

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»

На правах рукописи



Дубровина Нина Александровна

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ РЕБЕНКА
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДВИГАТЕЛЬНО-КООРДИНАЦИОННЫМИ
НАРУШЕНИЯМИ**

Специальность 19.00.07 – педагогическая психология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Научный руководитель:
доктор психологических наук,
профессор **Е.С. Набойченко**

Екатеринбург – 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХОЛОГО— ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДВИГАТЕЛЬНО-КООРДИНАЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ	16
1.1. Психолого-педагогическая характеристика семьи ребенка дошкольного возраста с двигательными нарушениями	16
1.2. Обоснование научного подхода в исследовании психолого-педагогического сопровождения семей	34
1.3. Модели психолого-педагогического сопровождения семей, представленные в научной литературе	38
Выводы по первой главе	48
ГЛАВА 2. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДКН	51
2.1. Научное обоснование структурно-функциональной модели психолого- педагогического сопровождения семей	51
2.2. Экспериментальная база исследования	64
2.3. Методы исследования	66
Выводы по второй главе	79
ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДКН	81
3.1 Организация и содержание экспериментальной работы на констатирующем этапе психолого-педагогического эксперимента	81

3.2 Анализ и интерпретация результатов формирующего этапа исследования по апробации технологии сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН	110
Выводы по третьей главе	157
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	159
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	165
ПРИЛОЖЕНИЕ А	182

ВВЕДЕНИЕ

В основу Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования РФ заложен принцип «лично-развивающего и гуманистического характера взаимодействия взрослых (родителей, законных представителей, педагогических и иных работников Организации) и детей». Этот же принцип лежит в основе Конституции РФ, законодательства РФ и Конвенции ООН о правах ребенка. Данный принцип дает основание полагать, что детско-родительские отношения призваны способствовать личностному развитию обеих сторон.

В диссертационном исследовании о психологической коррекции деструктивных детско-родительских отношений Е.И. Ждакаева указывает на то, что современное развитие общества характеризуется усилением кризисной ситуации супружества, следствием чего является увеличение количества неполных и неблагополучных семей. Деструктуризация семьи непосредственно влияет на возникновение различных отклонений в социальном и личностном развитии ребенка [61].

Ситуация кризиса внутрисемейных отношений является актуальной и для семей, воспитывающих детей дошкольного возраста с ДКН. Помимо проблемы деструктуризации семьи, на первый план выходят также вопросы социальной адаптации и интеграции в общество детей и семьи в целом. Перечисленные проблемы стоят особенно остро в семьях с детьми с ДКН в виду «очевидности» для окружающих физических отклонений.

Результаты исследования А.В. Смирнова показывают, что физические недуги одного из членов семьи развивают чувство неполноценности у остальных. С этим связано несколько неблагополучных сценариев развития семьи. Согласно автору, некоторые родители сознательно скрывают от общества факт рождения ребенка с двигательными нарушениями. Другие, напротив, пытаются получить своеобразную «выгоду», проявляющуюся в различных материальных пособиях. Третьи создают вокруг ребенка «кольцо» сверхопеки, помещая ребенка в центр бытия. Подобные реакции членов семьи вызывают или формируют

стремление к самоизоляции как ребенка с двигательными-координационными нарушениями, так и его родителей [131].

Согласно мнению Всемирной организации здравоохранения, основным показателем психологического здоровья является социальная адаптация человека в обществе. Е.С. Набойченко в своих исследованиях обращает внимание на то, что успешность социально-психологической адаптации «основана на гармонизации физического, психического и духовного здоровья формирующейся личности» [103].

И.М. Кондаков предлагает определение социальной адаптации как «процесса интеграции человека в общество». Результатом данного процесса является достижение сформированного самосознания, определение социальной роли, установление адекватных взаимодействий с окружающими, а также формирование необходимого уровня самоконтроля и самообслуживания [73].

Понятие «адаптация человека», с точки зрения психологии, имеет две составляющие: поведенческую (социальную) и личностную (психологическую). В данном исследовании при использовании понятия «социально-психологическая адаптация семьи ребенка с двигательными-координационными нарушениями (далее – ДКН)» подразумевается использование как психологической, так и социальной составляющих, что позволяет членам семьи достигать самореализации, при этом обретая определенную гармонию с окружающим социумом. Исследуя феномен «социально-психологической адаптации», Г.А. Азбергенова выделила три «производных». Согласно ей, в российской науке «адаптация» является процессом, «адаптивность» подразумевается как способность, а результатом является «адаптированность» [4].

В последние годы в РФ принимается большое количество мер на законодательном уровне для интеграции в общество людей с различными психофизиологическими статусами. Одной из задач Федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования РФ является «обеспечение равных возможностей для полноценного развития каждого ребенка в период дошкольного детства независимо от места жительства, пола,

нации, языка, социального статуса, психофизиологических и других особенностей (в том числе, ограниченных возможностей здоровья)».

В этой связи необходимо упомянуть Федеральный закон РФ от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в РФ», в котором инклюзивное образование рассматривается как одна из форм организации обучения для лиц с ДКН [150].

Тем не менее, нельзя отрицать существование стереотипа в обществе, связанного с отношением к лицам с физическими недостатками. Изменение подхода на законодательном уровне к обучению, воспитанию, восприятию в целом детей с ДКН, должно способствовать аналогичным преобразованиям общественного мнения, а значит и изменения существующих предубеждений.

Идея инклюзивного образования отражает стремление современного общества к толерантности и гуманности. На данный момент, несмотря на принятие на законодательном уровне большого количества мер о возможностях людей данной категории, в обществе довольно сильно развита стигматизация, которая усложняет процесс социально-психологической адаптации лиц с ДКН. В этой связи Е.С. Набойченко ввела понятие «нормизм» как тип дискриминации в обществе по отношению к лицам с ограниченными возможностями здоровья [103].

ДКН выходят за рамки анатомо-физиологической нормы, поэтому «нормистские» взгляды общества, как на ребенка с ДКН, так и на его родителей, отягощают и без того неблагоприятные условия стихийно складывающегося формирующего пространства ребенка дошкольного возраста с ДКН и его семьи.

Стигматизация общества, которую испытывает на себе семья ребенка с ДКН, оказывает влияние не только на стиль детско-родительских отношений, но и на личность родителей, что опосредованно оказывает воздействие на формирование личности ребенка, в том числе на его психофизические особенности.

Несмотря на достаточно обширное рассмотрение проблемы образования и воспитания детей с ДКН, в современном обществе зачастую лишь дети получают адекватную психолого-педагогическую помощь от образовательных учреждений. Тем не менее, родители являются основными участниками процесса воспитания детей с ДКН, а, следовательно, находятся в психотравмирующих состояниях по

причине резкой смены социальной роли, несбывшихся надежд и ожиданий, невозможностью полноценной самореализации и т.д.

Обращаясь к образовательному стандарту, мы видим, что в его задачи так же входит повышение родительской компетентности и обеспечение психолого-педагогического сопровождения семьи.

Е.С. Набойченко в своем исследовании указывает на противоречия, связанные с дискриминационным влиянием формирующего пространства на детей с атипичной внешностью и локальным характером психологической помощи таким детям, то есть проведение отдельных тренингов, отсутствие системного подхода. Автор также указывает на необходимость изучения и оказания психолого-педагогического сопровождения семьям таких детей [103].

Анализ зарубежной и отечественной литературы позволил выявить противоречия:

1) Между необходимостью изучения семей детей дошкольного возраста с ДКН, межличностных отношений, стигматизации со стороны общества, существующих потребностей и их особенностей и недостаточным освещением данных вопросов в научных исследованиях;

2) Между имеющейся на законодательном уровне устойчивой тенденции активного включения родителей в процессы обучения и воспитания детей дошкольного возраста с ДКН и почти полным отсутствием системной работы в данном направлении;

3) Между необходимостью рассмотрения психолого-педагогического сопровождения семей с детьми дошкольного возраста с ДКН в контексте имеющейся стигматизации со стороны общества на диаду «родитель-ребенок», и одностороннего изучения межличностных детско-родительских отношений.

Степень разработанности проблемы.

Вопросы организации системы оказания педагогической помощи детям с двигательнo-координационными нарушениями в различных условиях обучения освещались в научных трудах Л.И. Акатова, Е.Ф. Архиповой, Л.О. Бадаляна, С.А. Бортфельд, С.П. Евсеева, Л.Т. Журбы, В.И. Козьявкина, В.В. Коркунова, А. Петё,

А.А. Потапчук, О.В. Тимониной, Л.М. Шипицыной, Л.В. Шапковой и др., в которых одним из условий их успешной адаптации является учет состояния физического и психического здоровья.

Организацию работы с семьями, воспитывающими детей с ДКН, освещали в своих работах российские авторы: О.К. Агавелян, Л.А. Александровская, Л.С. Выготский, И.Ю. Левченко, Д.А. Леонтьев, Р.Ф. Майрамян, Е.М. Мастюкова, А.Н. Москвина, Е.С. Набойченко, Р.В. Овчарова, Н.В. Обухова, М.С. Певзнер, Г.А. Мишина, А.С. Спиваковская, Е.А. Стребелева, В.В. Ткачева, Е.В. Устинова, Ж.И. Шиф и др.; зарубежные авторы: P. Sloper (*Слопер*), J. Manuel (*Мануэль*), M.J. Naughton (*Наугтон*), N. Balkrishnan (*Балкришнан*), V. Smith (*Смит*), L.A. Koman (*Коман*) и др.

Исследования сущности и структуры личностного потенциала представлены в работах Д.А. Леонтьева, Е.И. Рассказовой, С. Мадди, С. Хобфолла и др.

Психолого-педагогические модели оказания помощи семье, сопровождения семей различных категорий представлены в работах В.В. Столина, А.А. Бодалева, Е.С. Набойченко, Р.В. Овчаровой, Н.Н. Васягиной, Х. Джинотт, Т. Гордон, Б.Ф. Скиннер, Е. Стейнер, М. Джеймс, Д. Джонгвард, Е.В. Сидоренко и др.

Несмотря на многочисленные исследования, посвященные взаимодействию с семьями различных категорий, коррекционной работе с детьми с ДКН, личностному потенциалу родителей, недостаточно полно изучены вопросы комплексного психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей дошкольного возраста с ДКН. Социально-психологическая адаптированность семьи ребенка с ДКН, как конечный результат психолого-педагогического сопровождения семей, основывается на детско-родительских отношениях, личностном потенциале родителей и уровне сформированности двигательных навыков, в том числе и навыков самообслуживания. Комплексное взаимодействие перечисленных аспектов и, непосредственно, «мультидисциплинарность» сопровождения наиболее эффективно возможно представить в условиях структурно-функционального моделирования.

Проблема исследования заключается в необходимости проведения целенаправленной и последовательной психолого-педагогической работы с семьями, имеющими детей дошкольного возраста с двигательными координационными нарушениями.

Исходя из этого, сформулирована тема исследования **«Психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка дошкольного возраста с двигательными координационными нарушениями»**.

Цель работы: на основе анализа проблем, возникающих у ребенка дошкольного возраста с ДКН и его семьи, разработать структурно-функциональную модель и апробировать технологию психолого-педагогического сопровождения семьи.

Объект исследования – семья ребенка дошкольного возраста с ДКН.

Предмет исследования – психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка дошкольного возраста с ДКН.

Анализ материалов в ходе исследований позволил сформулировать теоретические и эмпирические гипотезы:

Теоретические гипотезы:

1. Рождение ребенка с ДКН с одной стороны, и постоянное негативное влияние общества, вызванное «нормистскими» взглядами – с другой стороны, выступают как стрессогенные факторы, снижающие личностный потенциал родителей, их жизнестойкость, определяют такой характер детско-родительских отношений, который не способствует развитию физической мобильности ребенка, что снижает социально-психологическую адаптированность семьи в целом.

Эмпирические гипотезы:

1. Уровень социально-психологической адаптированности семьи, имеющей ребенка дошкольного возраста с ДКН будет выше при условии оптимизации компонентов личностного потенциала родителей, гармонизации детско-родительских отношений и улучшении двигательных навыков детей.

2. Компоненты личностного потенциала родителей находятся в тесной взаимосвязи с детско-родительскими отношениями и уровнем развитости двигательных навыков детей, и опосредованно влияют на развитие друг друга.

Задачи исследования:

1. Провести анализ проблемы социально-психологической изоляции семьи и ребёнка дошкольного возраста с ДКН, существующих моделей психолого-педагогического сопровождения семей.

2. Разработать и обосновать структурно-функциональную модель психолого-педагогического сопровождения и технологию сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН.

3. Диагностировать компоненты личностного потенциала родителей, степень сформированности двигательных навыков детей с ДКН, тип детско-родительских отношений, в том числе – выявить уровень социально-психологической адаптированности семьи.

4. Апробировать и определить эффективность разработанной технологии сопровождения семей в рамках структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

- системный подход (Б.Ф. Ломов);
- концепции психолого-педагогического сопровождения семей (Е.С. Набойченко, Р.В. Овчарова, Н.Н. Васягина, В.В. Ткачева, А. Адлер, А.С. Спиваковская, Е.И. Казакова и др.);
- организация психолого-педагогической работы с родителями, которая включала в себя проведение бесед, консультаций, опиралась на научные труды и рекомендации Г.Е. Акимовой, Ю.Е. Алешиной, Л.В. Аристовой, М.М. Безруких, Н.А. Бернштейна, Г.П. Будановой, Д. Варги, А.К. Васильевой, Д.В. Виннескотт, Т.Н. Волконской, О.М. Высоцкой, Г. Домана, Э.С. Калижнюк, В.В. Ковалева, Т.Л. Крюковой, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюковой, Е.С. Набойченко, Л.И. Плаксиной, В. Сатир.

Для решения поставленных задач, подтверждения исходных положений и проверки гипотезы исследования использовалась совокупность взаимодополняющих **методов**, адекватных предмету исследования:

- *теоретических*: изучение и теоретический анализ литературы в области психологии, педагогики, социологии, соответствующих проблеме исследования; сравнение и обобщение различных позиций по исследуемой проблеме;

- *эмпирических*: наблюдение, анкетирование, тестирование, беседа, опрос респондентов; психологический эксперимент по проверке эффективности структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН. В качестве психолого-диагностических методик использовались: опросник Н.П. Фетискина «Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» [151]; «Тест жизнестойкости» С. Мадди, адаптированный Д.А. Леонтьевым [84]; экспресс-диагностика состояния стресса К. Шрайнер [53]; тест «Адаптивные стратегии поведения» Н.Н. Мельниковой [95]; тест-опросник родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина [107]; мониторинг формирования двигательных навыков Н.А. Топорковой [144] и карта оценки навыков самообслуживания Н.А. Полетаевой [118].

- *статистические*: обработка полученных в ходе исследования данных с использованием методов математической статистики (методы описательной статистики, корреляционный, анализ различий для зависимых и независимых выборок).

Выбранная теоретико-методологическая основа и поставленные задачи определили ход исследования, которое проводилось в период с 2009 по 2018 гг. и включало три этапа, в основу которых была положена система организационно-методических и психологических мероприятий:

1. *Организационно-подготовительный (2009-2011 гг.)* – анализ основных теоретических подходов к проблеме психолого-педагогического сопровождения семей, изучение философской, психолого-педагогической, методической литературы, диссертационных исследований; выявление проблемного поля

исследования; разработка компонентов личностного потенциала родителей; отбор методик диагностических измерений; целенаправленное систематическое наблюдение;

2. *Содержательно-процессуальный (2011-2016 гг.)* – разработка последовательности исследования; подбор методов и методик, соответствующих цели и задачам исследования; проверка и уточнение выявленных психолого-педагогических условий в ходе исследования; апробация критериев оценки эффективности исследования; рефлексия собственного опыта психолого-педагогической деятельности; разработка и реализация технологии сопровождения семей, входящей в состав структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН; использование психолого-диагностических методик для выявления личностного потенциала родителей, двигательного-координационного статуса детей и типа детско-родительских отношений.

3. *Аналитический (2016-2019 гг.)* – систематизация и обобщение научных результатов, их качественно-количественный анализ, формулирование выводов.

Экспериментальной базой исследования выступил Клуб по месту жительства «Надежда», входящий в состав МБУ ДО «ДЮОЦ «Вариант» (далее – Клуб «Надежда»), г. Екатеринбурга. В исследовании приняли участие дети дошкольного возраста с ДКН в количестве 122 человек и их родители – 122 человека. Всего участников исследования – 244 человека.

Личное участие во внедрении результатов исследования осуществлялось в преподавательской, научно-методической, учебно-организационной деятельности на базе экспериментальной площадки, в качестве автора мониторинга формирования двигательных навыков и карты навыков самообслуживания детей дошкольного возраста с ДКН.

Научная новизна исследования состоит в том, что:

– Представлена структурно-функциональная модель как концептуальная основа психолого-педагогического сопровождения и социально-психологической адаптации семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН.

– Разработана и апробирована модульная (включающая психологический, педагогический и адаптивный блоки) технология сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН. Для каждого блока определены цель, задачи и формы реализации.

– Показано, что комплексное воздействие разработанной технологии на семью и ребенка с ДКН позволяет осуществить преобразование личностного потенциала родителей, коррекцию и компенсацию двигательных нарушений детей и оптимизировать детско-родительские отношения.

Теоретическая значимость исследования. Обобщены и систематизированы данные о сущности детско-родительских отношений в семьях, имеющих детей с ДКН. Исследованы и описаны компоненты личностного потенциала (мотивационный, поведенческий, эмоциональный) родителей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН. Представлена характеристика уровней социально-психологической адаптированности семьи ребенка дошкольного возраста с ДКН. Выявлен и обоснован системообразующий фактор технологии сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН – личностный потенциал родителей детей с ДКН.

Практическая значимость исследования. Сформированный комплекс психодиагностического инструментария, обеспечивающего выявление уровня социально-психологической адаптированности семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН может быть использован в дальнейшей психологической практике. Апробированная структурно-функциональная модель и технология психолого-педагогического сопровождения могут найти широкое применение в работе с семьями, имеющими детей дошкольного возраста с ДКН. Авторские методики мониторинга формирования двигательных навыков и карта оценки навыков самообслуживания детей дошкольного возраста с ДКН, будут полезны родителям и педагогам на ступени дошкольного обучения. Благодаря данным методикам, родители могут самостоятельно отслеживать и корректировать двигательное развитие ребенка с ДКН, используя лишь консультативную помощь со стороны специалиста по адаптивной физической культуре. Структурно-

функциональная модель психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН и результаты эмпирического исследования используются в учебном курсе «Физическая реабилитация», «Адаптивная физическая культура» для студентов очного и заочного отделений УрФУ им. первого Президента России Б.Н. Ельцина.

Надежность результатов, достоверность и обоснованность выводов обеспечивалась исходными методологическими позициями; анализом современных достижений психолого-педагогической науки; выбором и применением апробированного инструментария, соответствующего цели, объекту, предмету, задачам и гипотезе исследования; достаточной экспериментальной базой; пролонгированным характером психологического эксперимента и возможностью повторения опытно-экспериментальной работы; репрезентативностью выборки испытуемых, эмпирической проверкой основных положений; тщательным и корректным проведением качественного анализа и статистической обработкой полученных эмпирических данных.

На защиту выносятся следующие положения:

1. Стихийно складывающееся формирующее пространство, в котором находится семья ребенка с ДКН, в сочетании с общественной стигматизацией способствуют дезадаптации семьи, что проявляется в искажении компонентов личностного потенциала родителей, развитии такого типа детско-родительских отношений, при котором затрудняется формирование двигательных навыков ребенка с ДКН. Вследствие этого нарушается процесс социально-психологической адаптации семьи в целом.

2. Социально-психологическая адаптированность семьи с ребенком дошкольного возраста с ДКН является результатом процесса адаптации семьи к условиям стихийно складывающегося формирующего пространства в сочетании с общественной стигматизацией и включает в себя следующие компоненты: показатели личностного потенциала родителей, тип детско-родительских отношений, степень сформированности двигательных навыков у детей с ДКН.

3. Тип детско-родительских отношений, компоненты личностного потенциала родителей и степень сформированности двигательных навыков детей с ДКН в процессе социально-психологической адаптации семьи образуют между собой связи, одновременное воздействие на которые позволяет повысить уровень социально-психологической адаптированности семьи ребенка дошкольного возраста с ДКН.

Апробация результатов исследования. Основные положения и результаты диссертационного исследования освещены в статьях, опубликованных в сборниках трудов Всероссийских и Международных научно-практических конференций (г. Екатеринбург, 2014, г. Санкт-Петербург, 2016, 2018, г. Стерлитамак, 2015), представлены на конкурсе грантов молодых ученых УрФУ им. первого Президента России Б.Н. Ельцина (2013).

Материалы диссертационного исследования используются автором при проведении лекционных, семинарских и практических занятий со студентами отделения бакалавриата и магистратуры и курсов повышения квалификации Института физической культуры, спорта и молодежной политики УрФУ им. первого Президента России Б.Н. Ельцина.

Диссертация соответствует паспорту специальности 19.00.07 «Педагогическая психология» по следующим пунктам: п.2. психология образовательной среды; п.7. психологические условия эффективности педагогического воздействия; образовательный процесс как единство обучения и воспитания; п.8. психологические закономерности, механизмы, особенности и условия эффективности воспитательного процесса; п.11. психологические особенности различных типов обучения.

Структура диссертации. Диссертация состоит из введения, трех глав, заключения, библиографического списка (174 источника), приложения. В тексте диссертации имеются 27 таблиц, 20 рисунков.

ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ИЗУЧЕНИЮ ПСИХОЛОГО— ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДВИГАТЕЛЬНО- КООРДИНАЦИОННЫМИ НАРУШЕНИЯМИ

1.1. Психолого-педагогическая характеристика семьи ребенка дошкольного возраста с двигательными-координационными нарушениями

Актуальность психолого-педагогической работы с родителями вызвана, прежде всего, тем, что семья ребенка с ДКН — это структура, обладающая потенциальными возможностями к созданию благоприятных условий для развития и воспитания ребенка. Комплексное изучение личностных особенностей семей детей с ДКН и разработка конкретных форм психолого-педагогической помощи этим лицам позволяют оказать им существенное содействие в преодолении сложностей социального приспособления [103, 109, 139].

Одной из распространенных причин особых потребностей развития являются двигательные-координационные нарушения, возникающие как следствие органического нарушения головного мозга [18, 29, 88, 128]. Особенность двигательных-координационных нарушений заключается в органическом нарушении преимущественно двигательной сферы с рождения, что нарушает развитие и формирование моторных функций ребенка. В результате создаются условия, в которых существенно осложнены процессы воспитания и социализации детей с двигательными-координационными нарушениями. Соответственно, это отражается на психологическом состоянии семьи.

Перед тем, как провести анализ психологических особенностей семьи, воспитывающей ребенка с ДКН, необходимо понять особенности таких детей. В научной литературе для обозначения отклонений в состоянии здоровья детей, используются следующие термины:

- ограниченные возможности здоровья;
- особые образовательные потребности;
- особые потребности развития.

Одним из самых распространенных в отечественной науке, а также наиболее часто употребляемым в обществе является термин «ограниченные возможности здоровья». По мнению Л.И. Акатова, входящее в состав термина слово «здоровье» определяет характерные черты активности ребенка в определенных социальных условиях. В зависимости от состояния здоровья, различные виды активности у таких детей ограничиваются, следовательно, ребенок испытывает затруднения в выполнении повседневных занятий [5].

Действительно, термин «ограниченные возможности здоровья» применяется ко всем отклонениям в состоянии здоровья. Тем не менее, в зарубежных источниках перевод данного понятия («disabled»), может вызвать некоторые вопросы о дискриминации таких детей. В виду этого, зарубежными специалистами широко используется термин «*special educational needs - SEN*» - *особые образовательные потребности*. Данное понятие включает в себя отклонения, связанные с: социализацией (в том числе общение с окружающими людьми и сверстниками), овладение письмом и чтением, способностями понимания и восприятия, уровнем внимания (в т.ч. синдромом дефицита внимания и гиперактивностью), физическими нарушениями [174]. Данное понятие используется в образовательной среде.

В англоязычной литературе в последнее время стало популярным понятие «*challenged children*» (от английского слова «*challenge*» - вызов). Это понятие характеризует таких детей как «сталкивающихся с вызовом» [83].

На наш взгляд наиболее точным термином является «*особые потребности развития*». Он более полно отражает сущность явления и не ограничивает его только образовательными или только бытовыми аспектами. Дети с ДКН развиваются по тем же онтогенетическим принципам, что и дети с нормативным здоровьем, но с разницей в сроках освоения различных этапов развития. Таким образом, на любых этапах онтогенеза такие дети испытывают особые потребности для приобретения навыков, освоения информацией, осуществлении повседневных занятий и т.д.

В исследовании рассмотрены семьи, имеющие детей дошкольного возраста с двигательными-координационными нарушениями и сохранным интеллектом. Этот вид отклонений, несомненно, отражает специфику «особых потребностей развития». Одним из важных этапов дошкольного возраста является этап подготовки к школе. Надо отметить, что часто именно в этот период особые потребности развития становятся наиболее «заметными», даже несмотря на то, что дети могли посещать дошкольное учреждение. В случае детей с ДКН, этап подготовки к школе может быть более длительным, чем у детей с физиологической нормой развития. И без того трудный, этап подготовки к школе отягощается еще сильнее тем, что микросоциум (семья), в котором большую часть времени проводит ребенок с ДКН, социально-психологически не готова к переходу на новый этап – школьную ступень образования.

Двигательно-координационные нарушения относятся к дефицитарному развитию. По классификации психического дизонтогенеза В.В. Лебединского, причиной отклонений является «поломка в развитии» [106].

Вопросы организации системы оказания педагогической помощи детям с двигательными-координационными нарушениями в различных условиях обучения освещались в научных трудах Л.И. Акатова, Е.Ф. Архиповой, Л.О. Бадаляна, С.А. Бортфельд, С.П. Евсеева, Л.Т. Журбы, В.И. Козьякин, В.В. Коркунова, А. Петё, А.А. Потапчук, О.В. Тимониной, Л.М. Шипицыной, Л.В. Шапковой и др., в которых одним из условий их успешной адаптации является учет состояния физического и психического здоровья.

Организацию работы с семьями, воспитывающими детей с ДКН, освещали в своих работах российские авторы: О.К. Агавелян, Л.А. Александровская, Л.С. Выготский, И.Ю. Левченко, Д.А. Леонтьев, Р.Ф. Майрамян, Е.М. Мастюкова, А.Н. Москвина, Е.С. Набойченко, Р.В. Овчарова, Н.В. Обухова, М.С. Певзнер, Г.А. Мишина, А.С. Спиваковская, Е.А. Стребелева, В.В. Ткачева, Е.В. Устинова, Ж.И. Шиф и др.; зарубежные авторы: Р. Sloper (*Слопер*), J. Manuel (*Мануэль*), M.J. Naughton (*Наугтон*), N. Balkrishnan (*Балкришнан*), В. Smith (*Смит*), L.A. Koman (*Коман*) и др.

В данном исследовании, посвященном психолого-педагогическому сопровождению семьи ребенка дошкольного возраста с ДКН, невозможно упустить раскрытие понятия «родительство».

По мнению И.С. Кона, *Родительство* как социальный институт представляет собой систему ролей, которая включает в себя различные вариации норм, статусов, обычаев, традиций [72].

С точки зрения Ф. Ариеса и М. Мид, родительство представляет собой сложный социокультурный феномен [11].

Г.С. Чуприкова в своей работе по изучению родительства как деятельности, обусловленной культурно и исторически, выделяет следующие компоненты: мотивация, ориентировка как осознанное отношение к рождению и воспитанию ребенка, владение средствами родительства и контроль за этой деятельностью [161].

Несмотря на введение инклюзивного образования, дети с ДКН часто не имеют возможности посещать дошкольные учреждения по причине нехватки специалистов, неподготовленности учреждения к обучению таких детей. Это лишает их возможности получать полноценную психолого-педагогическую помощь, а кратковременное пребывание в стационарах (2-3 раза в год) не может быть решением проблемы. Родители детей с ДКН не имеют необходимой информации о возможностях воспитательного и образовательного процессов, не знают методов, технологий. Помимо педагогической безграмотности существует проблема психологической изоляции семьи ребенка с ДКН, а также эмоциональной нестабильности родителей в решении задач воспитания. Родителям очень трудно принять своего ребенка, а это, в свою очередь, оказывает сильное влияние на воспитательный процесс.

В результате попыток интеграции в общество, семьи с детьми с ДКН испытывают постоянную общественную стигматизацию. Одновременно с этим, внутри семьи происходят преобразования личностного потенциала родителей на фоне воспитания ребенка с ДКН.

Исходя из работ Д.А. Леонтьева, личностный потенциал, как способность личности, позволяет осуществлять саморегуляционные механизмы в изменяющихся внешних условиях. Таким образом, личность может не только вносить изменения во внешний мир, но и быть устойчивой к проявлениям извне, уметь реагировать на изменения как внутренней, так и внешней ситуации. [84]

Исследуя необходимость педагогической поддержки семей, М.А. Акопян, выделила следующие компоненты личностного потенциала родителей: познавательные, ценностно-смысловые и поведенческие возможности. [7]

Феномену родительства посвящены научные труды Р.В. Овчаровой, в которых она также выделяет компоненты: когнитивный, эмоциональный и поведенческий. Когнитивный компонент включает в себя понимание родственной связи с ребенком, осознание себя в роли родителя, представление о функции родителя и т.д. Эмоциональный компонент содержит субъективные ощущения: отношение к себе как к родителю, а также к супругу, находящемуся в этой роли, отношение к своему ребенку. Поведенческий компонент охватывает знания, умения и навыки по воспитанию, развитию и обучению ребенка, характер межличностных отношений в семье [109].

В рамках данного исследования, нами были выделены три компонента личностного потенциала: эмоциональный, мотивационный и поведенческий. Изменения личности родителей в условиях рождения и воспитания ребенка с ДКН в сочетании со стигматизацией общества будут происходить на эмоциональном уровне, уровне побуждений и мотивации, что в дальнейшем будет проявляться в поведенческих реакциях. При этом в каждом компоненте представлена когнитивная составляющая: знания о потребностях родителей детей дошкольного возраста с ДКН, понимание эмоционального комфорта, общий уровень жизнестойкости, в частности уровень вовлеченности, принятия риска и контроля в условиях стихийно складывающегося формирующего пространства.

В рамках данной работы поведенческий компонент личностного потенциала изучался посредством выявления адаптивных и дезадаптивных стратегий поведения. Соответственно, выделение и изучение влияния окружающих условий

на компоненты личностного потенциала позволит выявить саморегуляторные механизмы личности родителей и, опираясь на них, сформировать у родителей адаптацию к негативному социокультурному давлению со стороны общества на их ребенка с ДКН. На наш взгляд, позиция родителей будет опосредованно действовать и на воспитание личности ребенка с ДКН.

По данным исследований профессора О.К. Агавеляна, рождение ребенка с особыми потребностями развития неизбежно влечет за собой родительский кризис, динамика которого представлена четырьмя основными фазами [2]:

1. Первая фаза характеризуется состоянием «растерянности, беспомощности, страха». Родители задаются вопросом: «Почему это случилось именно со мной?». На этой фазе родителям сложно принять то, что случилось. Соответственно, возникает чувство вины и собственной неполноценности. Стрессовое состояние переходит в негативизм. Продолжительность этой фазы зависит от способности родителей справиться с психологическими травмами и их стрессоустойчивости.

2. Следующая фаза характеризуется отрицанием. Это связано с ее основной функцией - защитной. Неосознанно родители стремятся избавиться от эмоциональной подавленности и страха. В данном случае, отвержение самой возможности случившегося – первый шаг к достижению эмоционального равновесия.

3. Третьей фазе соответствует состояние «хроническая печаль». Характеризуется депрессивным состоянием, связанным с осознанием истины. О.К. Агавелян утверждает, что этот синдром является «результатом постоянной зависимости родителей от потребностей ребенка, следствием отсутствия у него положительных изменений, «несоциализируемости» его психического и физического дефекта, не утихающей боли от осознания неполноценности родного человека». На этой фазе так же проявляются проблемы в отношениях между супругами, в основе которых – поиск виновных.

4. Фаза зрелой адаптации. Характеризуется активизацией родителей в решении проблем с ориентацией на будущее.

В зарубежной литературе отмечается, что каждая семья, имеющая ребенка с ДКН, испытывает хронический стресс. В ряде исследований отмечается значимость семейного согласия в принятии решений, связанных с развитием ребенка [169].

В работах Sloper P. (*Слопер*), Manuel J. (*Мануэль*), Naughton M. J. (*Наутон*), Balkrishnan R. (*Балкришнан*), Smith B. (*Смит*), Koman L. A. (*Коман*) обнаруживается четкая связь между восприятием семьей ребенка и возможностью семьи адаптироваться. Manuel J. (*Мануэль*) отмечает, что стресс в большей степени проявляется у матерей, которые проявляют низкую самооценку, а также, по их мнению, зависят материально от супругов. На наш взгляд, это обусловлено невозможностью самореализации в обществе. Соответственно, постоянное воздействие стресса вызывает депрессию, раздражительность, эмоциональную напряженность у матери [170, 174].

Как правило, отцы избегают ежедневного стресса от психотравмирующих ситуаций, проводя больше времени на работе. Тем не менее, они испытывают чувство беспокойства в связи с определенными материальными затратами, которые обещают быть долговременными, возможно, пожизненными [138].

В своей монографии А. В. Смирнов приводит данные, что в восьми из десяти семей отцы уходят из семьи по причине рождения физически неполноценного ребенка [131]. Похожая ситуация складывается в семьях, в которых один из супругов получил травму, увечье, приводящее к инвалидности. Исходя из полученных результатов, автор заключил, что лица с имеющейся физической неполноценностью ценятся обществом гораздо ниже.

Несмотря на широкое раскрытие темы толерантности в средствах массовой информации, принятие законодательных актов, подчеркивающих равенство лиц с ограниченными возможностями здоровья, до сих пор в обществе присутствует стигматизация лиц с двигательными нарушениями. И это, безусловно, отражается на психологическом состоянии родителей на этапе подготовки их ребенка с ДКН к школе, а так же приводит к самоизоляции семьи.

