группы характерна пассивная личностная позиция, фиксация на отсутствии выхода из

сложившейся ситуации (не способны принять проблемы ребенка, не стремятся преодолевать их). Такие родители стремятся отгородить своего ребенка от всех проблем, некритично оценивают возможности и гиперболизируют проблемы своего ребенка (невротичный тип – Н). Они демонстрируют самые низкие показатели конструктивных взаимоотношений с ребенком.

27,78% родителей скрывают от посторонних взглядов и переживают изнутри проблемы ребенка и личные переживания по этому поводу (психосоматичный тип - П). Это смешанный тип реагирования, при котором родители используют как адекватные, так и дисгармоничные модели воспитания.

Также были определены смешанные типы: психосоматичный авторитарными проявлениями (П+А) – 22,22%; психосоматичный с невротичными проявлениями (П+Н) – 11,11%, и невротичный с авторитарными проявлениями (Н+А) – 16,67%.

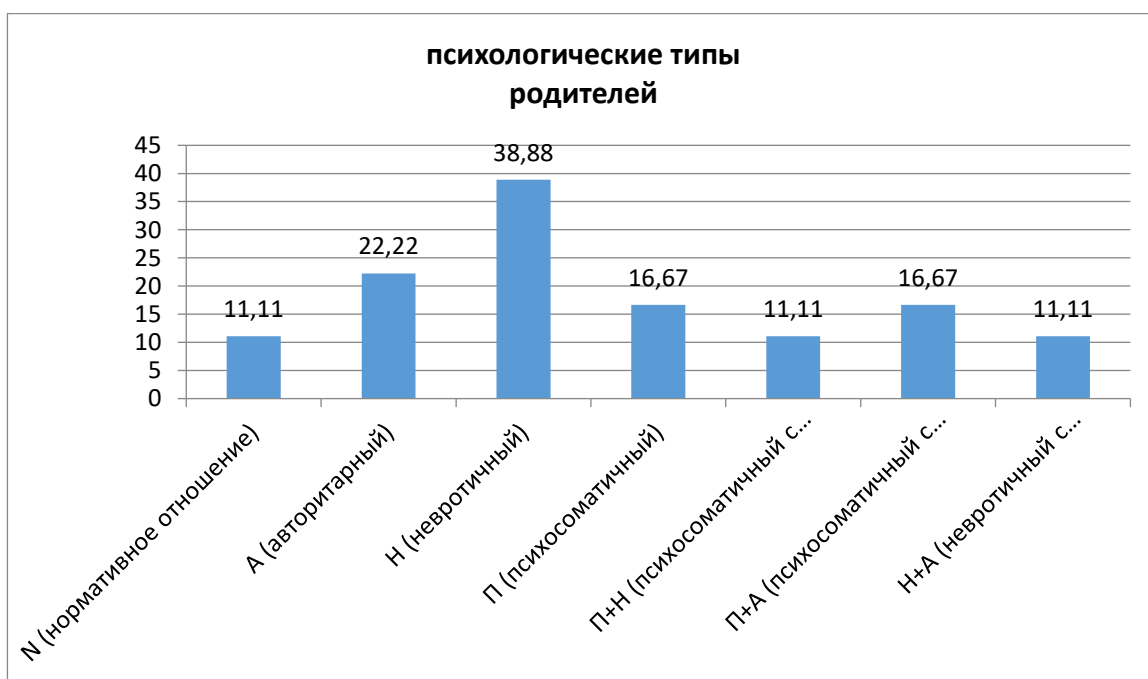


Рис. 1. Количественные данные о психологических типах родителей

Таким образом, у 83,33% родителей выявлен такой психологически тип, который не позволяет им адекватно оценивать своего ребенка и соответственно правильно строить с ним взаимоотношения. И только у

11,11% респондентов эмоциональная реакция на дефект ребенка лежит в плоскости нормативного отношения (N) к проблеме ребенка.

Использование отдельных вопросов теста В.В. Ткачевой «Определение воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии» позволило получить следующие данные (Таблица 5).

Как видно из Таблицы 5, ребенка с ограниченными возможностями здоровья отвергает 33,33% родителей экспериментальной группы, а принимают лишь 5,56% родителей.

Таблица 5.

Количественные данные по шкале «принятие-отвержение» родителями собственных детей

Показатели шкалы	Количественный показатель в %
Принятие	16,67
Отвержение	33,33

Все полученные данные по сформированности ценностно-смыслового компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья на констатирующем этапе экспериментального исследования по каждому отдельно взятому родителю были проанализированы, обобщены и представлены на рисунке 2.

Полученные данные показали, что большинство родителей экспериментальной (65,9%) группы находятся на среднем уровне сформированности ценностно-смыслового компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья. На высоком уровне находится 6,5% респондентов.

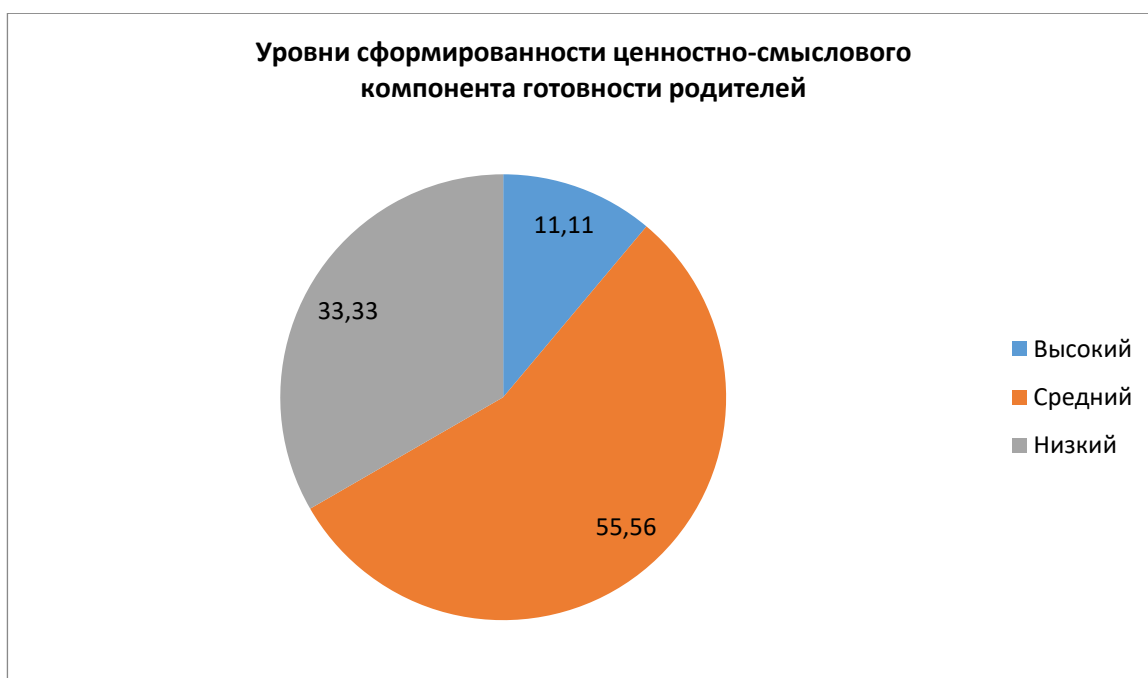


Рис. 2. Уровни сформированности ценностно-смыслового компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ

Полученные данные показали, что большинство родителей экспериментальной (55,56%) группы находятся на среднем уровне сформированности ценностно-смыслового компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья. На высоком уровне находится 11,11% респондентов.

Для изучения когнитивного компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ нами были использованы методика беседа для родителей «Наша семья и ребенок» [7], а также отдельные вопросы теста В.В. Ткачевой «Определение воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии» [3].

Результаты диагностики родителей показали, что специальную литературу читают лишь 11,11% родителей, нуждаются в профессиональной помощи педагогов и других специалистов учреждения – 16,67%. В целом только 22,22% родителей понимают проблемы своих детей, свою ответственность за их воспитание (Таблица 2.4.).

Таблица 6.

Количественные данные по шкале «понимание – непонимание» родителями проблем своих детей, своей ответственности за их воспитание

Показатели шкалы	Количественный показатель в %
Понимание	11,11
Непонимание	33,33

Тестирование показало, что большинство родителей не знают реальных потребностей своих детей – 61,11%. На среднем уровне находятся 27,78% родителей, понимают и знают потребности ребенка с ограниченными возможностями здоровья 5,56% родителей (рисунок 3).



Рис. 3. Уровни сформированности у родителей знаний о потребностях своего ребенка

Все полученные данные по сформированности когнитивного компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья по каждому отдельно взятому родителю были проанализированы, обобщены и представлены на рисунке 4.



Рис. 4. Уровни сформированности когнитивного компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ

По сформированности когнитивного компонента исследуемой готовности показатели еще хуже, чем по сформированности ценностно-смыслового компонента. Большинство родителей находятся на низком уровне: 50%.

Для изучения деятельностного компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ использовались отдельные методика беседа для родителей «Наша семья и ребенок» [68], а также отдельные вопросы теста В.В. Ткачевой «Определение воспитательских умений у родителей детей с отклонениями в развитии».

Данные о формах взаимодействия родителей с детьми представлены в таблице 7.

Таблица 7.

Количественные данные по шкале «адекватные-неадекватные» формы взаимодействия родителей с детьми с отклонениями в развитии

Показатели шкалы	Количественный показатель в %
Адекватные	11,11
Неадекватные	22,22

Значительное количество родителей используют неадекватные формы взаимодействия с данными детьми – 22,22%; лишь 11,11% родителей используют адекватные формы взаимодействия с детьми.

Анализ ответов родителей на вопросы беседа для родителей «Наша семья и ребенок» показал, что все родители разделились на тех, кто имеет высокий, и на тех, кто имеет низкий уровни степени проявления заботы о ребенке с ограниченными возможностями здоровья (рисунок 5).

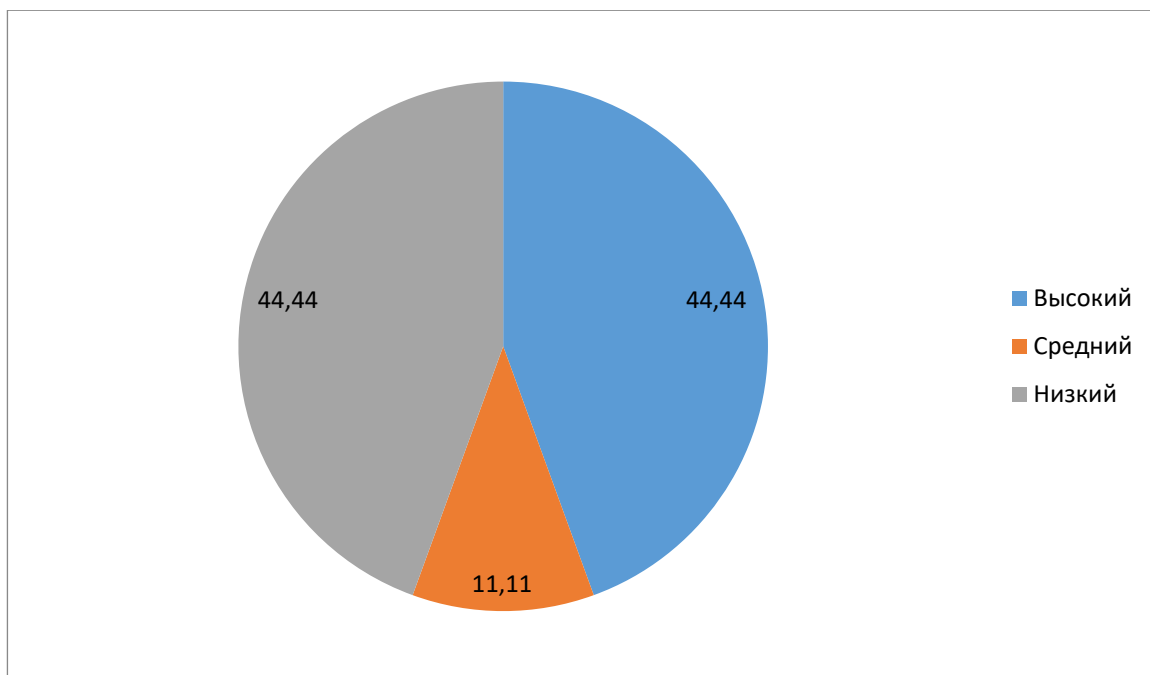


Рис. 5. Уровни степени проявления заботы о ребенке

Данные, полученные в ходе диагностики, сформированности деятельностного компонента искомой готовности, были обобщены и представлены на рисунке 6.

