

Міністерство охорони здоров'я України
Національний медичний університет імені О.О.Богомольця
Кафедра загальної і медичної психології

Курсова робота
на тему: «Особливості особистісного прийняття батьками дітей з
особливостями психофізичного розвитку»

Виконала:
студентка 2 курсу 1 групи
медико-психологічного факультету
Голіброда Анастасія Іванівна

Науковий керівник:
доцент кафедри загальної
і медичної психології,
канд.психол.наук
Тертична Надія Анатоліївна



Завідувач кафедри професор Матяш М.М.



Київ-2019

ЗМІСТ

Вступ.....	3-4
Розділ 1. Теоретичні основи особливостей особистісного прийняття батьками дітей з особливостями психофізичного розвитку	5-13
1.1 Прийняття батьками дітей, як основу дитячо-батьківських стосунків у сім'ї, що виховують дитину з особливостями психо-фізичного розвитку.....	5-8
1.2 Загальна характеристика груп дітей з особливостями психо-фізичного розвитку	8-11
1.3 Соціально-психологічні особливості сімей, що мають дітей з особливими потребами.....	11-13
Розділ 2. Емпіричне дослідження особливостей прийняття батьками дітей з особливостями психофізичного розвитку	14-28
2.1 Планування та організація дослідження.....	14
2.2 Аналіз результатів дослідження.....	14-28
Висновки.....	29-31
Список використаних джерел.....	32

Вступ

У сучасних умовах розвитку суспільства особливого значення набула сім'я і сімейні відносини, загострилася проблема спілкування в сім'ї, оскільки сімейні взаємини носять менш емоційний і духовний характер. У сучасному світі у людей все менше часу залишається для спілкування один з одним, а спілкування з дітьми, часом, зводиться лише до задоволення елементарних потреб. Зараз більшість сучасних сімей не може забезпечити в достатній мірі потреби дітей і підлітків у спілкуванні і в суспільстві. Сім'я все більше перетворюється на спільноту «за інтересами», де лише живуть, їдять і сплять. Часом індивідуалізм настільки зростає, що члени сім'ї найчастіше лише співіснують один з одним. У таких сім'ях практично не залишається проблем, які родина повинна вирішувати спільно, що позбавляє дітей і батьків досвіду спільних емоційних переживань. Звичайно, батьки прагнуть дати своїм дітям все найкраще, захистити їх від зайвих тривог, забезпечити їм «світле майбутнє». Але у гонитві за благами цивілізації, вони часом забувають про необхідність простого, довірчого спілкування.

Поряд з цим, проблема інтеграції в соціум, підвищення якості життя дітей з обмеженими можливостями та їх сімей завжди була і залишається актуальною. У нашій країні з кожним роком збільшується кількість дітей з важкими вродженими та набутими захворюваннями, що призводить до повної їх інвалідності. За статистикою в Україні налічується 135,4 тисяч дітей з інвалідністю, або 120 осіб на кожні 10 тисяч дітей.

Сім'я, у якій живе хвора дитина виявляється особливою групою, якій відповідає притаманна тільки їй атмосфера міжособистісних стосунків. Ці стосунки по різному проявляються і в різному ступені впливають на розвиток дитини, протікання її хвороби, а також загальний психічний стан самих батьків.

Сім'я є середовищем, в якому формується особистість дитини і закладається ресурс її соціальної адаптації. Мікроклімат, який батьки

створюють в сім'ї, відіграє основну роль у процесі розвитку дитини. Ситуація народження і виховання дитини з особливими психофізичними потребами, в більшості випадків деформує взаємини в сім'ї. У 30% випадків сім'ї розпадаються. На жінку, яка має дитину з особливими потребами, накладається ще один стресовий фактор — розставання з коханою людиною. Нерідко ускладнюються і взаємини жінки з найближчими родичами: її дорікають у народженні дитини з особливими потребами. Якщо ж дитина стала інвалідом в перебігу життя, родичі також звинувачують жінку в тому, що вона «погана мати». Жінці, обтяженій настільки важкими випробуваннями, найчастіше ніде отримати підтримку.

Що стосується чоловіків, батьків дітей з особливими потребами, народження дитини з особливими потребами часто сприймається як обмеження його чоловічої гідності. Тому, чимало чоловіків переносять відповідальність за народження дитини з особливими потребами на жінку, і розлучаються з нею. Однак існують чоловіки, у яких народження дитини з особливими потребами ініціює їх соціальну активність. Вони починають активно боротися за краще майбутнє своєї дитини. І, таким чином, самореалізуються в соціумі. Є чоловіки, які у зв'язку з народженням дитини з особливими потребами кардинально змінюють свій погляд на світ: починають захоплюватися релігією, духовними практиками та впроваджують їх у процес виховання дитини і дружини. Найбільш численна група чоловіків, які зберігають сім'ю після появи дитини з особливими потребами, вважає своїм основним завданням додаткове матеріальне забезпечення сім'ї.

Є сім'ї, в яких поява дитини з особливими потребами зміцнила взаємини між подружжям. Такі сім'ї є опорою суспільства і держави, сімейним інститутом гармонійної соціалізації дитини з особливими потребами. Отож, **метою нашої роботи є:** визначення особливості особистісного прийняття батьками дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Об'єкт дослідження: дитячо-батьківські стосунки у сім'ях з дітьми з особливостями психофізичного розвитку.

Предмет дослідження: психологічні особливості особистісного прийняття батьками дітей з особливостями психофізичного розвитку.

Завдання дослідження :

1. Підібрати методики для дослідження особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами.
2. Провести емпіричне дослідження.
3. Зробити відповідні висновки.

Методи дослідження: теоретичні – аналіз літературних джерел, узагальнення та систематизація; емпіричні – методика «Діагностика батьківського ставлення» (А.Я. Варга, В.В. Столін), методика «Сімейна соціограма» (Е.Г. Ейдемільер, І.М. Нікольська)

Розділ I. Теоретичні аспекти проблеми прийняття батьками дітей з особливостями психофізичного розвитку.

1.1 Прийняття батьками дітей як основа дитячо-батьківських стосунків у сім'ях, що виховують дитину з особливостями психофізичного розвитку.

Термін «прийняття» увійшов у практику дитячо-батьківських стосунків завдяки науковій творчості відомого психотерапевта ХХ ст., представника гуманістичної психології американського вченого Карла Роджерса. Він трактує прийняття як безумовно позитивне ставлення до дитини незалежно від того, чи радує вона дорослих у даний момент. З погляду Карла Роджерса, у поведінці дитини немає нічого такого, що дало б батькам привід сказати: «Якщо ти чиниш так, то я більше не поважаю і не люблю тебе». Водночас важливо зрозуміти: безумовне прийняття не означає буквально, що інші значущі люди повинні пробачати або схвалювати усе, що дитина робить або говорить. Насправді йдеться про створення такого сімейного оточення, в якому малюка хвалять і визнають як повноцінного члена родини, котрий інколи може бути нестерпним, але якого все ж таки люблять. К. Роджерс був переконаний, що виховання дітей з безумовним прийняттям та позитивною увагою забезпечує надійну основу для їхнього становлення та повноцінного функціонування у дорослому житті.