Silvers E.J. (*Сильверс*), Bauman L.J. (*Бауман*), Ireys H.T. (*Айрес*) отмечали особую ранимость семьи, которая усиливается в момент возрастных кризисов и в те моменты, когда семья проходит определенные критические точки своего развития. По данным Z. Wilker (*Вилькер*) – достижение совершеннолетнего возраста ребенка с ДКН такое же по силе стрессовое событие для семьи, как и первичная постановка диагноза [172].

В.В. Ткачева выделила три уровня качественных изменений, имеющих место в семьях данной категории: психологический, социальный и соматический [142].

1. Психологический уровень. Рождение ребенка с отклонениями воспринимается его родителями как величайшая трагедия. Факт рождения ребенка «не такого как у всех», является причиной сильного стресса. Стресс, имеющий длительный и постоянный характер, деформирует психику родителей и является исходным условием резкого травмирующего изменения сформировавшихся в семье жизненных стереотипов. На этом уровне происходит разрушение родительских надежд, связанных с рождением ребенка. В то же время, необходимое обретение новых жизненных ценностей растягивается порой на длительный период. Это обуславливается следующими причинами:

- психологическими особенностями личности самих родителей (способность принять или не принять больного ребенка);
- комплексом расстройств, характеризующих то или иное отклонение развития;
- воздействием социума при контактах с семьей [77].

В.В. Ткачева утверждает, что рождение, воспитание и обучение ребенка с ДКН является длительным патогенно воздействующим психологическим фактором. Этот фактор фрустрирует психику матери. Предполагается, что вследствие пережитого стресса, она может быть предрасположена к развитию пограничных форм нервно-психической патологии.

2. Социальный уровень. Семья, воспитывающая ребенка с ДКН, становится малообщительной, избирательной в контактах. Она замыкается, сужая круг своих

знакомых и ограничивая общение с родственниками в силу особенностей состояния такого ребенка, а также из-за личностных установок самих родителей.

3. Соматический уровень. Переживания, выпавшие на долю матери, ребенка с ДКН, часто превышают уровень переносимых нагрузок, что проявляется в различных соматических заболеваниях, астенических и вегетативных расстройствах.

Психотравмирующая ситуация обусловленная рождением в семье больного ребенка, рассматривается Р.Ф. Майрамяном как затрагивающая «значимые для матери ценности» и фрустрирующая ее личность. Клиническая картина психопатологических нарушений и их выраженность у матерей характеризуется преобладанием аффективных расстройств [87].

Согласно исследованиям В.А. Вишневого у 60% матерей, воспитывающих детей с особыми потребностями развития, проявляется депрессивная симптоматика в различных формах - депрессивный невроз, затяжные невротические депрессии, депрессивное невротическое развитие личности [122].

Одной из основных ролей в воспитании ребенка с ДКН чаще всего возлагается на мать. Система ролей женщины подразделяется на индивидуальные роли на уровне семьи и роли в обществе [49].

Приобретенный после рождения ребенка с ДКН материнский статус не соответствует прежним ожиданиям. Это вызвано, прежде всего, своеобразием ребенка, его неадекватными проявлениями, которые ведут к общей неудовлетворенности ролью матери. Как следствие часто возникают, либо самообвинительные реакции и рост внутренней конфликтности, либо построение психологических защит и повышение их уровня [141].

Невротические проявления становятся практически постоянной составляющей поведения матери. По мнению Шипициной Л.М., наиболее выражены следующие:

- снижение регулирующего самоконтроля;
- затруднения в речевом общении со значимыми людьми, малознакомыми и незнакомыми в непривычных ситуациях;

– избирательность контактов - женщины предпочитают общаться с близкими по ценностным ориентациям людьми;

– при общении со значимыми людьми самооценка заметно колеблется, это выражается вербально, интонационно и мимически [166].

Необходимо отметить, что стресс, имеющий пролонгированный характер, оказывает сильное деформирующее воздействие на психику обоих родителей. Однако по причине того, что матери находятся с детьми большее время, оказываются под влиянием стресса более длительное время.

Е.С. Набойченко изучила процесс формирования сотрудничества родителей с детьми, с особыми потребностями развития, в том числе и с ДКН, и выявила, что особенности поведения ребенка обуславливают отношение родителей к нему в процессе взаимодействия. У многих родителей отмечается неумение создавать ситуацию совместной деятельности, несформированность потребности в общении, неэмоциональное взаимодействие, неадекватные позиции по отношению к ребенку. У родителей проявляется неуверенность в процессе воспитания и несформированность чувствительности по отношению к ребенку, иногда до полного отказа от такого ребенка [101].

Е.В. Устиновой было проведено исследование по психологическому здоровью детей в возрасте 5-6 лет с двигательными-координационными нарушениями, а также их родителей. На основании данных экспериментального исследования были сделаны выводы, что процесс воспитания в семьях детей с особыми потребностями развития нарушается по типу потворствующей гиперпротекции в сочетании с недостатком требований и запретов, минимальностью санкций в 75% случаев [146]. Таким образом, можно сделать заключение, что родители в отношениях с детьми с ДКН занимают позицию «родитель опекающий».

Несмотря на это, отечественные авторы в своих исследованиях утверждают, что встречаются семьи, в которых имеет место эмоциональное отвержение ребенка, проявляющееся в жестком обращении [131, 143].

В результате проведенного Е.В. Устиновой исследования были выявлены причины негармоничного воспитания и искажения детско-родительских отношений в семьях дошкольников с двигательными-координационными нарушениями:

- воспитательная неуверенность родителей (90% семей);
- страх за здоровье ребенка (60%);
- повышенный уровень тревожности (у 93% матерей и 60% отцов);
- эмоциональное соотнесение в восприятии родителей личности ребенка с понятиями «тревога» (56%) и «болезнь» (36%);
- эмоционально-отрицательное отношение к понятию «материнство» (6,7%) и к понятию «отцовство» (36%);
- неустойчивость воспитательной тактики в семье (20%);
- чувство вины перед ребенком (60%);
- предпочтение родителями сохранения детских качеств в процессе воспитания ребенка (60%) [147].

А.С. Спиваковская указывала на значение комплексности исследования и говорила, что в тех семьях, где имеется ребенок с ДКН, особенно ярко проявляются эмоциональная неустойчивость, «сиюминутность внутрисемейных отношений». И все, что происходит в семье, главным образом, связано с текущими «сегодняшними» проблемами жизни ребенка. В семье с ребенком с нормативным развитием обратная ситуация: наблюдается адекватность, «прогностичность в оценках происходящего», направленность на будущее ребенка [132].

В зарубежной литературе по вопросам психолого-педагогического сопровождения, в том числе лиц с ДКН, рассматриваются стадии адаптации семьи к стрессу. Так, Schuchardt E. (*Шухардт*) в своих работах говорит, что семья, имеющая ребенка с особыми проблемами в развитии, переживает две основные фазы кризиса:

1. неприятие факта нарушения развития, которое проявляется в виде шока или отрицания существования проблемы;
2. приспособление к пониманию происходящего и его принятие [171].

Такие авторы, как MillerL. (*Миллер*), RichmondJ. (*Ричмонд*), в состоянии родителей детей с ДКН выделяют три стадии:

1. эмоциональная дезорганизация – у родителей наблюдаются аффективно-шоковые реакции;
2. реинтеграция – возможна более реалистичная оценка стрессовой ситуации родителями;
3. зрелая адаптация – оба родителя адекватно оценивают ситуацию [15].

Следует отметить, что до настоящего времени не проводилось сравнительного анализа особенностей восприятия отцов и матерей. Однако, как показывает опыт В.В. Ткачевой, у отцов детей с отклонениями в развитии чаще проявляется позиция сокрытия тяжести проблем ребенка перед обществом [141]. В отличие от матерей, отцовская позиция характеризуется большей «закрытостью» и отсутствием желания идентифицировать себя со своим ребенком.

Исследования VeneshF. (*Бенеш*), TaylorH.S. (*Тэйлор*) указывают на то, что отцы иногда сильнее, чем матери чувствуют свою «ущербность» перед обществом из-за дефективности их ребенка. Исследователи в своих работах показали, что большинство отцов реагируют на рождение ребенка с ДКН скорее психологическим отказом от него [63, 131].

Е.С. Набойченко в своем исследовании выделила несколько схем реакций родителей на рождение ребенка с особыми потребностями развития. В исследовании участвовало 172 семьи с детьми с особыми потребностями развития. Так, в первой группе оказались «компенсированные» семьи (23%). [103] В таких семьях ребенок принимается таким, какой он есть. Отношение родителей адекватно. Они объективно оценивают ситуацию, сотрудничают с педагогами, медицинскими специалистами.

Семьи с реакциями отрицания составляют второй тип (25%). Этот психологический тип был определен Е.С. Набойченко как синдром «Мюнхгаузена». Родители не принимают и не признают отклонений своего ребенка, но проявляют отрицательные эмоции по отношению к нему, готовы винить его в своей несостоятельности [103].

Следующим типом в данном исследовании стали семьи с «синдромом «улитки» (26%). Такие родители переполнены чувством жалости и сочувствия к своему ребенку. Им свойственно обвинять всех окружающих в наличии отклонений у ребенка. Они стараются «утаить» имеющиеся особые потребности развития у детей, поэтому не проявляют желания сотрудничать со специалистами по вопросам реабилитации. Е.С. Набойченко указывает на то, что в сознании родителей отклонения ребенка воспринимаются как «личный позор» [103].

Завершает классификацию четвертый тип – неблагополучные семьи (26%), где один или оба родителя ведут асоциальный образ жизни, употребляют спиртные напитки. Ребенок в такой семье открыто воспринимается как «обуза», либо за ним никто не наблюдает [103].

Параллельно с внутрисемейными трудностями, рождение ребенка с ДКН ставит перед семьей проблемы во взаимосвязях и с социальным окружением. Как правило, это ведет к социальной изоляции семьи [139]. В свою очередь, социальная отгороженность семьи оказывает влияние на стили воспитания детей.

В нашем исследовании мы обратили внимание на исследование С.Ю. Мещеряковой, которая рассматривала отношение матери к ребёнку с точки зрения субъектно-объектных отношений. Субъектное отношение (принятие ребёнка как субъекта процесса взаимодействия) предполагает чувствительность ко всем его проявлениям, принятие, заинтересованность в совместной деятельности, использование партнерских отношений. Все это способствует положительному самоощущению ребёнка. При объектном отношении ребенок становится, по словам С.Ю. Мещеряковой, «лишь объектом ухода и других (медицинских, педагогических и пр.) воздействий взрослого, не принимающего в расчет его личность» [142].

Вызывают интерес результаты исследования, проведенного в Гарвардском университете и направленного на выявление характеристик «эффективной семьи». В рамках двадцатилетней программы осуществлялась попытка выделить основные признаки эффективной модели домашнего воспитания. В ходе этого исследования

были представлены модели поведения «эффективной матери», которая, как правило обладает следующими качествами:

- побуждает детей к самостоятельному исследованию окружающего мира, создаёт безопасную развивающую среду, стимулирующую когнитивное и физическое развитие ребенка;
- выступает в роли консультанта ребёнка, соблюдает партнерские отношения с ним;
- понятна для понимания ребенка, объясняет ему незнакомые явления, дает названия новому предмету или действию;
- хвалит за исследования и открытия, поощряет правильные действия, при неудачах сочувствует ребенку;
- помогает ему приспособиться к социальным требованиям;
- устанавливает границы его безопасной деятельности [74].

Исследования участвовавших в программе семей показали, что, несмотря на занятость родителей и отсутствие у них возможности уделять ребенку много времени, подобное поведение при взаимодействии с ребенком в возрасте от десяти месяцев до двух лет оказывает положительное влияние на его когнитивное и эмоциональное развитие. Такое совпадение характеристик положительных моделей поведения, обнаруженное в обоих исследованиях и в России, и в США, по мнению П.Л. Жияновой, важно не только своим свидетельством в пользу объективности данных, но и возможностью их использования на практике работы с семьей.

В настоящее время психологи выделяют четыре варианта матерей с разными стилями поведения [139].

1. Оптимальный вариант – спокойная, уравновешенная мама. Она может служить своеобразным эталоном материнства. Самым важным является то, что она заботится о ребенке, помогает ему справиться со всеми проблемами, она все знает о ребенке и вовремя приходит ему на помощь. Ребенок растет в атмосфере доброжелательности и доброты.

2. Тип тревожной мамы. Ей постоянно кажется, что ребенку что-то угрожает, даже когда такой угрозы нет; она вечно напряжена, постоянно думает о будущем ребенка. Это постоянная тревога негативно сказывается на всей семье. Такая мама переполнена гипертрофированным чувством ответственности, фиксирована на физическом здоровье ребенка в ущерб психическому, вследствие чего, ограничивает его контакты с окружающим миром.

3. Тоскливая мама. Этот тип очень схож с тревожным, но если тревожная мама постоянно думает о ребенке и о его будущем, то тоскливая мама постоянно думает о своем будущем, а ребенок воспринимается как препятствие.

4. Уверенная, властная мама. Такая мама думает, что твердо знает, что ребенок должен делать, чтобы стать тем, кем она его хочет видеть. Она никогда не пойдет на компромисс, не выслушает, чего же хочет ребенок.

В ситуации появления в семье ребенка с ДКН все эти типы поведения матерей проявляются еще ярче. Оптимальным является, конечно же, спокойный, уравновешенный тип. Все остальные могут негативно сказаться на развитии ребенка, раскрытии его потенциальных возможностей.

F. Ferber (*Фербер*) провел клиническое исследование психического состояния матерей, имеющих детей с ДКН. В результате исследования было выделено две основные группы. В материалах И.С. Багдасарян (2000) отражены основные результаты анализа [16].

Матери из первой группы отличались подвижностью, активностью, истероидными особенностями поведения. Осознание имеющихся у ребенка особых потребностей развития вызвало у них выраженные депрессивные реакции, которые длились от нескольких недель до нескольких месяцев. Вину за случившееся они брали на себя. Иногда их посещали мысли о суициде. Наблюдалось нарушение сна, усиление депрессии, постоянные опасения за будущее ребенка. Психологическое состояние отразилось и на соматическом уровне в виде: головной боли, тяжесть и сжимающие боли в груди, колебания артериального давления. В дальнейшем женщины теряли интерес к окружающему, они становились несколько спокойнее, но и безразличнее.

Для женщин второй группы были характерны меньшая активность, стремление к уединению, сужение круга общения. Сообщение о сущности нарушения принимали достаточно спокойно. В случившемся обвиняли исключительно медицинский персонал. В дальнейшем, матери осознавали истинное положение, в котором оказались, складывалась тенденция действий на настоящее. У многих из них наблюдались депрессивные состояния: ухудшалось настроение, появлялись приступы отчаяния [16].

По мнению С.Е. Иневаткиной, внутрисемейные отношения обладают относительно самостоятельными характеристиками, которые делают семейное воспитание наиболее адекватной формой воспитания, особенно в раннем возрасте; формой наиболее отвечающей особенностям этого ответственного периода развития личности [63].

Е.С. Набойченко провела исследование по определению типа семейного воспитания. Было обследовано 104 ребенка с атипичной внешностью. В результате были выявлены следующие типы семейного воспитания:

- авторитарность отношений в семье, жесткий контроль (6 случаев);
- недоверие к ребенку (12 случаев)
- противоречивое отношение к самостоятельности ребенка (в 11 семьях);
- неустойчивый тип воспитания (23 семьи);
- воспитание по типу эмоционального отвержения (12 семей);
- воспитание по типу гиперопеки (40 семей) [101].

Таким образом, можно сделать вывод, что наибольшее число семей, воспитывающих детей с ДКН склонны к воспитанию по типу гиперопеки.

Страхи родителей за такого ребенка усиливаются в период достижения ребенком школьного возраста, уточнение формы и способа обучения. Ощутимой кризисной точкой может стать момент, когда родители убеждаются, что их ребенок не в состоянии обучаться в обычной школе и нуждается в специальной программе. Этот период также может быть тяжелым для других детей в семье, поскольку их одноклассники будут узнавать о брате или сестре с ограниченными

возможностями. В это время семья как бы «выходит на публику» и родители начинают осознавать нереальность своих первоначальных планов по поводу образования ребенка.

В большинстве случаев именно в это время семья наиболее сильно сталкивается с социумом. Со стороны специалистов очень важно помочь семье как можно плавно войти в «школьную жизнь», показать преимущества специального образования, предоставить расширенные возможности программ дополнительного образования детей, участие в различных детских конкурсах, которые будут повышать самооценку не только детей, но и их родителей.

Проблемы воспитания и развития детей с ДКН касаются не только непосредственно семьи ребенка, но и общества в целом. Несмотря на свободный доступ к ресурсам сети Интернет, СМИ и т.п. Родители испытывают информационный вакуум в решении вопросов, связанных с реабилитацией детей. Очень часто они полагаются на опыт других семей, столкнувшихся с похожими проблемами. Тем не менее, нехватка квалифицированной информации, ограниченность круга общения семьи, порой непонимание причин возникновения проблемы – все это сказывается на бесполезной трате драгоценного времени на восстановление ребенка, а также на большие ненужные материальные расходы.

Согласно В.И. Вернадскому, структура формирующего пространства личности складывается из трех оснований: неорганическая природа, биосфера и ноосфера. При этом неорганическая природа и биосфера не могут являться «полем» для деятельности психолога, так как составляют естественные основания жизни и развития людей. Для развивающейся личности сфера разума и социальное пространство (ноосфера) является важнейшей составляющей формирующего пространства, а значит, является доступной с точки зрения психологической науки и практики. Социальное пространство состоит из нескольких уровней: макроуровень (экономические, политические и другие составляющие); мезоуровень, состоящий из институционализованного и неинституционализованного подуровней; микроуровень (родители, семья,

близкие). Таким образом, невозможно оказывать спектр психолого-педагогических услуг ребенку с ДКН, не проводя комплексную работу с его семьей.

Л.Г. Павлова в своем диссертационном исследовании указывала на то, что на процесс социализации ребенка непосредственно влияет его ближайшее окружение и среда в различных ее проявлениях. Именно семья является первым социумом, который прививает ребенку навыки общественной жизни и контролирует их [113].

В связи с этим, к основным вопросам психологии семьи, воспитывающей детей с ДКН, относятся проблемы консультирования таких семей.

Эффективность процессов воспитания ребенка непосредственно зависит от оказания квалифицированной консультационной помощи семье на всех этапах развития ребенка. По мнению Н.В. Обуховой, семья должна видеть модели жизненного маршрута, которым будет следовать ребенок на различных этапах жизни. Для разработки данных моделей автор предлагает метод групповой терапии. Работа с использованием данного метода позволяет решить следующие задачи:

1. Обеспечить тесное сотрудничество специалистов и родителей;
2. Создание условий для сплочения родителей;
3. Знакомство родителей с процессами развития детей с ДКН;
4. Повышение педагогической культуры родителей;
5. Формирование активной жизненной позиции у родителей [106].

Ю.Е. Горбунова говорит о необходимости дистанционного психологического просвещения как одной из форм взаимодействия родителей и специалистов [42]. Данный вопрос встает особенно остро в период введения нового образовательного стандарта и закона «Об образовании в Российской Федерации», в которых указывается на важность информационно-методической поддержки процессов обучения и воспитания [149, 150]. Информация для родителей, расположенная на сайтах образовательных учреждений может оказаться необходимой для родителей, которые не имеют возможности или желания получить консультации специалистов. В этой связи также является важным

оформление информационных стендов для родителей в образовательных учреждениях.

Семейное консультирование семей, воспитывающих детей с ДКН, ориентировано на людей, испытывающих трудности в повседневной жизни. Основными задачами консультирования является осознание и разрешение проблем эмоционального и межличностного характера. Основной акцент делается на анализе взаимодействия в семье, способах разрешения конфликтов [59].

Таким образом, анализ литературы показал, что исследованию семей, имеющих детей с ограниченными возможностями посвящено сравнительно немного работ. В связи с этим проблема исследования взаимодействия «особого ребенка» является актуальной. Изучены вопросы классификации матерей, семей детей с ограниченными возможностями здоровья и типов воспитания. Приведенные исследования подтверждают наличие психотравмирующей ситуации в семье с ребенком с ДКН.

1.2. Обоснование научного подхода в исследовании психолого-педагогического сопровождения семей

Понятие «психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН» носит комплексный характер и определяется как процесс профессиональной деятельности специалистов, направленный на создание психолого-педагогических условий с одной стороны для оптимизации процессов обучения и развития ребенка с ДКН, с другой – для повышения уровня социально-психологической адаптированности семьи ребенка с ДКН в целом. Субъекты процесса психолого-педагогического сопровождения, компоненты социально-психологической адаптации семей находятся во взаимосвязи друг с другом. Следовательно, необходимо изучить более подробно научные подходы, применяемые авторами в этой сфере, в качестве методологической базы для нашего исследования.

В данном параграфе проведен анализ научных подходов, представленных в работах Б.Ф. Ломова, И.В. Блауберга, А.Н. Аверьянова, Л.С. Выготского, А.Н.

Леонтьева, М.М. Семаго, Е.С. Набойченко, В.В. Ткачевой, Т.И. Целевич, Г.А. Мишиной, Л.А. Арсеновой, В. Гольдберг, В.Н. Дружинина и др.

Исходя из проблемы нашего исследования, мы рассмотрели следующие подходы:

- культурно-исторический;
- деятельностный;
- личностный;
- диалогический;
- системный.

В основе процесса психолого-педагогического сопровождения находятся принципы и положения культурно-исторической теории о единстве законов развития нормального и аномального ребенка. Л.С. Выготский видел главную причину аномальности детей в «социальном вывихе». Он подчеркивал, что ребенок с особыми потребностями развития, в том числе с ДКН, оказывается «выпавшим» из общества, системы трансляции общественно-исторического опыта. Также была обоснована необходимость в социальной компенсации отклонений развития посредством построения «обходных путей» решения задач развития, которые в условиях нормативного развития достигаются традиционными способами. Таким образом, идея психолого-педагогического сопровождения подтверждается положением Л.С. Выготского о единстве законов психического развития. Подтверждение этому в том, что «биологическое неблагополучие» - это лишь предпосылки к неблагоприятному развитию в социокультурной среде [37].

Деятельностный подход в организации психолого-педагогического сопровождения, представленный в трудах А.Н. Леонтьева, означает, что для наиболее успешного развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья необходимо правильно организовать его деятельность в частности, а также и в целом, всей семьи. Как отмечалось ранее, развитие ребенка с особыми образовательными потребностями происходит по тем же принципам, что и детей с нормативным развитием, но с различиями в темпе. Предполагается, что для более успешного развития ребенка необходимо использовать нетрадиционные способы

решения задач, двигаясь по тем же этапам становления личности. Необходимые преобразования в развитии личности ребенка и детско-родительских отношений происходят посредством деятельности. Деятельностный подход предполагает осознание необходимости деятельности, целеполагание, планирование процесса, организацию, оценку полученных результатов и рефлексия [82].

Следующим подходом в нашем изучении является личностный подход. Данный подход в педагогической психологии выводит в качестве цели, субъекта, результата и главного критерия эффективности педагогического процесса – личность. Несомненно, именно родители, как самое близкое окружение ребенка, закладывают «фундамент» его личности. Взаимодействие с обществом и семьей воспитывает ребенка. В случаях «особого» детства и «отгороженности» семьи от общества происходит искажение коммуникаций, что проявляется в эмоциональной незрелости личности, нарушениях социальной адаптации и т.д. Основной задачей всех мероприятий процесса психолого-педагогического сопровождения является создание условий для адаптации и развития творческого потенциала личности.

Четвертым подходом в нашем рассмотрении является диалогический. В развитии личности важен не только «предметный» результат, но и «отношенческий», так как развитие личности происходит не только посредством деятельности, но и в процессе общения и взаимодействия с окружающим миром.

Субъектами процесса психолого-педагогического сопровождения в данном исследовании являются дети, их родители и специалисты. Изначально мы остановимся на рассмотрении системного подхода, который представлен в трудах А.Н. Аверьянова, И.В. Блауберга, Э.М. Мирского и др.

Системное познание, по мнению А.Н. Аверьянова, предполагает:

1. «Рассмотрение объекта деятельности как системы». Психолого-педагогическое сопровождение как система может быть рассмотрено не только с точки зрения субъектов (педагогов, родителей, детей). Процесс сопровождения включает в себя различные предметные области знания, в рамках которых обучается ребенок (психология, дефектология, адаптивная физическая культура, логопедия, арт-терапия, социально-бытовая ориентировка и т.д.);

дифференцированные направления развития ребенка – психическое, физическое, когнитивное, эмоциональное, речевое и т.д. Для осуществления психолого-педагогического сопровождения используется комплекс различных методов.

2. «Определение состава, структуры и организации элементов и частей системы, обнаружение ведущих взаимодействий между ними». В рамках данного исследования была разработана модель психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН. Модель имеет структурно-функциональный характер построения психолого-педагогического сопровождения. Это обуславливает наличие четкой структуры организации процесса, характеристику отдельных звеньев и взаимодействия между ними.

3. «Выявление внешних связей системы». Несомненно, система психолого-педагогического сопровождения неразрывно связана с системой медицинского сопровождения развития ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Медицинские препараты в совокупности с психолого-педагогическими технологиями позволяют более эффективно воздействовать на процесс психофизического развития ребенка.

4. «Определение функции системы и ее роли среди других систем». Основной функцией психолого-педагогического сопровождения является реализация условий для социально-психологической адаптации как ребенка с особыми образовательными потребностями, так и его семьи.

5. «Анализ диалектики структуры и функции системы». В сущности, психолого-педагогическое сопровождение направлено на коррекцию межличностных детско-родительских отношений, формирование благосклонного отношения к себе у родителей, а также их успешную интеграцию в общество. Для осуществления этих процессов невозможно обойти ребенка, его особенности и необходимость их коррекции. В ситуации сопровождения семей, имеющих детей с ДКН, «краеугольным камнем» неадекватных форм отношений и поведения являются именно особенности ребенка, проявившиеся вследствие наличия патологических изменений.

6. «Обнаружение на этой основе закономерностей и тенденций развития системы». В ходе данного исследования был выявлен ряд закономерностей процесса воспитания и образования детей с ДКН. Одной из них является взаимосвязь между нарушениями психофизического развития ребенка и искажением детско-родительских отношений в этой семье. Последнее, в свою очередь, влияет на позицию семьи, в частности родителей, в обществе. Выявленные закономерности подтверждают необходимость организации психолого-педагогического сопровождения семей, в рамках которого влияние оказывалось не только на ребенка с ДКН, а также на его родителей. [1].

Рассмотрев перечисленные научные подходы, мы пришли к выводу, что наиболее полно многогранный процесс психолого-педагогического сопровождения раскрывается в условиях системного подхода.

1.3. Модели психолого-педагогического сопровождения семей, представленные в научной литературе

Воспитание родителей — международный термин, который обозначает помощь родителям в исполнении ими функций воспитателей собственных детей. По мнению Р.В. Овчаровой, «исследование проблем семьи и семейного воспитания показывают, что родители все больше нуждаются в помощи специалистов». Консультативная и информационная помощь нужны не только родителям детей группы риска или проблемным семьям, они необходимы каждой семье «на определенном этапе ее развития в силу ее внутренних потребностей и растущих требований общества к семье как социальному институту» [109].

На современном этапе развития психолого-педагогического сопровождения во многих образовательных учреждениях организуются службы психолого-педагогического и медико-социального сопровождения учащихся. В особенности актуальной данная работа становится в период подготовки к школе. В Типовом Положении такой службы указывается состав, в который входят специалисты разного профиля: педагоги-психологи, социальные педагоги, учителя-логопеды, учителя-дефектологи, медицинские работники, освобожденные классные

воспитатели и др. Однако, также отмечается, что «решение задач психолого-педагогического сопровождения не может быть ограничено областью непосредственного взаимодействия психолога с ребенком, но требует также организации работы с педагогами и родителями как участниками учебно-воспитательного процесса».

Значением слова «сопровождать» по толковому словарю С.И. Ожегова является «следовать вместе с кем-нибудь, находясь рядом, ведя куда-нибудь или идя за кем-нибудь» [110]. Действительно, рассматривая цели и задачи психолого-педагогического сопровождения, видно, что дети и их родители «следуют» по пути учебно-воспитательного процесса вместе с педагогами и психологами. Термин «сопровождение» в психологии – это комплексная технология социально-психологической помощи личности [48, 167].

В зарубежной психологии и педагогике в практике консультирования детского развития возникла необходимость обращения к родителям. Приверженцы данного подхода – Д. Адорно, Дж. Боулби, С. Холл, А. Фрейд, В. Шутц, Э. Эриксон, М. Эйнсворт и др. – подчеркивают важность обучения родителей качественному уходу за ребенком, гуманному отношению к детям в раннем возрасте, навыкам саморегуляции. Обучение родителей нацелено на формирование позитивных отношений с ребенком. Идеологами данного направления издается «Журнал психоаналитической педагогики». В нем освещаются вопросы родительско-детских отношений, деятельности самих родителей.

А. Адлер одним из первых указал на необходимость обучения родителей. Основной задачей при их обучении было установление демократических отношений с ребенком. Соответственно, основными понятиями такого подхода являются слова «равенство», «сотрудничество», «естественные результаты». Методы, способы и приемы адлеровского обучения родителей были основаны на сознательном и целенаправленном поведении. С этим связаны два основополагающих принципа воспитания: отказ от борьбы за власть и учет потребностей ребенка. Автор подчеркивал необходимость научить родителей уважать уникальность и неприкосновенность детей с рождения.

Помимо работы с родителями, А. Адлер подчеркивал важность параллельной работы с детьми, «поскольку эта единственная дорога к устойчивому успеху» [3]. Е.В. Сидоренко отмечает, что у А. Адлера «множество идей, которые во многом превосходят... многие современные направления педагогической психологии» [129]. Одной из идей А. Адлера, вызывающей интерес, является рассмотрение обучения родителей, не только с позиции развития семьи, но с точки зрения общества – как результат воздействия на его состояние [32].

Подход А. Адлера продолжил его последователь Р. Дрейкус, который видел цель образования родителей в том, чтобы родители освоили различные типы взаимодействия, основанные на принципах равенства между взрослыми и детьми. В процессе обучения между родителями происходит обмен опытом, обсуждение проблемных вопросов, а также каждый имеет возможность получить поддержку и одобрение группы. Р. Дрейкус считал, что основной задачей специалиста, обучающего родителей, является не столько чтение лекций, а умелая организация дискуссий.

Обучение родителей, по подходам А. Адлера и Р. Дрейкуса, имеет основную цель не только в личностном развитии ребенка, что является долгожданным результатом, но и изменение родителей в ходе образовательного процесса.

Основателем модели групповой терапии является Х. Джинотт. В ее основе – концепция гуманизации воспитания сквозь призму идеи развития эмоциональной сферы родителей. Его обучение строится на «трех китах» работы психолога с семьей, испытывающей трудности в воспитании детей: обучение, психологическое консультирование и собственно психотерапия. Основными методами обучения родителей являются: групповая дискуссия, ролевые игры, работа в подгруппах. Обучение направлено преимущественно на внесение большей объективности во взаимоотношения родителей с детьми. Групповые методы работы показаны родителям, чьи установки и ценности слишком искажены и не позволяют изменить стиль воспитания.

Идеи Х. Джинотта согласуются с положениями программы Т. Гордона «Тренинг эффективности родителей». Теоретическое положение данной

программы базируется на психотерапии, «центрированной» на клиенте, разработанной К. Роджерсом. Основная идея данного метода психотерапии заключается в способности психотерапевта к позитивному и безоценочному принятию своего клиента. К. Роджерс ввел понятие «помогающих отношений», которые важно устанавливать родителю с ребенком». Введенное понятие позволяет видеть опыт человека с его точки зрения [123]. Автор подхода считал, что улучшение взаимоотношений происходит посредством улучшения принятия другого человека, а это в свою очередь возможно только посредством улучшения принятия себя.

Модель чувственной коммуникации основывается на феноменологической теории личности К. Роджерса. По мнению Т. Гордона, родители часто прибегают к непродуктивным словесным реакциям (угрозы, команды, нравоучения и др.), что воздвигает преграды на пути к эффективному общению с детьми. Исходя из этого, можно сделать вывод, что родителям не хватает умения слушать ребенка. В этом заключается основная концепция его программы «Тренинг эффективности родителей». На занятиях по программе родители получают положительный опыт ведения бесед, увеличивают уверенность в себе, приобретают навыки активного слушания других и самовыражения. Это достигается путем сглаживания различий между «Я-идеальный» и «Я-реальный» в представлении ребенка при определенных психологических условиях. Т. Гордон считал, что родители должны научиться отличать проблемы родителя и ребенка, научить ребенка самостоятельно решать проблемы и осознавать ответственность в принятии решений.

Проводя анализ обучающих программ для родителей нельзя обойти вклад бихевиористского направления в воспитании детей. Последователи этого направления уделяют большое внимание разнообразию методов наказания и поощрения, считая, что их разнообразие ведет к эффективности процесса воспитания в целом. Несмотря на имеющееся разнообразие системы поощрений и наказаний, бихевиористы уделяют большое внимание процессу имитации. А. Бандура отмечает, что новое поведение дети приобретают посредством подражания, поэтому одной системы похвалы и наказания недостаточно.

В связи с методами имитации, поощрения и наказания, необходимо рассмотреть также идеи об операционализации поведения. Так называемое оперантное научение как способ воспитания раскрывает метод проб и ошибок. В рамках оперантного научения, которое составляет Учебно-теоретическую модель Б.Ф. Скиннера, поведенческий акт формируется с помощью подкрепления или его отсутствия при выборе реакции из множества возможных вариантов. Родителей учат разбираться в реакциях ребенка и формировать их раздражители.

В отличие от подходов А. Адлера и Р. Дрейкуса, в бихевиористском направлении ученые, Р. Дж. Валер, Дж. Х. Винкель, Д.-С. Моррисон, Р.-Ф. Петерсон и др., делали основной акцент на обучение родителей техникам модификации поведения ребенка.