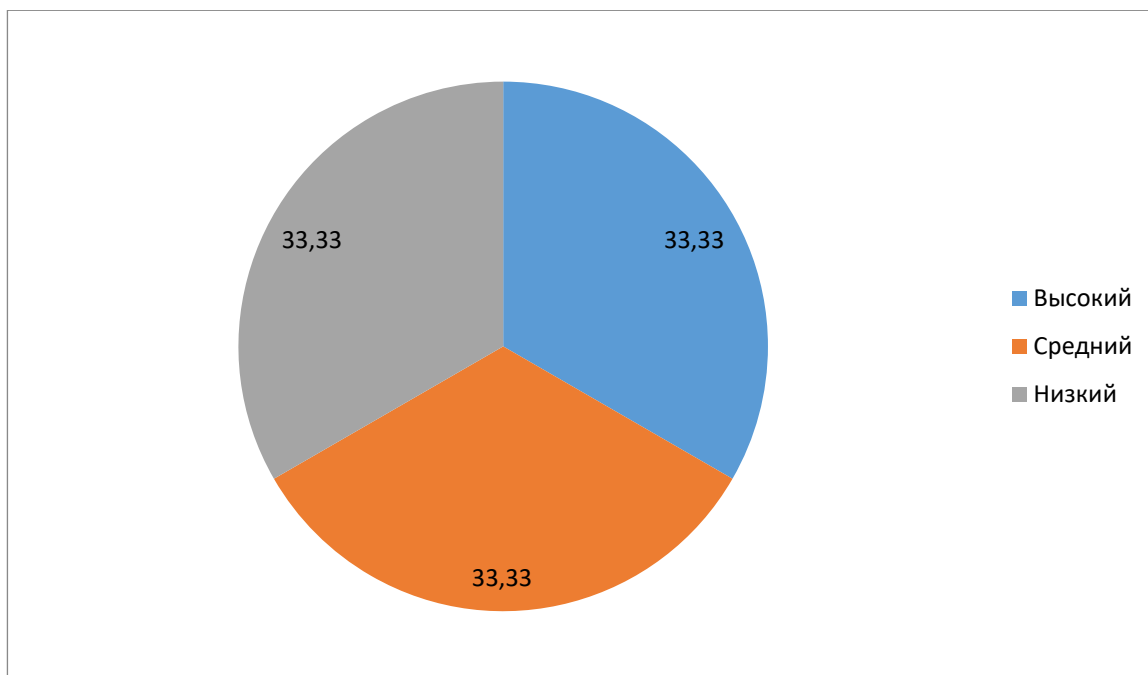


Рис. 6. Уровни сформированности деятельностного компонента готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ

Результаты показывают, что в обследуемой группе почти равное количество родителей находятся на всех трех уровнях сформированности искомой готовности.

Показатели сформированности всех трех компонентов готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ были обобщены (рисунок 7).

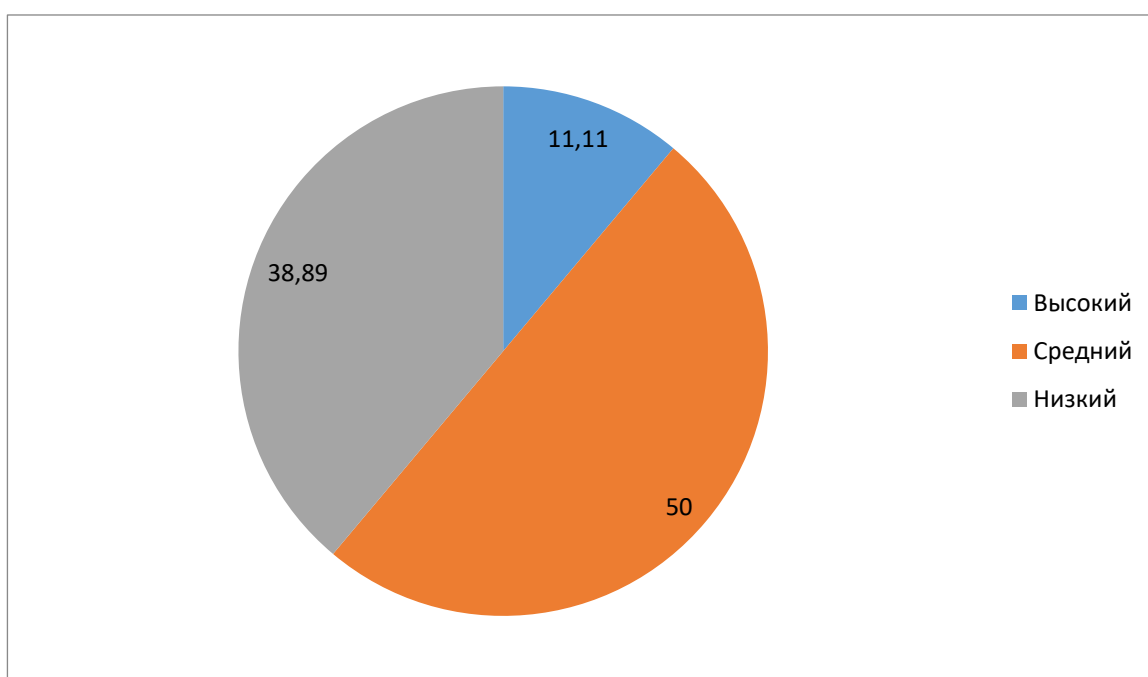


Рис. 7. Уровни сформированности готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми (обобщенные показатели)

Как видно из рисунка 7, 11,11% родителей имеют высокий уровень сформированности готовности к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья, 50% - средний, 38,89% - низкий.

Нами были проанализированы содержание и методы психолого-педагогической помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья, реализуемые в данном образовательном учреждении. Основной формой педагогической помощи семье здесь является «Школа родителей» (проводится в среднем 1 раз в месяц), где мамам даются рекомендации по уходу и воспитанию детей в виде консультаций специалистов — медика, дефектолога и педагога. Но не проводилось практически никакой работы с отцами и другими родственниками детей.

Из бесед с родителями выявлено, что не все родители принимают своего ребенка и его диагноз. Как правило, такие родители говорят о том, что в их жизни «один негатив, нет позитивных моментов», что они «устали от такой жизни и не видят выхода», «это проблема нашей семьи», были также отчаянные высказывания: «убила бы его».

Анализ результатов показывает, что 33,33% родителей, имеющих таких детей, не довольны тем, какой у них ребенок, довольны своим ребенком – 66,67%.

Результаты диагностической методики «История жизни с проблемным ребенком» позволили нам выяснить, какие основные проблемы тревожат родителей, воспитывающих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата. Наибольшее количество родителей волнуют проблемы самого ребенка: не может самостоятельно сидеть, стоять, передвигаться (44,44%); нарушения речи или её отсутствие (33,33%); отстает в развитии (27,78%); невнимателен (16,67%); неуспеваемость и трудности в учебе (11,11%); гиперактивность (11,11%); ранимость, чувствительность, сентиментальность,

раздражительность (5,55%); состояние мелкой моторики рук (5,55%); проблемы в поведении (5,55%); «плохая» память (11,11%); утомляемость (16,67%); нарушения зрения (5,55%).

Большая часть родителей переживает из-за диагноза ребенка (38,89%) и здоровья (26,67%), отмечают, что их дети требуют большого внимания к себе (11,11%), гиперактивность (26,67%), часто болеют (11,11%). Также родителей беспокоят денежные проблемы (5,55%), длительное по времени лечение (38,89%), частая смена мест работы из-за лечения (1,8%), боятся выйти на работу (5,55%), проблемы с получением качественного медицинского сопровождения и связанная с этим бумажная волокита (3,6%), страх перед будущим ребенка (16,67%), чужое мнение и незнание как себя вести на людях с проблемным ребенком (11,11%). Испытуемых родителей волнуют отсутствие контакта с другими детьми и трудности общения со сверстниками ребенка (11,11%), частые истерики детей (5,55%), проблемы поведения детей (61,11%), недостаточное внимание и забота со стороны отца и бабушек по отношению к ребенку (5,55%). Чувство вины испытывает 18%, чувство неполноценности 11,11% родителей.

Хотя это заставляет задуматься над адекватным пониманием и принятием ребенка с ограниченными возможностями в целом. Также родителей волнует собственное отношение к проблемам и болезням ребенка (66,67%). О тяжелых переживаниях матерей не всегда знали их близкие (5,55%), особенно мужа (11,11%).

В процессе диагностико-аналитического этапа полученные результаты не только фиксировались, но и анализировались. Проведенная аналитическая работа позволила сделать общее заключение о состоянии исследуемой проблемы и на основе этого определить содержание следующего, целеполагающего этапа формирования готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

2.2. Технология абилитационной работы с родителями, воспитывающими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья

Результаты диагностико-аналитического этапа экспериментальной работы подтвердили необходимость разработки мероприятий по абилитационной работе с родителями, имеющими детей с ОВЗ. Нами была разработана и частично внедрена в практику технология абилитационной работы с родителями, структурными компонентами которой выступают цель и задачи.

Цель: формирование готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Данная цель конкретизируется рядом задач:

- профилактика семейного неблагополучия в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья;
- восстановление благоприятной семейной среды для воспитания ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
- формирование новых жизненных ориентиров родителя ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
- улучшение взаимоотношений в диаде родитель – ребенок с ограниченными возможностями здоровья;
- изменение неадекватных поведенческих реакций родителей как в отношении своих детей (окрик, подавление личности ребенка), так и в отношении с социумом (скандальное поведение, агрессии, реакция протеста);
- формирование адекватного восприятия проблем, связанных с воспитанием ребенка с ограниченными возможностями здоровья;
- расширение осознанности мотивов воспитания в семье;
- изменение неадекватной родительской позиции;

– психолого-педагогическое просвещение родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Структурными компонентами процессуально-деятельностного этапа формирования готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья, являются:

– родители, педагог как субъекты педагогической помощи семье, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья;

– содержание;

– организация процесса;

– средства взаимодействия;

– деятельность педагога по управлению процессом.