Згідно системного підходу до типологізації прийняття дитини і

батьківського ставлення готовність батьків до повного прийняття дитини визначається такими кроками: дозволом їй бути такою, якою вона є; увагою до її почуттів і думок, умінням почути та зрозуміти їх; здатністю підтримати дитину, усвідомлюючи, що її цінності та системи поглядів можуть не збігатися з батьківськими; повагою до позиції дитини, вірою в її сили та можливості; готовністю ділитися власними цінностями і поглядами, створюючи тим самим можливість дитині розуміти інших; поблажливим і терплячим ставленням до своїх вихованців. За всім цим стоїть безкорислива, істинна любов батьків до дітей, яка допомагає дорослим відмовитися від фіксації на слабостях, недоліках, недосконалостях, спрямовує виховні зусилля на підкріплення позитивних якостей особистості дитини, на підтримку її сильних сторін. Найважливіше, що ця стратегія виграшна для всіх учасників виховного процесу - батьків і дітей, а відтак для сім'ї в цілому. Адже саме в якій атмосфері, де безоцінно приймаються будь-які індивідуальні відмінності, де любов і прихильність виражаються відкрито, де помилки допомагають здобути новий досвід, де спілкування відкрите й довірче, де особиста відповідальність і чесність - обов'язкові складові взаємин, може сформуватися почуття самоцінності в кожного члена сім'ї.

Психологічне прийняття - це особлива позиція щодо себе та своєї дитини, яка має когнітивний, емоційно-смісловий та поведінковий компоненти.

Когнітивний (пізнавальний) компонент виявляється у тому, що батьки мають необхідні знання про дитину, причому не лише зовнішні, але й інтуїтивні - вміння визначати потреби дитини.

Емоційно-смісловий компонент виражається у повному прийнятті батьками дитини з особливими потребами як самостійної цінності: дитина не стає для батьків засобом самореалізації чи втримання партнера.

Поведінковий компонент характеризується компетентною взаємодією батьків з дитиною, адекватною до потреб дитини, здатною до відповідального вибору.

Отже, основними структурними елементами психологічного прийняття є:

- 1) сприймання дитини на когнітивному рівні («інфантилізація»);
- 2) інтегральне емоційне ставлення («прийняття-нехтування»);
- 3) форми та спрямованість контролю за поведінкою дитини («авторитарна

гіперсоціалізація»);

4) міжособистісна дистанція у спілкуванні з дитиною («симбіоз»).

Вивчення батьківського ставлення до дітей свідчить, що майже у половини батьків високі значення має складова «інфантилізація», що відображає проблеми у когнітивному компоненті прийняття. Високі значення складових «симбіоз» (порушення діагностується у половини батьків), та «авторитарна гіперсоціалізація» (виявлено майже у третини батьків) вказують на проблеми у поведінковому компоненті батьківського ставлення.

Також можна зазначити, що у переважної більшості батьків існують певні порушення батьківського ставлення, які потребують психологічної корекції, а також, в структурі батьківського ставлення ту чи іншу ступінь порушення мають всі три основні компоненти ставлення (емоційний, поведінковий, когнітивний).

Таким чином, позитивний ефект в процесі корекції неефективного батьківського ставлення до дитини з особливими потребами досягається шляхом цілеспрямованого та комплексного впливу на когнітивний, емоційний та поведінковий компоненти ставлення.

Особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами можна поділити на адекватні, та неадекватні; суб'єктивні та об'єктивні.

Під адекватним розуміється прийняття дитини «такою, як вона є», адже частіше саме близькі родичі повертають віру в сенс життя і віру в самого себе у дитини, створюючи особливий психологічний клімат її існування у родині. При адекватному прийнятті дитини кожен її успіх, кожне досягнення -- це успіх усієї родини.

Неадекватне прийняття -- це «відторгнення» дитини, негативне ставлення до неї. У батьків це ставлення може проявлятися у роздратуванні, по відношенню до дитини, у ігноруванні її інтересів в силу їх примітивності а також у бажанні покарати дитину.

При суб'єктивному прийнятті дитина з особливими потребами сприймається як суб'єкт соціальних відносин, тобто як повноправний член суспільства. Ані батьки, ані найближче оточування не фокусуються на інвалідності дитини, що є сприятливим фактором до її подальшої адаптації у суспільстві і соціумі, а також сприяє поступовій еволюції ставлення до людей з обмеженими можливостями у суспільстві.

А при об'єктивному прийнятті -- як особистість, яка віддалена від суспільства. Це обумовлене перш за все тим, що суспільство прагне до того, щоб відкупившись від дитини з особливими потребами з одного боку, обмежити її соціально і виховати в ній споживацьке ставлення до здорових людей і суспільства. У батьків об'єктивне ставлення проявляється у бажанні «сховати» дитину від усіх, що, в свою чергу, впливає на набування неадекватної форми взаємодії дитини з соціальним середовищем і виникнення комунікативних проблем і перешкод. Через це відносини з людьми фарбуються в свідомості дитини в несприятливі тони, для неї характерні відгородженість, тривожність, агресія.

Таким чином, можна сказати, що психологічними особливостями особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами є розуміння того, що інвалідність дитини різко змінює все буття і поведінку сім'ї -- цінності, прагнення, психологічні стан і реакції батьків.

Однією ж з проблем сім'ї, яка має дитину з особливими потребами, є сприйняття її як фактора, що порушує нормальну (в суспільстві усталену) функцію сім'ї. Подальший розвиток сімейних відносин гармонізує або ще більше викривлює їх і відповідним чином впливає як на дорослих, так і на дітей. Тож родині, батькам зокрема, треба бути свідомими щодо перебігу хвороби, перспективи психічного розвитку дитини і відповідним чином будувати свої стосунки у родині та за її межами.

Отож, під особистісним прийняттям ми розуміємо цілісну систему різноманітних почуттів до дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються по відношенню до неї, особливостей сприйняття та розуміння характеру дитини, її вчинків. Це визнання права дитини на властиву їй індивідуальність, несхожість на інших, у тому числі несхожість на батьків. У ситуації з дитиною з особливими потребами -- це найбільш актуально. Також у рамках особистісного прийняття або неприйняття дитини формується психологічний і емоційний стан батьків, та рівень спілкування у родині, коли з'являється дитина з особливими потребами. Особистісне прийняття або неприйняття батьками особливостей психофізичного розвитку дитини також лежить в основі виховного впливу батьків і впливає на визначення батьками моделі виховання.

1.2 Загальна характеристика груп дітей з особливостями

психофізичного розвитку.

У пострадянському просторі до 1917 року система надання допомоги дітям з особливими потребами не склалася, а пізніше, аж до 90-х років XX століття, робота з такою дитиною здійснювалася у спеціальних будинках-інтернатах ізольовано від суспільства. Нині багато фахівців працюють над вирішенням комплексу проблем дітей зі специфічними потребами. Але для того, щоб зрозуміти їх проблеми, виявити їх особливості і специфіку роботи з ними, необхідно, перш за все, з'ясувати, що ж включають в себе поняття «інвалід», «інвалідність» [6].