Психологи Е. Стейнер, М. Джеймс, Д. Джонгвард и Е.В. Сидоренко применяли в своей работе модель транзактного анализа. Суть ее в том, чтобы дать родителям понимание, что значит быть ребенком определенного возраста, а также прочувствовать внутренне «давление и напряжение» в общении со своими детьми. Основная задача обучения родителей, согласно данной модели, — научить членов семьи взаимным компромиссам. Для этого они должны научиться определять характер потребностей ребенка и устанавливать с ним адекватные взаимоотношения. Суть изменения поведения ребенка лежит в изменении детско-родительских отношений [129].

В основе отечественных обучающих программ обучения родителей положения гуманистической психологии, в частности, идеи М.М. Бахтина о диалогической природе человеческого общения. Диалог является определяющим компонентом в организации «лично-развивающей» стратегии воздействия (Г.А. Ковалев, М. Ю. Колпакова, С.А. Минюрова, Е.А. Тетерлева, и др.). Диалог создает оптимальный психологический режим для взаимоотношений и обеспечивает возможность для личностного развития (Г.А. Ковалев, А.Ф. Копьев, Е.А. Тетерлева и др.).

А.С. Спиваковская разработала программу семинара для родителей, которая решает задачи расширения знаний о психологии семейных отношений, психологии воспитания [132].

И.М. Марковская предложила обучающий тренинг взаимодействия родителей с детьми. В основе тренинга: идея сотрудничества ребенка и взрослого. Целью работы является: установить партнерские отношения между родителями и ребенком [112]. Н.Н. Васягина подчеркивает, что преимущество данной программы заключается в наличии трех блоков: диагностического, информационного и развивающего. В ходе диагностического блока проводится первоначальная психодиагностика взаимоотношений родителей и ребенка перед проведением тренинга, а также последующая диагностика в ходе занятий. Информационный блок содержит непосредственно те знания, которые стремится донести ведущий для участников. Развивающий компонент состоит в формировании и закреплении эффективных навыков взаимодействия родителей с детьми, а также в возможности активного самопознания и познания ребенка [32].

В 70 — 80-е гг. под руководством И. В. Гребенникова была разработана и методически оснащена программа педагогического просвещения родителей, которая составила основу модели родительского всеобуча и подготовки молодежи к семейной жизни. Данная программа была направлена на решение основной проблемы воспитания – психолого-педагогической неграмотности родителей. Одним из аспектов модели было введение специального школьного предмета «Этика и психология семейной жизни», в том числе подготовка кадров для его преподавания. Эта мера носила профилактический, превентивный характер [27].

Рассмотренные модели и программы воспитания родителей выдвигают свои основные мысли, на основе которых родители могут строить свой воспитательный процесс. Каждый из этих подходов направлен на решение практических задач, а также соотносится с семейными ценностями и психологическими трудностями родителей.

В современной практической психологии существует несколько методологических подходов к определению сущности психологического

сопровождения. В каждом из них «сопровождение» трактуется как вся система профессиональной деятельности психолога (Р. М. Битянова); общий метод работы психолога (Н. С. Глуханюк); одно из направлений и технология профессиональной деятельности психолога (Р. В. Овчарова) [106]. Однако, говоря о сопровождении, все авторы разрабатывают собственный методологический подход в изучении этого вопроса, представляя в виде модели.

В настоящее время разработаны различные модели психолого-педагогической помощи семье, которые могут быть использованы специалистами в области педагогики и психологии.

В.В. Столин выделяет следующие модели психолого-педагогической помощи семье: педагогическую, диагностическую, социальную, медицинскую, психологическую (психотерапевтическую) [133].

Педагогическая модель сопровождения основана на некомпетентности родителей в организации воспитательного процесса с ребенком. Воздействие специалиста направлено на повышение психолого-педагогической культуры родителей, активное включение их в процесс социального воспитания ребенка. Модель носит в основном профилактический характер. Р.В. Овчарова перечисляет основные формы работы по этой модели: освоение и закрепление теоретических знаний, дискуссия и практикумы [109].

В случаях, когда семейные трудности являются результатом неблагоприятных внешних условий применяется социальная модель.

Психологическая (психотерапевтическая) модель используется для решения проблем, причинами которых являются трудности ребенка в области общения, личностных особенностях членов семьи. В ее основе – анализ семейной ситуации, психодиагностика личности и диагностика семьи.

Диагностическая модель используется для выявления дефицита специальных знаний о ребенке или семье у родителей.

Медицинская модель предполагает, что возможными причинами семейных трудностей являются болезни. В таком случае задачей психотерапии является лечение больных и адаптация здоровых членов семьи к больным.

Психолог может варьировать модели помощи семье в зависимости от характера причин, лежащих в основе проблемы детско—родительских и супружеских отношений.

В российской практике существуют две основные модели психологической работы с семьей: модель «поддержки» и модель «сопровождения». Сопоставляя их, Р.В. Овчарова приходит к выводу, что «по сути, они есть две стороны одной и той же медали». Их необходимо рассматривать, как взаимосвязанные модели психологической службы, потому что их цели определены едиными законами развития психики человека. Их сходство состоит в конечном результате: и та, и другая модели «ожидают полноценного психического развития и успешности воспитательно-образовательного процесса в учреждении и семье». Помимо сходства, нельзя не отметить принципиальное различие, сконцентрированное в области способов и средств применения. Модель «поддержки» достигает цели за счет «работы со свершившимся неблагополучием», а модель «сопровождения» - за счет «создания условий, предотвращающих появление проблем» [109].

Анализ отечественных подходов психолого-педагогического сопровождения выявил употребление терминов «сопровождение» (М.Р. Битянова, Е.И. Казакова, И.А. Кибак, Н.Л. Коновалова, Н.С. Пряжников, С.Н. Чистякова, Т.М. Чурекова и др.) и «поддержка» (А.Г. Асмолов, А.А. Бодалев, В. К. Зарецкий, Т.А. Мерцалов, И.Ю. Шустова) в качестве обозначения системы деятельности психолога. Рассмотрим еще несколько моделей психолого-педагогического сопровождения, рассматриваемые в рамках гуманистического и личностно-ориентированного подходов.

В теории сопровождения Е.И. Казаковой утверждается, что носителем проблемы выступает как сам ребенок, так и его ближайшее окружение: педагоги, воспитатели, родители. Автор считает, что процесс сопровождения должен основываться на следующих принципах:

- рекомендательный характер консультаций;
- приоритет интересов сопровождаемого;
- непрерывность процесса сопровождения;
- мультидисциплинарный характер сопровождения;
- стремление к автономизации [48].

М.Р. Битянова определяет сопровождение как систему профессиональной деятельности психолога в образовательной среде, направленную на формирование эмоционального благополучия ребенка, его успешного развития и обучения [32].

Исследователи (Э.М. Александровская, Г.Л. Бардиер, Р.В. Овчарова, Т.Г. Яничева и др.) отмечают, что при успешно организованном психолого-педагогическом сопровождении ребенок легче входит в «зону ближайшего развития». В качестве видов психологической деятельности в модели сопровождения выделяются следующие: просветительская работа, профилактика, пропедевтика, диагностика, консультирование, коррекция, экспертиза.

Методологический анализ определений термина «сопровождение», проведенный А.А. Майером, позволяет утверждать, что это «особая форма пролонгированной медико-валеологической, социальной, психологической, педагогической помощи». Результатом деятельности является новое качество – адаптивность, т.е. способность самостоятельно достигать уравновешенных отношений с собой и окружающими в различных ситуациях [50].

Опираясь, на вышеизложенные исследования Е.И. Казаковой, М.Р. Битяновой, А.А. Майера и др. нами было уточнено понятие «психолого-педагогического сопровождения семей детей дошкольного возраста с ДКН» как процесса оказания психолого-педагогической помощи с целью формирования оптимального уровня социально-психологической адаптированности семьи в целом.

В рамках данного исследования, понятие «социально-психологическая адаптация» трактуется как комплексное понятие, обозначающее процесс взаимодействия личности с обществом, который приводит к достижению оптимального соотношения ценностей и норм личности и общества.

Исследуя феномен «социально-психологической адаптации», Г.А. Азбергенова выделила три аспекта. Согласно ей, в российской науке «адаптация» является процессом, «адаптивность» подразумевается как способность, а результатом является «адаптированность». [4]

Таким образом, опираясь на вышеизложенный анализ научных исследований, мы определили психолого-педагогическое сопровождение семьи ребенка дошкольного возраста с ДКН – как процесс профессиональной деятельности специалистов, направленный на создание психолого-педагогических условий с одной стороны для оптимизации процессов обучения и развития ребенка с ДКН, с другой – для повышения уровня социально-психологической адаптированности семьи, имеющей ребенка с ДКН в целом.

Данное исследование носит комплексный характер. Поэтому, на наш взгляд, необходимо также рассмотреть научные подходы к моделированию в педагогике.

Анализ литературы по подходам к моделированию педагогических систем позволил выявить следующие виды моделей: стадийную, функциональную, ситуационную, игровое моделирование, структурно – функциональную.

Стадийная модель применяется в исследованиях, связанных с управленческой деятельностью в педагогике. Данный вид модели предусматривает прохождение процесса по стадиям. Так, в исследовании Р.Х. Шакурова, автор выделяет три стадии управленческого процесса в педагогике: целевую стадию (определение и решение организационно-педагогических задач), социально-психологическую стадию (согласование интересов членов педагогической организации) и оперативную стадию (реализация целевой и социально-психологической функций). Последняя стадия также подразделяется на этапы: планирование, принятие решений, исполнение и контроль [34].

Функциональная модель в педагогике рассмотрена Н.П. Кузьминой. В ней представлены пять функциональных компонентов деятельности педагога, которые лежат в основе обучения и формирования личности учащихся: гностический, проектировочный, конструктивный, организаторский и коммуникативный [112].

В рамках ситуационной модели происходит рассмотрение ситуаций как взаимодействия человека со средой (объектно-субъектная связь) и межличностных отношений (субъектно-субъектные взаимодействия).

Игровое моделирование образовательного процесса предполагает рассмотрение игры как фрагмента социальной реальности. Н.Б. Сазонтьева отмечает, что «активное внедрение в научную практику игровых методов связано с рядом общих социокультурных процессов, направленных на поиск новых форм социальной организованности и культуры взаимоотношений» [62].

М.В. Горячева отмечает, что наиболее распространённым видом моделирования в педагогике является – структурно-функциональная модель. В основе данной модели лежат связи между компонентами системы. Структурный подход к моделированию позволяет разделить сложную проблему на более мелкие. Функциональная составляющая модели заключается в описании логики взаимодействия предмета и субъекта моделирования и образовательной среды, в которой находятся все участники психолого-педагогического процесса. При этом, М.В. Горячева выделяет пять компонентов структурно-функциональной модели: ценностно-мотивационный, содержательный, практический, рефлексивно-оценочный [43].

Проблема психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей дошкольного возраста с ДКН, на наш взгляд, освещается при условии структурно-функционального моделирования. Разработанная модель, представленная во 2 главе исследования, раскрывает логическую структуру построения психолого-педагогического процесса сопровождения семей, а также отражает различные стороны взаимодействий участников образовательного и воспитательного процессов.

Выводы по первой главе

1. Термин «особые потребности развития» наиболее полно отражает характер двигательного-координационных нарушений детей. Термин подчеркивает,

что дети испытывают затруднения на всех этапах онтогенеза в приобретении необходимых знаний, умений и навыков.

2. Основной причиной двигательно-координационных нарушений является органическое поражение двигательной сферы с рождения. Нарушения моторных функций, снижение «степени мобильности», «нормистские» взгляды общества на лиц с физическими «недугами» неблагоприятно сказываются на психологическом состоянии семьи ребенка с ДКН, что влечет за собой формирование дезадаптации и самоизоляции личности ребенка и его родителей. «Дискриминативные» взгляды общества сказываются на личностном потенциале родителей, возникает эффект общественной стигматизации на родителей.

3. В период дошкольного образования психолого-педагогическое сопровождение приобретает особую актуальность. Это связано, прежде всего, с тем, что семьи находятся в процессе адаптации к образовательной среде (к школьной среде), к новой социальной роли и действиям. Двигательно-координационные нарушения могут быть скорректированы или компенсированы с применением меньших усилий, в том числе, не прибегая к оперативному вмешательству. Часто дошкольное образовательное учреждение является первым шагом интеграции семей с детьми с ДКН в общество, что, соответственно, влечет за собой необходимость проявлять адаптационные механизмы всех участников образовательного процесса.

4. Родители в отношениях с детьми с ДКН занимают позицию «родитель опекающий», что препятствует развитию личностного потенциала самих родителей, затрудняет саморегуляционные процессы и негативно сказывается на психофизическом развитии детей.

5. В отношении организации психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН все общие позиции, на которых базируется модель «сопровождения» остаются неизменными. Основным принципом, определяющим направление сопровождения в случае «особых» семей, является принцип учета индивидуальных особенностей семьи и ребенка.

6. Анализ существующих моделей психолого-педагогического сопровождения позволил выявить наиболее эффективный метод моделирования для решения проблемы данного исследования – структурно - функциональный.

7. Несмотря на положительные результаты применения приведенных выше моделей психолого-педагогического сопровождения и помощи семьям детей дошкольного возраста с ДКН, было выявлено, что авторы не учитывали в своей работе зависимость социально-психологической адаптированности семьи в целом от «степени мобильности» ребенка с ДКН. В представленной нами далее структурно-функциональной модели, помимо педагогической и психологической составляющих процесса сопровождения, имеется также адаптивный блок, направленный на формирование двигательных навыков, в том числе и навыков самообслуживания, детей с ДКН.

8. Рассмотрение социально-психологической адаптированности семьи с ребенком дошкольного возраста с ДКН с различных сторон, позволило выявить следующие элементы этого понятия: тип детско-родительских отношений, компоненты личностного потенциала родителя (мотивационный, эмоциональный и поведенческий), степень сформированности двигательных навыков детей с ДКН.

9. Изучение теоретических и методологических составляющих проблемы исследования определило, что наиболее подходящий методологический подход в изучении психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН является системный.

ГЛАВА 2. СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДКН

2.1. Научное обоснование структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей

Одной из задач Государственной программы Российской Федерации «Социальная поддержка граждан», утвержденной Правительством РФ 15 апреля 2014 года является «создание благоприятных условий для жизнедеятельности семьи, функционирования института семьи...» [44]. Данная задача обусловлена назревшей в обществе необходимостью в поддержке семей, в особенности, родителей с детьми дошкольного возраста с ДКН.

Рассмотрение обозначенной проблемы обусловило необходимость разработки и научного обоснования структурно-функциональной модели, обеспечивающей развитие и реализацию потенциала семьи через здоровьесозидающую деятельность, направленную на социально-психологическую адаптированность ребенка дошкольного возраста с ДКН и его родителей за счет улучшения двигательной сферы.

В настоящем параграфе раскрывается логика понимания структуры, сущности организации психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН.

Сложность реализации разработанной структурно-функциональной модели заключается в специфических особенностях каждой семьи и многогранности особых потребностей развития.

Согласно Б.Ф. Ломову, существует несколько принципов, характеризующих системный подход, которые были рассмотрены нами применительно к структурно-функциональной модели сопровождения. В качестве первого принципа предполагалось, что системный подход в исследовании явления требует его изучения в различных аспектах:

- как систему, которая имеет свои закономерности;

– как часть родо-видовой макроструктуры, закономерностям которой подчиняется;

- во взаимодействии с микросистемами;
- с точки зрения ее внешних взаимодействий.

При рассмотрении психолого-педагогического сопровождения как системы, можно выделить следующие компоненты: формирование двигательных навыков детей с ДКН, оптимизация личностного потенциала родителей и гармонизация детско-родительских отношений. В ходе реализации представленной модели психолого-педагогического сопровождения, выявлено, что компоненты взаимосвязаны и имеют устойчивые связи друг с другом. В то же время, данная модель предусматривает психолого-педагогическое сопровождение в макросистеме дошкольного образования, на переходном этапе - подготовки к школе.

Несомненно, психолого-педагогическое сопровождение семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН является многомерным явлением. В данном исследовании, не представляется возможным достижение оптимального уровня социально-психологической адаптированности семьи при условии воздействия только на один компонент системы. Для успешной реализации модели необходим одновременный «удар» по всем компонентам системы: оптимизация личностного потенциала родителей, улучшение двигательных навыков детей с ДКН и гармонизация детско-родительских отношений.

В качестве следующего принципа, Б.Ф. Ломов выделил иерархичность явлений. При этом, он также выделил три взаимосвязанные подсистемы: когнитивную (функция познания), регулятивную (регуляция деятельности и поведения) и коммуникативную (общение с другими людьми). Иерархия этих явлений представлена в ходе реализации разработанной модели психолого-педагогического сопровождения. В ходе психолого-педагогического сопровождения, родители детей с ДКН проходят мероприятия, направленные на оптимизацию их личностного потенциала. Через осознание своих потребностей саморазвития и возможностей, родители стабилизируют свое эмоциональное

состояние, вызванное фактом рождения, ребенка с ДКН, особенностей и трудностей его воспитания и обучения, негативного влияния общества, гармонизируют детско-родительские отношения, способствуют улучшению двигательных навыков детей с ДКН. При этом семьи, родители и дети с ДКН, находящиеся в условиях самоизоляции, в ходе психолого-педагогического сопровождения формируют оптимальный уровень социально-психологической адаптированности, который позволяет им улучшить процесс интеграции в общество.

Выделение элементов модели позволило разбить ее на целевой, содержательный, процессуально-деятельностный и контрольно-результативный блоки. В совокупности блоки образуют четырехуровневую структуру, характеризуются определенными особенностями и ролью в реализации исследуемого процесса (см. рисунок 2.2.1.1).

Целевой блок структурно-функциональной модели отражает социальный заказ, выраженный в Федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» от 21 декабря 2012 года, Федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования; выполняет функцию целеполагания и выступает основой для изучения содержательных компонентов образовательного процесса.

Адаптивная физическая культура является основополагающим предметом для детей с двигательными-координационными нарушениями. Это связано с тем, что именно на этих занятиях формируются двигательные навыки ребенка, уменьшается или увеличивается тонус мышц, решаются вопросы самообслуживания [55, 56]. Именно поэтому, мы считаем, что одной из важнейших направлений психолого-педагогической помощи семье является сопровождение специалистом по адаптивной физической культуре.

ЦЕЛЕВОЙ БЛОК – функция целеполагания						
Социальный заказ , выраженный в Государственных программах РФ и в Федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования						
Концепция: развитие и реализация потенциала семьи посредством активной здоровьесозидающей деятельности родителей в процессе воспитания и обучения детей дошкольного возраста с ДКН						
Цель: социально-психологическая адаптированность семьи ребенка дошкольного возраста с ДКН		Задачи: смена позиции родительского отношения с «родитель опекающий» на «родитель сопровождающий», развитие саморегуляторных реакций у родителей, оптимизация компонентов личностного потенциала родителей, двигательное развитие ребенка с ДКН, определение степени соответствия условий жизни ребенка, выявление неадекватных моделей воспитания, их причин и путей социализации семей, адаптация домашних условий ребенка под его нужды				
СОДЕРЖАТЕЛЬНЫЙ БЛОК – организационная функция						
Методологический подход: системный (Б.Ф. Ломов)						
Принципы: комплексности изучения семьи, гуманного и чуткого отношения к членам семьи, конфиденциальности и профессиональной этики, выявления факторов, оказывающих негативное воздействие на семью и развитие ребенка, учета особенностей родителей и детей, единства диагностики и коррекции, дифференциации и индивидуализации, адекватности и вариативности педагогических воздействий, приоритетной роли микросоциума, модульности						
ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ						
Реализация методических приемов, содействующих самовыражению, социализации и двигательному развитию детей	Мотивация родителей и детей к занятиям посредством улучшения детско-родительских отношений	Развитие саморегуляторных механизмов в эмоциональном и поведенческом компонентах личностного потенциала родителей	Смена позиции родителя в детско-родительских отношениях: с «родитель опекающий» на «родитель сопровождающий»	Использование активных методов обучения с целью оптимизации процесса социально-психологической адаптации семьи и развития двигательных качеств ребенка		
ПРОЦЕССУАЛЬНО-ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ БЛОК – мотивационно-побудительная функция						
Технология сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН (интегративное взаимодействие различных видов деятельности (учебной и внеучебной), совместная работа специалистов, родителей и детей, межпредметная связь в ходе образовательного процесса)						
Педагогический блок Цель: развитие компетентности родителей в вопросах психофизического развития детей с ДКН.		Психологический блок Цель: коррекция детско-родительских отношений.		Адаптивный блок Цель: составить индивидуальную программу двигательного развития ребенка с ДКН		
Методы: наглядные, словесные, упражнения и приучения, воспитывающих ситуаций, анализа конкретных ситуаций, алгоритмический						
КОНТРОЛЬНО-РЕЗУЛЬТАТИВНЫЙ БЛОК – диагностическая функция						
Тест-опросник о отношении А.Я. Варги и В.В. Столина	Тест жизнестойкости С. Мадди	Опросник АСП Н.Н. Мельниковой	Опросник «Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» Н.П. Фетискина	Экспресс-тест диагностики состояния стресса К. Шрайнер	Карта навыков самообслуживания	Мониторинг формирования навыков
РЕЗУЛЬТАТ: Социально-психологическая адаптированность семьи ребенка дошкольного возраста с ДКН посредством улучшения его двигательного развития						

Рисунок 2.2.1.1. Структурно-функциональная модель психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН

Правильный двигательный режим для ребенка дошкольного возраста не должен начинаться и заканчиваться в спортивном зале. Необходимо, чтобы все члены семьи дошкольника соблюдали его. Семья и педагоги должны работать как команда, единый механизм. Именно в этом и состоит идея структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей.

Основной целью модели является социально-психологическая адаптированность семьи, имеющей ребенка дошкольного возраста с ДКН.

Во время работы с семьей ребенка дошкольного возраста с ДКН решаются следующие задачи:

1. Определение степени соответствия условий, в которых растет и воспитывается ребенок дома, требованиям его уровня развития;
2. Выявление внутрисемейных факторов, как способствующих, так и препятствующих гармоничному развитию ребенка с ДКН в семье;
3. Определение причин, дестабилизирующих внутрисемейную атмосферу и межличностные отношения родителей с ребенком;
4. Определение путей гармонизации внутрисемейного климата;
5. Формирование саморегуляторных механизмов у родителей детей с ДКН;
6. Замена позиции родителя с «родитель опекающий» на «родитель сопровождающий»;
7. Определение путей социально-психологической адаптации как детей дошкольного возраста с ДКН, так и их семей;
8. Адаптация домашних условий под нужды ребенка с ДКН;
9. Двигательное развитие ребенка дошкольного возраста с ДКН.

Содержательный блок данной модели реализует организационную функцию. Ее роль состоит в организации процесса психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН в соответствии с обозначенными методологическими подходами, обеспечивающими научное обоснование этого процесса, принципами, определяющими выбор методов, форм, средств обучения, психолого-педагогических условий, адекватных поставленной цели.

Рассмотренные методологический подход, цель, задачи модели определили принципы психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН.

1. Принцип комплексности изучения проблем семьи. В психолого-педагогическом сопровождении в качестве субъекта в спектр исследования не может рассматриваться только ребенок с ДКН. В спектр диагностических мероприятий включаются все лица и факторы, влияющие на его развитие, включая родственников и окружающую среду, в которой растет ребенок. Помимо этого, принцип раскрывает необходимость изучения семьи и ее проблем на разных возрастных этапах жизни ребенка с двигательными-координационными нарушениями предполагает, что специализированная помощь семье должна осуществляться с момента установления диагноза ребенку и не ограничиваться рамками детского или подросткового возраста, а продолжаться и в течение юношеского и взрослого периода [91].

2. Принцип гуманного и чуткого отношения к членам семьи и к самому ребенку – важнейший принцип, оптимизирующий решение проблем семьи на разных этапах ее развития [100].

3. Принцип конфиденциальности и профессиональной этики. Этот принцип позволяет создать между членами семьи и специалистами необходимые доверительные отношения.

4. Принцип выявления факторов, оказывающих негативное воздействие на внутрисемейную атмосферу и развитие ребенка, позволяет определить причины, а также факторы, оказывающие деструктивное влияние на членов семьи и внутрисемейные отношения.

5. Принцип учета психологических особенностей родителей, воспитывающих детей с ДКН, или лиц их заменяющих. Осуществление этого принципа позволяет наметить пути коррекции негармоничных типов воспитания, деструктивных форм общения в семье, нейтрализовать конфликты, в целом гармонизировать атмосферу в семье и отношение ее членов к ребенку.

6. Принцип единства диагностики и коррекции, в соответствии с которым точное выявление причины нарушений предполагает и возможность ее максимально успешного исправления [135].

7. Принцип дифференциации и индивидуализации. Сущность индивидуализации психолого-педагогического процесса состоит в том, чтобы, опираясь на конкретные способности и возможности каждого ребенка, создать максимальные условия для его развития.

8. Принцип адекватности педагогических воздействий означает реализацию одной из важнейших закономерностей учебно-педагогического процесса: решение коррекционно-развивающих, компенсаторных, лечебно-восстановительных задач, подбор средств, методов, методических приемов должны соответствовать реальным функциональным возможностям, интересам и потребностям ребенка и его родителей [90, 136].

9. Принцип учета возрастных особенностей. Процесс индивидуального развития всех физиологических и психологических функций протекает неравномерно и неодновременно: периоды стабилизации сменяются ускорениями развития. Этот процесс является закономерным для всех детей, отличие состоит в том, что у ребенка с ДКН периоды ускорения (сенситивные периоды) наступают в среднем на 2-3 года позднее, согласно данным И.Ю. Горской и Т.В. Синельниковой (1999) [160]. Л.С. Выготский (1984) предлагал ориентироваться на «зону ближайшего развития», как на зону потенциальных возможностей ребенка, в отличие от «зоны актуального развития» [37].

10. Принцип вариативности педагогических воздействий в адаптивной физической культуре определяет бесконечное многообразие не только физических упражнений, но и условий их выполнения, способов регулирования эмоционального состояния, воздействия на различные сенсорные ощущения (зрительные, тактильные, слуховые), речь (подвижные игры с речитативами), мелкую моторику («пальчиковые» игры), интеллект (игры со счетом, выстраиванием слов и т.п.) [55, 56, 93, 137].

11. Принцип приоритетной роли микросоциума состоит в единстве коррекционной работы с ребенком и его окружением, прежде всего, с родителями. Л.М. Шипицына и И.И. Мамайчук в своих работах описывали необходимость такой организации микросоциума, которая могла бы максимально стимулировать его развитие, сглаживать негативное влияние заболевания на физическое и психическое состояние ребенка [165].

12. Принцип модульности предполагает гибкость построения образовательного процесса, позволяющего адаптировать систему обучения в соответствии с темпом развития каждого ребенка, а также совокупность различных видов деятельности и представление дидактического материала законченным блоком.

Процессуально-деятельностный блок модели включает в себя этапы обучения родителей, сотрудничество всех субъектов образовательного процесса и реализует мотивационно-побудительную функцию. Мотивационно-побудительная функция реализуется через научно-методическое обеспечение, включающее технологию сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН.

В качестве механизмов мы использовали следующие методы обучения и воспитания:

– наглядные методы реализовывались в ходе наблюдения родителей за своими детьми в игровой и образовательной деятельности, демонстрация упражнений в ходе урока, пошаговых фото-инструкций в процессе развития навыков самообслуживания и т.д.

– словесные методы – в рамках бесед-консультаций с родителями о двигательном развитии детей, о создании «доступной среды» и т.д., объяснения родителям как проводить упражнения, мероприятия или занятия с детьми.

– упражнения – применялся в ходе проведения самих занятий (физические упражнения с родителями, детьми).

– метод приучения и упражнения использовался для формирования навыков самообслуживания и социальных навыков.

– метод воспитывающих ситуаций – реализовывался для снижения страха падения у детей и их родителей, для развития социальных навыков, в том числе коммуникативных.

– метод анализа конкретных ситуаций применялся как с родителями, так и с детьми для получения оценки их действий и рефлексии.

– алгоритмический метод предполагает использование набора пошаговых инструкций в воспитательном и образовательном процессах (алгоритмы для детей для формирования навыков самообслуживания, для родителей – алгоритм построения двигательного действия и т.д.).

Физические упражнения для индивидуальных реабилитационных программ были составлены на основании материалов исследований М.М. Аникина, Е.Ф. Архиповой, С.А. Бортфельда, Н. Ботта, П. Ботта, Е.Ю. Быковской, Л.М. Вдовиченко, Т.Н. Герасимовой, М.Н. Гончаровой, Н.А. Гросс, В.С. Гурфинкель, Л.А. Даниловой, Г.В. Дедюхиной, Г. Домана, С.П. Евсеева, В.А. Елифанова, М.В. Ипполитовой, А.Ф. Каптелина, В.А. Качесова, П.Д. Кузнецова, А.А. Лобенко, И.Д. Ловейко, Е.М. Мастюковой, Ш. Михаэль, Л.Д. Могучей, Г.И. Нарскина, М.С. Панаева, И.С. Перхуровой, С.Н. Попова, А.А. Потапчук, К.А. Семеновой, Н.В. Симоновой, Н.Г. Уэстрайх, Р. Хольц, Т.Г. Шамарина, Е.Ю. Шапковой, Л.В. Шапковой, Л.М. Шипициной, Т.Л. Яньшиной [10, 13, 24, 25, 26, 29, 39, 40, 41, 42, 51, 52, 54, 57, 58, 60, 64, 65, 67, 68, 79, 85, 92, 97, 105, 114, 115, 119, 121, 126, 129, 148, 154, 158, 162, 164, 167].

Рекомендации и идеи по созданию досуга детей дошкольного возраста в своих научных трудах описывали В.А. Березина, Ш. Михаэль, Ю.С. Моздокова, Н.М. Погосова, Л.В. Шапкова. [22, 94, 97, 99, 117, 145, 162].

Организация психолого-педагогической работы с родителями, которая включала в себя проведение бесед, консультаций опиралась на научные труды и рекомендации Г.Е. Акимовой, Ю.Е. Алешинной, Л.В. Аристовой, М.М. Безруких, Н.А. Бернштейна, Г.П. Будановой, А.Я. Варги, А.К. Васильевой, Д.В. Виннескотт, Т.Н. Волконской, О.М. Высоцкой, Г. Домана, Э.С. Калижнюк, В.В. Ковалева, Т.Л. Крюковой, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюковой, Е.С. Набойченко, Л.И. Плаксиной,

В. Сатир [6, 9, 12, 21, 22, 23, 29, 30, 31, 35, 36, 38, 54, 66, 70, 78, 81, 89, 116, 124, 152].

Технология состоит из 3 блоков, которые направлены как на работу с родителями, так и с детьми. Каждый блок имеет свои мероприятия, направленные на решение определенных задач. Рассмотрим каждый блок более подробно.

1. Педагогический блок

Цель: развитие компетентности родителей в вопросах психофизического развития детей дошкольного возраста с ДКН.

Задачи:

- формирование у родителей представлений о психофизических возможностях ребенка дошкольного возраста с ДКН;
- обучение и проведение совместных упражнений;
- формирование у родителей знаний, умений и навыков в процессе самостоятельной работы с ребенком по адаптивной физической культуре;
- получение актуальной информации о проводимых мероприятиях в ходе консультирования родителей по наиболее важным и интересующим их вопросам.

Формы реализации:

1.1. Занятия по адаптивной физической культуре в диаде «ребенок - педагог». Специалист проводит занятия с ребенком в присутствии родителей. Специалист обучает родителей формам работы с ребенком, выполнению необходимых упражнений, которые включены в индивидуальную программу.

1.2. Занятия по адаптивной физической культуре в диаде «ребенок - родитель». Родитель или родители проводят занятие с ребенком в присутствии специалиста. Родители самостоятельно выполняют упражнения с ребенком. Специалист на занятии выполняет направляющую и контролирующую виды помощи.

1.3. Проведение консультаций и бесед в диаде «родитель - педагог». Индивидуальные консультации и малогрупповые беседы способствуют расширению круга общения родителей, получение более подробной информации,

основанной на собственном опыте. Наиболее волнующие родителей вопросы: формирование навыков самообслуживания, средства обучения детей, формирование «доступной среды» дома и в повседневной жизни.

1.4. Проведение совместных досуговых мероприятий, в т.ч. с применением анималотерапии.

Ожидаемые результаты:

- освоение родителями знаний о средствах и методах воспитания и обучения детей с ДКН;
- приобретение умений и навыков в области применения средств адаптивной физической культуры для психофизического развития ребенка;
- расширение круга общения семей с детьми с ДКН за счет проведения малогрупповых бесед и праздничных мероприятий;
- ознакомление родителей с инновациями в области воспитания и обучения детей дошкольного возраста с ДКН;
- снижение чувства страха и повышение уверенности в своих действиях в применении средств обучения у родителей;
- повышение эмоционального эффекта от занятий у всей семьи посредством получения положительного эффекта от совместной работы.

2. Психологический блок

Цель: коррекция детско-родительских отношений.

Задачи:

- снижение стресса у родителей;
- формирование оптимальных детско-родительских отношений.
- развитие мотивационных установок.

Формы реализации:

2.1. Диагностика личностного потенциала родителей и детско-родительских отношений в семье посредством методик:

- тест-опросник А.Я. Варги и В.В. Столина [107];
- «Тест жизнестойкости» С. Мадди, адаптированный Д.А. Леонтьевым [84];

– опросник «Адаптивные стратегии поведения» (АСП)
Н.Н. Мельниковой [95];

– опросник «Диагностика реализации потребностей в саморазвитии»
Н.П. Фетискина [151];

– экспресс-диагностика состояния стресса К. Шрайнер [53].

2.2. Проведение психологических тренингов:

– тренинг «Я и ты» (ребенок - родитель);

– тренинг «Мои мотивы» (родитель);

– тренинг «Мои действия» (родитель);

Ожидаемые результаты:

– получены данные о личностном потенциале родителей и о типе детско-родительских отношений;

– снижение уровня стресса у родителей детей дошкольного возраста с ДКН;

– повышение мотивационных установок в решении задач по воспитанию обучению ребенка дошкольного возраста с ДКН;

– положительные изменения детско-родительских отношений.