Субъектная позиция предполагает, что человек, находящийся в ней, во-первых, желает, может и реально влияет на определение целей, задач, средств воспитательной деятельности; во-вторых, он активно участвует в воспитательной (самовоспитывающей) деятельности; в-третьих, анализирует результаты воспитания, периодически принимает «рефлексивную позицию», вносит в свою деятельность коррективы, влияет на конкретные дела и процесс в целом; в-четвертых, морально готов к ответственности за результаты деятельности и реально относит эту ответственность на свой счет.

Педагог по должности должен занимать квалифицированную субъектную позицию организатора процесса формирования готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Эта особенность ставит педагогов в ответственное положение: именно от уровня их профессионализма зависит, будет ли в осуществлена педагогическая помощь семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Однако, как показывают исследования, далеко не все педагоги занимают субъектную позицию и готовы к организации процесса формирования готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ.

На формирующем этапе (процессуально-деятельностном) происходит осуществление процесса, функционирование всех личностных, инструментальных и методологических психолого-педагогических средств:

– занятия с родителями и детьми, направленные на формирование умений и навыков устанавливать и поддерживать конструктивные взаимоотношения в диаде «родитель-ребенок», в микросоциуме, преодолевать конструктивно кризисные ситуации, повышение уверенности в себе;

– занятия для родителей по формированию благоприятного отношения к себе и к окружающему миру;

– индивидуальные занятия родителей и детей со специалистами (учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог, социальный педагог).

Содержание процесса формирования готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ОВЗ выстраивается на модульной основе.

МОДУЛЬ 1. «Мотивационный» направлен на активизацию заинтересованности родителей в активном участии в воспитательно-образовательном процессе группы и учреждения:

– знакомство родителей друг с другом (групп, классов, учреждения); проведение тренингов и занятий на знакомство;

– ознакомление родителей с планом на работы совместных мероприятий на год (выставки, консультации, семинары, семейные конкурсы, собрания, тематические развлечения и праздники, спортивные мероприятия);

– оформление списка слушателей «Клуба успешных родителей» (отчет за предыдущий период, положительные отзывы родителей, выступления родителей, мотивационные встречи с родителями, воспитывающих детей разного возраста).

Таблица 8.

Содержание модуля «Мотивационный»

Задачи	Формы работы	Содержание работы
Знакомство родителей друг с другом	Беседа, родительское собрание, тренинг, практическое занятие	Проведение бесед и собраний на уровне группы, класса и учреждения. Проведение тренингов и занятий на знакомство
Ознакомление родителей с планом на работы совместных мероприятий на год	Информационный стенд, листовка, встреча	Выступления директора, заместителей и узких специалистов ОУ
Оформление списка Слушателей «Клуба Успешных родителей»	Родительский клуб, мотивационная встреча	Выступление педагога-психолога и родителей с отчетом за предыдущий период, мотивационные встречи с родителями, воспитывающих детей разного возраста

Значимым направлением технологии является методическая работа с педагогами – **МОДУЛЬ 2. «Обучение педагогов работе с родителями»** ориентирован на подготовку педагогов учреждения к работе с родителями:

– диагностика педагогов (тестирование педагогов по выявлению знаний об особенностях и этиологии детей с ограниченными возможностями здоровья, опрос педагогов для выявления трудностей в работе);

– повышение педагогической компетентности педагогов по вопросам взаимодействия специалистов образовательного учреждения и родителей (проведение семинаров-практикумов, консультаций, педагогических советов, индивидуальных бесед, коллоквиумов для педагогов; организация успешной работы по самообразованию педагогов; обучение эффективному взаимодействию педагогов с семьями, обучение бесконфликтному общению).

Таблица 9.

Содержание модуля «Обучение педагогов работе с родителями»

Задачи	Формы работы	Содержание работы
Диагностика педагогов	Тестирование, опрос	Тестирование педагогов по выявлению знаний об особенностях и этиологии детей с ОВЗ, опрос педагогов для выявления трудностей в работе

<p>Повышение педагогической Компетентности педагогов по вопросам взаимодействия специалистов ОУ и родителей</p>	<p>Семинары- практикумы, консультации, педагогические советы, коллоквиум, самообразование, обучающие мероприятия</p>	<p>Проведение семинаров-практикумов, педагогических индивидуальных бесед, коллоквиумов для педагогов; организация успешной работы посамообразованию педагогов; обучение эффективному взаимодействию педагогов с семьями, обучение бесконфликтному общению, воспитание культуры педагогического общения</p>
---	--	--

Диагностика и консультирование родителей и детей с ограниченными возможностями здоровья служат основой для изучения родительско-детских взаимоотношений в семьях.

Поэтому следующий **МОДУЛЬ 3. «Консультативно-диагностический»** содержит в себе следующее:

- диагностирование воспитанников образовательного учреждения (диагностика, представление ребенка о родителе(ях) (когнитивный критерий); изучение чувств, которые ребенок испытывает по отношению к родителю(ям), эмоциональное отношение к родителям (эмоционально-оценочный критерий); принятие помощи родителя(ей) (поведенческо-деятельностный критерий т.п.);

- диагностирование и консультирование родителей (изучение представления о ребенке с ограниченными возможностями здоровья, о потребностях таких детей, особенности приспособления родителей к детям (когнитивный критерий); чувства, которые испытывают родители по отношению к ребенку с ограниченными возможностями здоровья, эмоции, отражающие оценку своей родительской позиции (эмоционально-оценочный критерий); удовлетворение особых потребностей своего ребенка, создание условий для воспитания, обучения и лечения ребенка (поведенческо-деятельностный критерий; консультирование, направленное на изучение

внутрисемейных взаимоотношений, создание устойчивых мотивов на участие родителей в программе).

Таблица 10.

Содержание модуля «Консультативно диагностический»

Задачи	Формы работы	Содержание работы
Диагностирование воспитанников и обучающихся ОУ	Анкетирование, анализ детских рисунков, беседа, изучение личных дел, наблюдение	Диагностика, представление ребенка о родителе(ях) (когнитивный критерий); изучение чувств, которые ребенок испытывает по отношению к родителю(ям), эмоциональное отношение к родителям (эмоционально-оценочный критерий); принятие помощи родителя(ей) (поведенческо-деятельностный критерий т.п.
Диагностирование и консультирование родителей	Анкетирование, беседа, интервью, опросы, наблюдение, посещение на дому, открытые занятия	Изучение представления о ребенке с ограниченными возможностями здоровья, о потребностях таких детей, особенности приспособления родителей к детям (когнитивный критерий); чувства, которые испытывают родители по отношению к ребенку с ограниченными возможностями здоровья, эмоции, отражающие оценку своей родительской позиции (эмоционально-оценочный критерий); удовлетворение особых потребностей своего ребенка, создание условий для воспитания, обучения и лечения ребенка (поведенческо-деятельностный критерий; консультирование, направленное на изучение внутрисемейных взаимоотношений, создание устойчивых мотивов на участие родителей в программе

Логическим продолжением технологии является психолого-педагогическое просвещение и обучение родителей, которое нашло свое отражение в **МОДУЛЕ 4. «Образовательно-профилактический (работа с родителями)»**.

Задачами модуля являются:

– организация и проведение занятий с родителями и детьми, направленных на формирование умений и навыков устанавливать и поддерживать конструктивные взаимоотношения в диаде «родитель - ребенок», в микросоциуме, преодолевать конструктивно-кризисные ситуации, повышение уверенности в себе; благоприятного отношения к себе и к окружающему миру;

– развитие у родителей эффективных коммуникативных навыков, способности принимать друг друга в семье (работа по развитию бесконфликтного общения, обучение приемам коррекции эмоциональных состояний и т.д.);

– осуществление индивидуальных занятий со специалистами (воспитатели, инструктор по ФИЗО, медсестра по ЛФК, учитель-логопед, учитель-дефектолог, педагог-психолог, социальный педагог);

– использование реабилитационно-профилактических программ, направленных на профилактику внутрисемейных конфликтов, профилактику созависимостей, употребления психоактивных веществ и т.д.;

– обогащение знаний родителей о приемах и методах воспитания детей, о причинах и особенностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья;

– повышение педагогической компетенции родителей.

Таблица 11.

Содержание модуля «Образовательно-профилактический (работа с родителями)»

Задачи	Формы работы	Содержание работы
Организация и проведение занятий с родителями и детьми	Родительский клуб, проведение совместных занятий	Проведение занятий с родителями и детьми, направленных на формирование умений и навыков устанавливать и поддерживать конструктивные взаимоотношения в диаде «родитель - ребенок», в микросоциуме, преодолевать конструктивно-кризисные ситуации, повышение уверенности в себе; благоприятного отношения

		к себе и к окружающему миру
Развитие у родителей эффективных коммуникативных навыков	Занятия, тренинг, «Клуб успешных родителей»	Работа по развитию бесконфликтного общения, обучение приемам коррекции эмоциональных состояний и т.д.
Проведение индивидуальных занятий с родителями и детьми	Занятия, тренинги	Осуществление индивидуальных занятий со специалистами
Использование реабилитационно-профилактических программ	Индивидуальные консультации и беседы, занятия	Профилактика внутрисемейных конфликтов, профилактику созависимостей, употребления психоактивных веществ и т.д.
Обогащение знаний родителей о приемах и методах воспитания детей, о причинах и особенностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья; повышение педагогической компетенции родителей	Семинар-практикум, круглый стол, информационные стенды, информационные проспекты, флаеры, родительское собрание	Изучение педагогического передового опыта, выступления родителей на собраниях, семинарах о формах взаимодействия в семье с целью изучения семейного опыта и т.д.

В рассматриваемой нами технологии особым звеном мы выделяем работу, направленную на взаимодействие родителей и детей: **МОДУЛЬ 5. «Совместное взаимодействие родителей и детей»:**

– закрепление полученных знаний и навыков конструктивного взаимоотношения родителей и детей (проведение совместных занятий с родителями и детьми и т.д.);

– развитие навыков социального взаимодействия на основе совместной деятельности; обогащение жизни семей эмоциональными впечатлениями.

Таблица 12.

Содержание модуля «Совместное взаимодействие родителей и детей»

Задачи	Формы работы	Содержание работы
Закрепление полученных знаний и навыков конструктивного	Совместные занятия родителей и детей, индивидуальные занятия «родитель-	Воспитание культуры общения с детьми, закрепление навыков у родителей конструктивного взаимодействия с детьми

взаимоотношения родителей и детей	ребенок», психолого-педагогические гостиные, тематические вечера, спортивные мероприятия, выпуск стенгазет «Моя семья», семинары, фотовыставки, презентации семей	
Развитие навыков социального взаимодействия на основе совместной деятельности, обогащение жизни семей эмоциональными впечатлениями	Круглый стол, «Клуб успешных родителей», презентации семей, обмен опытом	Изучение семейного опыта взаимодействия родителей и детей, взаимопрезентации семей со стороны родителей и детей, проведение практический занятий

Завершающим модулем является **МОДУЛЬ 6. «Контрольный»**, который направлен на проведение мониторинга работы по формированию конструктивных родительско-детских взаимоотношений и решение следующих задач:

- анализ результативности формирования конструктивных родительско-детских взаимоотношений;
- подведение итогов и планирование дальнейшей работы с родителями и детьми.

Таблица 13.