«Інвалідність» у дитячому віці визначають, як «стан стійкої соціальної дезадаптації, обумовлений хронічними захворюваннями або патологічними станами, різко обмежуючий можливість включення дитини в адекватні віком виховні та педагогічні процеси, у зв'язку з чим виникає необхідність у додатковому постійному догляді за нею, допомозі або нагляду» [5].

У дитини з особливими потребами визначається ступінь порушення здоров'я. Їх чотири:

1. 1 ступінь втрати здоров'я визначається при легкому та помірному порушенні функцій, які, згідно з Інструкцією, є показником до встановлення інвалідності у дитини, але, як правило, не призводять до необхідності визначення у осіб старше 18 років;
- 2) 2 ступінь втрати здоров'я встановлюється за наявності порушень функцій органів і систем життєдіяльності (відповідає 3 групі інвалідності у дорослих);
- 3) 3 ступінь втрати здоров'я відповідає 2 групі інвалідності у дорослого і характеризується наявністю виражених порушень функцій органів і систем, які, незважаючи на проведені лікування, обмежують можливості соціальної адаптації дитини;
- 4) 4 ступінь втрати здоров'я визначається при різко виражених порушеннях функцій органів і систем, що призводять до соціальної дезадаптації дитини за умови незворотного характеру ураження та неефективності лікувальних і реабілітаційних заходів (відповідає 1 групі інвалідності у дорослого) [2].

Кожному ступеню втрати здоров'я дитини з особливими потребами відповідає перелік захворювань, серед яких можна виділити наступні основні групи.

1. Першу групу становлять нервово-психічні захворювання.

Найбільш поширеними захворюваннями цієї групи є дитячий церебральний параліч, пухлини нервової системи, епілепсія, шизофренія та інші ендогенні психози, розумова відсталість (олігофренія або слабоумство різного генезу, що відповідають стадії ідіотії або імбецильності), синдром Дауна, розлади аутичного спектру [4].

Всі ці хвороби об'єднані в одну групу, однак, варто розділити розумову і психічну неповноцінність, на цьому наполягають організації, що займаються вивченням цієї категорії людей та/або наданням їм допомоги.

У дітей з особливими потребами цієї категорії дуже часто спостерігаються грубі порушення всіх сторін психічної діяльності: пам'яті, уваги, мислення, мовлення, моторики, емоційної сфери. Однак після спеціальних вправ і занять вони можуть досягти непоганих результатів. Коло проблем таких дітей вимагає, в основному, втручання фахівців у галузі педагогіки та реабілітації у тісному контакті з сім'єю [1].

Серед нервово-психічних захворювань можна виділити декілька різновидів захворювань у дітей.

- По-перше, це діти з розумовою відсталістю. Специфіка порушень стану психічного здоров'я у розумово відсталих дітей характеризується в першу чергу інертністю психічних процесів, тотальним недорозвиненням вищих кіркових функцій і пізнавальної діяльності при вираженому стійкому дефіциті абстрактного мислення, процесів узагальнення і відволікання.
- Другим різновидом захворювань у дітей є дитячий церебральний параліч. Порушення при дитячому церебральному паралічі (ДЦП) характеризуються поєднанням тріади розладів: рухових, психічних і мовних, з супутніми порушеннями зору, слуху і розладами сенсомоторної чутливості.
- Діти з розладами аутичного спектру формують третій тип нервово-психічних захворювань у дітей. В якості основного симптому у дітей цієї групи розглядається особлива дефіцитарність емоційно-вольової і комунікативно-потребнісної сфер, а саме:

сенсоафективна гіперстезія і слабкість енергетичного потенціалу, які проявляються у відсутності або значному зниженні потреби в контактах з навколишнім світом.

- Діти із затримкою психічного розвитку, ускладненою вираженими порушеннями поведінки становлять четвертий тип серед нервово-психічних захворювань у дітей. В останні роки у науково-методичній літературі широко обговорюються питання навчання і виховання дітей даної категорії.
- До п'ятої групи дітей з нервово-психічними захворюваннями відносяться діти з вадами мовного розвитку. Особливості розвитку дітей з алалією, афазією, дизартрією, анартрією, заїканням та іншими тяжкими мовними порушеннями є обтяжливими для психіки батьків. Саме порушення мови або її повна відсутність є передумовою до виникнення комунікативного бар'єру, відчуженості і відгородженості в батьківсько-дитячих стосунках. Проблеми мовного розвитку дитини виступають як фактор, що знижує можливості соціального спілкування дитини. Така дитина може розглядатися батьками як та, що має менші соціальні перспективи в майбутньому.

2. До другої групи можна віднести захворювання, пов'язані з фізичними вадами:

- Захворювання внутрішніх органів.
- Захворювання очей, що супроводжуються стійким зниженням гостроти зору до 0,08 в кращому випадку очі, що бачать до 15 від точки фіксації у всіх напрямках.
- Онкологічні захворювання, до яких належать злоякісні пухлини 2 і 3 стадії.
- Порушення і захворювання органів слуху.

3. Сенсорні порушення у дітей становлять третю групу захворювань.

4. Ендокринні захворювання також відносяться до груп захворювань, якій відповідає та чи інша ступінь втрати здоров'я.

Таким чином, аналіз наукової літератури дає підстави стверджувати, що існує досить великий перелік захворювань, що призводять до інвалідності. Ці хвороби, безсумнівно, «залишають свій слід» у поведінці дитини, її стосунках з оточуючими і в інших сферах її життя, створюючи певні «бар'єри» на шляху дітей з особливими потребами та їх сімей до нормального життя, до їх інтеграції у суспільство.

1.3. Соціально-психологічні особливості сімей, що мають дітей з особливими потребами.

Сім'я, яка виховує дитину з особливими потребами, стала об'єктом вивчення лише в II половині XX століття. У нашій країні особливості сімей, які виховують проблемних дітей, висвітлювались у працях таких дослідників, як: Є. В. Тиха (формування самосвідомості батьків, які переживають психотравмуючу ситуацію), Л. М. Шипіцина (взаємини в родині, де виховуються діти з розумовою відсталістю; особистісні особливості матерів, що виховують дітей з розумовою відсталістю), Є. Г. Ейдемільер, В. Юстицький (структурно-функціональні особливості сімей із психічно хворим; основні напрямки розвитку сім'ї психічно хворого), В.А.Вишневський, Р.Ф.Майрамян (поява у батьків, які виховують особливу дитину, різних соматичних захворювань, астенічних та вегетативних розладів, депресивної симптоматики), В.В.Ткачова (виникнення у батьків дітей-інвалідів особистісних порушень, певних характерологічних рис особистості), І.Б.Іванова (соціально-психологічні проблеми родин).

Сім'я, яка має дитину з особливими потребами, - це сім'я з особливим статусом, проблеми якої визначаються не тільки особливостями всіх її членів і характером взаємин між ними, але й закритістю сім'ї для зовнішнього світу, дефіцитом спілкування.

З одного боку, сім'ю розглядають як об'єкт, що сам по собі вимагає психологічної допомоги через стрес, викликаний появою в сім'ї особливої дитини.