3. Адаптивный блок

Цель: составить индивидуальную программу двигательного развития ребенка дошкольного возраста с ДКН.

Задачи:

– обучение проведению мониторинга формирования двигательных навыков детей с ДКН;

– формирование представления об этапах двигательного развития ребенка дошкольного возраста с ДКН;

– выявление «зоны актуального развития» и «зоны ближайшего развития»;

– формирование комплекса упражнений для двигательного развития ребенка дошкольного возраста с ДКН;

- разработка пошаговых инструкций (алгоритмов) для формирования навыков самообслуживания;
- ознакомление родителей о двигательном режиме и пространстве ребенка, которые ему необходимы в дошкольном возрасте.

Формы реализации:

3.1. Исследование формирования двигательных навыков у детей с ДКН. Мониторинг проводится первоначально совместно с родителями, далее родители, изучившие процедуру мониторинга, могут проводить его самостоятельно.

3.2. Составление индивидуальной программы двигательного развития ребенка с ДКН. Индивидуальная программа представляет собой перечень упражнений, необходимых для перехода ребенка на следующий уровень двигательного развития. Помимо этого в ней даны рекомендации по организации двигательного режима ребенка в домашних условиях и инструкции по формированию навыков самообслуживания.

Ожидаемые результаты:

- проведен мониторинг формирования двигательных навыков детей с ДКН;
- родители могут самостоятельно применять мониторинг для диагностики двигательного развития ребенка;
- составлена индивидуальная программа двигательного развития ребенка.

Необходимо отметить, что все мероприятия построены на принципах межпредметной связи и комплексности, поэтому их задачи и цели перекликаются с деятельностью других блоков, но такая организация психолого-педагогической деятельности отражает основную направленность каждого компонента. Схематично технология представлена на рисунке 2.2.1.2.

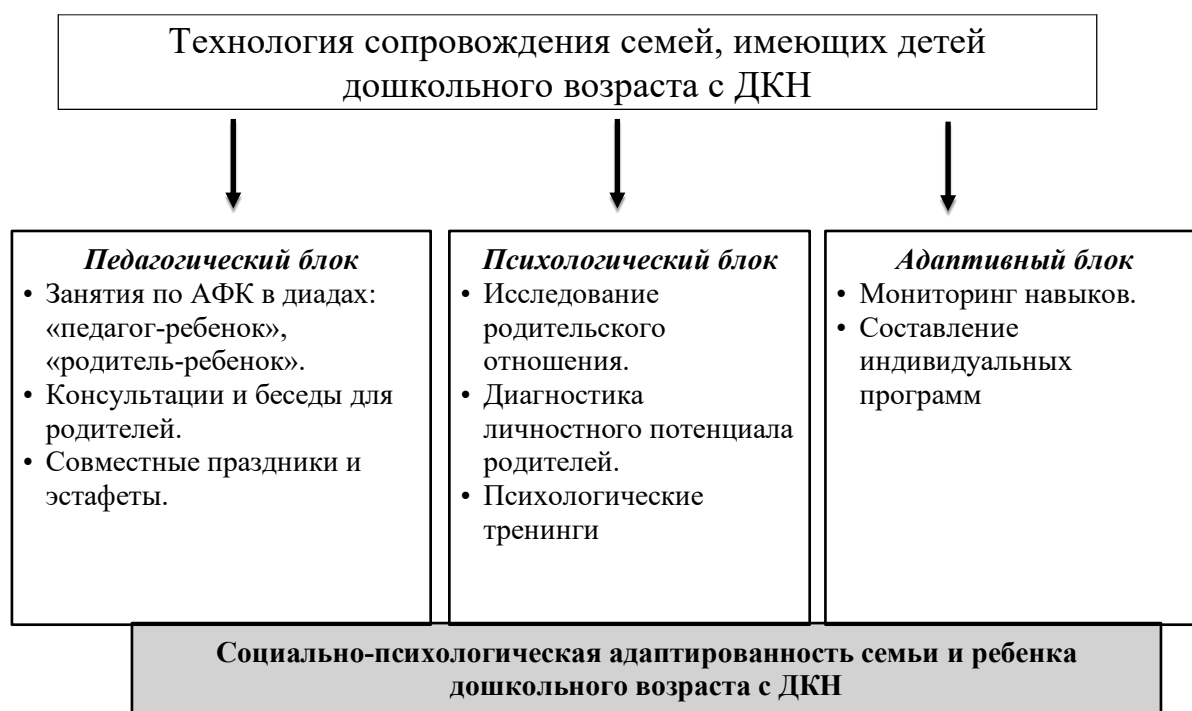


Рисунок 2.2.1.2. Технология сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН

Системообразующим фактором технологии сопровождения семей является преобразование личностного потенциала родителей детей с ДКН. Преобразования личностного потенциала коррелирует с переменными детско-родительских отношений и навыков детей.

Социально-психологическая адаптированность семьи имеет градацию по уровням: высокий, средний и низкий. Уровень адаптированности включает в себя развитие компонентов личностного потенциала родителей, оптимальность детско-родительских отношений и развитие навыков ребенка с ДКН.

2.2. Экспериментальная база исследования

Исследование проводилось на базе Клуба «Надежда» г. Екатеринбурга. В исследовании участвовали 122 ребенка с двигательными нарушениями в возрасте 3-7 лет; 122 родителя детей с ДКН. Дети и их родители были разделены на две группы: экспериментальную группу – составляли 62 родителей и их дети, посещающие дополнительно Клуб «Надежда», контрольную - 60 родителей и их дети, посещающие только детский сад. Дети обеих групп имели

сохранный интеллект, двигательно–координационные нарушения средней и легкой степеней. Гендерные признаки в исследовании не учитывались. Основной деятельностью исследуемых родителей являлось сопровождение ребенка с ДКН. Из 122 родителей, принимавших участие в исследовании, 116 матерей и 6 отцов. Данные родители являются неработающими.

В первой группе из 62 семей: 24 являются неполными (воспитание осуществляет мама при поддержке ее родителей), 38 – полными. Во второй группе из 60 семей: 26 являются неполными, 34 – полными.

Двигательно-координационные нарушения легкой степени характеризуются возможностью самостоятельного передвижения ребенка, но с замедленностью и неловкостью движений в верхних конечностях, незначительное ограничение объема активных движений в нижних конечностях. В большей степени снижение амплитуды и активности движений заметно в голеностопных суставах. Так же для легкой степени характерно снижение мышечного тонуса, асимметричное развитие конечностей, которое не мешает самостоятельно передвигаться а пространстве. Навыки самообслуживания детей с легкой степенью двигательно-координационных нарушений практически не нарушены, исключение составляет сниженная координация в манипулятивных действиях рук, но это обстоятельство преодолимо с помощью более частых повторений.

Средняя степень двигательно-координационных нарушений подразумевает нарушение мышечного тонуса, асимметрию развития тела, ограничение навыков самообслуживания, возможно так же наличие гиперкинетических движений. Самостоятельная ходьба при средней степени двигательно-координационных нарушений находится на стадии формирования, то есть дети могут передвигаться с помощью ходунков, тростей, держась за одну руку со взрослым, могут самостоятельно стоять. Навыки самообслуживания детей со средней степенью формируются с большой задержкой чаще всего по причине того, что родители стараются минимизировать требования к детям из-за возможных трудностей, которые могут быть вызваны их двигательного-координационными нарушениями.

Тяжелая степень ДКН отражает нарушения двигательной сферы, при которых отсутствует навык ходьбы. Дети передвигаются самостоятельно в четырехопорной стойке на коленях либо посредством ползания в положении лежа на животе. Формирование навыков самообслуживания сильно затруднено в виду тяжелого нарушения тонуса мышц и координации.

Дети обеих групп посещали детские сады. В рамках детского сада дети посещали групповые занятия с музыкальным руководителем, воспитателем и инструктором по физической культуре. Помимо детского сада, дети посещали дополнительные платные занятия у специалистов: по лечебной физической культуре, логопедом.

Необходимо отметить, что, несмотря на разнообразие занятий для детей в обеих группах, психолого-педагогического сопровождения родителей не осуществлялось ни в одном из учреждений. Таким образом, специалисты осуществляли лишь образовательную деятельность непосредственно с ребенком. Родители выступали в роли «проводника». Тем не менее, при возникновении вопросов, родители могли обратиться к специалистам за консультацией, но данная форма работы носила непостоянный, «стихийный» характер.

На время проведения исследования образовательный процесс не прерывался, а лишь был дополнен мероприятиями, входящими в структурно-функциональную модель психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН.

2.3. Методы исследования

С учетом поставленной цели и решаемых задач были подобраны следующие диагностические методики.

1. Опросник Н.П. Фетискина «Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» [151]. Диагностирует мотивационный компонент личностного потенциала родителей детей с ДКН.

2. «Тест жизнестойкости» С. Мадди, адаптированный Д.А. Леонтьевым [84]. Диагностирует вовлеченность, контроль, принятие риска, что составляет поведенческий компонент личностного потенциала родителей.

3. Экспресс-диагностика состояния стресса К. Шрайнер [53] – выявление эмоционального компонента личностного потенциала родителей

4. Тест «Адаптивные стратегии поведения» Н.Н. Мельниковой [95]. Диагностирует стратегии поведения, которые проявляет человек в проблемных ситуациях; составляет поведенческий компонент личностного потенциала родителей.

5. Тест-опросник родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина [107]. Диагностирует детско-родительские отношения. Опросник разделен на пять шкал, которые выявляют психологическую дистанцию в диаде «родитель-ребенок», тип воспитания.

6. Мониторинг формирования двигательных навыков [144]. Разделен на семь групп показателей и отражает уровень двигательной мобильности ребенка.

7. Карта оценки навыков самообслуживания [118]. Представляет собой десять показателей, диагностирующих уровень сформированности необходимых навыков самообслуживания (гигиена, прием пищи, одевание).

Нормы перечисленных психодиагностических методик представлены в **Приложении А.**

В результате обследования семьи посредством представленного диагностического инструментария, выявляется тип детско-родительских отношений, компоненты личностного потенциала родителей и навыки детей с ДКН.

В данном исследовании для определения эффективности структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей дошкольного возраста с ДКН структура личностного потенциала родителей рассмотрена с точки зрения трех компонентов: мотивационный, эмоциональный и поведенческий. Рассмотрим каждый аспект более подробно.

Мотивационный компонент отражен в стремлении родителей детей с ДКН успешно достигать поставленные цели, избегать неудачи, в резервах индивидуальной активности, а также в понимании потребности в саморазвитии. Л.А. Коростылева в своем исследовании по психологии самореализации выделила четыре уровня самореализации личности: примитивно-исполнительский, индивидуально-исполнительский, уровень реализации ролей и норм в социуме (с элементами духовного и личностного роста), уровень смысложизненной и ценностной реализации [75]. Последний из перечисленных является наивысшим уровнем самореализации личности и соответствует самоактуализации и стремлению реализовать свои таланты.

По классификации Л.А. Коростылевой, мотивация, связанная с удовлетворением физиологических потребностей, находится на примитивно-исполнительском уровне. Индивидуально-исполнительская реализация связана с мотивациями любви, привязанности. Следующий уровень самореализации соответствует потребностям в признании и оценке [75].

Рассматривая уровни самореализации личности, видно, что в процессе воспитания и обучения детей с ДКН, их родители также обладают определенным уровнем самореализации. Диагностика этих уровней будет способствовать раскрытию психологии личности родителя ребенка с ДКН.

В структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей *мотивационный компонент* диагностируется посредством опросника Н.П. Фетискина «Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» [151].

Характеристика результатов колеблется от стадии остановившегося саморазвития, на которой на данный момент находится исследуемый, до стадии активной реализации своих потребностей в саморазвитии. Таким образом, потребность в саморазвитии отражает постоянную работу над собой.

Эмоциональный компонент соответствует осознанию проявлений эмоционального комфорта и признаков напряжения, эмоциональной подвижности. Диагностика эмоционального компонента посредством экспресс-диагностики

состояния стресса К. Шрайнер позволяет определить психоэмоциональное состояние родителей, а также наличие способности справляться со стрессовой ситуацией [55].

Необходимость исследования состояния стресса у родителей детей с ДКН подтверждается словами П. Фресса, который предложил «употреблять этот термин применительно к ситуациям, в которых могут появиться нарушения адаптации» [155].

Результат представлен в 3 вариантах: хорошо справляется со стрессовыми ситуациями, не всегда правильно выбирает способ решения проблемы, и третий вариант – теряет самоконтроль, находится в состоянии переутомления и истощения.

Завершающим компонентом изучения личностного потенциала родителей детей с ДКН является *поведенческий*. Компонент характеризует активную или пассивную позицию в вопросах воспитания и обучения ребенка с ДКН, а также проявление личностной активности в изменении себя и окружающей среды.

Диагностический инструментарий для выявления поведенческого компонента в представленной модели – «Тест жизнестойкости» (далее - ТЖС) С. Мадди, адаптированная Д.А. Леонтьевым; тест «Адаптивные стратегии поведения» (далее - АСП) Н.Н. Мельниковой.

Феномен жизнестойкости, по словам А.Н. Фоминой, «является неотъемлемым личностным образованием, развивающимся в процессе жизни человека» [153]. В ситуации особого родительства эти качества являются наиболее важными для преодоления стрессовых факторов.

Тест определяет общий уровень жизнестойкости человека в целом, а также ее компонентов: вовлеченности, контроля, принятия риска. При высоком уровне жизнестойкости стрессы воспринимаются человеком как менее значимые, соответственно, возникает препятствие внутреннему напряжению в стрессовых ситуациях [82].

Одним из компонентов жизнестойкости является вовлеченность. Она определяется как убежденность в том, что погружение в происходящее

максимально приближает к получению нечто стоящего и интересного для личности. Удовольствие от собственной деятельности отражается на уровне развития вовлеченности. В то же время, отсутствие удовлетворения от деятельности способствует развитию ощущений, что все «происходящее проходит мимо» данного человека, появляется чувство отвергнутости. Компонент жизнестойкости – контроль - определяется как убежденность в том, что человек способен повлиять на результат. Противоположность контролю – ощущение беспомощности.

Заключительный компонент жизнестойкости – принятие риска. Он определяется как понимание человеком того, что все происходящее несет за собой опыт (как позитивный, так и негативный), из которого можно получить новое знание, а, следовательно, развитие.

Вышеуказанные компоненты жизнестойкости развиваются в детстве и подростковом возрасте, хотя, по мнению С. Мадди, могут быть развиты и позднее. Автор теста указывает на важность выраженности уровня жизнестойкости и всех ее компонентов для работоспособности и активной позиции в стрессогенных условиях.

Тест «Адаптивные стратегии поведения» Н.Н. Мельниковой направлен на выявление стратегии поведения в проблемных ситуациях социального взаимодействия [95]. В тесте предлагается выбрать наиболее и наименее приемлемые стратегии поведения в 20 различных ситуациях. Исходя из выбранных предпочтений или, наоборот, недопустимых поведенческих реакций определяются адаптивные возможности личности.

Методика АСП базируется на трех основаниях, существенных для взаимодействия личности и социального окружения:

- направленность происходящих изменений на окружающую среду или на самого себя;
- контактность – избегание;
- активность – пассивность индивида.

В методике представлены 8 различных способов поведения:

1. активное изменение среды;
2. активное изменение себя;
3. уход из среды и поиск новой;
4. уход из контакта со средой и погружение во внутренний мир;
5. пассивная репрезентация себя;
6. пассивное подчинение условиям среды;
7. пассивное выжидание внешних изменений;
8. пассивное выжидание внутренних изменений. [95]

Несмотря на многообразие, автор методики утверждает, что индивид зачастую ограничен в выборе стратегий и использует лишь несколько из них. Для выявления стратегий поведения родителей, а, следовательно, и поведенческого компонента личностного потенциала, в рамках данного исследования учитывались стратегии, которые преобладают у каждого родителя.

Рассматривая когнитивную составляющую личностного потенциала родителей детей с ДКН, отметим, что в нее включены знания о себе, своих потребностях, возможностях, о взаимоотношениях с окружающим миром, позволяющие успешно преодолевать стрессогенные и психотравмирующие ситуации. В рамках данного исследования когнитивный компонент отдельно не выявлялся, а лишь как входящий в состав других. Так, диагностика мотивационного компонента позволяет определить потребности родителей детей с ДКН, исследование эмоционального компонента определяет понимание об эмоциональном комфорте родителя, а диагностика поведенческого компонента выявляет общий уровень жизнестойкости родителя, его степень вовлеченности, принятия риска и контроля в условиях стихийно складывающегося формирующего пространства.

Таким образом, происходила диагностика личностного потенциала родителей, как составляющей уровня социально-психологической адаптированности семьи. Компоненты личностного потенциала родителей детей с ДКН, диагностический инструментарий приведены в таблице 2.2.3.1.

По мнению И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, родители — важнейшие участники психолого-педагогической работы, организуемой с ребенком [80]. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков [81]. Изучение детско-родительских отношений в рамках рассматриваемой модели проходит посредством теста А.Я. Варги и В.В. Столина.

Таблица 2.2.3.1.

Диагностика личностного потенциала родителей детей с ДКН

Компоненты личностных ресурсов	Диагностический инструментарий	Регистрируемый признак
Мотивационный	«Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» (Н.П. Фетискин)	Потребность в саморазвитии
Эмоциональный	Экспресс-диагностика состояния стресса	Выявление актуальной стрессовой ситуации, возможностей ее преодоления
Поведенческий	«Тест жизнестойкости. Методика С. Мадди, адаптация Д.А. Леонтьева»	<ul style="list-style-type: none"> – Вовлеченность – Контроль – Принятие риска – Жизнестойкость
	«Адаптивные стратегии поведения» (АСП) (Мельникова Н.Н., 2000 г.)	<ul style="list-style-type: none"> – изменение среды или себя; – уход из среды и поиск новой; – уход из контакта со средой и погружение во внутренний мир; – пассивная репрезентация себя, или подчинение условиям среды; – пассивное выжидание внешних или внутренних изменений

Результаты интерпретируются по следующим шкалам: «Принятие-отвержение», «Кооперация», «Симбиоз», «Авторитарная гиперсоциализация», «Маленький неудачник».

Шкала «Принятие-отвержение» отражает положительные или отрицательные чувства родителя по отношению к ребенку. Шкала «Кооперация» показывает проявление или отсутствие интереса к действиям ребенка. Установление психологической дистанции между ребенком и родителем отражено в шкале «Симбиоз». Для этих трех шкал наиболее оптимальным результатом будет получение высоких баллов.

«Авторитарная гиперсоциализация» отражает выраженность контроля со стороны родителя в процессе воспитания ребенка. Соответственно, излишнее количество контроля будет способствовать развитию стрессовой ситуации в процессе его развития. Средние баллы по этой шкале будут наиболее оптимальными, так как они определяют не слишком жесткое и в то же время, не слишком мягкое воспитание ребенка, позволяя, тем самым, развивать в личности ребенка самостоятельность и ответственность за принятые решения и действия.

Последняя шкала «Маленький неудачник» показывает наличие веры в силы ребенка со стороны родителя, проявление заинтересованности в его интересах и увлечениях. На интерпретации этой шкалы хотелось бы остановиться подробнее. Согласно Р.С. Немову, низкие баллы по данной шкале говорят о безграничной вере в успех ребенка. При интерпретации низких баллов автор высказывает, что родители считают неудачи случайными [107].

В отношении «особого» родительства, на наш взгляд, такая интерпретация не может считаться адекватной. Осознание неудач, их анализ, наоборот, способствует формированию более ответственной личности. Своеобразное «пособничество» в данном вопросе со стороны родителей может пагубно отразиться на формировании самостоятельности и ответственности ребенка.

Социально-психологическая адаптированность ребенка дошкольного возраста с двигательными-координационными нарушениями непосредственно зависит от его двигательного развития и сформированности навыков

самообслуживания. Эти навыки позволяют ребенку удовлетворять свои потребности, в том числе потребность в движении.

Разработанный нами мониторинг формирования двигательных навыков даёт оценку по семи группам показателей развития опорно-двигательного аппарата: наличие рефлексов, ползание, движения в верхних и нижних конечностях, сидение, ходьба, передвижение в пространстве. В каждой группе до 8 показателей-упражнений, построенных в онтогенетической последовательности.

Данный мониторинг позволяет определить не только «зону актуального развития», но и «зону ближайшего развития». Это играет важную роль в процессе построения занятий по адаптивной физической культуре. Преимуществом мониторинга является доступность использования родителями, то есть людьми без специального образования.

Для оценки навыков самообслуживания детей с ДКН используется разработанная нами карта. В эту карту занесены навыки из различных сфер самообслуживания: навыки приема пищи, гигиенические навыки, навыки одевания. Оценивание ведется по факту наличия или отсутствия данного навыка у ребенка.

Особый интерес оценки навыков самообслуживания у детей вызывает сравнительный анализ оценки, произведенной родителями и специалистом. Родители в данном случае зачастую преувеличивают навыки ребенка, желая идеализировать ситуацию.

Уровень социально-психологической адаптированности семьи получается в результате суммы баллов всех составляющих. Все вышеперечисленные диагностические методики в интерпретации результатов имеют низкие, средние и высокие баллы. Сопоставив данные баллы с результатами, которые они отражают, нами была выявлена оптимальная композиция баллов для каждого уровня социально-психологической адаптированности. Для удобства подсчета, результаты методик были переведены в баллы от 0 до 2. Перевод баллов представлен в таблице 2.2.3.2.

После перевода баллов психолого-диагностических методик от 0 до 2, производится их сложение по формуле: где УСПАС – уровень социально-психологической адаптированности семьи, N1...N14 – порядковый номер методики (см. таблицу 2.2.3.2).

Таблица 2.2.3.2.

Перевод баллов для подсчета уровня социально-психологической адаптированности семьи

N п/п	Название методики	Уровень социально-психологической адаптации (баллы)		
		0 баллов	1 балл	2 балла
N1	Принятие-отвержение (ОРО)*	0-8**	9-23	24-33
N2	Кооперация (ОРО)	1-2	3-6	7-8
N3	Симбиоз (ОРО)	1-2	3-5	6-7
N4	Авторитарная гиперсоциализация (ОРО)	1-2, 6-7	3-5	-
N5	Маленький неудачник (ОРО)	1-2, 7-8	3-6	-
N6	Диагностика реализации потребностей в саморазвитии	15-35	36-54	55 и более
N7	Вовлеченность (ТЖС)*	меньше 28	29-46	47 и более
N8	Контроль (ТЖС)	меньше 20	21-37	38 и более
N9	Принятие риска (ТЖС)	меньше 8	9-18	19 и более
N10	Жизнестойкость (ТЖС)	меньше 61	62-109	110 и более
N11	Адаптивные стратегии поведения	4, 5	3, 7, 8	1, 2, 6
N12	Диагностика состояния стресса	8-9	5-7	0-4
N13	Мониторинг формирования двигательных навыков	1-16	17-19	20-21
N14	Оценка навыков самообслуживания	0-5	6-7	8-10

Примечание: *ОРО – опросник родительского отношения, ТЖС – тест жизнестойкости; **В таблице указаны баллы, согласно ключу и интерпретации результатов психолого-диагностических методик.

В результате вычислений, мы получаем низкий, средний или высокий уровень социально-психологической адаптированности, отражающий состояние всех компонентов психолого-педагогического сопровождения. Интерпретация результатов представлена в таблице 2.2.3.3.

В педагогический блок структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей помимо непосредственных занятий с детьми входят консультации и малогрупповые беседы с родителями по вопросам воспитания и образования детей дошкольного возраста с ДКН.

Таблица 2.2.3.3.

Интерпретация уровней социально-психологической адаптированности семьи

Уровень социально-психологической адаптации семьи	Баллы	Интерпретация
Низкий	0-10	В детско-родительских отношениях проявление преимущественно реакций отвержения ребенка, большой психологической дистанции, сниженного интереса к деятельности ребенка. Родители находятся в ситуации остановившегося саморазвития. Мотивационный компонент не выражен. Проявляется некомпетентность в вопросах обучения и воспитания ребенка. Родители выбирают дезадаптивные стратегии поведения. Выраженный уровень тревожности и страха. Психоэмоциональное переутомление и истощение родителей. Выраженная задержка формирования двигательных навыков и навыков самообслуживания у детей.
Средний	11-20	Деструктивность детско-родительских отношений, проявляющаяся в наличии реакций отвержения ребенка, невыраженной психологической дистанции с ребенком. Родители в большей степени проявляют интерес, но возможно завышение успехов ребенка, проявление гиперопеки или, наоборот, гипоопеки в сочетании с завышено строгим стилем воспитания. Личностный потенциал родителей выражен слабым проявлением мотивации к саморазвитию, недостаточной компетентностью родителей в вопросах развития ребенка, подбор стратегий поведения, направленных в большей степени на адаптацию. Формирование навыков самообслуживания и двигательных навыков у детей с ДКН происходит с невыраженной задержкой.

Высокий	21-26	Оптимальность детско-родительских отношений. Проявление большого количества реакций принятия ребенка, проявление искреннего интереса к деятельности ребенка, адекватное оценивание его успехов и неудач, наличие оптимального стиля воспитания. Компоненты личностного потенциала развиты хорошо. Родители испытывают устойчивую потребность в саморазвитии, высокая мотивация на эффективное взаимодействие с ребенком, формирование способности преодолевать стрессовые ситуации, проявление адекватных стратегий поведения. Высокая компетентность родителей в вопросах воспитания и обучения детей с ДКН. Основные навыки самообслуживания детей сформированы. Двигательные навыки формируются согласно возрасту или с небольшой задержкой, в зависимости от степени двигательных нарушений.
---------	-------	--

Ниже приведены темы малогрупповых бесед:

- «Формирование режима дня у детей дошкольного возраста»;
- «Использование ортопедической обуви, в качестве профилактики плоскостопия»;
- «Формирование «доступной среды» в домашних условиях»;
- «Самостоятельное применение мониторинга формирования двигательных навыков»;
- «Формирование навыков самообслуживания детей дошкольного возраста с использованием пиктограмм и пошаговых инструкций».

Психологический блок модели предполагает проведение тренингов. Рассмотрим каждый тренинг более подробно.

Тренинг «Я и ты».

Цель: формирование оптимальных детско-родительских отношений.

Задачи:

- развитие коммуникативных умений;
- развитие личностного взаимодействия между родителями и детьми;
- уменьшение психологической дистанции в детско-родительских отношениях;
- формирование оптимальных способов поощрения и наказания детей;
- развитие чувства принятия ребенка с ДКН.

Участники тренинга: родители, дети и психолог.

Тренинг «Мои мотивы»

Цель: развитие мотивационного компонента личностного потенциала родителей.

Задачи:

- развитие мотивации достижения;
- развитие интереса к целенаправленной деятельности;
- развитие потребностей в саморазвитии.

Участники тренинга: родители и психолог.

Тренинг «Мои действия»

Цель: формирование адаптивных стратегий поведения.

Задачи:

- знакомство со стратегиями поведения в стрессовых ситуациях и путями выхода из них;
- снижение внутренней тревожности в стрессовых ситуациях;
- формирование активной позиции для преодоления жизненных препятствий.

Участники тренинга: родители и психолог.

Программа тренингов содержит не только упражнения и игры, но и элементы психогимнастики для удовлетворения двигательных потребностей, как взрослых участников тренинга, так и дошкольников.

Длительность каждого тренинга – 32 часа (2 месяца). Занятия проводились 2 раза в неделю по 2 академических часа (1 академический час – 40 мин.). После окончания периода тренинга участникам экспериментальной группы предлагался период отдыха, который составлял 2 месяца. После периода отдыха начинался следующий тренинг. Такая организация предполагает лучшее усвоение результатов тренинга его участниками.

После окончания тренингов участникам предлагалось вновь пройти диагностику. Сравнение групп с использованием методов математической

статистики (U-критерий Манна-Уитни, T-критерий Вилкоксона, коэффициент корреляции Спирмена) подтверждало результаты исследования.

Выводы по второй главе

1. Разработана и научно обоснована структурно-функциональная модель психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН.

2. В качестве комплекса психолого-диагностических методик для оценки эффективности модели психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН будет использован следующий:

– опросник Н.П. Фетискина «Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» [151];

– «Тест жизнестойкости» С. Мадди, адаптированный Д.А. Леонтьевым [84];

– экспресс-диагностика состояния стресса К. Шрайнер [53];

– тест «Адаптивные стратегии поведения» Н.Н. Мельниковой [95];

– тест-опросник родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина [107];

– мониторинг формирования двигательных навыков [144];

– карта оценки навыков самообслуживания [118].

4. Предложенный психолого-диагностический инструментарий будет использован для выявления качественно-количественных изменений компонентов личностного потенциала родителей (мотивационного, эмоционального, поведенческого), детско-родительских отношений, формирования двигательных навыков и навыков самообслуживания детей с ДКН.

5. В качестве методов математической статистики будут использованы корреляционный, факторный и дисперсионный анализы, которые позволят сравнить полученные результаты обеих групп и определить их значимость.

6. Технология сопровождения семей содержит три блока: педагогический, психологический и адаптивный:

–в педагогический блок технологии сопровождения семей входят консультации и малогрупповые беседы с родителями по следующим вопросам воспитания и образования детей дошкольного возраста с ДКН: режим дня дошкольника, гигиенические нормы, предъявляемые к одежде и обуви ребенка с ДКН, формирование навыков;

–в психологический блок вошли 3 тренинговых программы для детей и родителей: «Я и ты», «Мои мотивы», «Мои действия» и психолого-диагностические методики;

–адаптивный блок предусматривает составление индивидуальной программы двигательного развития детей с использованием средств адаптивной физической культуры.

ГЛАВА 3. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ СЕМЕЙ, ИМЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ДКН

3.1 Организация и содержание экспериментальной работы на констатирующем этапе психолого-педагогического эксперимента

Актуальность психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН как научной категории и базисного основания процесса воспитания и обучения детей определяется двумя обстоятельствами. Во-первых, теоретической и практической потребностями в научно-обоснованном представлении структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей с детьми дошкольного возраста с ДКН, а также апробации технологии сопровождения семей на практике. Во-вторых, потребностью в широком внедрении технологии сопровождения семей как фактора эффективного процесса воспитания личности родителей, способствующего достижению социально-психологической адаптированности семьи.

Экспериментальная часть исследования, представленная в данном параграфе, тесно связана с теоретическим обоснованием проблемы, изложенном нами в 1-й главе диссертационной работы, и включает в себя результаты диагностики уровня социально-психологической адаптированности семей, типа детско-родительских отношений, личностного потенциала родителей, двигательного развития детей на констатирующем этапе исследования, количественную и качественную интерпретацию полученных данных.

Результаты теоретического анализа проблемы позволили сформулировать *эмпирические гипотезы*:

1. Уровень социально-психологической адаптированности семьи, имеющей ребенка дошкольного возраста с ДКН будет выше при условии оптимизации компонентов личностного потенциала родителей, гармонизации детско-родительских отношений и улучшении двигательных навыков детей.

2. Компоненты личностного потенциала родителей находятся в тесной взаимосвязи с детско-родительскими отношениями и уровнем развитости навыков детей, и опосредованно влияют на развитие друг друга.

Цель эмпирического исследования заключалась в проверке обозначенных предположений, составляющих гипотезу работы. В ходе опытно-экспериментального исследования решались следующие задачи:

1. Выявление эффективности технологии сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН на основе анализа динамики результатов компонентов личностного потенциала родителей (мотивационный, поведенческий, эмоциональный), детско-родительских отношений и двигательных навыков детей обеих групп до и после психолого-педагогического эксперимента.

2. Сравнение динамики результатов контрольной и экспериментальной групп до и после психолого-педагогического воздействия.

3. Анализ корреляционных связей между:

—компонентами личностного потенциала родителей и детско-родительскими отношениями;

—между компонентами личностного потенциала и навыками детей.

4. Выявление факторов и направленности корреляционных связей между компонентами личностного потенциала, навыками детей и детско-родительскими отношениями.

Основываясь на необходимости практического обоснования выводов, полученных в ходе теоретического анализа проблемы в 1 главе, был осуществлен эмпирический анализ влияния эффективности психолого-педагогического сопровождения семей на их социально-психологическую адаптированность. Как описывается во 2 главе, экспериментальной базой исследования выступил Клуб «Надежда» г. Екатеринбурга. В исследовании приняли участие 122 родителя и 122 ребенка дошкольного возраста с ДКН. Участники были разделены на группы: контрольная группа – 60 родителей и 60 детей, экспериментальная группа – 62 родителя и 62 ребенка. Характеристика групп представлена во 2 главе данной

работы. Сравнимые группы были идентичны по своим индивидуально-психологическим особенностям.

Для решения первой задачи, поставленной нами в ходе эмпирического исследования, необходимо было провести анализ и отбор психолого-диагностического инструментария, который бы отражал влияние технологии на формирование социально-психологической адаптированности семей. На наш взгляд, социально-психологическая адаптированность семьи – это многокомпонентный феномен. Следовательно, его необходимо рассматривать дедуктивным методом, расчлняя целостное понятие на множество его составляющих.

В ходе исследования, нами были выделены составляющие социально-психологической адаптированности семьи: детско-родительские отношения, личностный потенциал родителей, развитие двигательных навыков ребенка и его навыки самообслуживания. Для их качественного и количественного анализа были подобраны психолого-диагностические методики, представленные во 2 главе.

В рамках теоретического исследования была сформирована структурно-функциональная модель психолого-педагогического сопровождения семьи, входящая в ее состав технология сопровождения семьи и комплекс психодиагностических методик для оценки ее эффективности.

Первоначально диагностировались детско-родительские отношения посредством методики «Опросник родительского отношения» А.Я. Варги и В.В. Столина. Родители обеих групп проявляли отрицательные чувства по отношению к своему ребенку. Ни один родитель не проявил принятия ребенка с ДКН. Тем не менее, родители проявляли к ребенку интерес. По шкале «Симбиоз» была выявлена психологическая дистанция, что, скорее всего, подтверждает определенное отвержение ребенка. Родители хорошо комбинируют авторитарный стиль поведения с ребенком и более мягкий.