Содержание модуля «Контрольный»

Задачи	Формы работы	Содержание работы
Анализ результативности формирования конструктивных родительско-детских взаимоотношений	Диагностика родителей и детей	Сбор аналитического материала, количественный и качественный анализ полученных результатов
Подведение итогов и планирование дальнейшей работы с родителями и детьми	Диагностика, сбор аналитического материала, обмен опытом	Опросы, тесты, анкетирование педагогов, родителей и детей, отчеты

После процессуально-деятельностного этапа формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с

ограниченными возможностями здоровья, мы вновь возвращаемся к диагностико-аналитическому.

Приступая к осуществлению процесса формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, мы формулируем его цель и задачи. Завершая его, мы должны подвести итоги, только тогда мы сможем определить успешность проведенного процесса, правильность намеченных задач, верность избранных путей решения, а также выявить, какие нужны изменения и корректировки в процессе формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. Кроме этого, коллектив детей образовательного учреждения каждый год меняется (уходят выпускники, приходят новые дети), происходят частичные изменения в составе педагогического коллектива, поэтому необходима диагностика вновь прибывших ребят, их родителей, для постановки дальнейших задач процесса формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья.

Таким образом, педагогическую технологию формирования родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, можно представить как непрерывный цикл сменяющихся этапов (диагностико-аналитического, целеполагающего, процессуально-деятельностного) со своими специфическими структурными составляющими - компонентами.

Одной из эффективных форм работы с родителями является клубная.

Нами была разработана программа занятий «Клуба успешных родителей».

Мы ставили следующие задачи:

1) обучение способам построения конструктивных взаимоотношений с детьми с ОВЗ, различным навыкам межличностного общения;

2) педагогическое просвещение — дать родителям знания об особенностях развития детей с ограниченными возможностями здоровья, знания о механизмах семейных систем, показать влияние их родительских семей на актуальную ситуацию в их собственной семье;

3) переориентация — самоисследование родительских позиций, развитие многомерности педагогического видения конструктивных родительно-детских и иных межличностных взаимоотношений, преодоление стереотипов поведения.

Работа клуба ведется в четырех направлениях:

- Организация педагогического, санитарно-гигиенического и культурологического родительского всеобуча.

- Ознакомление родителей с условиями, динамикой и спецификой осуществления воспитательно-образовательной работы с детьми с ОВЗ в ОУ.

- Организация обмена опытом семейного воспитания и формирования у детей с ОВЗ положительных, личностных и физических качеств, представлений и привычек здорового образа жизни.

- Проведение совместных мероприятий ОУ и семьи по воспитанию здорового, социально успешного и счастливого ребенка.

Работа клуба рассчитана на 3 года.

1 год.

Занятие 1 - «Знакомство». Цель: знакомство участников друг с другом и с правилами групповой работы;

Занятие 2 - «Типы семейного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья».

Цель: расширить представления родителей о типах семейного воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья.

Занятие 3 - «Мы родом из детства».

Цель: изучение семейной истории родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья; формирование у родителей знаний об особенностях детского поведения и восприятия мира.

Занятие 4 - «Родитель — это звучит гордо».

Цель: повысить значимость роли родителя среди участников клуба; познакомить родителей с типами семейного воспитания; помочь родителям исследовать собственную способность смотреть на мир глазами ребенка.

Занятие 5 - «Ребенок во мне».

Цель: обучение навыкам активного слушания, осознанного представления об особенностях детей; обучение приемам принятия ребенка с ограниченными возможностями здоровья.

Занятие 6 - «Профилактика созависимости».

Цель: формирование представлений о здоровом образе жизни; профилактика созависимого поведения в семье, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья; работа с семьями, имеющими члена семьи, употребляющего психоактивные вещества.

Занятие 7 - «Праздник семьи».

Цель: обучением навыкам сотрудничества и равноправных взаимоотношений с ребенком с ограниченными возможностями здоровья; закрепление позитивного опыта неформального общения; создание атмосферы взаимопонимания и доверия между членами семьи и группы.

2 год.

Занятие 1 — «Стили взаимодействия с детьми».

Цель: знакомство участников друг с другом и с правилами групповой работы; осознание родительских установок, дифференциация их на «мешающие» и «помогающие» в процессе взаимодействия с ребенком; научиться различать эго-состояния Родителя, Взрослого и Ребенка.

Занятие 2 - «Внутренний ребенок».

Цель: закрепление об «ошибочных целях» поведения; обучение навыкам активного слушания.

Занятие 3 - «Права личности родителя».

Цель: осознание необходимости установления равноправных взаимоотношений с ребенком; овладение навыком использования «Я

высказываний» для решения проблем, непосредственно касающихся жизни родителя.

Занятие 4 - «Детское поведение».

Цель: формирование у родителей знаний об особенностях детского поведения и восприятия мира.

Занятие 5 - «Правила общения».

Цель: создание условий для обращения участников к собственному опыту доверия, создание условий для самоанализа участниками, умений слушать и слышать другого человека; развитие способности принимать друг друга.

Занятие 6 - «Воспитание в семье».

Цель: знакомство с содержанием и условиями благоприятного прохождения основных этапов формирования личности; осознание своих невербальных и вербальных проявлений эгосостояния.

Занятие 7 - «Язык принятия» и «язык непринятия».

Цели: знакомство с понятием «принятие» ребенка с ограниченными возможностями здоровья, особенностями принимающего и неприняющего поведения родителя. Определение «языка принятия» и «языка непринятия».

Занятие 8 - «Особенности самоуважения взрослого и ребенка».

Цель: знакомство с концепцией эффективного и неэффективного одобрения, с понятием неформального общения; обучение навыкам поддержки, закрепление навыков активного слушания; осознание роли ребенка в семейной структуре.

Занятие 9 – «Дисциплина в семье».

Цель: осознание психотравмирующего влияния физического и эмоционального насилия на формирование личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья; понимание логических последствий предоставления выбора для установления границ дозволенного поведения.

Занятие 10 - «Контроль в семейном воспитании».

Цель: осознание неэффективных стратегий родителей; обучение методике передачи ребенку ответственности за свою жизнь.

Занятие 11 — «Конфликты и способы их решения в условиях семьи».

Цель: ознакомление участников с понятием «конфликт»; определение особенностей поведения в конфликтной ситуации; обучение способам выхода из конфликтной ситуации.

Занятие 12 — «Праздник Семьи».

Цель: отработка навыков сотрудничества и равноправных взаимоотношений с ребенком с ограниченными возможностями здоровья; закрепление позитивного опыта неформального общения; создание атмосферы взаимопонимания и доверия между членами семьи и группы.

3 год.

Занятие 1 - «Методы и приемы воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья».

Цель: расширить представления родителей о методах и приемах воспитания в семье, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья; обучить конструктивным способам взаимодействия с ребенком с ограниченными возможностями здоровья.

Занятие 2 - «Безусловная любовь».

Цель: обучить родителей приемам принимающего поведения; повышение значимости безусловного принятия ребенка с ограниченными возможностями здоровья;

Занятие 3 - «Роль родителей в подготовке домашних заданий».

Цель: обучить родителей приемам выполнения домашних заданий с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

Занятие 4 - «Права ребенка - это актуально».

Цель: формирование у родителей знаний о правах детей с ограниченными возможностями здоровья.

Занятие 5 - «Праздник Семьи».

Цель: отработка навыков сотрудничества и равноправных взаимоотношений с ребенком с ограниченными возможностями здоровья; закрепление позитивного опыта неформального общения; создание атмосферы взаимопонимания и доверия между членами семьи и группы.

В конце каждого занятия родители получают домашнее задание, которое выполняется иногда всей семьей, что тоже способствует установлению дружеских, позитивных, конструктивных отношений между родителями и детьми.

В продолжение реализации технологии мы разработали Проект психолого-педагогического сопровождения матерей (отцов, законных представителей несовершеннолетних), воспитывающих детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Цель проекта: оптимизация внутрисемейных взаимоотношений через принятие родителями адекватных ролевых позиций по отношению к ребенку и друг другу, обучение родителей навыкам налаживания контакта с ребенком.

Направления работы:

- разработка и методологическое обеспечение процесса внедрения проекта психолого-педагогического сопровождения матерей, воспитывающих детей с нарушением зрения;

- разработка оптимального варианта системы работы, внедрение программы психолого-педагогического сопровождения матерей, воспитывающих детей с нарушением зрения.

Стадии реализации проекта:

1 этап - информационно- диагностический:

- изучение современной психолого-педагогической литературы,
- констатация актуальной ситуации воспитательного потенциала матерей (родителя), воспитывающего ребенка с ограниченными возможностями в здоровье, выявление психического состояния

воспитанников и учащихся с нарушениями зрения, испытываемых ими в семье.

2 этап - основной:

комплексная реализация мероприятий по внедрению проекта психолого-педагогического сопровождения матерей (родителей), воспитывающих детей с нарушениями ОДА.

3 этап - обобщающий:

оценка результативности реализации проекта.

Особенностью данного проекта является то, что организовывается работа с родителями, детьми и совместная работа с родителями и детьми.

Мы уже начали реализацию данного проекта. Работа, проводимая нами, позволяет существенно повысить готовность родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Большинство родителей уже стали испытывать чувство любви, симпатии и уважения к ребенку с ограниченными возможностями здоровья, адекватно оценивать его интеллектуальные и творческие способности.

В семье начинают складываться доброжелательные отношения. У родителей расширяются знания об особенностях своего ребенка, вследствие чего они лучше понимают индивидуальность своего ребенка, его особые потребности и легко приспосабливаются к ним. Родители более активно включаются в обучение ребенка и его лечение, создавая все условия для этого.

2.3. Рекомендации родителям воспитывающими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья

Рекомендации педагогам по взаимодействию с родителями

- Уважительно относитесь к родителям ребенка

- Информировать родителей в устной и письменной форме об особенностях развития и поведения ребенка.
- Не скрывать негативных моментов, но обязательно найдите чем можно подбодрить родителей.
- Для информирования во избежание субъективности используйте метод фиксированного наблюдения.
- Давайте информацию только в доступной для родителей форме, которую они могут и будут использовать.
- Избегайте критических оценок стиля и методов семейного воспитания.
- Используйте конструктивные методы разрешения конфликтных ситуаций.

Рекомендации родителям детей с ОВЗ

1. Получите профессиональную консультацию таких специалистов, как: педиатр, невролог, психолог, дефектолог, логопед в зависимости от особенностей ребенка.
2. Не обвиняйте ни себя, ни ребенка, ни близких.
3. Узнайте, как можно больше об особенностях ребенка, чтобы лучше понять его.
4. Посещайте встречи родителей похожих детей, форумы в интернете.
5. Обязательно находите время для себя, для своего хобби.
6. Общайтесь с людьми.
7. Старайтесь сохранять спокойствие, доброжелательность.
8. В отношениях с ребёнком придерживайтесь «позитивной модели»: хвалите ребенка каждый раз, когда он этого заслуживает, подчеркивайте его успехи.
9. Не ставьте перед ним слишком сложные задачи.
10. Разговаривайте с ребёнком всегда сдержанно, мягко.
11. Реже говорите «нет», «нельзя» – переключайте внимание. Акцентируйте внимание на том «как надо», не подсказывая «как нельзя».

12. Опирайтесь на сильные стороны ребенка, поощряйте его самостоятельность.