З іншого боку, сім'ю розглядають як середовище, в якому росте і розвивається особлива дитина, що допомагає або перешкоджає її адаптації та соціалізації. У цьому аспекті досліджується: функції і структура сім'ї, де виховується дитина з особливими потребами, внутрішні та зовнішні стратегії сімейного життя ; формування психологічного клімату сім'ї та його вплив на процес соціалізації дитини з особливими потребами.

Тісний зв'язок між цими двома підходами самими дослідниками далеко не завжди усвідомлюється. Однак очевидно, що тільки у психологічно благополучній сім'ї особлива дитина може отримати те, що їй необхідно для входження в соціум і подальшого якомога більш повноцінного життя.

При вивченні родини особливої дитини, також важливо врахувати факт взаємовпливу членів будь-якої сім'ї один на одного. Члени сім'ї -

елементи однієї системи, і якщо змінюється один член, всі інші також зазнають змін, у свою чергу, впливаючи на першого. Коли в родині з'являється дитина, сім'я змінюється. Якщо ж у сім'ї з'являється дитина з особливими потребами, сім'я змінюється ще більше, змінюється повсякденне життя членів сім'ї, їх психологічний стан, контакти з зовнішнім середовищем.

Народження будь-якої дитини є стресом, який змушує змінитися сімейну систему для його подолання. Народження особливої дитини - більший стрес, так як до звичайних змін додається шок від поставленого діагнозу, додаткові турботи по догляду за дитиною, почуття сорому перед суспільством, почуття провини, потреба в додатковому матеріальному забезпеченні тощо. Нерідко тривалий стрес веде до порушення внутрішньо сімейних стосунків, психічних і психосоматичних розладів членів родини, та можливо, до часткової втрати сім'єю своїх функцій.

Як вказують Г.В.Кожарська, Ж.В.Смірнова, Г.Я.Цейтлін, родини з дітьми-інвалідами володіють цілим рядом психологічних особливостей, що негативно впливають на психологічний статус хворої дитини та її здорових братів і сестер. Більшості батьків властиво специфічне ставлення до дитини, що опирається на побоювання за її здоров'я, і обумовлена цим занижена оцінка її можливостей, полегшені, а в дійсності інфантилізуючі вимоги до дитини. При цьому всі зусилля батьків зосереджуються на збереженні здоров'я дитини на шкоду розвитку її як особистості.

Дитина з особливими потребами в сім'ї, особливо з сильним порушенням, обов'язково збільшує споживчі потреби, не збільшуючи при цьому продуктивні можливості сім'ї. Крім того, наявність такої дитини зменшує можливість більше заробляти, обмежує рекреаційні та соціальні заходи сім'ї і впливає на кар'єрний вибір членів родини.

Дитина з особливими потребами може отримувати надмірну увагу з боку одного з членів сім'ї. Як результат, інші члени сім'ї (наприклад, сиблінги, чоловік) можуть відчувати брак уваги й турботи, гнів до батьків і "привілейованого" члену сім'ї. Вони можуть виявляти свій гнів у вчинках, що спонукають до привернення уваги. Ці вчинки можуть ще більше віддалити їх від членів сім'ї, підвищуючи, таким чином, вірогідність деструктивної поведінки.

Прабатьки, які не можуть змиритися з наявністю дефекту у свого онука чи онучки, значною мірою додають батькам турбот. Батьки розриваються між

природною схильністю прийняти й любити свою дитину і тиском з боку прабатьків, які закликають відсторонитися від неї або навіть відправити у спеціальну установу. Такий сценарій викликає інтрапсихічний конфлікт у обох батьків, конфлікт батьків один з одним, конфлікт батьків зі своїми власними батьками і / або свояками. Батьки повинні зробити складний і болючий вибір, ставши на чийсь бік.

Сім'ї, які відчувають на собі клеймо з боку суспільства, ризикують опинитися ізольованими, замкнутими та самотніми. Хоча небезпека лежить поза сім'єю, сприйняття оточення як недружнього може викликати напругу всередині неї.

Таким чином, підводячи підсумок можна виділити такі соціально-психологічні особливості сімей з дітьми зособливими потребами.

По-перше, хвора дитина потребує більше матеріальних, духовних і фізичних затрат, ніж здорова.

По-друге, батьки дітей з особливими потребами дуже часто вдаються до надмірного опікування, що гальмує розвиток дитячої активності, самостійності, впевненості в собі.

По-третє, стадії розвитку сімей дітей з особливими потребами не подібні до стадій розвитку звичайних сімей. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ ОСОБИСТІСНОГО ПРИЙНЯТТЯ БАТЬКАМИ ДІТЕЙ З ОСОБЛИВОСЯМИ ПСИХО-ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ

2.1 Організація дослідження

У дослідженні брали участь 40 сімей. Випробовуваних було розподілено на дві групи. У першу групу увійшли сім'ї, які мають дітей з нормальним розвитком, а до другої групи увійшли сім'ї, що мають дітей з особливими потребами.

Перша група: вік батьків — від 26 до 35 років. У дослідженні брали участь 17 матерів і 3 батька. Вік дітей — від 6 до 7 років, з них 12 дівчаток, 8 хлопчиків.

Друга група: вік батьків — від 25 до 36 років. У дослідженні брали участь 18 матерів та 2 батька. Вік дітей — від 6 до 10 років, з них 15 дівчаток, 5 хлопчиків.

Емпіричне дослідження проводилося у декілька етапів:

1) перший етап – дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з нормальним розвитком;

2) другий етап – дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з особливими потребами;

3) третій етап – дослідження системи міжособистісних відносин і характеру комунікацій в сім'ї, де виховується дитина з нормальним розвитком;

4) четвертий етап – дослідження системи міжособистісних відносин і характеру комунікацій в сім'ї, де виховується дитина з особливими потребами.

2.2 Методи дослідження

Для діагностики спілкування в сім'ях з нормальними дітьми і дітьми з особливими потребами була використана «Методика діагностики батьківського ставлення», авторами якої є А.Я. Варга і В.В. Столін [3].

Батьківське ставлення розуміється, як система різноманітних почуттів і вчинків дорослих людей по відношенню до дітей. З психологічної точки зору батьківське ставлення — це психологічна установка по відношенню до дітей, що включає в себе раціональний, емоційний і поведінковий компоненти. Всі вони в тій чи іншій мірі оцінюються за допомогою опитувальника (див. Додаток 1), що становить основу даної методики.

Методика містить 61 питання опитувальника, які становлять п'ять наступних шкал, що виражають собою ті чи інші аспекти батьківського відносини.

1. «Прийняття - відкидання». Ця шкала відображає і уособлює інтегральне емоційне відношення і загальне емоційно позитивне (прийняття) або емоційно негативне (відкидання) ставлення до дитини.

2. «Кооперація». Ця шкала висловлює прагнення дорослих до співпраці з дитиною, прояви з їх боку щирої зацікавленості та участі в її справах, а також відображає соціально бажаний образ батьківського ставлення.

3. «Симбіоз». Питання цієї шкали орієнтовані на те, щоб з'ясувати, чи прагне доросла людина до єднання з дитиною чи, навпаки, намагається зберегти між дитиною і собою психологічну дистанцію. Це своєрідна контактність дитини і дорослої людини.