В отношении успешности ребенка, родители часто завышали его успехи и считали неудачи случайными. На наш взгляд, такая позиция к результатам деятельности ребенка не может являться адекватной, так как даже из

отрицательного результата ребенок должен уметь делать вывод. Анализ деятельности является одним из важных вопросов воспитания личности. Поэтому этот результат, скорее всего, говорит о завышенном мнении родителей о своем ребенке, вызванном потребностью выдавать желаемое за действительное.

Личностный потенциал родителей оценивался по следующим компонентам: эмоциональный, мотивационный и поведенческий. Результаты выявили, что родители обеих групп находятся в стадии остановившегося саморазвития. Скорее всего, это связано с тем, что родители уже несколько лет находятся в ситуации вынужденного сопровождения своего ребенка. Эта ситуация пагубно сказывается на саморазвитии родителя, так как развитие ребенка выходит на первый план и занимает большую часть времени.

Помимо глубокого погружения в процесс развития ребенка, с его рождением изменяется круг общения родителей. В основном, родители стараются общаться с теми, кто имеет те же проблемы в воспитании и обучении детей или же непосредственно работает с детьми с ДКН. Этим родители стараются оградить себя от переживаний, вызванных мучительными сравнениями детей с ДКН с детьми с нормативным развитием. Можно сделать заключение, что в условиях «равного» общения родители детей с ДКН в меньшей степени ощущают общественную стигматизацию, вызванную «нормистскими» взглядами. Именно с этим связано то, что при выборе стратегии поведения в стрессовых ситуациях они зачастую делают неверный выбор, пытаясь побороть внутреннее напряжение.

Результаты теста «Адаптивные стратегии поведения» выявили, что наибольшее количество респондентов из экспериментальной группы – 23 человека (37%) – выбирают дезадаптивную реакцию в виде ухода от контакта и погружение в себя, в контрольной группе – (38%). Одинаковое количество родителей (10 %) в обеих группах считают для себя наиболее приемлемой стратегией пассивной репрезентации себя. Стратегии ухода из стрессовой среды и пассивного выжидания внешних или внутренних изменений выбирают 21% и 19% в экспериментальной группе и 23% и 17% в контрольной группе соответственно. Выбор бесконфликтного поведения осуществляют 12% и 13% респондентов в

экспериментальной и контрольных группах соответственно. Адаптивными стратегиями поведения не пользуется ни один родитель из обеих групп.

Таким образом, до эксперимента родители обеих групп преимущественно выбирали следующие стратегии поведения, которые можно охарактеризовать как дезадаптивные:

1. «Уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир»;
2. «Пассивное выжидание внешних изменений»;
3. «Уход из среды и поиск новой»;
4. «Пассивное подчинение условиям среды».

Из рисунка 3.3.1.1 видно, что родители контрольной и экспериментальной групп до участия в исследовании выбирали идентичные стратегии поведения, характеризующиеся пассивностью действий

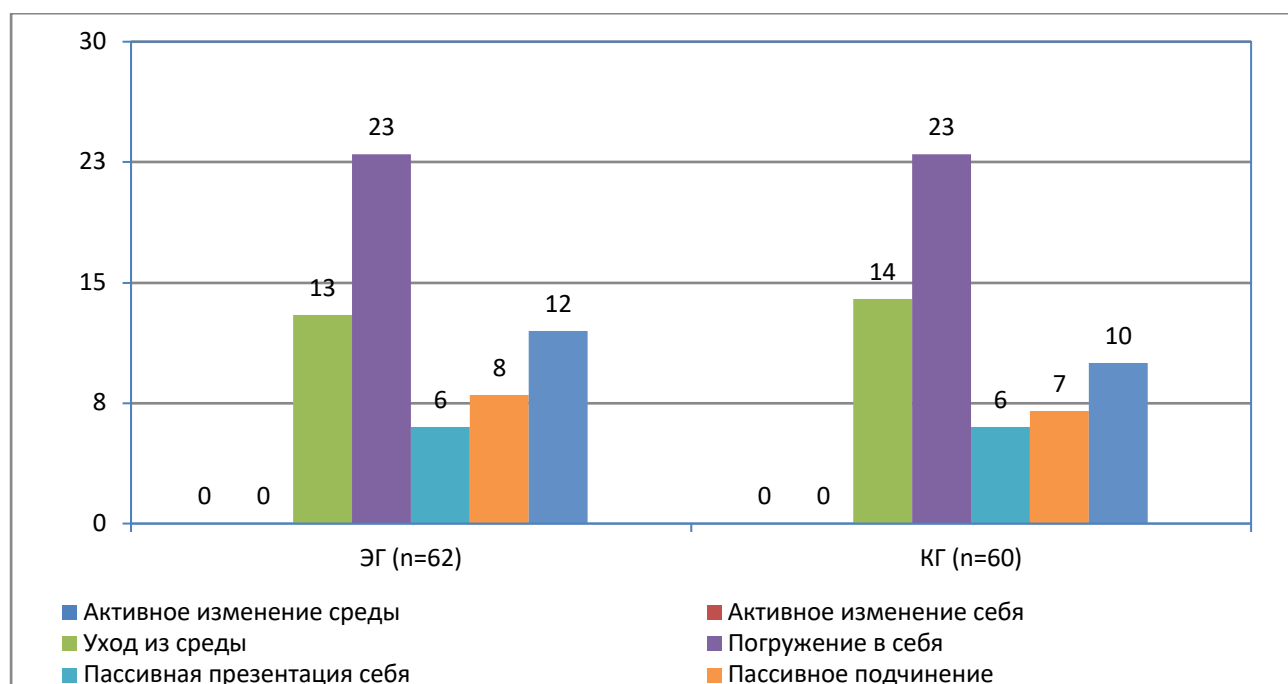


Рисунок 3.3.1.1. Выбор стратегий поведения родителями обеих групп до участия в технологии (количество человек)

Тест жизнестойкости показал, что у родителей средние показатели по вовлеченности, контролю и принятию риска. Уровень жизнестойкости – низкий и средний, что, безусловно, способствует возникновению внутренней напряженности в стрессовых ситуациях. При этом применение перечисленных выше стратегий поведения в подобных ситуациях указывает больше на процессы

дезадаптации. Чаще всего, родители обеих групп считают наиболее оптимальными стратегии: пассивной репрезентации себя или погружения в свой внутренний мир, то есть отказ от контакта. На наш взгляд, именно эти стратегии поведения в наибольшей степени способствуют формированию социальной самоизоляции.

Экспресс-диагностика стрессовых состояний выявила, что все родители не всегда правильно реагируют на стрессовые ситуации: 70 (57%) из них испытывают переутомление и эмоциональное истощение.

Дети из обеих групп проходили диагностику посредством мониторинга формирования двигательных навыков и оценки навыков самообслуживания.

Особые затруднения у детей, в виду двигательно-координационных нарушений, вызывают движения в верхних и нижних конечностях, ходьба, передвижение в пространстве. Эти двигательные показатели являются наиболее сложными для детей с врожденными нарушениями из-за отсутствия у них двигательного опыта. Формирование данных показателей происходит с задержкой в более старшем возрасте, что сопровождается страхами такими, как например, «страхом падения». При этом частое сочетание нарушений двигательного развития детей с гиперопеки в семье усугубляют процесс самопознания ребенком окружающего пространства, приобретения необходимых социальных и бытовых навыков. Окружающие его люди стараются помочь выполнить все двигательные акты, тем самым замещая деятельность самого ребенка своей.

В ходе констатирующего этапа эксперимента было выявлено, что навыки самообслуживания не прививаются детям в семье. Это связано с тем, что зачастую родители считают, что гораздо быстрее сделать за ребенка некоторые действия (надеть одежду, застегнуть фурнитуру на одежде и т.п.), чем научить его. Родители высказывали мнения, что результат после обучения не будет таким же совершенным, как если бы действие было выполнено взрослыми. Соответственно, ребенок с ДКН часто не обучается навыкам самообслуживания в домашних условиях. А в образовательном учреждении он становится «неуспешным» из-за постоянного внимания со стороны сверстников и педагогов на отсутствии тех или иных умений. Особенно остро данная ситуация выглядит в системе инклюзивного

образования, где ребенок имеет возможность (зачастую впервые) столкнуться с мнением общества о «норме».

Таким образом, на констатирующем этапе исследования было выявлено, что 36 (58%) семей экспериментальной группы и 29 (48%) семей контрольной группы имеют низкий уровень социально-психологической адаптированности, представленной наличием реакций отвержения ребенка в диаде «родитель-ребенок», состоянием психоэмоционального переутомления и истощения родителей, дезадаптивными стратегиями поведения, низким уровнем жизнестойкости.

Средний уровень социально-психологической адаптированности был выявлен в 26 (42%) и 31 (52%) семей из экспериментальной и контрольной групп соответственно. Результаты этих семей определяют деструктивный тип детско-родительских отношений, средний уровень жизнестойкости и мотивации к саморазвитию у родителей, выбор менее дезадаптивных стратегий поведения.

Высокий уровень социально-психологической адаптированности на констатирующем этапе психолого-педагогического эксперимента не выявлен ни у одной семьи (см. рисунок 3.3.1.2).

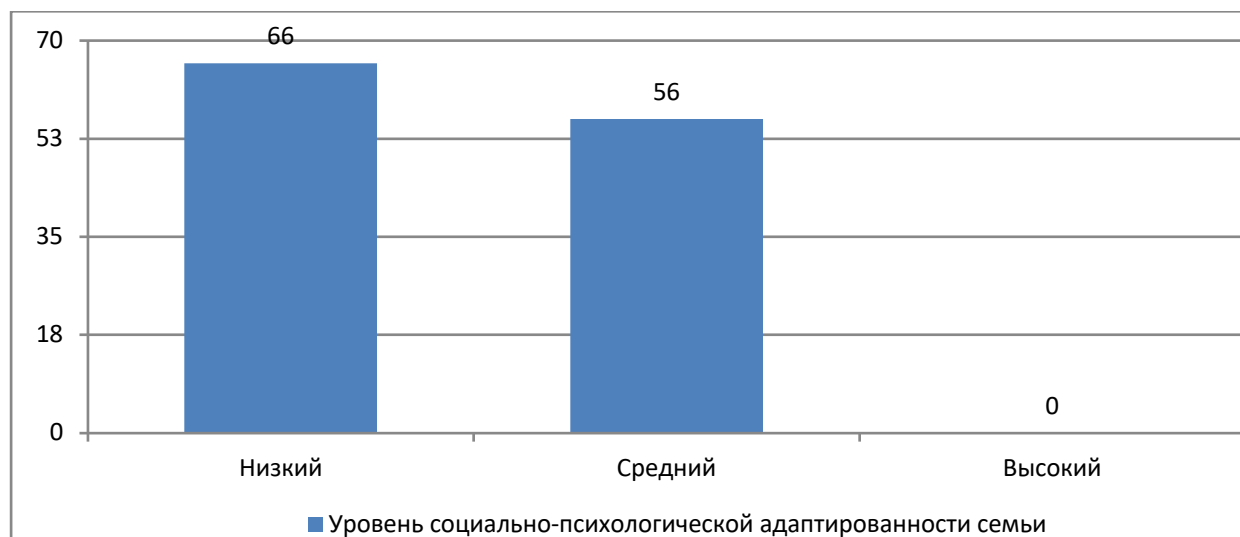


Рисунок 3.3.1.2. Уровни социально-психологической адаптированности семей обеих групп до эксперимента (количество семей, n=122)

В качестве итога констатирующего этапа исследования мы предположили, что достижение высокого уровня социально-психологической адаптированности

возможно в результате реализации технологии сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН. Представленная во 2 главе модель направлена на формирование социально-психологической адаптированности семьи, путем совершенствования ее компонентов: оптимизации детско-родительских отношений, развития личностного потенциала родителей и эффективного формирования двигательных навыков детей дошкольного возраста с ДКН. Особенности ее реализации, посредством технологии сопровождения семей на формирующем этапе психолого-педагогического эксперимента, представлены в следующем параграфе исследования.

На этапе констатирующего эксперимента, после проведения диагностики по всем указанным методикам у участников контрольной и экспериментальной группы, данные всех переменных, были подвергнуты проверке на нормальность распределения по критерию d_{\max} . Смирнова-Колмогорова. Проверка показала, что в большинстве переменных нормальность распределения отсутствует (см. таблицы 3.3.1.1-2).

Таблица 3.3.1.1.

Проверка результатов экспериментальной группы на нормальность распределения по критерию d_{\max} . Смирнова-Колмогорова

Переменные	N	max D	K-S
Детско-родительские отношения			
Принятие/Отвержение	62	0,188917	$p < ,05$
Кооперация	62	0,226194	$p < ,01$
Симбиоз	62	0,225806	$p < ,01$
Авторитарная гиперсоциализация	62	0,225806	$p < ,01$
Отношение к неудачам	62	0,284150	$p < ,01$
Мотивационный компонент личностного потенциала родителей			
Потребность в саморазвитии	62	0,077201	$p > ,20$
Поведенческий компонент личностного потенциала родителей			
Вовлеченность	62	0,075304	$p > ,20$
Принятие риска	62	0,126133	$p > ,20$

Продолжение таблицы 3.3.1.1.

Контроль	62	0,112156	$p > ,20$
Жизнестойкость	62	0,084756	$p > ,20$
Изменение среды	62	0,530513	$p < ,01$
Изменение себя	62	0,430583	$p < ,01$
Уход из среды	62	0,247294	$p < ,01$
Погружение в себя	62	0,324306	$p < ,01$
Пассивная презентация себя	62	0,530513	$p < ,01$
Пассивное подчинение	62	0,355447	$p < ,01$
Пассивное выжидание	62	0,255439	$p < ,01$
Эмоциональный компонент личностного потенциала родителей			
Стресс	62	0,223917	$p < ,01$
Личностный потенциал (общий показатель)	62	0,193017	$p < ,05$
Навыки детей			
Двигательные навыки	62	0,153754	$p < ,15$
Навыки самообслуживания	62	0,197540	$p < ,05$

Отсутствие нормальности распределения вызвано большим процентом заниженных оценок у испытуемых в обеих группах по большему числу переменных. Средние значения переменных в обеих группах ниже нормативных показателей. Результаты проверки данных на нормальность распределения указывают на необходимость, в дальнейших расчетах, использовать, во-первых, непараметрические методы и критерии, а, во-вторых, использовать такие методы и критерии, которые остаются нечувствительными к характеру распределения или нормализуют переменные в процессе расчетов

**Проверка результатов контрольной группы на нормальность распределения
по критерию $d \max$. Смирнова-Колмогорова**

Переменные	N	max D	K-S
Детско-родительские отношения			
Принятие/Отвержение	60	0,204769	$p < ,05$
Кооперация	60	0,189924	$p < ,05$
Симбиоз	60	0,232826	$p < ,01$
Авторитарная гиперсоциализация	60	0,220595	$p < ,01$
Отношение к неудачам	60	0,291739	$p < ,01$
Мотивационный компонент личностного потенциала родителей			
Потребность в саморазвитии	60	0,121086	$p > .20$
Поведенческий компонент личностного потенциала родителей			
Вовлеченность	60	0,127245	$p > .20$
Принятие риска	60	0,124514	$p > .20$
Контроль	60	0,102739	$p > .20$
Жизнестойкость	60	0,086281	$p > .20$
Изменение среды	60	0,529505	$p < ,01$
Изменение себя	60	0,450191	$p < ,01$
Уход из среды	60	0,196172	$p < ,05$
Погружение в себя	60	0,315131	$p < ,01$
Пассивная презентация себя	60	0,529505	$p < ,01$
Пассивное подчинение	60	0,437012	$p < ,01$
Пассивное выжидание	60	0,237155	$p < ,01$
Эмоциональный компонент личностного потенциала родителей			
Стресс	60	0,232056	$p < ,01$
Личностный потенциал (общий показатель)	60	0,203169	$p < ,05$
Навыки детей			
Двигательные навыки	60	0,160274	$p < ,10$
Навыки самообслуживания	60	0,193691	$p < ,05$

Репрезентативность результатов проверялась методом искусственного расщепления участников каждой из групп отдельно по критерию «Первый-Второй» с последующей проверкой различий между половинами с использованием критерия Манна-Уитни.

Таблица 3.3.1.3.

Репрезентативность результатов экспериментальной группы с использованием критерия Манна-Уитни

Переменные	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level
Детско-родительские отношения					
Принятие/Отвержение	938,500	1014,500	442,5000	-0,53499	0,592660
Кооперация	934,000	1019,000	438,0000	-0,59834	0,549614
Симбиоз	972,000	981,000	476,0000	-0,06335	0,949485
Авторитарная гиперсоциализация	1147,500	805,500	309,5000	2,40744	0,020000
Отношение к неудачам	919,000	1034,000	423,0000	-0,80952	0,418218
Мотивационный компонент личностного потенциала родителей					
Потребность в саморазвитии	1045,500	907,500	411,5000	0,97142	0,331339
Поведенческий компонент личностного потенциала родителей					
Вовлеченность	888,500	1064,500	392,5000	-1,23891	0,215378
Принятие риска	933,000	1020,000	437,0000	-0,61242	0,540262
Контроль	925,000	1028,000	429,0000	-0,72505	0,468424
Жизнестойкость	882,000	1071,000	386,0000	-1,33043	0,183379
Изменение среды	1069,500	883,500	387,5000	1,30931	0,190431
Изменение себя	852,500	1100,500	356,5000	-1,74574	0,080857
Уход из среды	1139,500	813,500	317,5000	2,29481	0,060000

Продолжение таблицы 3.3.1.3

Погружение в себя	791,500	1161,500	295,5000	-2,60454	0,090000
Пассивная презентация себя	1069,500	883,500	387,5000	1,30931	0,190431
Пассивное подчинение	857,000	1096,000	361,0000	-1,68239	0,092494
Пассивное выжидание	811,000	1142,000	315,0000	-2,33000	0,020000
Эмоциональный компонент личностного потенциала родителей					
Стресс	984,000	969,000	473,0000	0,10559	0,915908
Личностный потенциал (общий показатель)	976,000	977,000	480,0000	-0,00704	0,994384
Навыки детей					
Двигательные навыки	1042,000	911,000	415,0000	0,92215	0,356453
Навыки самообслуживания	928,500	1024,500	432,5000	-0,67577	0,499186

Результаты проверки показали отсутствие различий между испытуемыми внутри экспериментальной и контрольной групп, что указывает на репрезентативность полученных нами результатов эмпирической части и позволяет распространить их на большие объемы генеральной совокупности (см. таблицы 3.3.1.3-4).

Таблица 3.3.1.4

Репрезентативность результатов контрольной группы с использованием критерия Манна-Уитни

Переменные	Rank Sum	Rank Sum	U	Z	p-level
Детско-родительские отношения					
Принятие/Отвержение	864,000	966,000	399,0000	-0,75401	0,450846
Кооперация	963,000	867,000	402,0000	0,70965	0,477920
Симбиоз	841,500	988,500	376,5000	-1,08666	0,277190

Авторитарная гиперсоциализация	1026,500	803,500	338,5000	1,64846	0,099259
Отношение к неудачам	851,000	979,000	386,0000	-0,94620	0,344046
Мотивационный компонент личностного потенциала родителей					
Потребность в саморазвитии	913,000	917,000	448,0000	-0,02957	0,976411
Поведенческий компонент личностного потенциала родителей					
Вовлеченность	965,000	865,000	400,0000	0,73922	0,459773
Принятие риска	936,000	894,000	429,0000	0,31047	0,756202
Контроль	863,500	966,500	398,5000	-0,76140	0,446420
Жизнестойкость	897,000	933,000	432,0000	-0,26612	0,790147
Изменение среды	825,000	1005,000	360,0000	-1,33060	0,183322
Изменение себя	1050,000	780,000	315,0000	1,99590	0,045946
Уход из среды	691,000	1139,000	226,0000	-3,31171	0,09927
Погружение в себя	1068,000	762,000	297,0000	2,26202	0,063697
Пассивная презентация себя	825,000	1005,000	360,0000	-1,33060	0,183322
Пассивное подчинение	1074,000	756,000	291,0000	2,35072	0,068738
Пассивное выжидание	1071,000	759,000	294,0000	2,30637	0,091091
Эмоциональный компонент личностного потенциала родителей					
Стресс	921,500	908,500	443,5000	0,09610	0,923442
Личностный потенциал (общий показатель)	856,500	973,500	391,5000	-0,86489	0,387100
Навыки детей					
Двигательные навыки	842,500	987,500	377,5000	-1,07187	0,283779
Навыки самообслуживания	985,000	845,000	380,0000	1,03491	0,300712

На первом этапе, до формирующего эксперимента, необходимо проверить различия в данных участников обеих групп. Эта процедура была осуществлена с применением непараметрического критерия U-Манна-Уитни. Сравнение показало отсутствие различий по всем переменным (см. таблицу 3.3.1.5).

Таблица 3.3.1.5.

**Проверка различий переменных обеих групп
с применением непараметрического критерия U-Манна-Уитни**

Переменные	Уровень значимости, р
Детско-родительские отношения	
Принятие/Отвержение	0,808
Кооперация	0,275
Симбиоз	0,981
Авторитарная гиперсоциализация	0,977
Отношение к неудачам	0,703
Детско-родительские отношения (общий показатель)	0,738
Мотивационный компонент личностного потенциала родителей	
Потребность в саморазвитии	0,844
Поведенческий компонент личностного потенциала родителей	
Вовлеченность	0,876
Принятие риска	0,920
Контроль	0,920
Жизнестойкость	0,900
Стратегии поведения	0,647
Поведенческий компонент (общий показатель)	0,920
Эмоциональный компонент личностного потенциала родителей	
Стресс	0,498
Личностный потенциал (общий показатель)	0,840
Навыки детей	
Двигательные навыки	0,949
Навыки самообслуживания	0,985

Анализ результатов обеих групп до участия в психолого-педагогическом эксперименте выявил низкие баллы по всем переменным. Это подтверждает теоретическую гипотезу о том, что рождение ребенка с ДКН, с одной стороны, и постоянное негативное влияние общества, вызванное «нормистскими» взглядами, с другой стороны выступают как стрессогенные факторы, снижающие личностный потенциал родителей, их жизнестойкость, определяют такой характер детско-родительских отношений, который не способствует двигательному развитию ребенка, что снижает социально-психологическую адаптированность семьи в целом.

Во второй главе данной работы (см. таблицу 2.2.3.2) представлено пояснение по ранжированию баллов на низкий, средний, высокий уровни адаптированности семьи. В сумме они соответствуют определенному уровню социально-психологической адаптированности семьи. Проведем анализ полученных уровней по результатам психодиагностических методик.

Из диаграммы 3.3.1.3 видно, что родители обеих групп имеют низкий уровень по шкале «Принятие/Отвержение». Это говорит о том, что родители не принимают своего ребенка таким, какой он есть. Так же низкий уровень у большинства родителей по шкалам «Авторитарная гиперсоциализация» и «Маленький неудачник», что свидетельствует об неадекватном контроле за действиями ребенка с ДКН и попытках его инфантилизировать.

По шкалам «Симбиоз» и «Кооперация» большая часть родителей показала средний уровень. Это говорит о том, что имеется дистанция между родителем и ребенком с ДКН и родителям необходимо больше проявлять интерес к деятельности своих детей (см. рисунок 3.3.1.3).

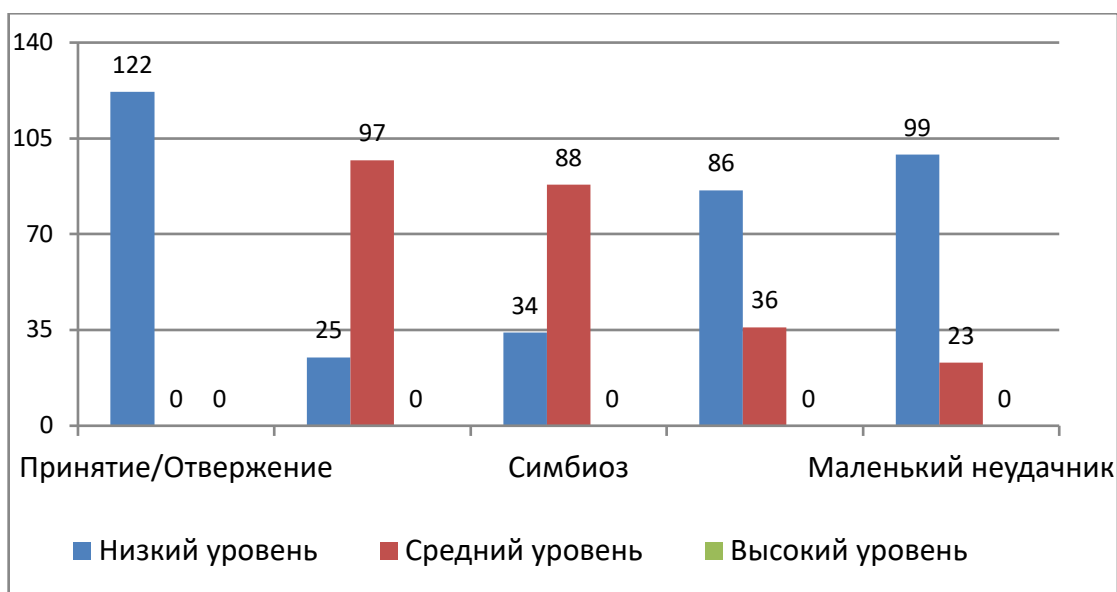


Рисунок 3.3.1.3. Уровни выраженности детско-родительских отношений в обеих группах до участия в эксперименте (количество человек, n=122)

Анализ личностного потенциала родителей обеих групп до эксперимента выявил низкий уровень развития мотивационного компонента, средний уровень показателей поведенческого компонента и преимущественно низкий уровень эмоционального компонента (см. рисунок 3.3.1.4). При этом надо отметить, что лишь 15 родителей выбирают адаптивные стратегии поведения.

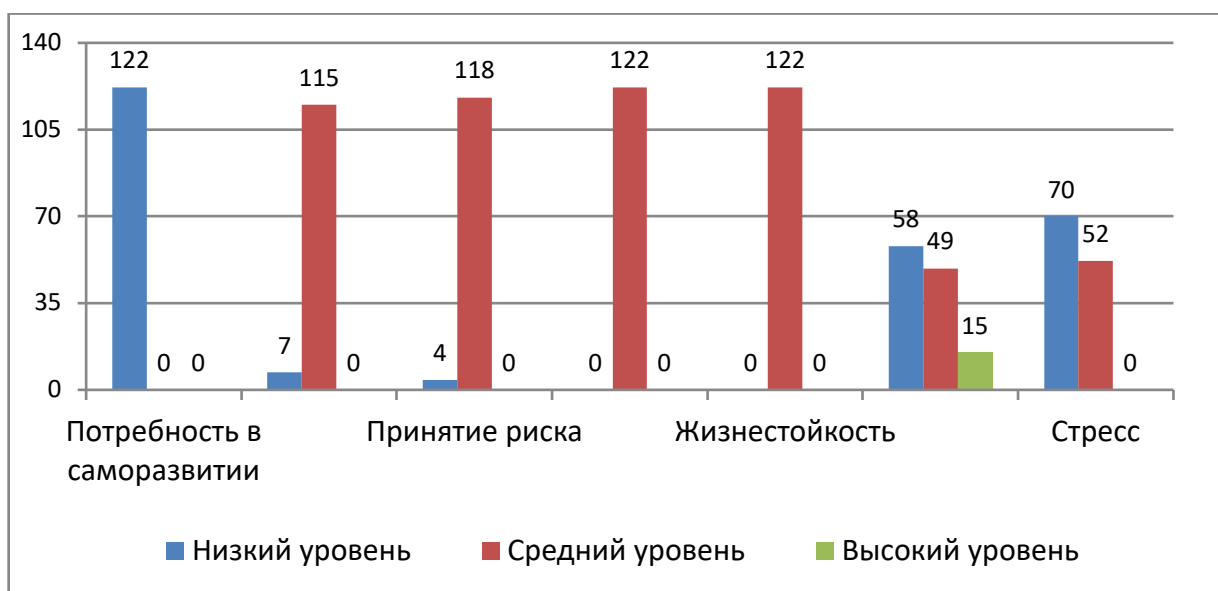


Рисунок 3.3.1.4. Уровни выраженности компонентов личностного потенциала родителей обеих групп до участия в эксперименте (количество человек, n=122)

Уровень сформированности навыков у детей с ДКН был преимущественно средним, это подтверждает, что в исследовании приняли участие дети с легкой и средней степенью ДКН (см. рисунок 3.3.1.5). Высокий уровень освоения двигательных навыков показали 18 человек, навыков самообслуживания – 51 человек.

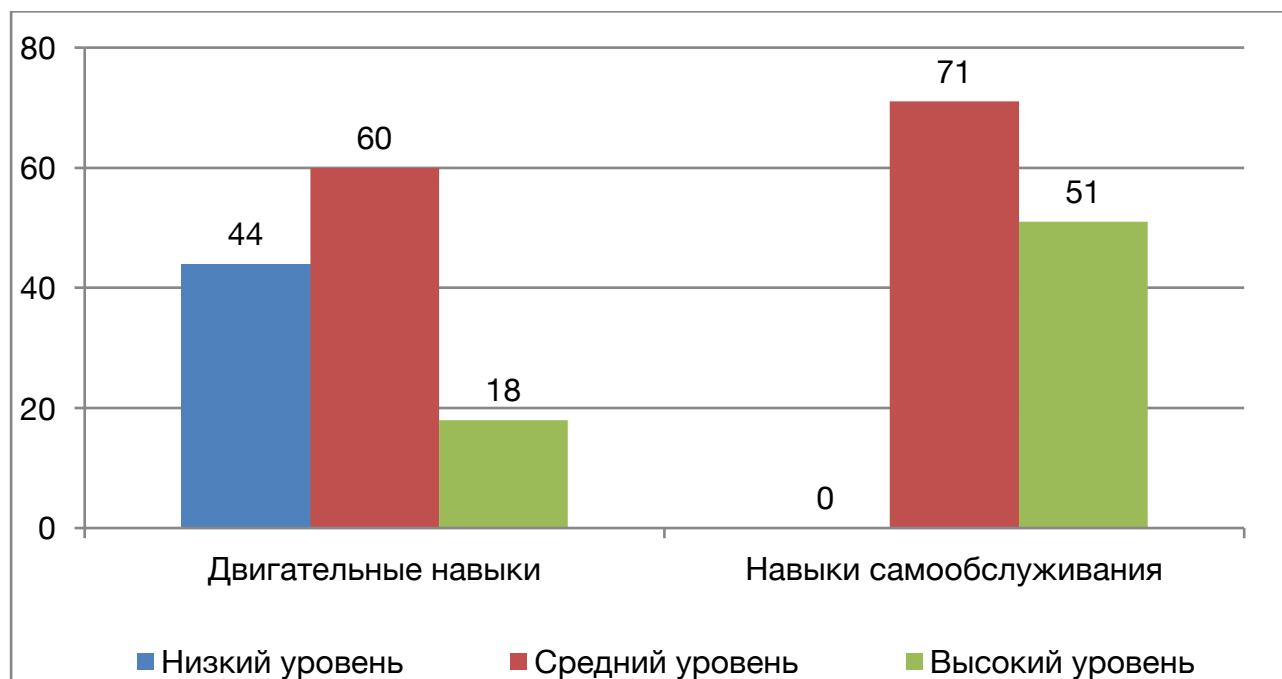


Рисунок 3.3.1.5. Уровни выраженности навыков детей обеих групп до участия в эксперименте (количество человек, n=122)

Исходя из того, что анализ результатов показал отсутствие нормальности распределения и гомогенности выборок для дальнейшей работы оптимальными оказываются непараметрические методы статистики. При этом сложность в обработке результатов состоит в изначально преимущественно низких баллах. Следовательно, в формирующем этапе особенность выборок будет решающей при выборе метода статистики.

В качестве второй эмпирической гипотезы исследования нами было выдвинуто предположение, что компоненты личностного потенциала родителей, детско-родительские отношения и уровень развитости навыков детей находятся в тесной взаимосвязи и влияют на развитие друг друга.

На стадии констатирующего психолого-педагогического эксперимента мы сможем определить только корреляционные связи между переменными личностного потенциала, детско-родительскими отношениями и навыками детей. Корреляционный анализ проводили с применением коэффициента корреляции Спирмена.

Изначально нами была проведена проверка на наличие корреляционных связей между переменными личностного потенциала и детско-родительских отношений (см. таблицу 3.3.1.6). В результате корреляционного анализа были выявлены связи между переменными «Принятие/Отвержение» и «Вовлечение», «Жизнестойкость», «Стратегии поведения», «Стресс». Необходимо уточнить, что в последнем случае имеет место обратная зависимость. Из этого следует, что при усилении принятия ребенка, у родителей снижается уровень стресса, но усиливается вовлеченность, жизнестойкость, появляются адаптивные стратегии поведения.

Переменная «Кооперация» коррелирует также с переменными «Жизнестойкость» и «Стратегии поведения». Это говорит о том, что усиление интереса родителей к деятельности ребенка влечет за собой повышение их уровня жизнестойкости, оптимизацию стратегий поведения, и наоборот – повышение уровня жизнестойкости и выбор родителями адаптивных стратегий поведения способствует усилению интереса родителей к детям.

Интерес представляет взаимосвязь переменной детско-родительских отношений «Авторитарная гиперсоциализация» с переменной личностного потенциала «Стресс». Исходя из результатов, коэффициент Спирмена – отрицательный. Следовательно, существует обратная связь между переменными: при усилении контроля над детьми, уровень стресса снижается, а при ослаблении контролирующей функции – уровень стресса возрастает. Эту корреляционную связь можно объяснить тем, что возможность контролировать ситуацию и поведение ребенка вызывает ощущение эмоционального комфорта.