Этапы работы с родителями детей с ОВЗ

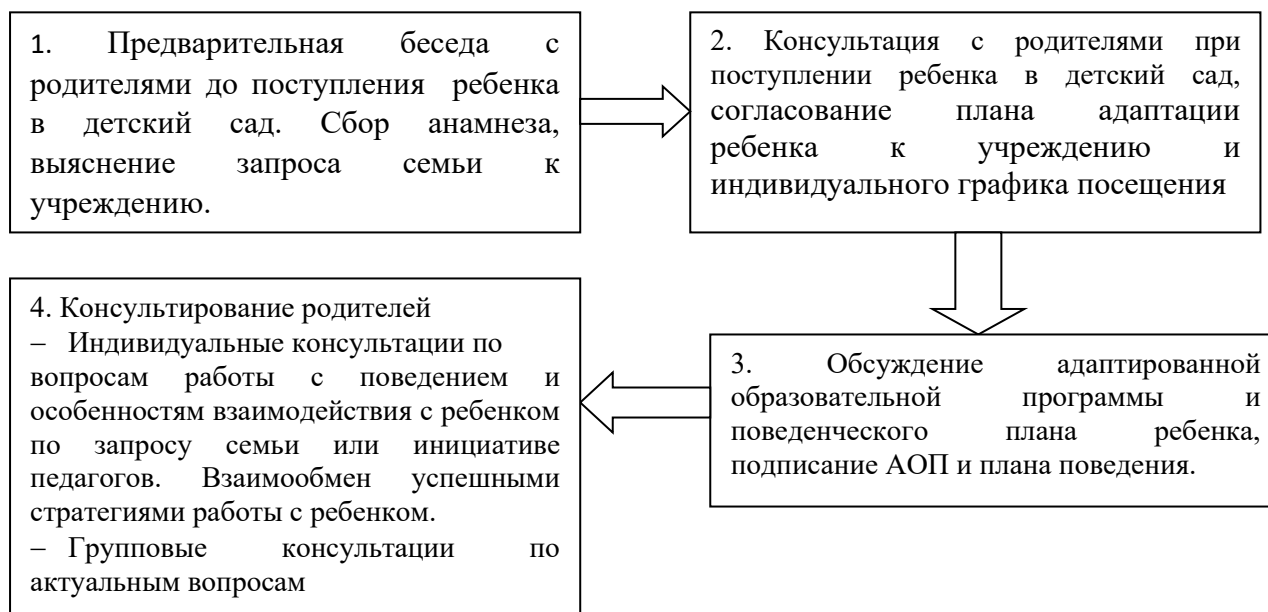


Рис. 8. Этапы работы с родителями детей с ОВЗ

Основными принципами развивающей работы родителей с детьми с ОВЗ:

– комплексный характер развивающей работы, предусматривающий совместную стимуляцию развития всех функций: познавательных, речевых и моторных;

– раннее начало онтогенетически последовательного поэтапного воздействия с учетом актуального уровня развития ребенка;

– организация педагогической работы в рамках ведущей деятельности: при этом стимулируется ведущий для данного возраста вид деятельности: в младенческом возрасте – эмоциональное общение ребенка со взрослым, в раннем возрасте – предметная деятельность;

– развитие скоординированной системы межанализаторных связей, опора на все анализаторы. Желательно задействовать одновременно несколько анализаторов (зрительный, слуховой, тактильный, кинестетический);

- гибкое сочетание различных видов, форм и методов педагогической работы;

- соблюдение постоянства условий и единства требований и приемов со стороны взрослого (родителей ребенка и педагогов);

- тесное взаимодействие с родителями и всем окружением ребенка, которое является залогом эффективности развивающего воздействия.

Основные условия развития ребенка от 1 до 3 лет:

- обеспечение предметно-пространственной развивающей среды;

- создание благоприятных условий для социального, познавательного, речевого и двигательного развития;

- стимуляция адаптационных механизмов, направленных на охрану и укрепление здоровья детей;

- организация работы с семьей с целью психолого- педагогического просвещения родителей по уходу за детьми первых лет жизни, их воспитанию и развитию.

Особенности воспитания ребенка с ОВЗ в семье

Семейное воспитание – сложная система. Оно должно основываться на определенных принципах и иметь определенное содержание, которое направлено на развитие всех сторон личности ребенка. Оно должно основываться на определенных принципах:

- гуманность и милосердие к растущему человеку;

- вовлечение детей в жизнедеятельность семьи как ее равноправных участников;

- открытость и доверительность отношений с детьми;

- оптимистичность взаимоотношений в семье;

- последовательность в своих требованиях (не требовать невозможного);

- оказание посильной помощи своему ребенку, готовность отвечать на вопросы.

Семьи, воспитывающие детей-инвалидов, переживают воздействие совокупности постоянно травмирующих факторов, прежде всего это малообеспеченность, ограничение жизнедеятельности как ребенка-инвалида, так и родителей, низкая возможность самореализации для всех членов семьи. К этому следует добавить высокую вероятность плохих бытовых условий, в которых обычно проживают люди, столкнувшиеся с личным горем. Все негативные социально-экономические влияния такая семья ощущает особенно остро, ибо все издержки государственной политики и проблемы общества непосредственно отражаются на ее материальном и психологическом состоянии.

Выводы по главе 2.

На основании выделенных критериев и их показателей определены и охарактеризованы три уровня сформированности готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья: низкий, средний и высокий.

Родители, обладающие высоким уровнем сформированности готовности к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья, испытывают чувство любви, симпатии и уважения к ребенку, адекватно оценивают его интеллектуальные и творческие способности. В их семье сложены доброжелательные отношения. У родителей имеются знания об особенностях своего ребенка, о диагнозе. Они видят и понимают индивидуальность своего ребенка, легко приспосабливаются к ним, у них сформировано понимание особых потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья. Родители читают специальную психолого-педагогическую литературу, интересуются жизнью ребенка, понимают необходимость помощи специалистов. Они включены в обучение ребенка или его лечение, заинтересованы в делах и планах ребёнка, стараются во всем помочь ему; зная его потребности, создают условия для воспитания, обучения и лечения.

Родители со средним уровнем заботы о ребенке с ограниченными возможностями здоровья воспринимают как обременительную обязанность; у них недостаточно сформировано родительское чувство; кроме того, существует эмоциональная напряженность в семье. Представления родителей о ребенке с ограниченными возможностями здоровья и об особенностях своего ребенка, диагнозе нечеткие, неконкретные, поверхностные. Родители стараются приспособиться к потребностям ребенка. Специальную литературу они читают очень редко, считают, что с некоторыми недугами ребенка справятся самостоятельно без помощи специалистов. Родители с нежеланием занимаются обучением ребенка или его лечением, у них слабая заинтересованность в делах и планах ребёнка; знают о потребностях ребенка поверхностно, неполно, хотя и пытаются создавать условия для воспитания, обучения или лечения.

Родители, имеющие низкий уровень сформированной готовности к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья, воспринимают своего ребёнка неприспособленным, неудачливым, испытывают к нему злость, досаду, раздражение, обиду, постоянно ощущают тревогу за ребенка, эмоционально отвергают и не принимают ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Они мало обращают внимание на ребенка, унижают, постоянно недовольны им, критикуют и порицают его. У родителей не сформировано родительское чувство, представления о ребенке с ограниченными возможностями здоровья, они не знают и не понимают особенности своего ребенка; у них нет большого интереса к общению с ним, к его потребностям, к новой информации по его воспитанию; ограниченное представление о необходимости и значимости, способах и формах психолого-педагогической коррекции и лечения. Они считают, что у ребенка нет никакого отклонения в развитии, жестоко обращаются с ним, не интересуются поведением ребенка, уверены в том, что ребенок сам ответственен за свое поведение и удовлетворение собственных потребностей, не создают условия для

воспитания, обучения и лечения ребенка; способы взаимодействия с ребенком неадекватны.

Технология абилитационной работы с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья есть совокупность средств и способов, направленных на формирование системы обобщенных умений родителя выстраивать конструктивные взаимоотношения с ребенком, системы знаний, необходимых для успешных межличностных отношений в диаде родитель – ребенок, системы качеств личности, обеспечивающих конструктивные взаимоотношения. Технология представляет собой непрерывный процесс сменяющихся этапов (диагностико-аналитический, целеполагающий, процессуально-деятельностный) со своими специфическими структурными составляющими – компонентами (диагностика уровня готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми; цель, задачи, содержание процесса формирования готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья; родители, педагог как субъекты процесса формирования искомой готовности).

Обучение, педагогическое просвещение, переориентация – основные цели, решаемые в процессе занятий «Клуба успешных родителей», проводимых в четырех направлениях: организация педагогического, санитарно-гигиенического и культурологического родительского всеобуча; ознакомление родителей с условиями, динамикой и спецификой осуществления воспитательно-образовательной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в образовательном учреждении; организация обмена опытом семейного воспитания, формирования у детей с ограниченными возможностями здоровья положительных личностных и физических качеств, представлений и привычек здорового образа жизни; проведение совместных мероприятий образовательного учреждения и семьи по воспитанию здорового, социально успешного и счастливого ребенка.

Содержание занятий позволяет поэтапно формировать готовность родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

В целом, проведенное исследование открывает перспективы для дальнейшей разработки проблемы абилитации родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья: выявление гендерных особенностей исследуемого процесса; особенностей, связанных с определенным нарушением здоровья детей и его тяжестью и др.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ литературных источников показал, что исследования детско-родительских взаимоотношений в семьях, воспитывающих детей с проблемами в развитии, являются весьма актуальными и значимыми.

Большинство исследований доказывают наличие трудностей в принятии родителями «особого» ребенка, недостаточность знаний у родителей об особенностях воспитания ребенка с проблемами в развитии, с одной стороны, отгороженность, изолированность детей от близких взрослых, с другой стороны. Все это в совокупности обуславливает острую необходимость в оказании семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии, специальной педагогической и психологической помощи.

Авторы выделяют ряд особенностей в поведении родителей, воспитывающих проблемных детей раннего возраста: неумение создавать ситуацию совместной деятельности, неэмоциональный характер сотрудничества, неадекватность позиции по отношению к ребенку и неадекватный стиль воспитания, недостаточная потребность в общении с ребенком. Ученые указывают на то, что стадии шока, понимания, защитного отрицания занимают недели, а стадии принятия и действия длится всю жизнь, но только после того как пережиты предыдущие.

Учитывая особенности родительско-детских взаимоотношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья, готовность родителей к конструктивным взаимоотношениям с такими детьми есть образование в структуре личности родителей, представленное совокупностью эмоциональных, когнитивных и поведенческих установок, направленных на удовлетворение особых потребностей детей, создание благоприятных условий для дальнейшего взаимодействия родителей и детей с целью их социализации

Сущность абилитационной работы с родителями, имеющими детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья можно рассматривать как результат подготовки, включающий: систему обобщенных

умений родителя выстраивать конструктивные взаимоотношения с ребенком, систему знаний, необходимых для успешных межличностных отношений в диаде родитель – ребенок, систему качеств личности, обеспечивающих конструктивные взаимоотношения.

Структура готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми состоит из единства ценностно-смыслового, когнитивного и деятельностного компонентов. Готовность родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья есть образование в структуре личности родителей, представленное совокупностью эмоциональных, когнитивных и поведенческих установок, направленных на удовлетворение особых потребностей детей, создание благоприятных условий для дальнейшего взаимодействия родителей и детей в целях их социализации.