4. «Авторитарна гіперсоціалізація». Ця шкала відображає форму та напрямок контролю за поведінкою дитини, тобто характеризує те, як дорослі контролюють поведінку дитини, наскільки вони демократичні або авторитарні по відношенню до неї.

5. «Маленький невдаха». Ця остання шкала відображає особливості сприймання та розуміння дитини батьками, тобто вона показує, як дорослі відносяться до здібностей дитини, до її успіхів та невдач.

Обробка результатів та їх інтерпретація.

Для кожного з видів батьківських відносин, що виявляються за допомогою даного опитувальника, нижче вказані номери суджень, пов'язані з даним видом.

«Прийняття - відкидання»: 3, 5, 6, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 37, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.

«Кооперація»: 21, 25, 31, 33, 34, 35, 36.

«Симбіоз»: 1, 4, 7, 28, 32, 41, 58.

«Авторитарна гіперсоціалізація»: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

«Маленький невдаха»: 9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61.

За кожную відповідь «так» випробуваний отримує 1 бал, а за кожную відповідь типу «ні» – 0 балів. Високі бали вказують на значну розвиненість даних видів батьківських відносин, а низькі бали — на те, що вони порівняно слабо розвинені.

Високі бали за шкалою «Прийняття–відкидання» — від 23 до 33 — говорять про те, що у цього випробуваного є виражене позитивне ставлення до дитини. Дорослий в даному випадку приймає дитину такою,

яка вона є, поважає і визнає її індивідуальність, симпатизує їй, схвалює її інтереси, підтримує плани та різноманітні зачинання, проводить з нею досить багато часу і нітрохи не шкодує про це.

Низькі бали за цією ж шкалою — від 0 до 8 говорять про те, що дорослий відчуває по відношенню до дитини, в основному, тільки негативні почуття, роздратування, злість, досаду, навіть іноді ненависть. Такий дорослий вважає дитину невдахою, не вірить у її майбутнє, і у те, що вона досягне чогось у житті через свої низькі здібності, дурні нахили та невеликий ум. Дорослий також низько оцінює здібності дитини і нерідко своїм ставленням третирує дитину.

Високі бали за шкалою «кооперація» — 7-8 балів — є ознакою того, що дорослий проявляє щирий інтерес до того, що цікавить дитину, він високо оцінює здібності дитини, вірить у те, що вона досягне успіху у майбутньому, заохочує самостійність та ініціативу дитини, прагне бути з нею на рівних і усіляким чином показати їй це ставлення.

Низькі бали за цією шкалою — 1-2 бали свідчать про те, що дорослий по відношенню до дитини веде себе протилежним чином і не може претендувати на роль доброго педагога. Він не проявляє ніякого інтересу до того, що цікавить його дитину, а також мало вірить у те, що дитина досягне чогось у майбутньому.

Високі бали за шкалою «симбіоз» — 6-7 балів достатні для того, щоб зробити висновки про те, що дорослий прагне до симбіотичного зв'язку з дитиною. Тобто він відчуває себе з дитиною єдиним цілим, не встановлює психологічну дистанцію між собою та дитиною, намагається завжди бути

ближче до дитини, задовольняти її основні розумні потреби, захистити її від неприємностей та труднощів.

Низькі бали за тією ж шкалою — 1-2 бали — є ознакою для того, щоб зробити висновок, що даний дорослий, навпаки, намагається встановити значну психологічну дистанцію між собою та дитиною, мало піклується про неї. Тобто його недостатньо цікавить те, що відбувається з дитиною. Навряд чи такий дорослий може бути гарним вчителем і вихователем для дитини.

Високі бали за шкалою «авторитарна гіперсоціалізація» — 6-7 балів — говорять про те, що у дорослого дуже чітко простежується авторитаризм у батьківському ставленні. Дорослий вимагає від дитини беззастережного послуху і ставить їй суворі дисциплінарні рамки. Він нав'язує дитині майже в усьому свою волю, тим самим сприяючи розвитку несаможитності у дитини.

Низькі бали за цією ж шкалою — 1-2 бали, навпаки, свідчать про те, що контроль за діями дитини з боку дорослої людини практично відсутня. Це може бути не дуже добре для навчання і виховання дітей. Найкращим варіантом оцінки педагогічних здібностей дорослої людини по цій шкалі є середні оцінки від 3 до 5 балів. Це буде найбільш оптимальним показником для виховання дитини.

Високі бали за шкалою «маленький невдаха» — 7-8 балів — є ознакою того, що у дорослого в батьківському ставленні присутнє прагнення до інфантилізації дитини. Дорослий вважає дитину маленьким невдахою і ставиться до неї як до нетямущої суті. Інтереси, думки і почуття дитини здаються дорослим несерйозними, і вони ігнорують їх.

Низькі бали за тією ж шкалою — 1-2 бали, навпаки свідчать про те, що невдачі дитини дорослий вважає випадковими і вірить в неї, а також у те, що у дитини все вийде, якщо докладати зусиль. Дорослий постійно намагається підтримувати дитину, навіть коли в неї щось не виходить.

Отримані результати першого етапу дослідження (дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з нормальним розвитком) за шкалою «прийняття - відкинення», можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 87% сімей першої групи мають середній бал;
- 13% сімей першої групи мають високий бал.

Аналізуючи отримані дані, ми можемо інтерпретувати їх наступним чином. Більшість сімей першої групи мають середні бали за шкалою «Прийняття-відкидання». Це говорить про те, що батьки ставляться до дітей відносно добре, вони беруть активну участь у житті дітей, проводять з ними достатньо часу, але іноді в хід ідуть шпильки і закиди, але це не заважає дітям і батькам бути разом.

Отримані дані першого етапу дослідження за шкалою «кооперація», можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 33,3% сімей першої групи мають високий бал;
- 66,7% сімей мають середній бал.

Аналізуючи отримані дані можна зробити висновок, що у 33,3% сімей з нормальними дітьми, дорослі проявляють щирий інтерес до того, що цікавить їх дітей, високо оцінюють їх здібності, намагаються допомагати, співчують їй. Батьки також високо оцінюють інтелектуальні

і творчі здібності дітей, пишаються ними, а також заохочують самостійність та ініціативу дітей і намагаються бути з ними на рівних.

У 66,7% сімей дорослі приділяють менше уваги своїм дітям, не довіряють їм, не дуже високо оцінюють їх здібності, однак іноді намагаються виявляти інтерес до того, що цікавить їх дітей.

Дані першого етапу дослідження (дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з нормальним розвитком), які отримані за шкалою «симбіоз», можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 66,6% сімей з дітьми нормального розвитку мають високий бал;
- 33,3% сімей з дітьми нормального розвитку мають середній бал за даною шкалою.

Отримані дані говорять про те, що у 66,6% родин з нормальними не встановлюється психологічна дистанція між батьками та дітьми, батьки намагаються бути завжди ближче до дітей, задовольняти їхні основні розумні потреби, захистити їх від неприємностей.