Корреляционный анализ переменных компонентов личностного потенциала родителей и детско-родительских отношений в обеих группах до эксперимента (уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)

Личностный потенциал родителей	Детско-родительские отношения									
	Принятие/Отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
<i>Мотивационный компонент личностного потенциала</i>										
Потребность в саморазвитии	0,137	0,130	0,104	0,250	0,092	0,311	0,121	0,182	0,099	0,276
<i>Поведенческий компонент личностного потенциала</i>										
Вовлечение	0,310	0,000	0,152	0,093	0,087	0,335	-0,064	0,482	-0,020	0,819
Принятие риска	0,100	0,272	0,121	0,184	0,107	0,237	-0,048	0,592	-0,067	0,459
Контроль	0,077	0,395	0,076	0,402	0,037	0,684	0,072	0,428	0,087	0,338
Жизнестойкость	0,274	0,002	0,192	0,033	0,134	0,140	-0,019	0,830	0,037	0,681
Стратегии поведения	0,313	0,000	0,197	0,028	0,128	0,157	0,021	0,811	0,115	0,205
<i>Поведенческий компонент (суммарное значение)</i>	0,297	0,000	0,202	0,025	0,145	0,110	-0,02	0,816	0,045	0,616
<i>Эмоциональный компонент личностного потенциала</i>										
Стресс	-0,204	0,023	-0,174	0,054	-0,057	0,078	-0,198	0,028	-0,071	0,433
<i>Личностный потенциал (суммарное значение)</i>	0,293	0,001	0,188	0,037	0,160	0,532	-0,007	0,930	0,060	0,507

*Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

Можно также предположить, что эта связь возникает ввиду нескольких причин: первая – желание не привлекать большее внимание окружающих людей к поведению ребенка с ДКН (а в случае строгого воспитания таких ситуаций, по их

мнению, должно быть меньше); вторая – возможность контролировать ситуацию в настоящее время, так как рождение ребенка с ДКН произошло, по их мнению, с недостаточным контролем с их стороны (самообвинительные реакции родителей). При этом анализ их ответов по переменной «Авторитарная гиперсоциализация» показывает, что родители больше расположены на снижение контролирующей функции.

Подводя итог по корреляции детско-родительских отношений, можно сказать, что суммарная переменная «Личностный потенциал» имеет взаимосвязь с переменными «Принятие/Отвержение» и «Кооперация». Так же с этими переменными коррелирует суммарная переменная «Поведенческий компонент личностного потенциала». Эмоциональный компонент (переменная «Стресс») имеет обратную связь с переменными «Принятие/Отвержение» и «Авторитарная гиперсоциализация».

Корреляционный анализ навыков детей и детско-родительских отношений до психолого-педагогического эксперимента в обеих группах не выявил связи между переменными (см. табл. 3.3.1.7).

Таблица 3.3.1.7.

**Корреляционный анализ переменных навыков детей и детско-родительских отношений в обеих группах до эксперимента
(уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)**

Личностный потенциал родителей	Детско-родительские отношения									
	Принятие/Отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
Двигательные навыки	0,015	0,869	-0,015	0,867	-0,040	0,661	0,072	0,429	-0,004	0,962
Навыки самообслуживания	0,107	0,238	0,118	0,193	0,115	0,207	0,013	0,882	-0,068	0,451

Следующей задачей корреляционного анализа в данном исследовании является выявление связей между переменными навыков детей и компонентами личностного потенциала родителей (см. таблицу 3.3.1.8). В результате была выявлена взаимосвязь между переменными «Стратегии поведения» и «Двигательные навыки», «Навыки самообслуживания». Следовательно, эти переменные находятся в зависимости друг от друга, а значит: улучшение одной переменной – приведет к преобразованию второй.

Таблица 3.3.1.8.

Корреляционный анализ переменных навыков детей и личностного потенциала родителей в обеих группах до эксперимента (уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)

Личностный потенциал родителей	Навыки детей			
	Двигательные навыки		Навыки самообслуживания	
	R	p	R	p
<i>Мотивационный компонент личностного потенциала</i>				
Потребность в саморазвитии	0,011	0,902	0,024	0,792
<i>Поведенческий компонент личностного потенциала</i>				
Вовлечение	-0,026	0,772	0,077	0,394
Принятие риска	-0,010	0,908	-0,066	0,464
Контроль	-0,010	0,910	0,022	0,808
Жизнестойкость	-0,051	0,574	-0,015	0,866
Стратегии поведения	0,185	0,041	0,235	0,008
<i>Поведенческий компонент (суммарное значение)</i>	-0,031	0,729	0,007	0,936
<i>Эмоциональный компонент личностного потенциала</i>				
Стресс	-0,05	0,558	-0,030	0,740
<i>Личностный потенциал (суммарное значение)</i>	-0,010	0,912	0,007	0,931

*Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

Получается, что переменная «Стратегии поведения» коррелирует с детско-родительскими отношениями и навыками детей. Остановимся на ней поподробнее и проведем корреляционный анализ самих стратегий поведения с остальными переменными.

Из таблицы 3.3.1.9 видно, что присутствует прямая связь между переменными «Активное изменение среды» и «Авторитарная гиперсоциализация», между «Активное изменение себя» и «Принятие/Отвержение», «Симбиоз».

Таблица 3.3.1.9.

Корреляционный анализ переменных стратегий поведения родителей и детско-родительских отношений в обеих группах до эксперимента (уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)

Стратегии поведения	Детско-родительские отношения									
	Принятие/Отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
Изменение среды	-0,027	0,764	0,199	0,027	-0,109	0,229	0,217	0,015	-0,049	0,591
Изменение себя	0,329	0,000*	0,087	0,336	0,234	0,009	-0,122	0,180	0,088	0,333
Уход из среды	-0,339	0,000	-0,205	0,022	-0,131	0,149	-0,020	0,820	-0,172	0,057
Погружение в себя	0,0933	0,306	-0,123	0,176	-0,097	0,284	-0,075	0,408	0,074	0,416
Пассивная презентация себя	-0,027	0,764	0,199	0,027	-0,109	0,229	0,217	0,015	-0,049	0,591
Пассивное подчинение	0,230	0,010	-0,063	0,488	0,140	0,123	-0,168	0,064	0,095	0,297
Пассивное выжидание	0,206	0,022	-0,011	0,897	0,297	0,000	-0,213	0,018	0,027	0,762

*Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

Это позволяет сказать, что оптимизация функции контроля со стороны родителей, будет побуждать их к преобразованию окружающей среды, и наоборот.

В то же время, принятие ребенка, наличие симбиотических отношений с ребенком с ДКН взаимосвязано с преобразованием себя.

Как видно из таблицы 3.3.1.10, стратегия «Активное изменение среды» коррелирует с двигательными навыками детей, а «Активное изменение себя» - с навыками самообслуживания. Выявлена прямая связь – при проявлении родителями стратегий поведения, направленных на активное изменение среды и себя, соответственно, происходит преобразование двигательных навыков и навыков самообслуживания. Также можно предположить, что организация родителями «доступной среды» в окружающем пространстве будет способствовать улучшению двигательных навыков детей с ДКН. А изменение своего отношения к ребенку с ДКН, предоставление ему большей степени самостоятельности будет улучшать навыки самообслуживания детей с ДКН.

Таблица 3.3.1.10.

**Корреляционный анализ переменных стратегий поведения родителей и навыков детей в обеих группах до эксперимента
(уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)**

Стратегии поведения	Навыки детей			
	Двигательные навыки		Навыки самообслуживания	
	R	p	R	p
Изменение среды	0,371	0,000	0,038	0,670
Изменение себя	0,013	0,881	0,189	0,036
Уход из среды	-0,079	0,384	-0,219	0,015
Погружение в себя	-0,365	0,000	0,163	0,071
Пассивная презентация себя	0,371	0,000	0,0388	0,670
Пассивное подчинение	-0,306	0,000	0,077	0,395
Пассивное выжидание	-0,124	0,172	0,073	0,418

*Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

Анализ показывает, что адаптивная стратегия «Уход из среды и поиск новой» довольно ярко выражена у родителей обеих групп, а ее статистически

подтвержденная связь с переменными, отражающих степень физической независимости детей от других людей, разбивает группу родителей на несколько подгрупп.

Данная стратегия сильно выражена у родителей, у которых:

— дети имеют средние показатели развитости двигательных навыков и навыков самообслуживания – 37 родителей;

— дети имеют средние показатели развитости двигательных навыков и высокий уровень развитости навыков самообслуживания – 24 родителя;

— дети имеют высокие показатели развитости двигательных навыков и средний уровень развитости навыков самообслуживания – 22 родителя;

— дети имеют низкие показатели развитости двигательных навыков и высокий уровень развитости навыков самообслуживания – 27 родителей.

В общей сложности, данная стратегия оказывается сильно выраженной у 110 (90,3%) родителей детей с ДКН, которые субъективно не могут воспринимать и чувствовать своего ребенка как полноценного человека. Вторичность и себя самого и своего ребенка постоянно подкрепляется *«недоразвитостью чего-нибудь – навыков самообслуживания, или двигательных навыков, или того и другого вместе»*. Даже средний для данной группы детей уровень развития навыков, не воспринимается родителями как достаточный для возникновения чувства «полноценности» ребенка и принятия его как полноценного человека.

Означенная стратегия представляет собой прямой уход из ситуации с целью поиска новой среды, которая бы более гармонировала с состоянием и психологическими ценностными установками родителя. Человек уходит от контакта с фрустрирующей ситуацией и сосредотачивает силы на поиске новой, более приемлемой среды. В этом случае возможны изменения места жительства, работы, учебы, смена круга друзей и т.п.

Данные косвенно показывают, что, во-первых, наличие ребенка с ДКН для большей части родителей является сильным перманентным стрессором и фрустратором. И, во-вторых, эти данные косвенно указывают, что более половины

родителей, готовы «не замечать» своего ребенка, а кроме того, более половины семей, где есть ребенок с ДКН, стоят перед угрозой распада.

Из таблиц 3.3.1.9-10 видно, что стратегия поведения родителей «Уход из среды и поиск новой» имеет обратную связь с переменными детско-родительских отношений «Принятие/Отвержение» ($R = -0,339$, $p = 0,000$) и «Кооперация» ($R = -0,205$, $p = 0,022$). Следовательно, при условии усиления принятия ребенка и проявления к нему интереса, будет происходить ослабление стратегии поведения «Уход из среды и поиск новой». Обратная связь выявлена и в отношении с переменной «Навыки самообслуживания» ($R = -0,219$, $p = 0,015$) - при выраженности данной стратегии, навыки самообслуживания детей с ДКН будут снижаться.

Адаптивная стратегия «Уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир» представлена и ярко выражена у 122 (100%) родителей детей с ДКН, причем вне зависимости от уровней развития двигательных навыков и навыков самообслуживания. Стратегия предполагает уход от контакта с фрустрирующей средой, без физического отдаления от неё – избегание контакта со средой посредством замыкания во внутреннем, «своём» мире. Проявления стратегии достаточно разнообразны и включают, в частности, поиск альтернативы реальному миру в собственных фантазиях, а также в религиозных и философских системах. Стратегия характеризуется концентрацией на внутренних состояниях и переживаниях, может сопровождаться психологическим подавлением, вытеснением фрустрирующих факторов, использованием психоактивных средств (алкоголя, наркотиков) для изменения «внутреннего состояния».

Стратегия «Уход от контакта со средой и погружение во внутренний мир» коррелирует только с переменной «Двигательные навыки» ($R = -0,365$, $p = 0,000$). Выявлена обратная связь – следовательно, при выраженности у родителей желания и действий в направлении погружения в себя, избегания контакта с внешней средой, тем хуже представлены двигательные навыки детей с ДКН.

Стратегия пассивной презентации себя более дифференцирует родителей экспериментальной группы на подгруппы, по критерию развитости навыков детей.

Стратегия проявляется в стремлении самоутвердиться, что выражается в упрямой и по-детски капризной демонстрации своей позиции. Как правило, здесь отсутствует активность, направленная на изменение ситуации. Человек не стремится активно изменять ситуацию, а, уверенный в своей правоте, пытается заставить принять свое мнение как единственно правильное. Случаи приверженности жёстким жизненным принципам, упрямство и иногда фанатизм являются проявлениями этой стратегии адаптивного поведения.

Полученные данные косвенно указывают на то обстоятельство, что примерно половина родителей детей с ДКН дают инфантильные поведенческие реакции, которые могут быть реактивными по отношению к ситуации наличия в семье физически неполноценного ребенка. Об этом свидетельствует и прямая корреляционная связь между переменными «Пассивная презентация себя» и «Кооперация» ($R = 0,199$, $p = 0,027$), «Авторитарная гиперсоциализация» ($R = 0,217$, $p = 0,015$). Таким образом, наличие поведения, направленного на демонстрацию своей позиции, желание самоутвердиться взаимосвязано с проявлением излишнего внимания за деятельностью ребенка с ДКН с целью усиления функции контроля. В отношении детских навыков выявлена прямая взаимосвязь данной стратегии с двигательными навыками ($R = 0,371$, $p = 0,000$). Соответственно, чем лучше развиты двигательные навыки ребенка, тем ярче выражена родительская позиция самопрезентации и самоутверждения.

«Стратегия пассивного подчинения условиям среды» проявляется в пассивности, пассивном принятии обстоятельств, пассивном подчинении условиям среды [95]. Изменения происходят под воздействием влияния извне, без самостоятельного сознательного анализа ситуации и, в большинстве случаев, не предполагают глубокой личностной перестройки. Наиболее яркое проявление этой стратегии – внешнее конформное поведение. Стратегия может проявляться в форме пассивного согласия с внешними требованиями, уступчивости, подчинения авторитету, иногда – в форме подражания».

В целом такой стратегии придерживается 115 (94,3%) родителей. Стратегия характерна для нескольких подгрупп родителей детей с ДКН. Ведущим критерием

здесь выступает критерий именно двигательных навыков. Данная адаптационная стратегия характерна для родителей, у которых дети:

— имеют низкие показатели развитости двигательных навыков и любой диапазон развитости навыков самообслуживания (низкий, средний, высокий) – 38 родителей;

— имеют средние показатели развитости двигательных навыков и любой диапазон развитости навыков самообслуживания (низкий, средний, высокий) – 61 родитель;

— имеют высокие показатели развитости двигательных навыков и средний диапазон развитости навыков самообслуживания – 16 родителей.

Здесь речь идет о тех ситуациях, когда проявления физической уязвимости ребенка известны и видны только его родителям, внешнему наблюдателю они незаметны. Но неполноценность ребенка становится очевидной, когда возникает ситуация необходимого самостоятельного самообслуживания. Пока нет такой ситуации, родителям никто не напоминает, что ребенок неполноценен, их состояние стабильно, этим и определяется стратегия выражающаяся, например, в стремлении минимизировать или устранить любые сигналы внешней среды «напоминающие» на то, что ребенок неполноценен.

Стратегия «Пассивное подчинение условиям среды» коррелирует с переменной детско-родительских отношений «Принятие/Отвержение» ($R = 0,230, p = 0,010$) (см. таблицу 3.3.1.9). Связь прямая, поэтому у родителей, выбирающих эту стратегию поведения, принятие или отвержение ребенка с ДКН будет зависеть от условий окружающей среды. Стратегия имеет обратную связь с двигательными навыками детей ($R = - 0,306, p = 0,000$) (см. таблицу 3.3.1.10) – следовательно, чем меньше родители будут зависеть от условий окружающей среды, тем выше будет динамика в двигательной сфере детей с ДКН.

«Стратегия пассивного выжидания внешних изменений» характеризуется старательным избеганием любых неприятных для человека влияний среды [95]. Имеет место простое выжидание момента, когда внешние условия сами изменятся в более благоприятную сторону. Откладывая решение проблем и важных задач на

более поздний срок, человек временно ограничивает свои контакты со средой, оставаясь, по возможности, незаметным, «замершим» до появления удовлетворяющих его условий. Такая стратегия предполагает надежду на благоприятные изменения среды или упования на то, что всё разрешится само собой.

Данная стратегия представлена у 122 (100%) родителей вне зависимости от уровней развития двигательных навыков или навыков самообслуживания. Однако, наиболее ярко, она представлена у родителей, дети которых имеют низкий и средний уровни развития именно двигательных навыков – 40 родителей. Стратегия коррелирует сразу с несколькими переменными (см. таблицы 3.3.1.9-10): «Принятие/Отвержение» ($R = 0,206$, $p = 0,022$), «Симбиоз» ($R = 0,297$, $p = 0,000$), «Авторитарная гиперсоциализация» ($R = -0,213$, $p = 0,018$). При этом с последней переменной – обратная связь. Соответственно, при видимом бездействии родителей, подчинению возможным изменениям среды, усиливаются позиции отвержения ребенка с ДКН, увеличивается дистанция в детско-родительских отношениях и контроль за ребенком возрастает.

Таким образом, анализ показывает взаимосвязь и взаимовлияние адаптивных стратегий родителей детей с ДКН и уровня развитости навыков самообслуживания и двигательных навыков, а так же с детско-родительскими отношениями. Устойчиво прослеживается закономерность, указывающая, что слабая развитость физической мобильности и навыков самообслуживания у детей влияет на выбор адаптивных стратегий поведения у их родителей.

В качестве итога констатирующего этапа эксперимента нами были проанализированы средние значения групп, согласно характеристикам, данные авторами используемых методик, соответствующие баллам. Анализ представим в табличной форме (см. таблицу 3.3.1.11).

Результаты констатирующего эксперимента позволяют сделать вывод, что до применения технологии сопровождения семьи с детьми с ДКН находились в ситуации социально-психологической дезадаптации, самоизоляции. Родители не использовали механизмы саморегуляции – о чем свидетельствуют низкий уровень

развитости эмоционального компонента личностного потенциала и выбор преимущественно дезадаптивных стратегий поведения. Позицию родителей в диаде «родитель-ребенок» можно охарактеризовать как «родитель опекающий». Так как, не смотря на задачи сопровождения, которые необходимо выполнять родителям детей с ДКН, они выполняли лишь функцию «проводника», не принимая позицию «родитель сопровождающий». Низкие результаты личностного потенциала родителей, детско-родительских отношений и навыков детей находились в замкнутой системе, оказывая негативное влияние друг на друга.

Таблица 3.3.1.11.

**Анализ средних значений обеих групп на констатирующем этапе
психолого-педагогического эксперимента**

Переменные	Среднее значение		Характеристика
	КГ	ЭГ	
<i>Мотивационный компонент личностного потенциала родителей</i>			
Потребности в саморазвитии	26,9 5	26,7 9	Стагнация саморазвития
<i>Эмоциональный компонент личностного потенциала родителей</i>			
Стресс	7,53	7,37	Сильный перманентный стресс с частичным ситуативным контролем
<i>Поведенческий компонент личностного потенциала родителей</i>			
Вовлеченность	35,9 8	35,7 7	Отсутствие вовлеченности в жизнь, апатичность
Контроль	28,4 8	28,4 0	Ведомость обстоятельствами
Принятие риска	12,5 7	12,6 6	Страх перед жизнью, снижение активности, отступление перед трудностями
Жизнестойкость	77,0 3	76,8 4	Чрезмерные энергозатраты «Выжить хоть как-нибудь» Сниженная жизнестойкость
Стратегии поведения	4,60	4,73	Преимущественно дезадаптивные стратегии поведения
Изменение среды	1,40	1,39	Пассивность и нежелание воздействовать на среду для изменения ситуации
Изменение себя	2,42	2,61	Пассивность, восприятие ситуации неразрешимой

Уход из среды	7,60	7,74	Бегство из семьи и от ситуации
Погружение в себя	8,40	8,42	Социальная самоизоляция
Пассивная презентация	1,80	1,77	Сниженное желание самоутвердиться и проявить свою позицию
Пассивное подчинение	7,33	7,26	Пассивное подчинение ситуации, ее восприятие как фатальной
Пассивное выжидание	7,43	7,40	Пассивное выжидание положительных изменений
<i>Детско-родительские отношения</i>			
Принятие/Отвержение	12,00	12,08	Явное однозначное эмоциональное отвержение ребенка
Кооперация	3,70	3,45	Уверенность в беспомощности ребенка, полное управление им
Симбиоз	3,03	3,00	Дистанция с ребенком
Авторитарная гиперсоциализация	3,02	3,00	«Мягкий» стиль воспитания
Маленький неудачник	1,53	1,60	Инфантилизация ребенка
<i>Навыки детей</i>			
Двигательные навыки	17,60	17,58	Низкая и средняя степень свободного передвижения в пространстве
Навыки самообслуживания	7,28	7,29	Средняя степень развития навыков самообслуживания
<i>Общий уровень социально-психологической адаптированности семей</i>			
Адаптированность	10,48	10,06	Социально-психологическая дезадаптированность

Следовательно, можно сделать вывод, что выявленные связи подтверждают необходимость в организации комплексного психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН.

3.2 Анализ и интерпретация результатов формирующего этапа исследования по апробации технологии сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН

Опытно-экспериментальная часть исследования психолого-педагогического сопровождения семей, представленная в данном параграфе, неразрывно связана с теоретическим обоснованием проблемы, освещенной нами в 1 главе, и включает в себя содержательное планирование реализации технологии сопровождения семей, имеющих детей с ДКН, на формирующем этапе исследования.

На основе содержания структурно-функциональной модели, представленной во 2 главе, нами был выстроен план опытно-экспериментальной работы, обеспечивающий осуществление теоретических положений в практической деятельности – посредством реализации технологии сопровождения семей.

В процессе проведения формирующего эксперимента нами был выявлен ряд психолого-педагогических условий:

1. Реализация методологических подходов, содействующих самовыражению, социализации и двигательному развитию детей дошкольного возраста.

2. Мотивация родителей и детей к занятиям посредством улучшения детско-родительских отношений.

3. Развитие саморегуляторных механизмов в эмоциональном и поведенческом компонентах личностного потенциала родителей.

4. Смена позиции родителя в детско-родительских отношениях: с «родитель опекающий» на «родитель сопровождающий».

5. Использование активных методов обучения с целью оптимизации процесса социально-психологической адаптации семьи и развития двигательных качеств ребенка дошкольного возраста.

В рамках первого условия реализация модели психолого-педагогического сопровождения семей основывалась на системном научном подходе.

Системный подход в рамках представленной структурно-функциональной модели рассматривается с нескольких точек зрения. С одной стороны, системность

заклучена в едином механизме сотрудничества родителей, ребенка с ДКН и специалистов. С другой стороны, в рамках данного механизма необходимо рассматривать каждого с точки зрения его взаимодействия с окружающим миром.

В результате констатирующего этапа исследования мы сделали вывод, что достижение социально-психологической адаптированности возможно только при условии системного подхода. В этом случае, будет эффективным развитие личностного потенциала родителей, снижение степени влияния двигательных координационных нарушений на двигательное развитие ребенка с ДКН, качественное улучшение детско-родительских отношений.

Междисциплинарная организация процессов обучения и воспитания детей с ДКН эффективна, так как именно в системе непрерывного образовательного пространства ребенок может получить целостное воспитание личности. Психолого-педагогическое сопровождение – это комплекс различных видов взаимодействий в триаде «Родитель – Ребенок – Педагог-психолог».

Технология сопровождения семей способствует подбору оптимальных видов деятельности семьи ребенка дошкольного возраста с ДКН. Из констатирующего этапа исследования нами были получены данные о том, что родители детей с ДКН находятся в состоянии психоэмоционального истощения и переутомления. Одной из главных причин этого состояния является фактор дезорганизации действий родителей. Это связано с тем, что многие родители находятся на третьей стадии адаптации, характеризующейся «хронической печалью».

Констатирующий этап эксперимента показал необходимость проведения психолого-педагогического сопровождения семей детей дошкольного возраста с ДКН. Теоретические положения, представленные ранее, легли в основу технологии сопровождения семей: педагогического, психологического и адаптивного блоков. Функциональная характеристика блоков технологии представлена в таблице 3.3.2.1.

Функциональная характеристика организации блоков в технологии сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН

Основные компоненты психолого-педагогического процесса	Функция		
	<i>Педагогический блок</i>	<i>Психологический блок</i>	<i>Адаптивный блок</i>
Цель	развитие компетентности родителей в вопросах психофизического развития детей дошкольного возраста с ДКН	формирование оптимальных детско-родительских отношений	обучить проведению мониторинга и составить индивидуальную программу двигательного развития ребенка с ДКН средствами адаптивной физической культуры
Задачи	<ul style="list-style-type: none"> – формирование у родителей представлений о психофизических возможностях ребенка с ДКН; – обучение и проведение совместных упражнений; – формирование у родителей знаний, умений и навыков в процессе самостоятельной работы с ребенком по адаптивной физической культуре; – получение актуальной информации о проводимых мероприятиях в ходе консультирования родителей по наиболее важным и интересующим их вопросам 	<ul style="list-style-type: none"> – определение личностного потенциала родителей; – выявление типа детско-родительских отношений; – установить доверительные отношения между педагогом и родителем, а также между родителями; – снижение стресса у родителей; – коррекция детско-родительских отношений; – развитие мотивационных установок. 	<ul style="list-style-type: none"> – обучение проведению мониторинга формирования двигательных навыков детей с ДКН; – формирование представления об этапах двигательного развития ребенка с ДКН; – выявление «зоны актуального развития» и «зоны ближайшего развития»; – формирование четкого перечня упражнений для двигательного развития ребенка с ДКН; – ознакомление родителей о двигательном режиме и пространстве ребенка, которые ему необходимы на данном этапе развития

Принципы	комплексности изучения семьи, гуманного и чуткого отношения к членам семьи, конфиденциальности и профессиональной этики, выявления факторов, оказывающих негативное воздействие на семью и развитие ребенка, учета особенностей родителей и детей, единства диагностики и коррекции, дифференциации и индивидуализации, адекватности и вариативности педагогических воздействий, приоритетной роли микросоциума, модульности		
Методы	наглядные, словесные, упражнения и приучения, воспитывающих ситуаций, анализа конкретных ситуаций, алгоритмический		
Формы работы	Индивидуальная (консультации), малогрупповая и парная (занятия по адаптивной физической культуре в диаде «родитель-ребенок»), групповая (тренинги, беседы, досуг и пр.)		
Стиль	Гуманистический стиль общения в процессе сотворческой деятельности		
Позиция ребенка	Равноправный субъект деятельности		
Позиция родителя	Равноправный субъект деятельности		
Позиция педагога	Соуправленческая с опорой на инициативу, исходящую от родителя и ребенка		
Взаимоотношения	Сотрудничество, общие достижения семьи посредством индивидуального вклада каждого члена		
Результат	Компетентность родителей в вопросах воспитания и психофизического развития детей	Оптимизация личностного потенциала родителей, улучшение детско-родительских отношений	Улучшение двигательного развития ребенка, формирование основных навыков самообслуживания
	Высокий уровень социально-психологической адаптированности семьи		

В рамках педагогического блока технологии проводились занятия по адаптивной физической культуре. Цель этих занятий была научить родителя самостоятельно заниматься с ребенком, используя средства адаптивной физической культуры. Занятия проводились 3 раза в неделю в течение 2 недель в диаде «ребенок-педагог», затем в 3 раза в неделю в течение 2 недель в диаде «родитель-ребенок». В дальнейшем при достижении поставленных целей, для дополнения перечня упражнений, родители приходили на консультации, в ходе которых преобразовывали индивидуальную программу двигательного развития.

К сожалению, несмотря на то, что все дети обеих групп посещали детские сады, где проводились занятия по физической культуре, родителям приходилось искать и нанимать специалистов по двигательному развитию для работы с детьми. Соответственно, на это уходило немало финансовых средств. Родитель в этой ситуации выступал лишь в роли сопровождающего. Тем более что из-за насыщенности графика ребенка вопрос о проведении занятий в домашних условиях становился невозможным.

Пассивная роль родителя в образовательной деятельности ребенка в сочетании с необходимостью постоянного сопровождения сказывается как на психологическом состоянии родителя, так и на детско-родительских отношениях, и, косвенно, влияет не только на установление психологической дистанции между родителем и ребенком, но и на успех процесса коррекции.

Во многих вопросах воспитания родитель действует интуитивно: рассматривая это с разных стороны, можно определить недостатки и достоинства. Основным недостатком является низкий уровень компетентности родителей не только в вопросах психофизиологии, но и в организации воспитательного процесса детей с ДКН. Самым главным достоинством интуитивного подхода в воспитании является наличие у родителей опыта общения с ребенком. Родители являются непосредственными свидетелями и участниками процесса становления личности ребенка. Соответственно, обладая этими знаниями и опытом, они могут прогнозировать поведенческие особенности ребенка, правильно представить новый материал, использовать методы контроля, наказания и поощрения.

Таким образом, можно предположить, что увеличивая компетентность родителей в вопросах развития ребенка, мы сможем создать наиболее благоприятную среду для становления личности ребенка с ДКН.

Наблюдение на констатирующем этапе психолого-педагогического эксперимента показало, что компетентность родителей находится на очень низком уровне. Рассматривая поведенческий компонент личностного потенциала, мы видим, что показатели «вовлеченность», «контроль» и «принятие риска» находятся

на невысоком уровне. Соответственно, общий уровень жизнестойкости так же не высок.

Для улучшения компонентов личностного потенциала родителей, мы включили их в образовательный процесс. Наша цель была показать родителям, что они могут самостоятельно проводить занятия с ребенком, при этом, получая от трудоемкого процесса взаимодействия положительные эмоции.

Изначально занятия по адаптивной физической культуре проходили в диаде «специалист - ребенок». Родитель на этих занятиях выступал в роли наблюдающего. Постепенно, специалист подключал его к выполнению различных упражнений совместно с ребенком. На втором этапе интеграции родителей в образовательный процесс специалист выходил на второй план, оказывая консультирующую и контролирующую виды помощи, все действия производил родитель.

Помимо занятий по адаптивной физической культуре, родители получили возможность расширить знания о воспитании и обучении детей с ДКН в ходе бесед и консультаций. Беседы проходили в групповой форме. Группы сочетались по принципу удобства посещения бесед. Выбранная форма беседы, а не лекции, предоставила возможность расширению общения и обмена опытом. Большинство родителей имеют колоссальный опыт применения различных методов, средств восстановления, решения юридических вопросов и т.д. В ходе бесед, они могли не только получить информацию, но и транслировать свой опыт другим.

Обсуждение личных вопросов проходило в индивидуальной форме в диаде «педагог-психолог – родитель» во время консультаций. В основном, обсуждались вопросы дальнейшей образовательной траектории, организации обучения с условием особых потребностей развития ребенка.

Таким образом, решалось психолого-педагогическое условие технологии сопровождения: смена позиции родителя в детско-родительских отношениях: с «родитель опекающий» на «родитель сопровождающий».

В результате работы педагогического блока технологии сопровождения семей в поведенческом компоненте личностного потенциала родителей были

выявлены положительные приращения по шкалам «Теста жизнестойкости» (см. рисунок 3.3.2.1).

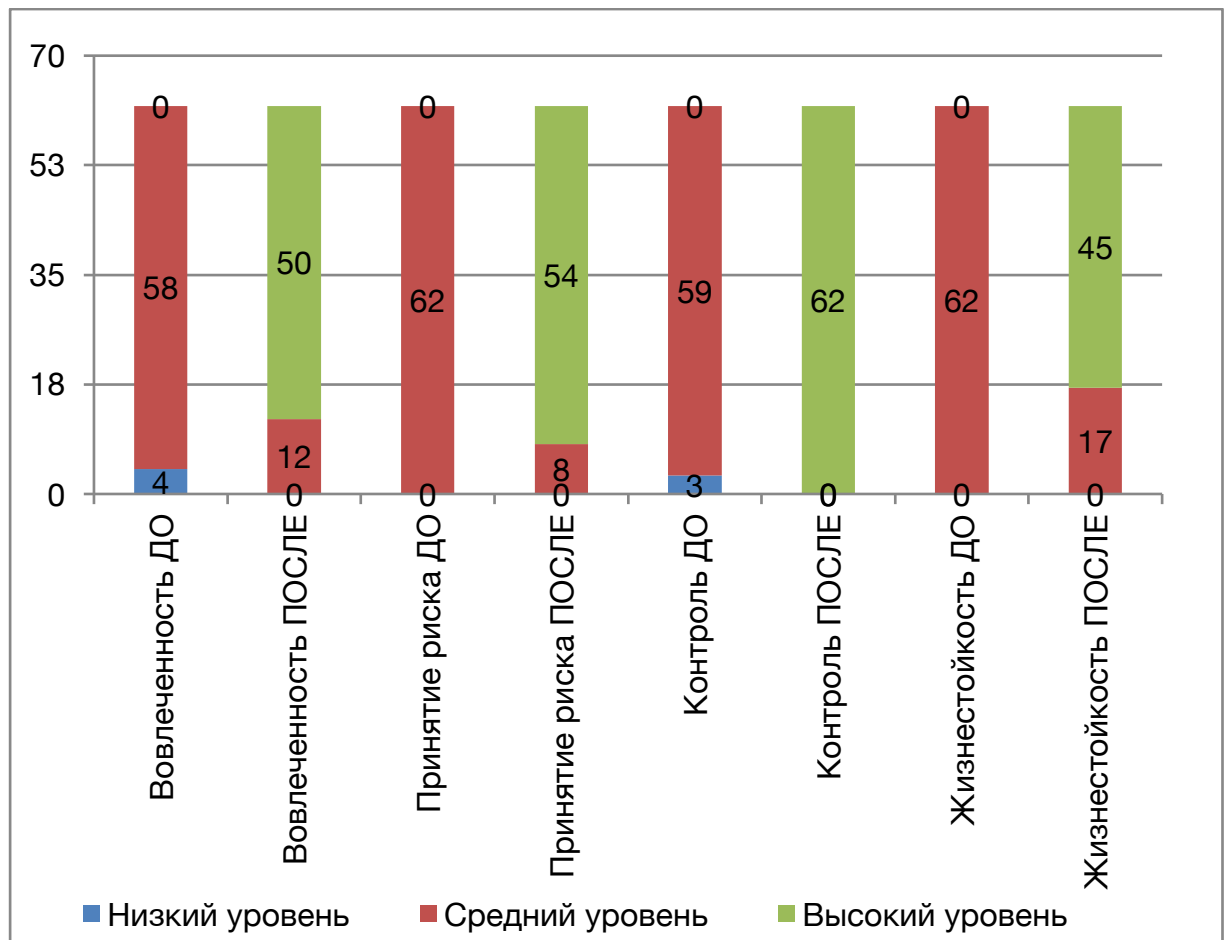


Рисунок 3.3.2.1. Уровни поведенческого компонента личностного потенциала родителей экспериментальной группы (n=62) до и после исследования («Тест жизнестойкости», С. Мадди, адаптированный Д.А. Леонтьевым)

Высокие баллы по шкале «Вовлеченность» в экспериментальной группе после психолого-педагогического эксперимента показывают, что у родителей возрос интерес к процессу обучения и воспитания ребенка с ДКН. Родители стали получать больше положительных эмоций от качественной целенаправленной деятельности. Улучшения по шкале «Контроль» показывают, что родители осознали свои возможности управлять ситуацией, а не «плыть по течению». Шкала «Принятие риска» выявила расширение возможностей родителей. Они стали больше осуществлять практических действий, понимая, что отрицательные и положительные результаты – это составляющие опыта.