Показателями эмоционально-оценочного критерия являются: чувства, которые испытывают родители по отношению к ребенку; эмоции, отражающие оценку своей родительской позиции. Показателями познавательного критерия являются: представления родителей о своем ребенке; понимание особых потребностей ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Показателями поведенческо-деятельностного критерия служат: удовлетворение особых потребностей своего ребенка; умения организовать совместную деятельность.

Вторая глава диссертации посвящена эмпирическому исследованию.

Целью нашего исследования было - теоретическое обоснование и разработка технологии абилитационной работы с родителями детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья.

Базой исследования послужило Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад компенсирующего вида №17» г. Миасс для детей с нарушением слуха.

В исследовании приняли участие 18 родителей, воспитывающих детей с нарушением слуха.

На основании выделенных критериев и их показателей определены и охарактеризованы три уровня сформированности готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья: низкий, средний и высокий.

Родители, обладающие высоким уровнем сформированности готовности к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья, испытывают чувство любви, симпатии и уважения к ребенку, адекватно оценивают его интеллектуальные и творческие способности. В их семье сложены доброжелательные отношения. У родителей имеются знания об особенностях своего ребенка, о диагнозе. Они видят и понимают индивидуальность своего ребенка, легко приспосабливаются к ним, у них сформировано понимание особых потребностей детей с ограниченными возможностями здоровья.

Родители со средним уровнем заботы о ребенке с ограниченными возможностями здоровья воспринимают как обременительную обязанность; у них недостаточно сформировано родительское чувство; кроме того, существует эмоциональная напряженность в семье. Представления родителей о ребенке с ограниченными возможностями здоровья и об особенностях своего ребенка, диагнозе нечеткие, неконкретные, поверхностные. Родители стараются приспособиться к потребностям ребенка. Родители с нежеланием занимаются обучением ребенка или его лечением, у них слабая заинтересованность в делах и планах ребёнка.

Родители, имеющие низкий уровень сформированности готовности к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья, воспринимают своего ребёнка неприспособленным, неудачливым, испытывают к нему злость, досаду, раздражение, обиду, постоянно ощущают тревогу за ребенка, эмоционально отвергают и не принимают ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Они мало обращают внимание на ребенка, унижают, постоянно

недовольны им, критикуют и порицают его. У родителей не сформировано родительское чувство, представления о ребенке с ограниченными возможностями здоровья, они не знают и не понимают особенности своего ребенка; у них нет большого интереса к общению с ним, к его потребностям, к новой информации по его воспитанию; ограниченное представление о необходимости и значимости, способах и формах психолого-педагогической коррекции и лечения. Они считают, что у ребенка нет никакого отклонения в развитии, жестоко обращаются с ним, не интересуются поведением ребенка, уверены в том, что ребенок сам ответственен за свое поведение и удовлетворение собственных потребностей, не создают условия для воспитания, обучения и лечения ребенка; способы взаимодействия с ребенком неадекватны.

Технология абилитационной работы с родителями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями здоровья есть совокупность средств и способов, направленных на формирование системы обобщенных умений родителя выстраивать конструктивные взаимоотношения с ребенком, системы знаний, необходимых для успешных межличностных отношений в диаде родитель – ребенок, системы качеств личности, обеспечивающих конструктивные взаимоотношения. Технология представляет собой непрерывный процесс сменяющихся этапов (диагностико-аналитический, целеполагающий, процессуально-деятельностный) со своими специфическими структурными составляющими – компонентами (диагностика уровня готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми; цель, задачи, содержание процесса формирования готовности родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья; родители, педагог как субъекты процесса формирования искомой готовности).

Обучение, педагогическое просвещение, переориентация – основные цели, решаемые в процессе занятий «Клуба успешных родителей», проводимых в четырех направлениях: организация педагогического,

санитарно-гигиенического и культурологического родительского всеобуча; ознакомление родителей с условиями, динамикой и спецификой осуществления воспитательно-образовательной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья в образовательном учреждении; организация обмена опытом семейного воспитания, формирования у детей с ограниченными возможностями здоровья положительных личностных и физических качеств, представлений и привычек здорового образа жизни; проведение совместных мероприятий образовательного учреждения и семьи по воспитанию здорового, социально успешного и счастливого ребенка.

Содержание занятий позволяет поэтапно формировать готовность родителей к конструктивным взаимоотношениям с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

В целом, проведенное исследование открывает перспективы для дальнейшей разработки проблемы абилитации родителей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья: выявление гендерных особенностей исследуемого процесса; особенностей, связанных с определенным нарушением здоровья детей и его тяжестью и др.

Таким образом, цель исследования – теоретически обосновать и разработать технологию абилитационной работы с родителями детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья – достигнута. Задачи решены. Гипотеза находит свое подтверждение.

Список использованных источников

1. Аксенова, Л. И. Ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья / Л. И. Аксенова. – М. : Юрайт, 2018. – 377 с.
2. Ананьев, Б. Г. Особенности восприятия пространства у детей / Б. Г. Ананьев, Е. Ф. Рыбалко. – Москва : Просвещение, 1964. – 303 с.
3. Анкета «Определение воспитательских умений у родителей, детей с отклонениями в развитии» (Е. В. Ткачева) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://infourok.ru/anketa-opredelenie-vospitatelskih-umeniy-u-roditeley-detey-s-otkloneniyaми-v-razvitiі-v-v-tkacheva-3528800.html>
4. Анкета «Психологический тип родителя» В.В. Ткачева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://psylist.net/praktikum/00261.htm>
5. Базранова С. Г. Проблемы духовности современной семьи / С. Г. Базранова, Л. В. Илларионова // Семья. Государство. Общество : сб. науч. тр. - Москва - Чебоксары, 2014. - С. 25-27.
6. Баилова Т. А. Как помочь малышу со сложным нарушением развития : пособие для родителей / Т. А. Баилова, Н. А. Александрова. — М. : Просвещение, 2008. — 111 с.
7. Беседа для родителей «Наша семья и ребенок» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://infourok.ru/diagnostika-semi-i-semeynogo-vospitaniya-755584.html>
8. Бондаревская Е. В. Ценностные основания личностно ориентированного воспитания / Е. В. Бондаревская // Педагогика. - 1995. - № 4. - С. 29-36.
9. Браткова М. психолого-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей раннего возраста с проблемами развития / М. Браткова, Т. О. Бутусова // Дошкольное воспитание. - 2010. - № 4. - С. 55 - 60.
10. Булатова О. В. Родительско-детские отношения как фактор формирования познавательного интереса у младших школьников с ЗПР: дис....к. псих, наук : 19.00.10 / О. В. Булатова. - Н . Новгород, 2010. - 175 с.

11. Васильев-Бурзуй Е. В. Семья — святилище храма нравственной природы человека / Е. В. Васильев-Бурзуй, В. Н. Жамалова // Семья. Государство. Общество : сборник научных статей. - Москва - Чебоксары, 2012. - С. 46 - 18.

12. Вассерман Л. И. Психологическая методика «Подростки о родителях» и ее практическое применение / Л. И. Вассерман, И. А. Горьковая, Е. Е. Ромицына. — М. : Фолиум, 1994. — 56 с.

13. Видяпина Н. В. Проект «Семейный психолог» в системе комплексного сопровождения семей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями речи / Н. В. Видяпина // Системный подход к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья: материалы всероссийской конференции «Образование детей с ограниченными возможностями здоровья : опыт, проблемы, перспективы» — Самара : Современные образовательные технологии, 2015. - С. 100-101.

14. Видяпина Н. В. Проект «Семейный психолог» в системе комплексного сопровождения семей, воспитывающих детей с тяжелыми нарушениями речи / Н. В. Видяпина // Системный подход к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья: материалы всероссийской конференции «Образование детей с ограниченными возможностями здоровья : опыт, проблемы перспективы» — Самара : Современные образовательные технологии, 2015. - С. 100-101.

15. Винарская, Е. Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии: Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка / Е. Н. Винарская. – М. : Просвещение, 2011. – 24 с.

16. Волосовец, Т.В. Состояние и перспективы развития системы ранней помощи детям России / Т. В. Волосовец // Дефектология. – 2003. – № 4. – С. 4-6.

17. Воспитание детей в семье : опыт, проблемы, перспективы : сборник научных трудов. - Чебоксары : Чувашгоспедуниверситет им. И. Я. Яковлева, 2014. - 228 с.

18. Выготский, Л. С. Психология развития ребенка – М.: Издательство Смысл, 2004. – 512 с.
19. Грашин А. А. Дизайн детской развивающей предметной среды : учеб. пособие / А. А. Грашин. – М. : Архитектура–С, 2008. – 296 с.
20. Грозная, Н.С. Ранняя помощь. Современное состояние и перспективные направления развития / Н. С. Грозная // Синдром Дауна. XXI век. – 2010. – № 10. – С. 54-61.
21. Дементьева, Н.Ф. Дома-интернаты: от призрения к реабилитации / Н.Ф. Дементьева, А.А. Модестов. – Красноярск, 1993, – 195с.
22. Ершова Ю. С. Детско-родительские отношения как условие социальной адаптации ребенка : дис. ... канд. психол. наук : 19.00.07 / Ю. С. Ершова. - Ярославль, 2013. – 175 с.
23. Закон Российской Федерации «О государственных пособиях гражданам, имеющих детей» от 19.05.1995 г №81-ФЗ // Собрание законодательства РФ, 1995, №21, ст. 1929.
24. Закон Российской Федерации «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации» от 10.12.1995 г. №195 — ФЗ // Собрание законодательства РФ, 1995, №50, ст. 4872.
25. Закревская, О. В. Развивайся, малыш! Система работы по профилактике отставания и коррекции отклонений в развитии детей раннего возраста / О. В. Закревская. – М. : ГНОМ и Д, 2007. – 88 с.
26. Ильина Г. М. Семья как фактор социально-культурной интеграции ребенка-инвалида : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.05 / Ильина Г. М. — СПб., 2009. - 225 с.
27. Каптерев П. Ф. О природе детей / П. Ф. Каптерев. — М. : Сфера, 2012.-190 с.
28. Кириллова, Е.В. Обобщение зарубежного опыта по социальной реабилитации и интеграции детей-инвалидов [Электронный ресурс] / Е.В. Кириллова // Сибирский вестник специального образования. – 2010. – № 1.– Режим доступа: <https://www.twirpx.com/file/887109/>

29. Ковалева Т. В. Психолого-педагогическая помощь семьям, воспитывающим детей с ОВЗ, через организацию работы «Школы родителей» / Т. В. Ковалева // Системный подход к образованию детей с ограниченными возможностями здоровья: материалы всероссийской конференции «Образование детей с ограниченными возможностями здоровья : опыт, проблемы, перспективы» - Самара : Современные образовательные технологии, 2010. - С. 105-107.

30. Кожевникова, Е. В. «Абилитация Младенцев» первая в России программа раннего вмешательства / Е.В. Кожевникова, Р.Ж. Мухамедрахимов, Л. А. Чистович // Педиатрия. – 1995. – № 4. – С. 112-113.

31. Кулагина, Е.В. Образование детей-инвалидов и детей с ограниченными возможностями здоровья: социально-экономический аспект / АНО «Совет по вопросам управления и развития»; ИСЭПН РАН. – М.: ООО «Деловые и юридические услуги «ЛексПраксис», 2014. – С. 206.