У 33,3% сімей немає значної дистанції між батьками та дітьми, однак немає і розуміння. Батьки постійно відчують тривогу через дитину, яка їм здається маленькою та беззахисною.

Отримані дані за шкалою «авторитарна гіперсоціалізація» на першому етапі дослідження можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 13,3% батьків мають низькі показники за даною шкалою;
- 80% батьків набрали середню кількість балів;

- 13,3% батьків мають високий бал за даною шкалою.

Аналізуючи отримані дані можна зробити висновок, що у 13,3% сімей з дітьми нормального розвитку, контроль за дітьми з боку батьків практично відсутній, тобто батьки не вважають за потрібне у чомусь контролювати дитину.

У 80% сімей батьки в міру контролюють своїх дітей, що найбільш оптимально для дитини, тому що це не розвиває у неї ніяких комплексів.

У 13,3% сімей з нормальною дитиною, батьки ведуть себе авторитарно по відношенню до дитини, нав'язують їй свою волю, строго контролюють її. Батьки пильно стежать за соціальними досягненнями дитини, його індивідуальними особливостями, звичками, думками, почуттями.

Отримані дані першого етапу дослідження (дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з нормальним розвитком) за шкалою «маленький невдаха» можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 13,3% сімей набрали низький бал за даною шкалою;

- 86,6% сімей мають середній бал.

Отримані дані говорять про те, що у 13,3% сімей, де виховуються діти з нормальним розвитком, батьки вважають випадковими невдачі своїх дітей і вірять в них.

У 86,6% випадків батькам деякі інтереси дітей здаються несерйозними, однак вони вірять у своїх дітей і намагаються підтримувати їх в якихось питаннях, але не завжди.

Другий етап нашої роботи – це дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з особливими потребами.

Отримані дані другого етапу дослідження (дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з особливими потребами) за шкалою «прийняття - відкинення» представлені в таблиці 2.6.

Отримані результати можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 90% сімей отримали середній бал;
- 10% сімей отримали низький бал.

Ці дані можна інтерпретувати та проаналізувати наступним чином.

Як і в першій групі сімей, майже всі сім'ї з дітьми з особливими потребами мають середні бали за шкалою «Прийняття-відкидання», тобто ставлення батьків можна охарактеризувати як відносно добре. Батьки беруть активну участь у житті дітей.

Дані другого етапу дослідження за шкалою «кооперація» можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 6,6% сімей мають низький бал за даною шкалою;
- 93,4% сімей мають середній бал за даною шкалою.

Аналізуючи отримані дані ми можемо зробити висновок, що ситуація в сім'ях, які мають дітей з особливими потребами кардинально протилежна, ніж у сім'ях з нормальними дітьми (див. таб. 2.2). У 6,6% випадках, в сім'ях з дітьми з особливими потребами, дорослі практично не виявляють інтересу до того, що цікавить їх дітей, недооцінюють їх здібності, а вважають, що діти нічого не досягнуть у житті.

93,4% сімей мають середній бал, що свідчить про те, що майже у всіх сім'ях цієї групи дорослі дуже мало приділяють уваги своїм дітям, однак іноді намагаються заохочувати їх дії та ініціативу.

Отримані дані за шкалою «симбіоз» у другому етапі дослідження (дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з особливими потребами) можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 100% сімей мають високий бал за даною шкалою.

Отримані дані свідчать про те, що в зазначених сім'ях не встановлюється психологічна дистанція між батьками та дітьми, батьки намагаються бути завжди поруч з дітьми, задовольняти їхні потреби, захищати від неприємностей.

Дані, які були отримані на другому етапі дослідження за шкалою «авторитарна гіперсоціалізація» можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 53,3% сімей мають високий показник за даною шкалою;

- 46,6% сімей мають середні показники за даною шкалою.

Отримані дані можна інтерпретувати і проаналізувати так:

У 53,3% сімей з дітьми які мають особливі потреби, батьки намагаються нав'язати дитині свою волю, ведуть себе авторитарно по відношенню до дитини, не намагаються зрозуміти її точку зору, пильно стежать за її досягненнями. Якщо дитина щось робить за своїм бажанням – її суворо наказують.

46,6% батьків в таких сім'ях, в міру контролюють своїх дітей, що найбільш оптимально для дитини.

Отримані дані другого етапу дослідження (дослідження особливостей батьківського ставлення до дітей з особливими потребами) за шкалою «маленький невдаха» можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 13,3% сімей мають високі бали за даною шкалою;
- 86,6% сімей набрали середній бал за даною шкалою.

Ці дані ми можемо інтерпретувати та проаналізувати наступним чином:

У 13,3% сімей, де виховується дитина з особливими потребами, батьки ставляться до дитини як до нетямущої суті, інтереси, думки і почуття дитини здаються дорослим несерйозними і вони їх ігнорують. Батьки вважають дитину молодшою у порівнянні із реальним віком, тому дитина представляється не пристосованою, не успішною, відкритою для дурних впливів. У зв'язку з цим батьки намагаються відгородити дитину від труднощів життя і строго контролюють її дії.

У 86,6% випадках, в сім'ях з дитиною з особливими потребами, також, як і в сім'ях з нормальними дітьми, батькам деякі інтереси дітей здаються несерйозними, однак вони вірять у своїх дітей і намагаються підтримувати їх в якихось питаннях, але не завжди.

Таким чином, з результатів проведеного дослідження ми можемо зробити висновок, що не всі батьки ставляться до своїх дітей добре. Багато хто прагне до співпраці з дитиною, виявляють щире зацікавлення і участь у справах своїх дітей. Деякі намагаються зберегти між собою та дитиною дистанцію.

За даними дослідження видно, що сім'ї другої групи недооцінюють здібності своїх дітей, рідко заохочують самостійність та ініціативу дітей, намагаються захистити від труднощів і неприємностей життя, постійно відчують тривогу за дитину, дитина їм здається маленьким і беззахисним.

У першій групі спостерігаються ознаки віддаленості дітей від батьків і в деяких родинх батьки створюють дистанції у спілкуванні між собою і своїми дітьми.

Для реалізації третього та четвертого етапу дослідження, а саме дослідження стану дитини з нормальним розвитком та дитини з особливими потребами в системі міжособистісних відносин і характер комунікацій в сім'ї —прямий чи опосередкований, ми скористалися методикою «Сімейна соціограма», авторами якої є О.В. Черемісін і Е.Г. Ейдемилер [7].

Дана методика належить до проєктивних методик. Вона дозволяє виявити стан суб'єкта в системі міжособистісних відносин і характер комунікацій в сім'ї — прямий або опосередкований.

Випробуванням дають бланк з намальованим колом діаметром 110 мм.

Інструкція: «На аркуші перед вами зображено коло. Намалюйте в ньому самого себе та членів своєї сім'ї у формі кружечків і підпишіть їх іменами». Члени сім'ї виконують це завдання, не радячись один з одним.

Нижче наведені критерії, за якими проводиться оцінка результатів психодіагностики:

- 1) число членів сім'ї, що потрапили в площу кола;

- 2) величина кружечків;
- 3) розташування кружечків щодо один одного;
- 4) дистанція між ними.