Общий результат жизнестойкости соответственно так же улучшился. Это свидетельствует о положительных изменениях поведенческого компонента личностного потенциала в силу возросшего уровня компетентности родителей в вопросах обучения и воспитания детей с ДКН. Как видно из рисунка 3.3.2.2 в контрольной группе изменений не произошло.

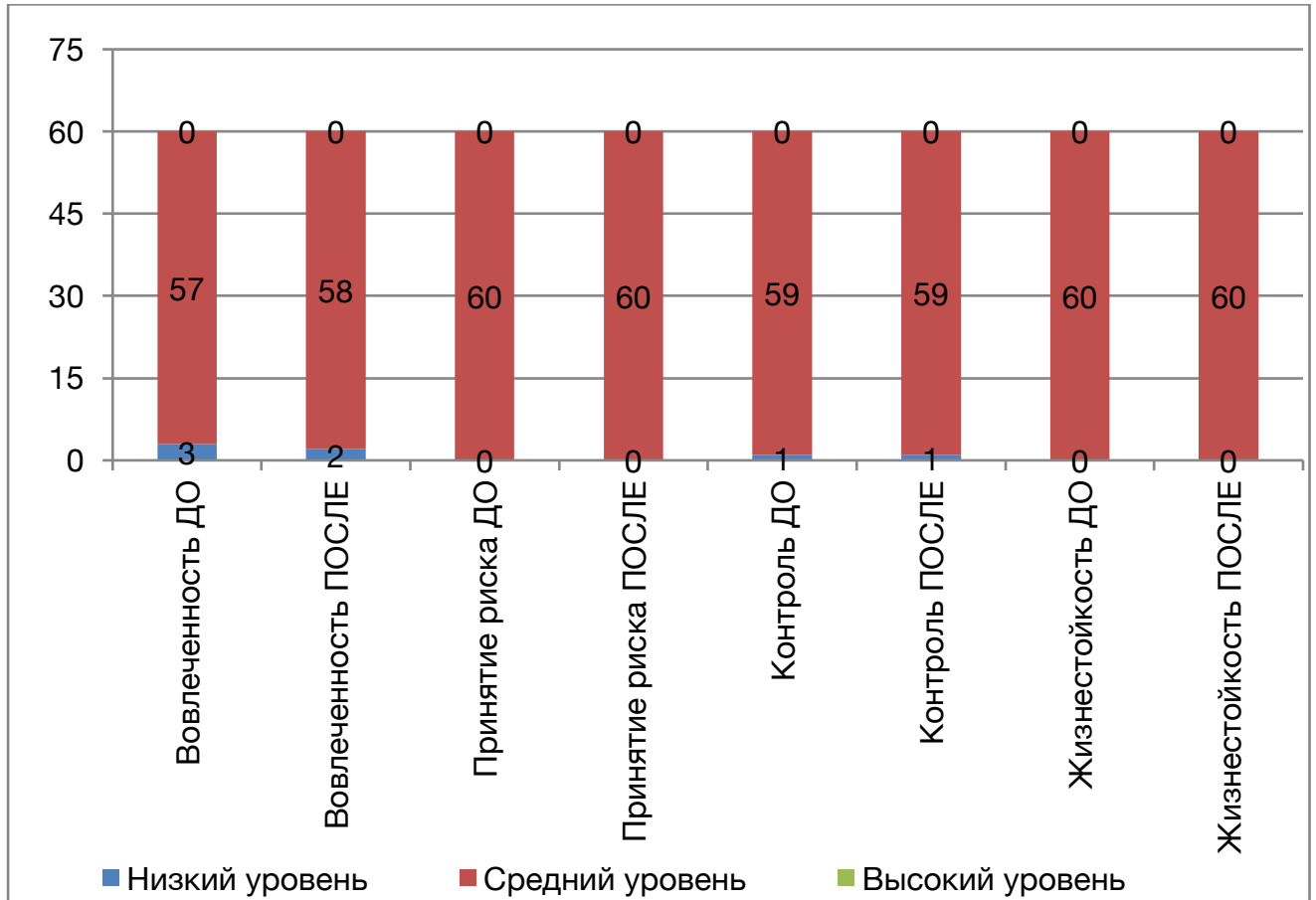


Рисунок 3.3.2.2. Уровни поведенческого компонента личностного потенциала родителей контрольной группы (n=60) до и после исследования («Тест жизнестойкости», С. Мадди, адаптированный Д.А. Леонтьевым)

Исходя из результатов констатирующего исследования, психологический блок технологии был направлен на оптимизацию детско-родительских отношений и развитие компонентов личностного потенциала родителей: мотивационного, эмоционального и поведенческого.

Для проведения психологических тренингов для родителей и детей, экспериментальная группа родителей была разделена на 3 подгруппы. В первую и

вторую подгруппы входили по 21 родителю и ребенку, а в третью – 20 семей. Родители посещали тренинговую программу в своих группах.

Каждый тренинг был разделен на две части: информационную и развивающую. После тренинговой программы, родители вновь проходили психодиагностику для определения эффективности работы по технологии сопровождения семей.

Информационная часть тренинговой программы раскрывалась в содержании знаний, которые педагог старался донести до участников. Развивающий блок заключался в формировании и совершенствовании коммуникативных навыков взаимодействия родителя с ребенком и окружающим миром, в развитии оптимальных детско-родительских отношений и личностного потенциала родителей.

Тренинговые занятия проходили 2 раза в неделю по 2 академических часа. Первый тренинговый курс был направлен на улучшение детско-родительских отношений. Занятия проходили в групповой форме в диаде «родитель-ребенок». Педагог выступал в роли координатора. Тренинг «Я и ты» проходил в течение 2 месяцев (длительность - 32 часа).

На первых занятиях тренинга в группах проходило знакомство участников, ознакомление с правилами работы, представление себя и ребенка.

Идея сотрудничества взрослого с ребенком – концептуальная идея тренинга «Я и ты». Цель, которую мы преследовали в ходе всего тренинга – установление и развитие отношений партнерства и сотрудничества в диаде «родитель – ребенок». Для осуществления этой цели мы использовали идеи Т. Гордона, А. Адлера, И.М. Марковской, Р. Дрейкуса, А.А Лопатиной, М.В. Скребцовой и др.

В ходе тренинга «Я и ты» родителям не предлагались уже готовые решения различных вопросов. Нам было важно, чтобы участники смогли самостоятельно решать возникающие проблемы. Тренинг включал в себя дискуссионные задания, в которых развивалось умение слышать различные позиции и извлекать из них опыт.

Так, в ходе одной из дискуссий, была затронута тема различий между воспитанием ребенка с ДКН и нормативным развитием. Среди родителей экспериментальной группы были те, у кого ребенок с ДКН не единственный, и, соответственно, есть опыт воспитания детей с нормативным развитием. В беседе родители высказывали, что воспитание ребенка с ДКН – это тяжелый труд по сравнению с ребенком с нормативным развитием, который, по их мнению, «растет сам по себе». В этом мнения участников разделились – другие участники говорили, что это «невозможно сравнивать», «они все развиваются по-разному» и т.п.

Помимо дискуссионных занятий участникам предлагались задания с использованием методов нейропсихологии. Эти задания носили игровой характер и способствовали снижению психологической дистанции и формированию доверительных отношений в диаде «родитель-ребенок».

В результате тренинга «Я и ты» участники смогли обсудить широкий спектр вопросов, касающихся жизни семьи, внутрисемейных отношений, возможностей решения различных семейных вопросов.

Приобретенные знания, умения и навыки отразились на результатах опросника родительского отношения, который проводился после завершения тренинговой программы. Родители из экспериментальной группы прошли все этапы, согласно модели, что способствовало качественным изменениям в их межличностных взаимоотношениях с ребенком с ДКН (см. рисунок 3.3.2.3).

В экспериментальной группе по шкале «Принятие-отвержение» была выявлена тенденция к принятию ребенка родителями. Взрослые стали меньше акцентировать внимание на особых потребностях развития, которые присущи их детям. В связи с этим, сократилась психологическая дистанция в детско-родительских отношениях. По шкале «Симбиоз» видно улучшение уровня, что подтверждает проявление большего внимания и заинтересованности в жизни ребенка, восприятия его как целостной личности.

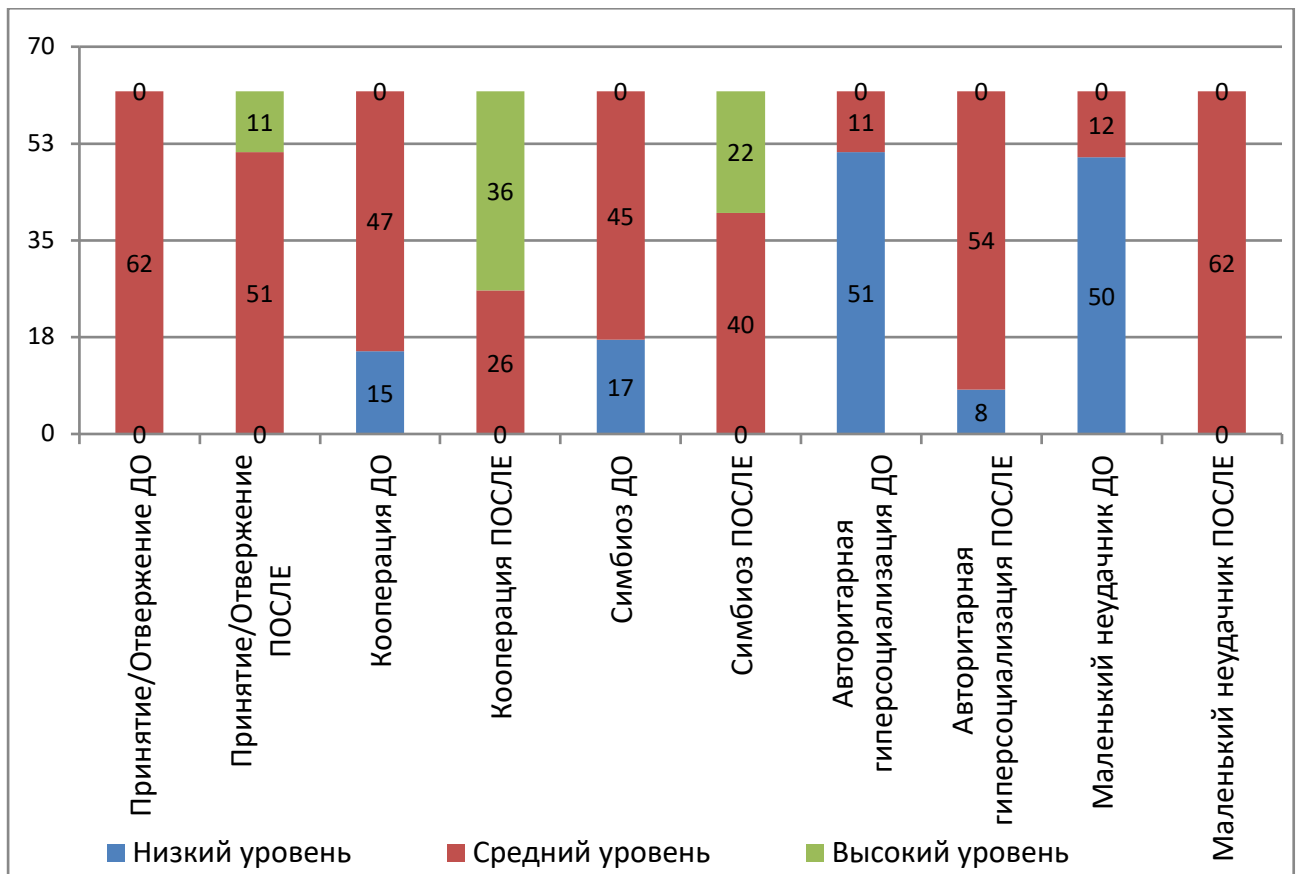


Рисунок 3.3.2.3. Уровни детско-родительских отношений экспериментальной группы (n=62) по результатам опросника родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина до и после исследования

По шкалам «Кооперация» и «Авторитарная гиперсоциализация» также произошли изменения. Родители стали выбирать оптимальный стиль воспитания ребенка: не слишком мягкий и не слишком строгий, больше интересоваться деятельностью ребенка с ДКН.

Изменения по шкале «Маленький неудачник» показывают, что отношение к неудачам и успехам ребенка стало адекватным. Ни один родитель экспериментальной группы не показал низких баллов по этой шкале. На этот результат непосредственное влияние оказали совместные занятия с детьми из педагогического блока технологии.

Родители контрольной группы не участвовали в мероприятиях технологии. Как видно из рисунка 3.3.2.4 их результаты остались практически неизменными.

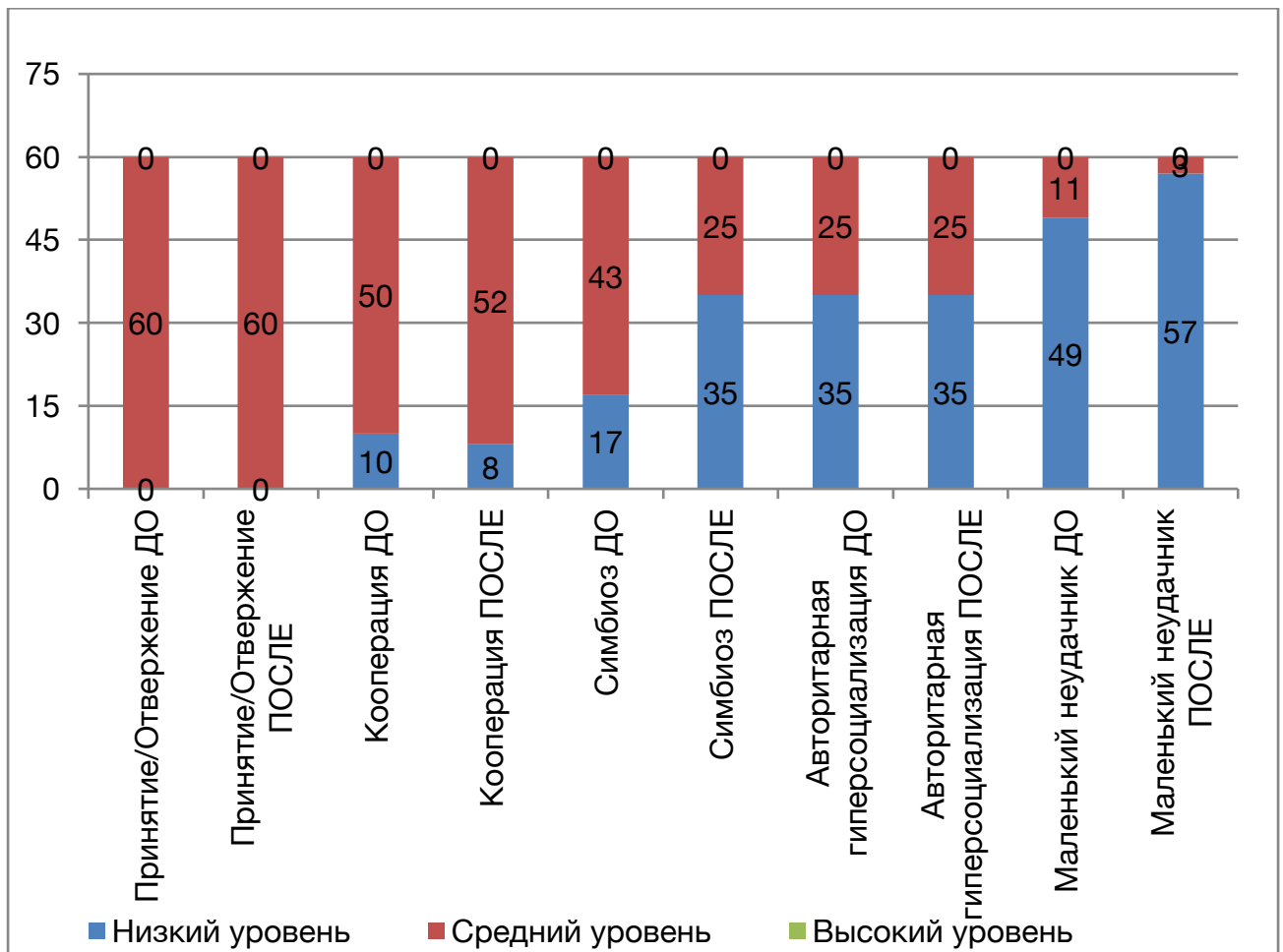


Рисунок 3.3.2.4. Уровни детско-родительских отношений контрольной группы (n=60) по результатам опросника родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина до и после исследования

В экспериментальной группе, как результат тренинга «Я и ты», можно так же выделить возможность осуществления одного из психолого-педагогических условий реализации технологии сопровождения семей: повышение мотивации родителей и детей к занятиям посредством улучшения детско-родительских отношений.

После тренинга «Я и ты», родителям предоставлялось время отдыха в течение 2 месяцев. В этот период работа по технологии сопровождения семей не останавливалась. Осуществлялась деятельность по другим блокам технологии.

После периода отдыха родители из экспериментальной группы вступили в следующую тренинговую программу «Мои мотивы». Необходимость реализации данной программы вызвана результатами констатирующего исследования, где

было выявлено, что у родителей детей с ДКН низкая потребности в саморазвитии. Снижение мотивации вызвано несколькими факторами: потерей интереса к деятельности, которая не приносит желаемого результата; возникающими видами замещения деятельности, которую необходимо выполнить для удовлетворения потребностей и др.

Занятия тренинговой программы «Мои мотивы» способствуют развитию интереса к деятельности и желания достичь необходимого результата. В сочетании с этим, тренинги направлены на оптимизацию деятельности, соответственно целям субъекта.

Тренинговая программа «Мои мотивы» проходила в течение 2 месяцев. В занятиях принимали участие родители и ведущий-педагог. В ходе нее участники: находили слабые и сильные стороны своей личности; обозначили свои интересы, мотивы, цели; представляли свои достигнутые успехи и желания на данном этапе жизни.

Для развития самостоятельной регуляции мотивационного компонента личностного потенциала участникам предлагались задания, целью которых было осознание себя, своей личности. Интересно, что во время задания по выбору авторитетной личности, которая вдохновляет своим примером, многие родители назвали Ирину Хакамаду, известного политика, писательницу и мать ребенка с особыми потребностями в развитии. При этом они отметили, что в последнее время происходит увеличение потока информации о семьях с детьми с ДКН посредством СМИ, что оказывает влияние на общественное мнение по отношению к таким семьям с одной стороны, а с другой – способствует их интеграции в общество.

Посредством теста «Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» было выявлено, что 11 (18%) родителей экспериментальной группы стали активно реализовывать свои потребности в саморазвитии. 51 (82%) родитель этой группы после исследования находятся в сложившейся системе саморазвития. Эти результаты отразились и на уровне мотивационного компонента личностного потенциала родителей экспериментальной группы (см. рисунок 3.3.2.5). Таким

образом, модель психолого-педагогического сопровождения способствовала раскрытию мотивации к саморазвитию.

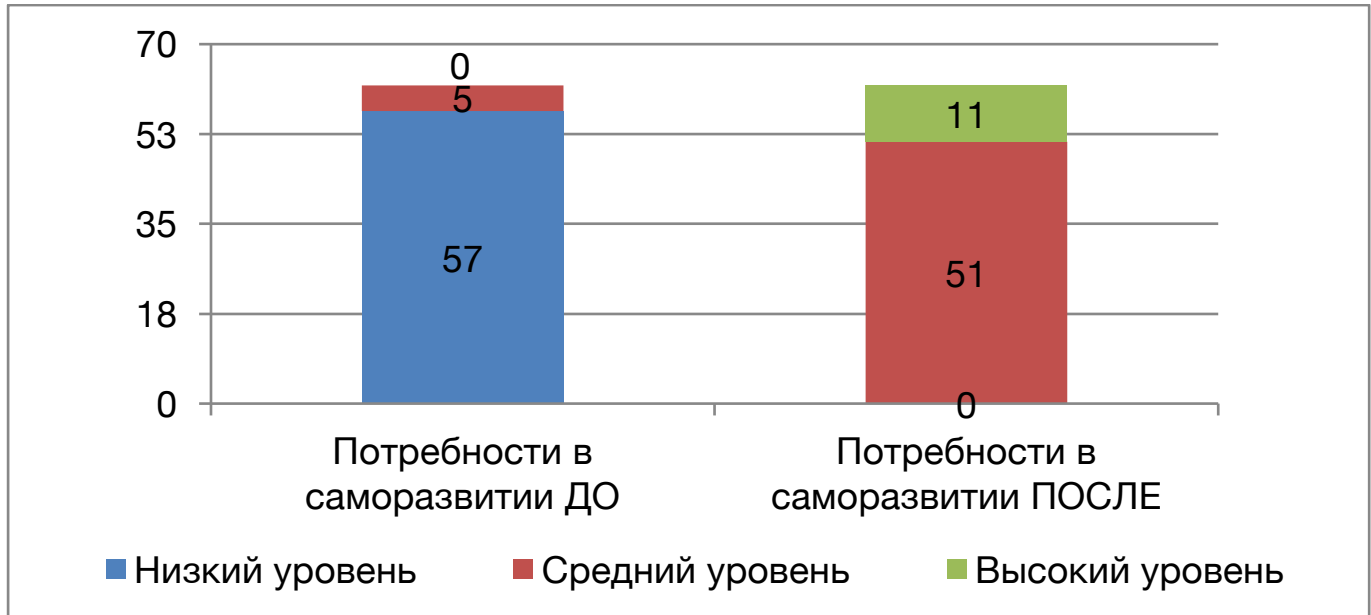


Рисунок 3.3.2.5. Уровни мотивационного компонента личностного потенциала родителей экспериментальной группы (n=62) до и после исследования («Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» Н.П. Фетискин)

Результаты контрольной группы остались примерно на том же уровне в виду того, что родители не участвовали в тренинговой программе, продолжали свой привычный образ жизни (см. рисунок 3.3.2.6).

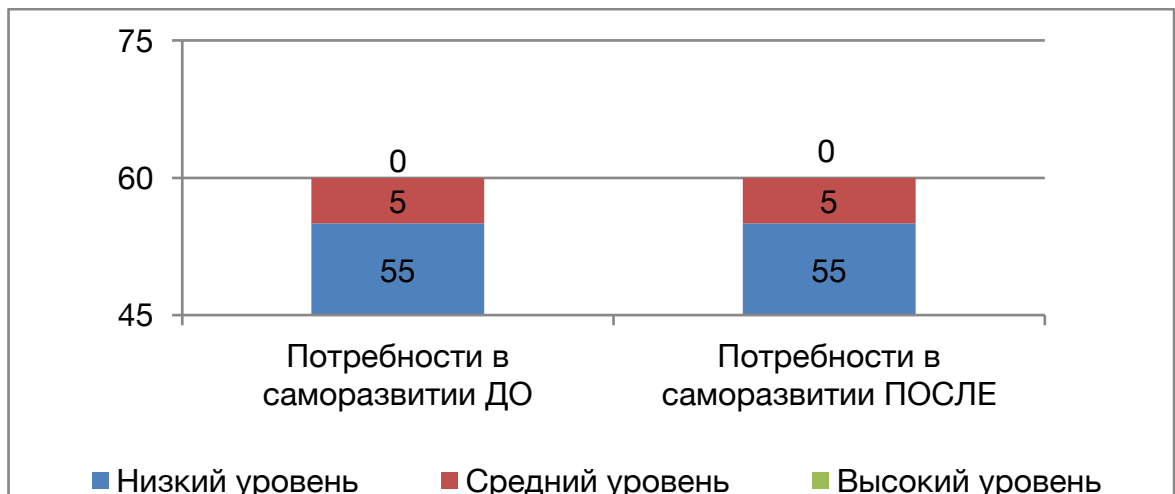


Рисунок 3.3.2.6. Уровни мотивационного компонента личностного потенциала родителей контрольной группы (n=60) до и после исследования («Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» Н.П. Фетискин)

После двухмесячного периода отдыха, родители экспериментальной группы приступили к завершающей тренинговой программе «Мои действия». Цель тренинга определена в результате констатирующего этапа психолого-педагогического эксперимента. Было выявлено, что родители экспериментальной группы выбирают дезадаптивные стратегии поведения: пассивная репрезентация себя, уход от контакта с окружающим миром, погружение в себя, бесконфликтное поведение (приспособление). Следовательно, целью тренинга «Мои действия» является формирование адаптивных стратегий поведения.

Данный тренинг направлен на развитие двух компонентов личностного потенциала: поведенческого и эмоционального. Эмоциональный компонент формируется посредством заданий, направленных на снижение влияния негативных эмоций. За счет этого возникает устойчивость поведения в стрессовых ситуациях. Достижение эмоционального баланса позволяет выбирать оптимальные стратегии поведения.

Для развития устойчивости в стрессовых ситуациях родители обучались дыхательным упражнениям, изменению тонуса отдельных групп мышц, точечному самомассажу. Телесные практики, представленные в ходе тренинга, формировали саморегуляторные механизмы преодоления стрессогенных факторов.

Поведение называется адаптивным, если в его основе – установление продуктивного взаимодействия между индивидом и средой. [95] На констатирующем этапе исследования мы выявили, что большинство родителей используют стратегии, характеризующиеся следующими сочетаниями «активный-избегающий», «пассивный-контактный» и «пассивный-избегающий».

В результате качественных изменений личностного потенциала в ходе применения модели была выявлена смена выбираемых стратегий нацеленных на адаптацию: активное изменение среды и себя, приспособление к среде или бесконфликтное поведение. Результаты контрольной группы остались неизменными (см. рисунок 3.3.2.7).

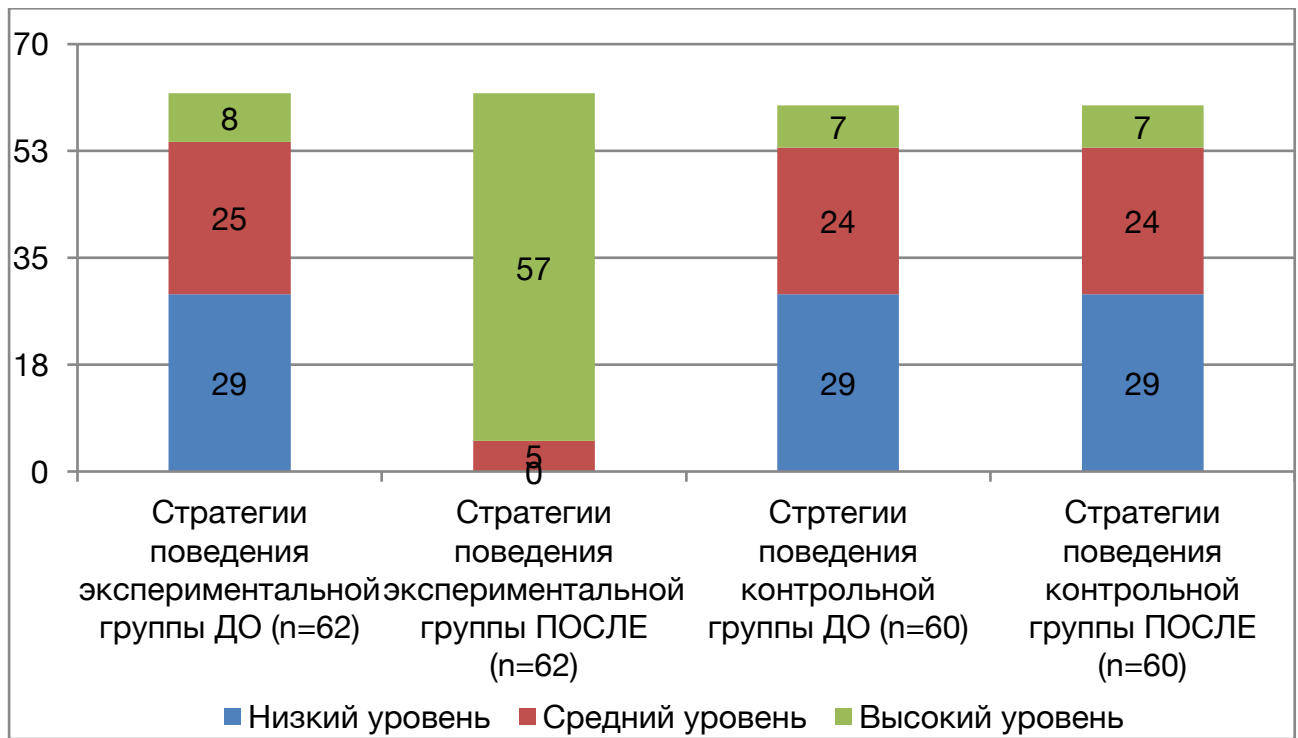


Рисунок 3.3.2.7. Уровни поведенческого компонента личностного потенциала родителей экспериментальной и контрольной групп до и после исследования (тест «Адаптивные стратегии поведения», Н.Н. Мельникова)

Если рассмотреть соотношение выбираемых стратегий в экспериментальной группе, то мы увидим, что 11 (18%) родителей стали использовать активную стратегию изменения среды, 26 (42%) - активного изменения себя, 3 (5%) - ухода из среды, 20 (32%) - пассивного подчинения среде, 2 (3%) - стратегию выжидания внешних или внутренних изменений (см. рисунок 3.3.2.8).

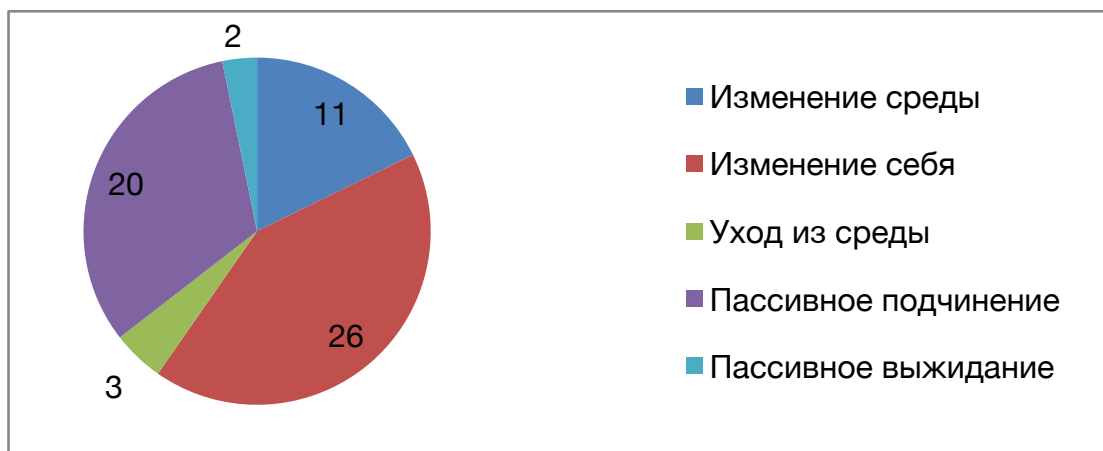


Рисунок 3.3.2.8. Стратегии поведения, выбираемые родителями экспериментальной группы (n=62) после эксперимента (тест «Адаптивные стратегии поведения», Н.Н. Мельникова, количество человек)

Большинство родителей экспериментальной группы после исследования считают, что наиболее приемлемая для них стратегия в стрессовых ситуациях – бесконфликтное поведение, т.е. приспособление.

Качественные изменения эмоционального компонента личностного потенциала родителей экспериментальной группы выявлены посредством экспресс-диагностики состояния стресса (К. Шрайнер). Тестирование родителей до участия в исследовании показало состояние переутомления и истощения, в котором пребывают респонденты обеих групп. В результате исследования родители смогли более адекватно реагировать на стрессовые факторы, что положительно сказалось на их психоэмоциональном состоянии (см. рисунок 3.3.2.9). В контрольной группе практически не было изменений.

Улучшение эмоционального и поведенческого компонентов личностного потенциала родителей подтверждает решение психолого-педагогического условия: развитие саморегуляторных механизмов в эмоциональном и поведенческом компонентах личностного потенциала родителей.

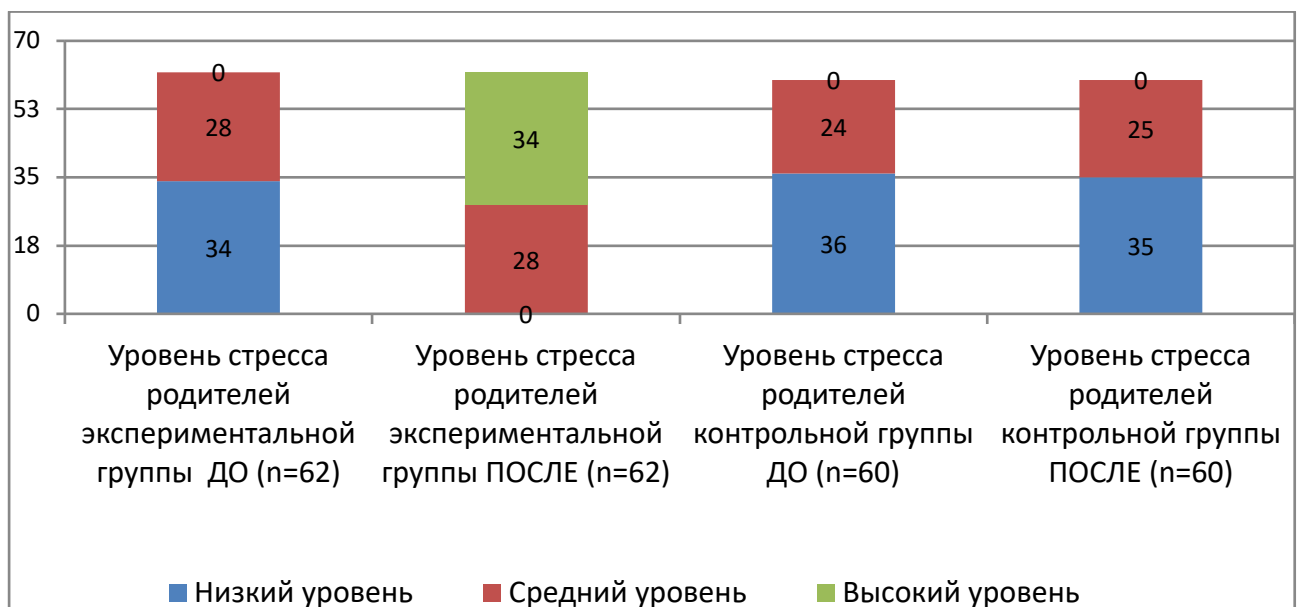


Рисунок 3.3.2.9. Уровни эмоционального компонента личностного потенциала родителей обеих групп до и после исследования (экспресс-диагностика состояния стресса, К. Шрайнер, количество человек)

Третий блок технологии сопровождения семей – адаптивный – направлен на решение задач, связанных с двигательным развитием ребенка дошкольного возраста с ДКН. Основной целью является обучение родителей проведению мониторинга формирования навыков и составление индивидуальной программы, в рамках которой будут формироваться навыки самообслуживания и двигательные навыки.