32. Лалаева, Р. И. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников / Р. И. Лалаева. – СПб. : Союз, 2011. – 128 с.

33. Лапшин, В.А. Основы дефектологии: учеб. пособие для студентов пед. ин-тов / В.А. Лапшин, Б.П. Пузанов.– М. : Просвещение, 1990г. 143 с.

34. Левченко И. Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонением в развитии : метод, пособие / И. Ю. Левченко, В. В. Ткачева. - М. : Просвещение, 2013. - 239 с.

35. Малофеев, Н. Н. Единая концепция специального федерального государственного стандарта для детей с ограниченными возможностями здоровья: основные положения / Н. Н. Малофеев, О. С. Никольская, О. И. Кукушкина, Е. Л. Гончарова // Дефектология. - 2010. - №1. - С. 6-22.

36. Малофеев, Н.Н. Реабилитация средствами образования должна начинаться с первых месяцев жизни ребенка [Электронный ресурс] / Н.Н. Малофеев // Альманах ИКП РАО научно-методический журнал, Выпуск 2/2000. – Режим доступа: <http://almanah.ikprao.ru>

37. Малофеев, Н.Н. Система специального образования нового типа: альманах института коррекционной педагогики РАО [Электронный ресурс] // Н.Н. Малофеев – №11/ 2007 г. – 94 с. – Режим доступа: <http://alldef.ru/ru/articles/almanah-11#ccat>

38. Мамайчук, И. И. Социально-психологическое исследование семьи больных с детским церебральным параличом и психокоррекционная работа с родителями / И. И. Мамайчук, В. Л. Мартынов, Г. В. Пятакова // Психологические исследования в практике врачебно-трудовой экспертизы и социально-трудовой реабилитации / редкол. : Н. Б. Шабалина, Т. А. Добровольская, Л. А. Ширшова. - М. : ЦИЭТИН, 2002. - С. 98-104.

39. Марковская И. М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми / И. М. Марковская. - СПб.: Речь, 2009. - 120 с.

40. Мастюкова Е. М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучения детей с особыми проблемами в развитии / Е. М. Мастюкова. - М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. - 304 с.

41. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина ; под ред. В.И. Селиверстова. - М. : Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 2010. - 408 с.

42. Методические рекомендации Минтруда России от 18.09.2012 «Методика паспортизации и классификации объектов и услуг с целью их объективной оценки для разработки мер, обеспечивающих их доступность. Методическое пособие» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/70128576/>

43. Методические рекомендации по созданию системы ранней помощи в структуре доступного и непрерывного образования для детей с ограниченными возможностями здоровья. – М. : Агентство стратегических инициатив по продвижению новых проектов ; Институт коррекционной педагогики Российской Академии образования, 2016. – 79 с.

44. Мишина Г. А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / Г. А. Мишина. - Москва, 1998. - 179 с.

45. Мишина Г. А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста - дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития / Г. А. Мишина // Дефектология. - 2014. - № 1. - С. 60-64.

46. Морозова Е. И. Новые подходы к организации помощи семьям, воспитывающим проблемных детей раннего возраста / Е. И. Морозова // Дефектология. - 2006. - №3 - С. 49-57.

47. Оказание мультидисциплинарной помощи детям от рождения до 4 лет с ограниченными возможностями здоровья (Служба ранней помощи) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.siroststvo.ru/files/4389/16.pdf>

48. Определение степени проявления заботы о ребенке» (Е.Б Новикова) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sosh8-gkan.edu21.cap.ru/?t=hry&eduid=3922&hry=./66412/80840/111068/113004/113013>

49. Павлова, Л. Н. Раннее детство: развитие речи и мышления / Л. Н. Павлова. – М. : Мозаика-Синтез, 2011. – 168 с.

50. Печора, К. А. Дети раннего возраста в дошкольном учреждении / К. Печора. – М. : ВЛАДОС, 2010. – 172 с.

51. Полоухина Е. А. Влияние наличия ребенка-инвалида в семье на характер брачно-семейных отношений : автореф. дис. канд. ... психол. наук : 19.00.04 / Е. А. Полоухина. - Спб, 2009. - 24 с.

52. Попова, Н. Т. Культурные механизмы развития человека // Теоретическая культурология / Н. Т. Попова. – М. : Академический проект, 2005. – 624 с.

53. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.12.2009 N 1013н (ред. от 26.01.2012) «Об утверждении классификаций и критериев, используемых при

осуществлении медико-социальной экспертизы граждан федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы» (Зарегистрировано в Минюсте РФ 11.03.2010 N 16603) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/12174033/>

54. Примерная парциальная образовательная программа для детей раннего возраста «Первые шаги» / под. общ. ред. Е. О. Смирновой. – М. : МГППУ, 2014. – 189 с.

55. Проблемы реабилитации детей-инвалидов в российской федерации (по данным федерального регистра) / Л.С. Балева, Б.А. Кобринский, Е.Б. Лаврентьева, М.А. Подольная, Н.М. Соболев, Л.Н. Таперова // Российский вестник перинатологии и педиатрии .– 2011 .– №3 .– С. 5–12.

56. Психологическая помощь родителям в воспитании детей с нарушениями развития : пособие для педагогов-психологов / Е. А. Савина и др. - М. : Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2016. - 223 с.

57. Разенкова, Ю.А. Службы ранней помощи семье с особым ребенком: проблемы роста / Ю.А. Разенкова // Синдром Дауна XXI век, – М.: НО «Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2009, – №2. – С.:42–47.

58. Раннее вмешательство. Ключевые аспекты и международный опыт [Электронный ресурс] / Наталия Доброва-Крол, Международный детский фонд ООН (ЮНИСЕФ) – Режим доступа: http://www.unicef.org/ukraine/ukr/Early_Intervention_Concept_RUS.pdf

59. СанПиН 2.4.1.3049-13.Санитарно-эпидемиологические требования к устройству, содержанию и организации режима работы дошкольных образовательных организаций [текст] (с изм. на 27.07.2015 года) . - М.: Моркнига, 2018, - 82 с.

60. Селина В. В. Развитие педагогической компетентности родителей детей раннего возраста в ДОУ : дис. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / В.В. Селина. - Великий Новгород, 2009. — 188 с.

61. Слепой ребенок в семье / В. З. Денискина, Р. А. Курбанов. - М.: РГБС, 2011. - 25с.

62. Служба ранней помощи в учреждениях социального обслуживания (методические рекомендации по организации деятельности) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://files.rmc24.ru/region/pdf/orst_meti_2016.pdf

63. Спиваковская А. С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций / А. С. Спиваковская // Семья и формирование личности / под ред. А. А. Бодалева. - М., 2000. - С. 38-45.

64. Старобина, Е. М. Об оценке качества и эффективности предоставления услуг ранней помощи детям и их семьям / Е. М. Старобина // Детская и подростковая реабилитация. – 2017. – № 4. – С. 55-61.

65. Статистика инклюзивного и специального образования: сведения о численности детей с ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://federalbook.ru/files/FSOSREDNEE/Soderzhanie/SO-3/V/Statistika.pdf>

66. Суворова, Г.А. Психология деятельности: учебное пособие для студентов психологических и педагогических вузов / Г.А. Суворова. – М.: Пер Сэ, 2003. – 173 с.

67. Тарасенко Е.А. Социальная политика в области инвалидности: кросскультурный анализ и поиск оптимальной концепции для России [Электронный ресурс] / Е.А. Тарасенко // Журнал исследований социальной политики. – 2004.– Т. 2.– № 1. – Режим доступа: http://paralife.narod.ru/1sociology/jsps2004v2n1/01_tarasenko.htm

68. Ткачева В. В. Система психологической помощи семьям, воспитывающим детей с отклонениями в развитии : автореф. дис. д-ра психол. наук / В. В. Ткачева. - М., 2013. - 46 с.

69. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 03.07.2018) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559

70. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (в ред. от 27.06.2018) [Электронный ресурс]. –

Режим доступа: Система ГАРАНТ: <http://base.garant.ru/70291362/4c3e49295da6f4511a0f5d18289c6432>

71. Хайрутдинова И. В. Психолого-педагогические условия реализации воспитательной функции в семье, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями : дис. ... канд. психол. наук: 19.00.07 / И. В. Хайрутдинова. - Ижевск, 2015. - 182 с.

72. Хачатрянц, К. К. Об архитектурной среде для маломобильных групп населения/ Хачатрянц К. К. // Бюллетень Национального объединения строителей. – Минск, 2011. – вып. 7– С.92 – 107.

73. Цветкова, Л.А. Архитектурно-планировочные решения центров обучения и реабилитации детей младшего возраста с нарушениями опорно-двигательного аппарата : автореферат дис. ... кандидата архитектуры : 05.23.21 / Цветкова Любовь Александровна; [Место защиты: Нижегород. гос. архитектур.-строит. ун-т]. – Нижний Новгород, 2017. – 22 с.

74. Цыганок, А. А. Развитие базовых познавательных функций с помощью адаптивно-игровых занятий / А. А. Цыганок, А. Л. Виноградова, И. С. Константинова. – М. : Теревинф, 2019. – 72 с.

75. Чепурышкин, И. П. Абилизация детей с ограниченными возможностями здоровья / И. П. Чепурышкин // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 3. – С. 53-54.

76. Четвертаков, К. В. Развивающие игры для малышей : от года до трех лет / К. В. Четвертаков. – Москва : Айрис-пресс, 2006. – 104 с.

77. Эльконин, Д. Б. Избранные психологические труды. [Электронный ресурс] – М.: Педагогика, 1989. 560 с.: ил. – Режим доступа: [http://psychlib.ru/mgppu/eit/EIT-001-.htm#\\$p1](http://psychlib.ru/mgppu/eit/EIT-001-.htm#$p1)

78. Эльконин, Д.Б. К проблеме периодизации психологического развития в детском возрасте / Д.Б. Эльконин // Вопр. психол. 1971. № 4. С.6–20.

79. Югова, О.В. Вариативные стратегии раннего психолого-педагогического сопровождения ребенка с отклонениями в развитии и его семьи: автореферат дис. ... кандидата педагогических наук : 13.00.03 / Югова

Олеся Вячеславовна; [Место защиты: Моск. гор. пед. ун-т]. – Москва, 2012. – 24 с.

80. Янушко, Е. А. Развитие мелкой моторики рук у детей раннего возраста (1 – 3 года) / Е. А. Янушко. – М. : Мозаика-Синтез, 2007. – 56 с.

81. Dunst, C. J. (2004). An integrated framework for practicing early childhood intervention and family support. *Perspectives in Education*, 22(2), 1–16.

82. Guralnick, M. A developmental system model for early intervention // *Infants and Young Children* – 2001 – № 14 (2) – P. 1–18.

83. Harbin, G.L., McWilliam, R.A., & Gallagher, J.J. (2000). Services for young children with disabilities and their families. In J.P. Shonkoff & S.J. Meisels

Анкета «Психологический тип родителя» В.В. Ткачева[4]

Цель: определение психических свойств родителя воспитывающего ребенка с отклонениями в развитии.