Оцінюючи результат за першим критерієм, дослідник порівнює кількість членів сім'ї, зображених випробуваним, з реально існуючим. Можливо що родич, з яким суб'єкт перебуває у конфліктних відносинах, не потрапить у велике коло, він буде «забутий». У той же час хтось із сторонніх осіб, тварин, улюблених предметів може бути зображений як член сім'ї.

Далі треба звернути увагу на величину кружечків. Більше, у порівнянні з іншими, коло «Я» говорить про достатню самооцінку, менше - про занижену. Величина кругів інших членів сім'ї говорить про їх значущість в очах випробуваного.

Слід звернути увагу на розташування кругів у площі тестового поля і по відношенню один до одного (третій критерій). Розташування випробуваним свого круга в центрі кола може говорити про егоцентричну спрямованість особистості, а розміщення себе внизу, в стороні від інших членів сім'ї – на переживання емоційної відторгнутості.

Найбільш значимі члени сім'ї зображуються випробуваним у вигляді великих за розміром кружків у центрі або у верхній частині тестового поля.

Нарешті, певну інформацію можна отримати, проаналізувавши відстані між кругами (четвертий критерій). Відстань одного круга від інших може говорити про конфліктні відносини в сім'ї, емоційній відторгнутості випробуваного. Своєрідне «злипання», коли кружечки

нашаровуються один на інший, стикаються або знаходяться один в одному, свідчить про недиференційоване «Я» у членів сім'ї, наявність симбіотичних зв'язків.

Використання «сімейної соціограми» дозволяє в лічені хвилини в ситуації «тут і тепер» під час консультації чи сеансу сімейної психотерапії наочно уявити взаємовідносини членів сім'ї, а потім, розглянувши бланки, обговорити, що вийшло.

Третій етап нашої роботи – це дослідження системи міжособистісних відносин і характеру комунікацій в сім'ї, де виховується дитина з нормальним розвитком.

Отримані дані третього етапу дослідження за сімейною соціограмою представлені в таблиці 1.1.

Таблиця 1.1

Узагальнені результати дослідження системи міжособистісних відносин і характеру комунікацій в сім'ї, де виховується дитина з нормальним розвитком за сімейною соціограмою

№ респондента	Емоційна віддаленість	Емоційна близькість	Спілкування в родині опосередковане	Спілкування в родині пряме	Наявність симбіотичного зв'язку
1	+		+		
2	+		+		

3	+		+		
4	+		+		
5	+		+		
6		+	+		
7	+		+		
8	+		+		
9	+		+		
10	+		+		
11	+		+		
12	+		+		
13		+		+	+
14	+		+		
15	+		+		
16	+		+		
17	+		+		
18	+		+		
19	+		+		
20	+		+		

Отримані результати першої групи можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 85% сімей першої групи, не відчують емоційного взаємозв'язку батьків з дитиною, спілкування в такій родині опосередковане, через найбільш приємного члена родини;

- в 5% випадків матері з першої експериментальної групи мають великий емоційний зв'язок з дитиною, інші члени родини спілкуються опосередковано;

- 5% сімей відчують тісний емоційний зв'язок між усіма членами родини, у таких сім'ях спостерігається наявність симбіотичного зв'язку, немає чіткого диференційованого «Я» у членів родини;

- у 5% сімей спостерігається тісний емоційний взаємозв'язок з окремими членами родини, спілкування опосередковане, через найбільш приємного члена родини.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що у 85% в сім'ях де виховується дитина з нормальним розвитком, члени родини не відчують емоційного взаємозв'язку між собою. У 90% сімей система міжособистісних відносин має опосередкований характер комунікацій.

Четвертим етапом нашої роботи є дослідження характеру комунікацій і системи міжособистісних відносин в сім'ї, де виховується дитина з особливими потребами.

Отримані дані четвертого етапу дослідження за сімейною соціограмою представлені в таблиці 1.2.

Таблиця 1.2

Узагальнені результати дослідження системи міжособистісних відносин і характеру комунікацій в сім'ї, де виховується дитина з особливими потребами за сімейною соціограмою

№ респондента	Емоційна віддаленість	Емоційна близькість	Спілкування в родині опосередковане	Спілкування в родині пряме	Наявність симбіотичного зв'язку
1	+		+		
2		+		+	+
3	+		+		
4		+		+	
5	+				
6					
7	+				
8					
9	+				
10					
11	+		+		
12		+		+	+
13	+				
14		+		+	
15	+				
16					
17	+				
18		+		+	
19	+				
20		+		+	+

Отримані результати другої групи можна представити у такому відсотковому співвідношенні:

- 40% сімей другої групи, не відчують емоційного взаємозв'язку батьків з дитиною, спілкування в такій родині опосередковане, через найбільш приємного члена родини;

- 15% сімей існує тісний емоційний зв'язок з усіма членами родини, у таких сім'ях спостерігається наявність симбіотичного зв'язку;

- у 15% сімей, де виховується дитина з особливими потребами, існує в родині підсистеми: мама - тато, брат - сестра, мама - дочка, тато - син, мама - син і інші, це свідчить, що батьки не відчують емоційного взаємозв'язку з дитиною, спілкування в такій родині відбувається опосередковано, через найбільш приємного члена сім'ї;

- 30% сімей, де виховується дитина з особливими потребами, члени родини відчують тісний емоційний зв'язок з іншими членами родини, спілкування пряме.

Результати, які ми отримали в результаті дослідження, можна представити у вигляді діаграми, в якій чітко простежуються певні особливості ставлення батьків до дітей з особливими потребами.

У проведеному дослідженні особливостей особистісного прийняття батьками дітей з особливими потребами було визначено, що в сім'ях першої групи емоційні відносини різноманітні: у більшості сімей спостерігається доброзичливість, любов, але члени цієї родини не відчують тісного емоційного взаємозв'язку між батьками та дитиною. У деяких сім'ях простежується тривога, брак спілкування, дистанція між батьками та дітьми. Більшість батьків беруть активну участь в житті своїх дітей, проводять з ними достатню кількість часу, прислухаються до думки своїх дітей, хвалять їх, вірять у них, надають їм необхідну свободу вибору. Але присутні також сім'ї, які здійснюють підвищений контроль над своїми дітьми, і 2 сім'ї, які практично не контролюють своїх дітей.

У сім'ях, які мають дітей з особливими потребами спостерігаються більш близькі стосунки, діти оточені турботою і любов'ю, а батьки прагнуть до симбіотичних відносин з дітьми, намагаються задовольнити всі їхні розумні потреби, захистити від труднощів і неприємностей, але не прагнуть заохочувати ініціативу і самостійність дитини, деяким батькам думки їхніх дітей здаються несерйозними, на їхню думку, діти не можуть бути самостійними. Таке ставлення батьків до своїх дітей може привести до закріплення інфантильності, невпевненості, що надалі обов'язково призведе до порушень в спілкуванні.

В обох групах у дітей переважає дитячий тип спілкування, але в першій групі присутній і батьківський і дорослий тип, тоді як у другій батьківський тип спілкування відсутній.