Инструкция: В анкете содержатся утверждения, которые помогут определить некоторые свойства Вашей личности. Прочтите каждое утверждение и оцените его как верное или неверное по отношению к Вам. В случае если вы согласны, отметьте слово «Да», если нет – «Нет». В анкете нет правильных или неправильных ответов. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

1. Всю свою жизнь я строго слеую принципам, основанным на чувстве долга.
 - Да
 - Нет
2. Мне часто кажется, что у меня комок в горле.
 - Да
 - Нет
3. Я всегда полон (полна) энергии.
 - Да
 - Нет
4. Я придерживаюсь принципов нравственности и морали более строго, чем большинство других людей.
 - Да
 - Нет
5. Жизнь с ребенком, имеющим нарушения в развитии, всегда связана для меня с напряжением.
 - Да
 - Нет
6. Я верю в перспективу развития моего ребенка.
 - Да
 - Нет
7. У меня часто возникают боли в сердце, когда я расстраиваюсь из-за проблем ребенка.
 - Да
 - Нет
8. Когда я думаю о ребенке, меня никогда не покидают тревожные мысли.
 - Да
 - Нет
9. Родитель не виноват, если ребенок своим поведением вынудил наказать его физически.
 - Да
 - Нет
10. Когда я волнуюсь, у меня дрожат руки или тошнит.
 - Да
 - Нет
11. Я всегда стремлюсь оградить моего ребенка от трудностей и обид.
 - Да
 - Нет
12. Ребенок всегда зависит от родителя и должен его слушаться.
 - Да
 - Нет
13. Я заработал (заработала) язву из-за постоянных проблем с ребенком.

- Да
 - Нет
14. Ребенок с недостатками в здоровье — обуза для родителя.
- Да
 - Нет
15. Все дети должны воспитываться в строгости.
- Да
 - Нет
16. Считаю, что ребенок с проблемами в развитии постоянно нуждается в особом уходе и внимании со стороны родителей.
- Да
 - Нет
17. Моя жизнь изменилась в худшую сторону из-за проблем в развитии моего ребенка.
- Да
 - Нет
18. Если у ребенка слишком много проблем со здоровьем, его можно поместить в учреждение социальной защиты (интернат с постоянным проживанием).
- Да
 - Нет
19. Родители всегда ответственны за будущее своих детей.
- Да
 - Нет
20. Мой ребенок всегда берет верх надо мной в спорных ситуациях.
- Да
 - Нет
21. Я не остановлюсь ни перед чем в достижении поставленных целей.
- Да
 - Нет

Правила пользования анкетой

Для определения психологического типа родителя необходимо подсчитать сумму баллов в каждой из колонок.

Утвердительные ответы под номерами 1, 4, 7, 10, 13, 16, 19 определяют психосоматический тип родителя (П).

Утвердительные ответы под номерами 2, 5, 8, 11, 14, 17, 20 выявляют невротичный тип родителя (Н).

Авторитарный тип родителя (А) определяется утвердительными ответами под номерами 3, 6, 9, 12, 15, 18, 21.

Доминирующий психологический тип определяется по наибольшей сумме утвердительных ответов (+), полученной в одной из колонок.

Бланк анкеты «Психологический тип родителя»

Психосоматический	Невротичный	Авторитарный
1	2	3
4	5	6
7	8	9

10	11	12
13	14	15
16	17	18
19	20	21
Всего:	Всего:	Всего:

Определение степени проявления заботы о ребенке» (Е.Б Новикова) [48]

Описание теста

Вам необходимо проанализировать 15 утверждений и высказать свое суждение по каждому из них, проставив нужные баллы:

- 1 – категорически не согласен;
- 2 – мне трудно с этим согласиться;
- 3 – может быть, это и верно;
- 4 – я с этим согласен.

1. Родители должны предвидеть все проблемы, с которыми может столкнуться их ребенок, чтобы помочь ему в их преодолении.

2. Для того, чтобы быть хорошей матерью, достаточно общения только с собственной семьей.

3. Маленького ребенка следует держать всегда при себе, чтобы предупредить его падения и ушибы.

4. Если ребенок делает то, что он обязан делать, он находится на правильном жизненном пути.

5. Ребенок не должен заниматься теми видами спорта, которые могут привести к увечьям.

6. воспитание ребенка – труд тяжелый и зачастую неблагодарный.

7. У ребенка не должно быть тайн от родителей.

8. Если мать не уделяет время воспитанию детей из-за собственной профессиональной деятельности, значит, отец плохо содержит семью материально.

9. Любовью родителей ребенка не испортить.

10. Родители должны ограждать ребенка от негативных сторон реальной жизни.

11. Главное, чем должен заниматься ребенок, - это учеба. Все остальное в доме в состоянии сделать родители.

12. Мать – главное лицо в доме.

13. Семья должна жить под девизом: «все лучшее – детям!»

14. Защитить ребенка от любой инфекции можно путем ограничения его контактов с окружающими.

15. Родители должны помочь ребенку в определении круга его друзей и приятелей.

Обработка и интерпретация результатов

40 баллов и выше. Все ваши усилия направлены на то, чтобы интересы вашего ребенка были надежно защищены. Однако, это вскоре может вызвать его протест. Ваш ребенок лично зависит от вас, что не способствует формированию его собственных

интересов, самооценки. У него не развито умение самостоятельно принимать решения и нести груз ответственности за них.

25-40 баллов. Вы заняли верную позицию в воспитании своего ребенка. Он получает достаточное количество внимания и заботы старших, но при этом имеет возможность проявлять свою независимость и взрослость.

Менее 25 баллов. Вы мало уделяете внимания вопросам воспитания своего ребенка. Вас больше волнуют ваши проблемы на работе и супружеские взаимоотношения.

Беседа для родителей «Наша семья и ребенок» [7]

Цель - выявить традиции семей дошкольников, увлечения ребенка и его близких, особенности семейного микроклимата и отношения близких к ребенку.

Методика проведения. В индивидуальной беседе родителям предлагается ответить на следующие вопросы:

Как вы отмечаете семейные праздники?

Существуют ли особые традиции при проведении этих торжеств?

Какое участие в семейных праздниках принимает ребенок?

Любит ли Ваш ребенок делать что-нибудь вместе со взрослыми?

Какие дела Вы можете ему доверить?

В какие игры он любит играть дома? Во что Вы чаще всего играете с ребенком?

Кто из членов семьи чаще всего играет с ребенком? Какие роли разыгрываются?

Если в семье есть старший брат или сестра, наблюдаете ли вы, во что играют дети, организуют ли старшие дети игры?

Проявляет ли ваш ребенок заботливое отношение к Вам и другим членам семьи?

Умеет ли ваш ребенок словами выражать сочувствие, сопереживание? Приведите примеры.

Самостоятельно ли ребенок проявляет свое заботливое отношение к близким или по Вашему совету, просьбе, требованию?

В каких конкретных поступках проявлялась инициатива ребенка в оказании помощи, заботы?

В каком настроении обычно находится Ваш ребенок? Часто ли проявляет радость, удовольствие? Как часто меняется его настроение? (Отметить причины отрицательных реакций: плач, страх).

Какие черты характера ребенка Вам не нравятся? Что бы вам хотелось изменить в нем? Как вы думаете, почему возникли эти черты?

Какие книги вы читаете ребенку? Обсуждаете ли вы прочитанное? Любит ли ребенок слушать сказки, рассказы? Сопереживает ли он героям?

В результате имеющихся данных воспитатель получает информацию об особенностях взаимоотношений родителей с детьми детей, что интересует и волнует их в воспитании ребенка, какие проблемы испытывают родители в процессе семейного воспитания.

В процессе построения взаимодействия с семьями дошкольников полученные данные могут дополняться и углубляться в зависимости от выбираемых направлений сотрудничества педагога с родителями (педагогического образования родителей), конкретных проблем, выявленных в ходе первичной диагностики.

На следующем этапе диагностики (промежуточная диагностика) воспитатель подробнее исследует семьи тех детей, у которых наблюдаются поведенческие нарушения, проблемы взаимоотношения со сверстниками, низкий уровень эмоционального благополучия в семье. Преодоление этих и многих других поведенческих проблем невозможно без изучения сферы детско-родительских отношений.

Анкета «Определение воспитательских умений у родителей, детей с отклонениями в развитии» (В.В. Ткачева) [3]

Инструкция:

В анкете содержатся вопросы, которые помогут определить Ваши способности как воспитателя своего ребенка. Прочтите каждое утверждение и оцените его как верное или неверное по отношению к Вам. В том случае, если оно верное, отметьте слово «ДА», если неверное, то слово «НЕТ». В анкете нет правильных или неправильных ответов. Отвечайте так, как Вы сами думаете.

1. Трудно ли вам угадывать желания и настроения вашего ребенка?
2. Принимаете ли вы своего ребенка таким, каков он есть, со всеми его недостатками и проблемами?
3. Любите ли вы проводить с ребенком свободное время: играть, читать книги, совершать прогулки, отдыхать и др.?
4. Проявляете ли вы к ребенку нежность и ласку в обращении (прижимаете к себе, гладите по головке, качаете на руках и др.)?
5. Сопереживаете ли вы ребенку, если он ушибся, ударился или расстроен чем-то?
6. Есть ли у вас с ребенком эмоциональный контакт?
7. Нравится ли вам улыбка вашего ребенка?
8. Довольны ли вы тем, что у вас такой ребенок?
9. Понимаете ли вы, что в развитии вашего ребенка имеются проблемы, может быть и значительные?
10. Считаете ли вы возможным разрешение этих проблем только собственными усилиями?
11. Нуждаетесь ли вы как родитель в профессиональной помощи педагогов и других специалистов учреждения, в котором обучается ваш ребенок?
12. Читаете ли вы педагогическую литературу? Если да, то укажите, как часто и какую.
13. Считаете ли вы, что обучение вашего ребенка в специальном учреждении поможет преодолеть проблемы в его развитии?
14. Как вы считаете, повлияет ли на позитивную динамику развития ребенка ваше личное участие и помощь?
15. Понимаете ли вы, что будущее вашего ребенка, в силу имеющихся у него нарушений, будет отличаться от будущего других детей?
16. Считаете ли вы себя ответственным за воспитание ребенка?
17. Считаете ли вы, что процесс воспитания, оказывает положительное воздействие не только на вашего ребенка, но и на вас?
18. Считаете ли вы возможным наказывать ребенка за провинность физически (ремнем, шлепком и др.)?
19. Проявляете ли вы терпение, если ребенок капризничает или не послушен?
20. Часто ли вы хвалите ребенка?
21. Повышаете ли вы голос на ребенка?
22. Оставляли ли вы ребенка одного в темной комнате в качестве наказания?
23. Уважительно ли вы относитесь к личности ребенка?
24. Какой тип поощрения ребенка вы используете:
 - подарок (материальный),
 - похвалу (моральный),
 - проявление ласки, нежности (эмоциональный).

Правила пользования анкетой

Воспитательские умения родителей детей с отклонениями в развитии оцениваются по трем шкалам:

— шкала «Эмоциональное принятие—отвержение ребенка» включает ответы на первые восемь вопросов;

— ответы на вопросы с 9 по 17 соответствуют шкале «Рациональное понимание—непонимание проблем ребенка»;

— соответственно в вопросах с 18 по 24 раскрывается содержание шкалы «Адекватные—неадекватные формы взаимодействия».

Положительными считаются следующие ответы: «ДА» - 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 23;

«НЕТ» - 1, 10, 18, 21, 22.

На 24 вопрос дается дифференцированный ответ.