У батьків першої групи переважає батьківський, але має місце і дорослий тип спілкування, тоді як у другій групі всі батьки мають тільки батьківський тип спілкування, а це також сприяє сказаного вище.

Таким чином можна зробити висновок, що особливості прийняття батьками дітей з особливими потребами можна виділити у всіх компонентах прийняття (когнітивному, емоційному, поведінковому і симбіотичному).

Когнітивний компонент характеризується тим, що у сім'ях з дитиною з особливими потребами, так само як і в сім'ях з нормальними дітьми, батькам деякі інтереси і захоплення дітей здаються несерйозними і в більшості випадків вони їх ігнорують. Але деякі батьки намагаються підтримувати дітей і допомагати їм.

На емоційному компоненті також простежується той момент, що ставлення батьків як в сім'ях з нормальними дітьми, так і в сім'ях з дітьми з особливими потребами можна охарактеризувати як відносно добре, тобто в стосунках батьків і дітей є гармонія та взаємопорозуміння.

Аналізуючи результати, отримані у поведінковому компоненті можна зробити висновок, що більшість батьків ведуть себе авторитарно по відношенню до дитини, не намагаються зрозуміти її.

Симбіотичний компонент характеризується тим, що в сім'ях з дітьми з особливими потребами не встановлюється психологічна дистанція між батьками та дітьми, батьки намагаються завжди бути поруч з дітьми.

ВИСНОВКИ

У результаті виконаної роботи можна зробити висновки наступні висновки.

Існує досить великий перелік захворювань, що призводять до інвалідності. Ці хвороби, безсумнівно, залишають свій слід на поведінці дитини, її стосунках з оточуючими і в інших сферах її життя, створюючи певні «бар'єри» на шляху дітей з особливими потребами та їх сімей до нормального життя, до їх інтеграції у суспільство.

Також можна сказати, що усі розглянуті у роботі захворювання різко обмежують можливість включення дитини з особливими потребами в адекватні віком виховні та педагогічні процеси, у зв'язку з чим виникає необхідність у додатковому постійному догляді за нею, допомозі або нагляді.

Можна виділити такі соціально-психологічні особливості сімей з дітьми з особливими потребами.

1) хвора дитина потребує більше матеріальних, духовних і фізичних затрат, ніж здорова;

2) батьки дітей з особливими потребами дуже часто вдаються до надмірного опікування, що гальмує розвиток дитячої активності, самостійності, впевненості в собі;

3) стадії розвитку сімей дітей з особливими потребами не подібні до стадій розвитку звичайних сімей. Діти з обмеженими можливостями повільно досягають певних життєвих етапів, а іноді і зовсім не досягають.

У сім'ях, які виховують дітей з відхиленнями у розвитку, формуються неадекватні міжособистісні стосунки в силу різних причин. До факторів, що порушують сімейну атмосферу, що впливають на розвиток неконструктивних моделей дитячо-батьківських і

батьківсько-дитячих взаємин і типів виховання дітей з відхиленнями у розвитку, можна віднести наступні:

1. характер і ступінь вираженості порушень у дитини, їх незворотність, тривалість і зовнішні прояви психофізичної недостатності (наприклад, при розумової відсталості, дитячому церебральному паралічі, ранньому дитячому аутизмі тощо);
2. особистісні особливості батьків (осіб, які їх заміщують), які загострюються в травматичних психічних ситуаціях (прояв тенденцій до розвитку акцентуацій або аномалій характеру);
3. ціннісні орієнтації батьків (осіб, які їх заміщують) і специфічний характер впливу батьківських установок на процес виховання, їх залежність від сімейних, національно-етнічних традицій, соціально-культурного рівня і освіченості батьків як вихователів; при цьому важливе значення у виборі батьками моделі виховання мають їх психологічні особливості (авторитарний, невротичних, психосоматичний типи);
4. соціальне середовище та умови, які перешкоджають реалізації батьками своїх виховних завдань (наприклад, соціально-економічні катаклізми, що мають місце на сучасному етапі розвитку українського суспільства).

Також можна сказати, що ставлення батьків до дітей з особливими потребами відіграє першорядну роль у подальшому становленні таких дітей у суспільстві. Тут важливе значення має такий фактор, як ставлення батьків до дітей з особливими потребами, а також прийняття або неприйняття батьками дитини.

Під особистісним прийняттям ми розуміємо цілісну систему різноманітних почуттів до дитини, поведінкових стереотипів, що практикуються по відношенню до неї, особливостей сприйняття та розуміння характеру дитини, її вчинків. Це визнання права дитини на властиву їй індивідуальність, несхожість на інших, у тому числі несхожість на батьків. У ситуації з дитиною з особливими потребами – це найбільш актуально.

Також у рамках особистісного прийняття або неприйняття дитини формується психологічний і емоційний стан батьків, та рівень спілкування у родині, коли з'являється дитина з особливими потребами. Особистісне прийняття або неприйняття батьками дефекту дитини також лежить в основі виховного впливу батьків і впливає на визначення батьками моделі виховання.

Основними структурними елементами психологічного прийняття є:

- 1) сприймання дитини на когнітивному рівні («інфантилізація»);
- 2) інтегральне емоційне ставлення («прийняття-нехтування»);
- 3) форми та спрямованість контролю за поведінкою дитини («авторитарна гіперсоціалізація»);
- 4) міжособистісна дистанція у спілкуванні з дитиною («симбіоз»).

Результати виконаної роботи довели, що особливості спілкування у сім'ях зі здоровими дітьми значно відрізняються від особливостей спілкування і сім'ях, які мають дітей з особливими потребами. Адже такі діти обмежені у багатьох життєвих можливостях, і тому підхід до них має бути особливим. Не маючи віри в своїх дітей, пред'являючи їм занижені вимоги, захищаючи від хвилювань, обмежуючи свободу вибору батьки,

таким чином, сприяють закріпленню інфантильності своїх дітей, нездатності приймати самостійні рішення, нездатності до адаптації в нових неординарних умовах.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Боровая Л.П. Социально-психологическая помощь семьям, имеющим тяжело больных детей / Л.П. Боровая// Социально-педагогическая работа. – 1998. – №6. – С. 59-63.
2. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка: Лекции. / Д.Н. Исаев. С-Пб. : Издательство ППМИ, 1993. — 76 с.
3. Райгородский Д.Я. (редактор-составитель) Практическая психодиагностика. Методики и тесты. Учебное пособие / Д.Я. Райгородский. – Самара. – 2003. – 672 с.
4. Сабуров В.В. Технологическая модель подготовки родителей для повышения коррекционной направленности воспитания в семье детей с нарушениями интеллекта и пути ее реализации: автореф. дис. канд. пед. наук / В.В. Сабуров. – Екатеринбург, 1999. – 23 с.
5. Смирнова Е.Р. Толерантность как принцип отношения к детям с ограниченными возможностями / Е.Р. Смирнова // Вестник психосоциальной и коррекционно-реабилитационной работы. – 1997. – №2. – С. 51-56.
6. Солнцева Л.И. Советы родителям по воспитанию слепых детей раннего возраста / Л.И. Солнцева, С.М.Хорош. – М. : ВОС, 1988. – 65 с