С нашей точки зрения, построение индивидуальной программы двигательного развития ребенка должно происходить с непосредственным участием родителей. Диагностическим инструментом программы является мониторинг формирования двигательных навыков, который определяет «зону актуального развития» и «зону ближайшего развития» по группам показателей: наличие тонических рефлексов, движения в нижних конечностях, движения в верхних конечностях, ползание, сидение, ходьба и передвижение в пространстве.

Построение двигательной сферы у детей с двигательными нарушениями происходит в той же последовательности, что и у детей с нормативным развитием. Онтогенетическая последовательность легла в основу мониторинга.

Индивидуальная программа двигательного развития включает в себя:

- описание актуального двигательного развития ребенка;
- перечень сформированных навыков самообслуживания;
- описание «зоны ближайшего развития» в качестве цели занятий;
- перечень физических упражнений для достижения поставленных целей;
- пошаговые инструкции (алгоритмы) для приучения ребенка к навыкам самообслуживания;
- необходимое оборудование для проведения занятий;
- рекомендации по двигательному режиму для ребенка на данном этапе развития;
- ортопедические приспособления для формирования доступной среды ребенка.

Для проведения занятий не предполагалось использования сложного или дорогостоящего оборудования. Для детей со средней и легкой степенью двигательного-координационных нарушений занятия носят характер адаптации в окружающей среде. Упражнения на развитие мелкой моторики для детей с нарушением тонуса мышц в верхних конечностях требовали дополнительного игрового материала, который родители могли изготовить самостоятельно.

Основная направленность индивидуальной программы двигательного развития – адаптация ребенка с ДКН к окружающей среде. Эффективность выполнения упражнений из программы косвенно оказывала влияние на родителей, так как успешность ребенка – это «краеугольный камень» всех стремлений родителей.

В ходе адаптивного блока технологии родители обучались проводить мониторинг формирования двигательных навыков самостоятельно. Родители оценили данную методику как удобную для использования, но предложили усовершенствовать в виде компьютерной программы.

Для эффективности процесса формирования навыков самообслуживания использовались пошаговые инструкции (алгоритмы) для детей. Взрослый зачитывал последовательно инструкцию при каждом использовании навыка. При этом алгоритмы подбирались для каждого ребенка индивидуально, в виду имеющихся двигательного-координационных нарушений и окружающей обстановки. Так, например, инструкция по мытью рук для ребенка 4 лет со средней степенью двигательного-координационных нарушений:

1. Включи свет
2. Открой дверь
3. Зайди в ванную, подойди к раковине.
4. Держась руками за раковину, встань сначала на одну ногу, потом на другую. На раковине не виси. **Встаньте за ней, но так, чтобы она «не лежала» на Вас**
5. Включи воду
6. Смочи руки

7. Попроси мыло. **Дайте каплю мыла на руку М.**
8. Потри руки с мылом со всех сторон – «белые рукавички»
9. Смой мыло с рук со всех сторон
10. Помой рукой лицо: губы, нос, подбородок, щеки. **Показываете в**

зеркале рукой как надо мыть

11. Всё? - Выключи воду
12. Попроси полотенце. **Дайте полотенце.**
13. Открой полотенце, положи его на лицо. Вытри лицо.
14. Положи полотенце на правую руку. Вытри руку.
15. Положи полотенце на левую руку. Вытри руку.
16. Дай руку. Держи ее сильно.
17. Выходи из ванной, держась за одну руку.
18. Выключи свет
19. Закрой дверь

В примере жирным шрифтом отмечены инструкции, которые касаются действий родителей. Данная инструкция находилась в ванной комнате, и любой член семьи мог использовать ее в процессе приучения ребенка к мытью рук. Заметим, что инструкция включает в себя весь процесс от входа в ванную комнату, до выхода из нее.

В индивидуальную программу включались и более легкие инструкции, как например «Сесть за стол». Инструкция составлена для мальчика 3 лет со средней степенью двигательного-координационных нарушений:

1. Отодвинь стул.
2. Подойди к столу.
3. Держась за стол, поставь одну ногу, затем вторую. Встань. **Встаньте за С., но не держите его.**
4. Иди боком до стула.
5. Посмотри на стул.
6. Сядь на стул.
7. Пододвинь стол к себе.

Представленная инструкция обучала ребенка самостоятельно подойти к столу и сесть на стул. Взрослый участвовал на начальном этапе в качестве контроля, так как ребенок самостоятельно передвигался только на коленях и мог упасть.

В результате адаптивного блока технологии сопровождения семей родители получали индивидуальную программу двигательного развития, а в ходе педагогического блока обучались проведению занятий, согласно данной программе. Таким образом, происходило выполнение двух задач: освоение детьми алгоритмов (пошаговых инструкций) двигательных действий; освоение способов передвижения в пространстве при помощи атрибутов окружающей среды.

Формирующий этап психолого-педагогического эксперимента выявил эффективность работы по индивидуальной программе двигательного развития ребенка с ДКН. Мониторинг формирования двигательных навыков показал позитивную динамику в двигательных навыках и навыках самообслуживания детей с ДКН экспериментальной группы (см. рисунок 3.3.2.10).

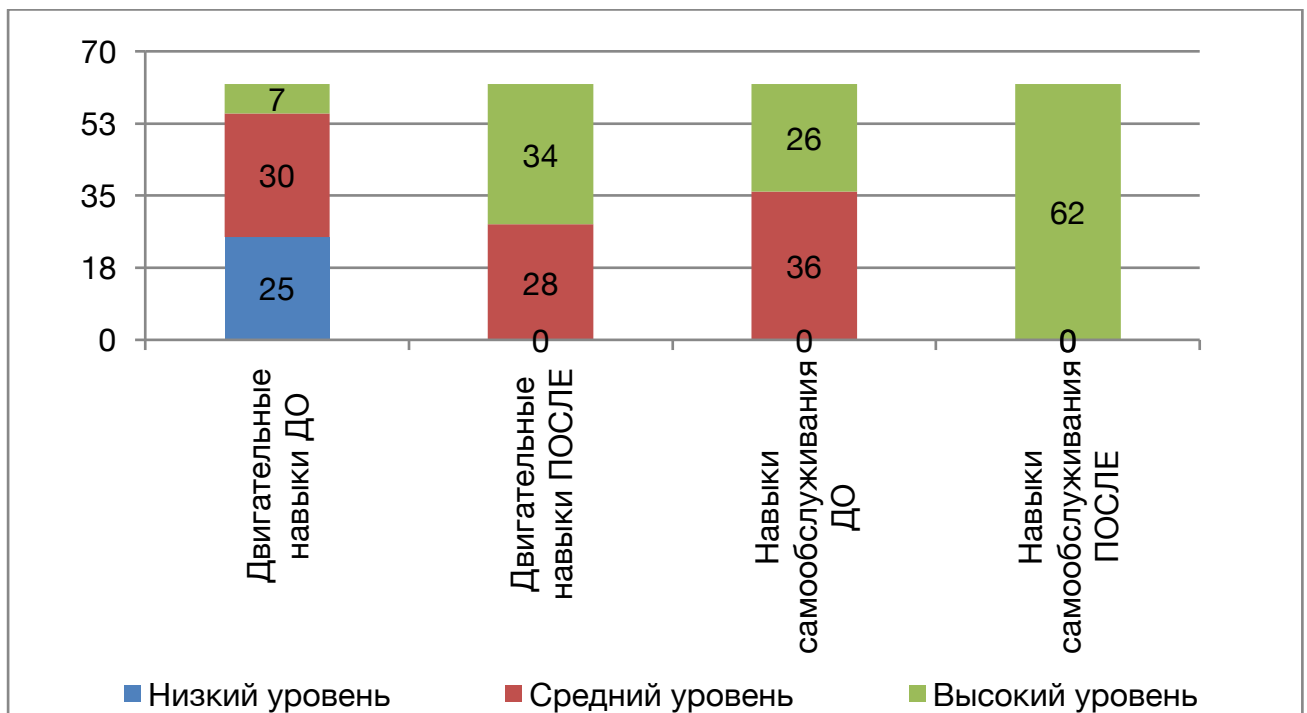


Рисунок 3.3.2.10. Уровни двигательных навыков и навыков самообслуживания детей экспериментальной группы (n=62) до и после исследования (мониторинг формирования двигательных навыков; карта оценки навыков самообслуживания)

Результаты контрольной группы, согласно уровням, после эксперимента не изменились (см. рисунок 3.3.2.11). Контрольная группа занималась по своему обычному графику, сочетая традиционные занятия физвоспитанием в ДОУ и дополнительное посещение специалистов по ЛФК. Родители выступали в роли сопровождающих. Если рассматривать их результаты более детально, то был небольшой прирост в баллах по двигательным навыкам и навыкам самообслуживания, но не такой существенный, как у детей экспериментальной группы.

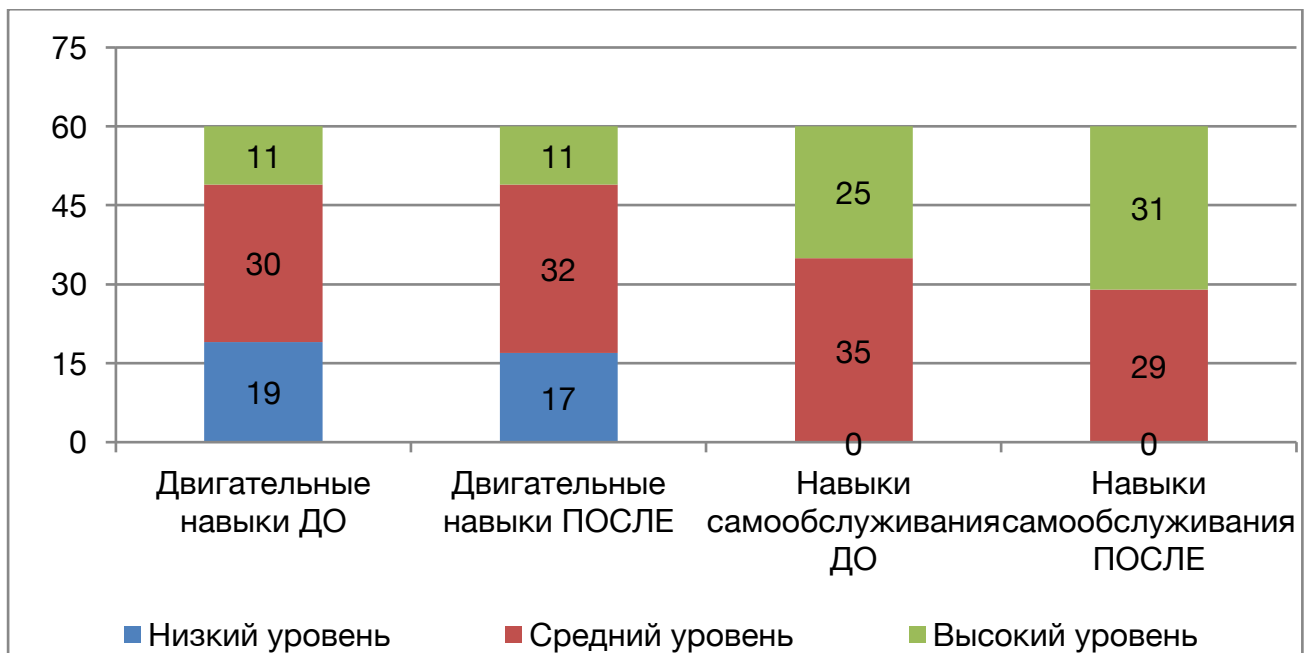


Рисунок 3.3.2.11. Уровни двигательных навыков и навыков самообслуживания детей контрольной группы (n=60) до и после исследования (мониторинг формирования двигательных навыков; карта оценки навыков самообслуживания)

Три блока технологии сопровождения семей проходили параллельно друг с другом. Таким образом, в ходе реализации технологии решалось психолого-педагогическое условие: использование активных методов обучения с целью оптимизации процесса социально-психологической адаптации семьи и развития двигательных качеств ребенка дошкольного возраста. Для понимания организации психолого-педагогического процесса мы представили технологию в виде схемы, в которой наглядно показали последовательность (см. рисунок 3.3.2.12).

Диагностика детей	Диагностика родителей
Обучение родителей мониторингу формирования двигательных навыков	

Составление индивидуальной программы двигательного развития	Беседы с родителями	Индивидуальные консультации	Тренинг «Я и ты»	Досуговые мероприятия
			2 месяца отдыха	
Занятия по адаптивной физической культуре в диаде «ребенок-педагог»			Тренинг «Мои мотивы»	Досуговые мероприятия
			2 месяца отдыха	
Занятия по адаптивной физической культуре в диаде «родитель-ребенок»		Тренинг «Мои действия»		

Проведение мониторинга формирования двигательных навыков родителями

Итоговая диагностика родителей

Рисунок 3.3.2.12. Последовательность технологии сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН

Из рисунка 3.3.2.12 видно, что в начале технологии – диагностика родителей и детей посредством психодиагностических методик, представленных во второй главе данной работы. Диагностика детей проходит в присутствии родителей, тем самым родители обучаются проведению мониторинга формирования двигательных навыков. Навыки самообслуживания на этом этапе оцениваются с помощью

устного опроса родителей и детей. После проведения диагностики происходит составление индивидуальной программы двигательного развития ребенка, о составляющих которой говорилось ранее. Родители ознакамливаются с программой развития, после чего участники приступают к ее реализации. В ходе занятий по адаптивной физической культуре педагог и родитель меняются ролями. Одновременно с занятиями педагогического блока родители посещали беседы и индивидуальные консультации. Тренинговая программа проводилась параллельно с другими мероприятиями технологии сопровождения. Программа тренингов предполагала двухмесячные перерывы после окончания каждого тренинга. В периоды отдыха семьям предлагалось поучаствовать в досуговых мероприятиях.

В результате интенсивной и разнонаправленной работы по технологии сопровождения, по нашим наблюдениям, родители стали более коммуникабельными и сплотились в малые группы, стали инициаторами досуговой деятельности.

Завершающим мероприятием было проведение родителями мониторинга формирования двигательных навыков детей и психодиагностика родителей. Педагогический, психологический, адаптивный блоки технологии постоянно перекликаются друг с другом, создавая прочные связи между их компонентами.

Результаты психодиагностики на формирующем этапе исследования выявили, что технология сопровождения эффективна для оптимизации детско-родительских отношений, улучшения компонентов личностного потенциала, двигательного развития детей. Уровень социально-психологической адаптированности непосредственно зависит от перечисленных показателей.

На констатирующем этапе эксперимента нами была доказана гипотеза исследования, что компоненты личностного потенциала родителей, детско-родительские отношения и уровень развитости навыков детей находятся в тесной взаимосвязи и влияют на развитие друг друга. В результате корреляционного анализа с применением коэффициента корреляции Спирмена, была выявлена связь между переменными (см. корреляционный анализ переменных в таблицах 3.3.1.6-10).

На формирующем этапе психолого-педагогического эксперимента нами был проведен повторный корреляционный анализ только с данными экспериментальной группы, так как результаты контрольной группы остались практически неизменными.

Из таблицы 3.3.2.2 видно, что после применения технологии сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН, выявлена корреляционная связь только у переменной эмоционального компонента «Стресс» с «Принятие/Отвержение» и «Авторитарной гиперсоциализацией». Отрицательное значение коэффициента Спирмена говорит о том, что связь между переменными обратная. Таким образом, при усилении принятия ребенка, предъявления к нему более строгих требований будет снижаться уровень стресса у родителей.

Корреляционная связь с остальными переменными после психолого-педагогического эксперимента была разорвана (см. таблицу 3.3.2.2). Выявив эту интересную закономерность разрыва связей, нами было выдвинуто предположение, что возможно корреляции будут обнаружены в ходе анализа данных динамики результатов до и после эксперимента. Нами была использована разность результатов переменных до и после психолого-педагогического эксперимента.

Таблица 3.3.2.2.

Корреляционный анализ переменных компонентов личностного потенциала родителей и детско-родительских отношений в экспериментальной группе после эксперимента

(уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)

Личностный потенциал родителей	Детско-родительские отношения									
	Принятие/Отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
<i>Мотивационный компонент личностного потенциала</i>										
Потребность в саморазвитии	0,177	0,167	-0,082	0,522	0,236	0,064	0,121	0,182	0,099	0,276

<i>Поведенческий компонент личностного потенциала</i>										
Вовлечение	- 0,151	0,240	- 0,031	0,807	-0,015	0,906	-0,064	0,482	-0,020	0,819
Принятие риска	0,172	0,178	- 0,008	0,947	0,168	0,191	-0,048	0,592	-0,067	0,459
Контроль	- 0,034	0,789	- 0,114	0,377	-0,105	0,412	0,072	0,428	0,087	0,338
Жизнестойк ость	- 0,022	0,863	- 0,077	0,548	0,059	0,647	-0,019	0,830	0,037	0,681
Стратегии поведения	- 0,169	0,187	- 0,009	0,943	-0,239	0,061	0,021	0,811	0,115	0,205
<i>Поведенческ ий компонент (суммарное значение)</i>	- 0,097	0,450	- 0,151	0,238	-0,029	0,818	-0,021	0,816	0,045	0,616
<i>Эмоциональный компонент личностного потенциала</i>										
Стресс	- 0,297	0,018*	0,196	0,125	-0,078	0,543	-0,198	0,028	-0,071	0,433
<i>Личностный потенциал (суммарное значение)</i>	0,008	0,945	- 0,113	0,377	0,061	0,636	-0,007	0,930	0,060	0,507

*Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

В результате анализа данных в динамике были выявлены корреляционные связи между переменной поведенческого компонента личностного потенциала «Вовлечение» и переменными детско-родительских отношений «Принятие / Отвержение» и «Маленький неудачник». Коэффициент корреляции отрицательный, следовательно – связь обратная (см. таблицу 3.3.2.3): наличие выраженной динамики в принятии ребенка, повышении к нему требований в процессе воспитания связано с отсутствием выраженной динамики в переменной «Вовлечение», и, наоборот, у родителей с выраженной динамикой вовлеченности выявлены нерезкие приращения переменных «Принятие/Отвержение» и «Маленький неудачник».

Динамика результатов по переменной «Стресс» имеет так же обратную связь с переменной «Кооперация» (см. таблицу 3.3.2.3). Это говорит о том, что у тех родителей, у которых произошло, в результате эксперимента, существенное повышение интереса к деятельности ребенка с ДКН, показатели стресса изменились не сильно.

Таблица 3.3.2.3.

**Корреляционный анализ переменных компонентов личностного потенциала родителей и детско-родительских отношений в динамике в экспериментальной группе до и после эксперимента
(уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)**

Личностный потенциал родителей	Детско-родительские отношения									
	Принятие/Отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
<i>Мотивационный компонент личностного потенциала</i>										
Потребность в саморазвитии	-0,109	0,395	-0,116	0,365	0,128	0,319	0,009	0,944	-0,105	0,416
<i>Поведенческий компонент личностного потенциала</i>										
Вовлечение	-0,433	0,000*	0,073	0,570	-0,079	0,540	-0,113	0,380	-0,258	0,042
Принятие риска	-0,066	0,606	0,056	0,664	-0,007	0,955	-0,010	0,936	-0,138	0,283
Контроль	-0,009	0,943	-0,171	0,183	0,020	0,877	-0,033	0,795	0,063	0,622
Жизнестойкость	-0,261	0,040	-0,076	0,552	-0,030	0,816	-0,105	0,415	-0,176	0,170
Стратегии поведения	-0,054	0,674	-0,004	0,973	-0,123	0,340	0,128	0,319	0,067	0,601
<i>Поведенческий компонент (суммарное значение)</i>	-0,245	0,054	-0,066	0,606	-0,052	0,683	-0,081	0,530	-0,147	0,253

Эмоциональный компонент личностного потенциала										
Стресс	0,021	0,871	- 0,318	0,011	0,134	0,298	-0,201	0,116	0,050	0,699
Личностный потенциал (суммарное значение)	0,270	0,033	- 0,104	0,418	0,043	0,737	-0,071	0,579	-0,168	0,191

*Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

При этом исследование результатов в динамике выявило, что существует прямая корреляционная связь между суммарным значением личностного потенциала и переменной «Принятие/Отвержение» (см. таблицу 3.3.2.3). Это говорит о том, что у тех родителей, которые существенно изменили отношение к своему ребенку с ДКН в направлении принятия ребенка, компоненты личностного потенциала так же претерпели существенные положительные изменения.

Следовательно, мы действительно можем наблюдать подтверждение тезиса о разрыве связей между отдельными компонентами личностного потенциала и детско-родительскими отношениями. Тем не менее, общий массив изменений личностного потенциала показал положительную динамику в результате эксперимента, связанную с усилением принятия ребенка с ДКН.

Таблица 3.3.2.4.

Корреляционный анализ переменных навыков детей и детско-родительских отношений в экспериментальной группе после эксперимента (уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)

Личностный потенциал родителей	Детско-родительские отношения									
	Принятие/Отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
Двигательные навыки	0,009	0,943	0,198	0,122	-0,158	0,218	-0,144	0,263	-0,022	0,863
Навыки самообслуживания	0,048	0,710	0,116	0,369	0,134	0,295	0,124	0,334	-0,152	0,235

В результате корреляционного анализа переменных навыков детей и детско-родительских отношений в экспериментальной группе после применения технологии связей не было выявлено (см. таблицу 3.3.2.4). Следовательно, мы также решили посмотреть корреляционный анализ данных в динамике до и после эксперимента (см. таблицу 3.3.2.5).

Таблица 3.3.2.5.

Корреляционный анализ переменных навыков детей и детско-родительских отношений в экспериментальной группе в динамике до и после эксперимента (уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)

Личностный потенциал родителей	Детско-родительские отношения									
	Принятие/Отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
Двигательные навыки	0,069	0,591	-0,244	0,055	0,073	0,570	0,364*	0,003	0,142	0,268
Навыки самообслуживания	0,074	0,564	-0,021	0,866	0,187	0,144	-0,100	0,438	-0,018	0,888

* Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

В результате корреляционного анализа данных в динамике была выявлена прямая связь между переменными «Авторитарная гиперсоциализация» и «Двигательные навыки». Следовательно, при повышении требований в процессе воспитания к детям с ДКН, выявлена положительная динамика двигательных навыков детей с ДКН.

Корреляционный анализ результатов экспериментальной группы после применения технологии связей между переменными личностного потенциала и навыков детей не выявил. На констатирующем этапе эксперимента связи были установлены с переменной «Стратегии поведения» (с двигательными навыками – $R = 0.185$, $p = 0.041$, с навыками самообслуживания – $R = 0.235$, $p = 0.008$). Следовательно, в отношении этих переменных также произошел распад связей после применения технологии в экспериментальной группе.

**Корреляционный анализ переменных навыков детей и личностного потенциала родителей в экспериментальной группе после эксперимента
(уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)**

Личностный потенциал родителей	Навыки детей			
	Двигательные навыки		Навыки самообслуживания	
	R	p	R	p
<i>Мотивационный компонент личностного потенциала</i>				
Потребность в саморазвитии	-0,037	0,774	-0,014	0,910
<i>Поведенческий компонент личностного потенциала</i>				
Вовлечение	-0,019	0,879	-0,084	0,514
Принятие риска	-0,052	0,687	-0,093	0,468
Контроль	0,109	0,395	0,064	0,620
Жизнестойкость	0,047	0,711	-0,051	0,691
Стратегии поведения	-0,157	0,222	-0,122	0,341
<i>Поведенческий компонент (суммарное значение)</i>	0,023	0,854	-0,110	0,390
<i>Эмоциональный компонент личностного потенциала</i>				
Стресс	-0,023	0,856	-0,039	0,763
<i>Личностный потенциал (суммарное значение)</i>	-0,043	0,737	-0,116	0,368

Корреляционный анализ результатов в динамике до и после применения технологии в экспериментальной группе выявил наличие прямой связи между переменными «Навыки самообслуживания» и «Стратегии поведения».

Следовательно, положительные изменения в стратегиях поведения родителей будут способствовать преобразованиям навыков самообслуживания детей с ДКН.

Таблица 3.3.2.7.

Корреляционный анализ переменных навыков детей и личностного потенциала родителей в экспериментальной группе в динамике до и после эксперимента (уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)

Личностный потенциал родителей	Навыки детей			
	Двигательные навыки		Навыки самообслуживания	
	R	p	R	p
<i>Мотивационный компонент личностного потенциала</i>				
Потребность в саморазвитии	-0,052	0,684	0,061	0,634
<i>Поведенческий компонент личностного потенциала</i>				
Вовлечение	-0,014	0,908	0,000	0,997
Принятие риска	-0,006	0,957	0,055	0,668
Контроль	-0,093	0,467	-0,053	0,679
Жизнестойкость	-0,057	0,657	0,020	0,874
Стратегии поведения	0,180	0,161	0,295*	0,019
<i>Поведенческий компонент (суммарное значение)</i>	-0,015	0,903	0,078	0,542
<i>Эмоциональный компонент личностного потенциала</i>				
Стресс	-0,101	0,433	0,002	0,987
<i>Личностный потенциал (суммарное значение)</i>	-0,043	0,736	0,093	0,468

*Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

На констатирующем этапе психолого-педагогического эксперимента нами был проведен подробный анализ корреляционных связей стратегий поведения родителей с детско-родительскими отношениями и навыками детей. На

формирующем этапе корреляционный анализ стратегий поведения был проведен повторно.

Корреляционные связи после эксперимента изменились (см. таблицу 3.3.2.8). Стратегия «Изменение себя» до эксперимента коррелировала с «Принятие/Отвержение» ($R=0,329$, $p=0,000$) и «Симбиоз» ($R=0,234$, $p=0,009$), после применения технологии эти связи распались, но появилась новая с «Кооперация» ($R=0,288$, $p=0,022$). Соответственно, стратегия преобразования родителей внутри себя и развитие интереса к деятельности детей с ДКН имеют друг на друга взаимовлияние.

Таблица 3.3.2.8.

Корреляционный анализ переменных стратегий поведения родителей и детско-родительских отношений в экспериментальной группе после применения технологии
(уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)

Стратегии поведения	Детско-родительские отношения									
	Принятие/Отвержение		Кооперация		Симбиоз		Авторитарная гиперсоциализация		Маленький неудачник	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
Изменение среды	0,140	0,276	0,009	0,941	0,197	0,124	-0,134	0,296	0,103	0,424
Изменение себя	0,072	0,575	0,288*	0,022	0,155	0,371	-0,247	0,052	0,145	0,259
Уход из среды	-0,044	0,733	- 0,286	0,023	-0,119	0,353	0,250	0,049	-0,179	0,163
Погружение в себя	-0,154	0,230	-0,022	0,864	-0,218	0,087	0,108	0,400	-0,136	0,290
Пассивная презентация себя	0,159	0,215	0,149	0,246	0,233	0,067	-0,138	0,284	0,164	0,202
Пассивное подчинение	-0,182	0,156	-0,089	0,490	- 0,272	0,031	0,134	0,296	-0,203	0,113
Пассивное выжидание	-0,209	0,101	-0,087	0,498	- 0,329	0,008	0,130	0,312	-0,202	0,114

*Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

Сохранилась обратная связь стратегии «Уход из среды» с переменной «Кооперация» ($R=-0,286$, $p=0,023$): повышение интереса к деятельности ребенка с ДКН приводит к ослаблению стратегии поведения «Уход из среды и поиск новой», и наоборот. После эксперимента проявилась корреляция этой стратегии с переменной «Авторитарная гиперсоциализация»: снижение частоты проявления стратегии и оптимизация требований к ребенку с ДКН находятся в прямой зависимости друг от друга.

После применения технологии выявились корреляционные связи переменных стратегий «Пассивное подчинение условиям среды» и «Пассивное выжидание внешних изменений» с переменной детско-родительских отношений «Симбиоз». Связь обратная, следовательно: усиление симбиотических отношений между родителем и ребенком с ДКН стимулирует погашение пассивных стратегий поведения.

До эксперимента переменная «Двигательные навыки» коррелировала с несколькими стратегиями поведения («Изменение среды» ($R=0,371$, $p=0,000$), «Погружение в себя» ($R=-0,365$, $p=0,000$), «Пассивная презентация себя» ($R=0,371$, $p=0,000$) и «Пассивное подчинение» ($R=-0,306$, $p=0,000$)). После применения технологии все связи переменной «Двигательные навыки» со стратегиями нивелировались (см. таблицу 3.3.2.9).

Тем не менее, была выявлена корреляционная связь переменной «Навыки самообслуживания» с большей частью стратегий поведения (см. таблицу 3.3.2.9). Обратная связь выявлена с дезадаптивными стратегиями «Уход из среды», «Погружение в себя», «Пассивное подчинение» и «Пассивное выжидание». В ходе формирующего этапа эксперимента было подтверждено, что угасание неконструктивных стратегий поведения будет оказывать влияние на развитие навыков самообслуживания и наоборот. Выявлена прямая связь переменных «Навыки самообслуживания» и «Изменение себя». Следовательно, активное преобразование родителями себя и развитие навыков самообслуживания детей с ДКН находятся во взаимовлиянии.

Корреляционный анализ переменных стратегий поведения родителей и навыков детей в экспериментальной группе после применения технологии (уровень значимости, $p \leq 0,05$ / коэффициент Спирмена, R)

Стратегии поведения	Навыки детей			
	Двигательные навыки		Навыки самообслуживания	
	R	p	R	p
Изменение среды	0,223	0,081	0,153	0,234
Изменение себя	0,037	0,771	0,293*	0,020
Уход из среды	-0,053	0,681	-0,305	0,015
Погружение в себя	-0,177	0,167	-0,251	0,048
Пассивная презентация себя	0,178	0,164	0,247	0,052
Пассивное подчинение	-0,228	0,074	-0,380	0,002
Пассивное выжидание	-0,144	0,261	-0,374	0,002

*Полужирным начертанием выделен статистически значимый результат

Заключительным этапом формирующего эксперимента было подтверждение первой гипотезы исследования о том, что уровень социально-психологической адаптированности семьи, имеющей ребенка дошкольного возраста с ДКН, будет выше при условии оптимизации компонентов личностного потенциала родителей, гармонизации детско-родительских отношений и улучшении двигательных навыков детей.

В результате подтверждения этой гипотезы нам необходимо было доказать эффективность применения технологии сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН. Для этого мы проанализировали сдвиги в результатах до и после применения технологии посредством Т-критерия Вилкоксона (см. таблицу 3.3.2.10).

Наличие сдвигов в результатах родителей обеих групп после применения технологии с использованием Т-критерия Вилкоксона

Переменные	Уровень значимости, р	
	ЭГ	КГ
Мотивационный компонент		
Потребности в саморазвитии	<i>0,000*</i>	0,739
Эмоциональный компонент		
Стресс	<i>0,000</i>	0,739
Поведенческий компонент		
Вовлеченность	<i>0,000</i>	0,132
Контроль	<i>0,000</i>	0,366
Принятие риска	<i>0,000</i>	0,172
Жизнестойкость	<i>0,000</i>	<i>0,023</i>
Стратегии поведения	<i>0,000</i>	0,583
Изменение среды	<i>0,000</i>	0,157
Изменение себя	<i>0,000</i>	1,000
Уход из среды	<i>0,000</i>	1,000
Погружение в себя	<i>0,000</i>	0,157
Пассивная презентация	<i>0,029</i>	0,157
Пассивное подчинение	<i>0,001</i>	0,180
Пассивное выжидание	<i>0,000</i>	0,581
Детско-родительские отношения		
Принятие/Отвержение	<i>0,000</i>	0,612
Кооперация	<i>0,000</i>	0,782
Симбиоз	<i>0,000</i>	<i>0,003</i>
Авторитарная гиперсоциализация	0,380	0,480
Маленький неудачник	<i>0,000</i>	0,735

Навыки детей		
Двигательные навыки	0,000	0,014
Навыки самообслуживания	0,000	0,000
Общий уровень социально-психологической адаптированности семей		
Адаптированность	0,000	0,083

В контрольной группе сдвиги имеются по переменным: «Симбиоз», «Жизнестойкость», «Двигательные навыки», «Навыки самообслуживания». Это объясняется, прежде всего, возрастными особенностями и особенностями этапа подготовки к школе, что усиливает симбиотическую связь в детско-родительских отношениях. Дети контрольной группы продолжали заниматься по снижению проявлений ДКН, но не участвовали в мероприятиях технологии. Следовательно, это объясняет наличие сдвига в данных переменных. При этом общий уровень социально-психологической адаптированности – без значимых преобразований. В экспериментальной группе во всех переменных, за исключением переменной «Авторитарная гиперсоциализация», наблюдается наличие сдвигов, что указывает на факт действительного воздействия технологии (см. таблицу 3.3.2.10).

Таблица 3.3.2.11.

Качество сдвигов результатов обеих групп в относительных процентных величинах после применения технологии

Переменные	Контрольная группа		Прирост/спад в процентах	Экспериментальная группа		Прирост/спад в процентах
	Среднее значение			Среднее значение		
	до	после		до	после	
<i>Мотивационный компонент личностного потенциала родителей</i>						
Потребности в саморазвитии	26,95	26,97	0	26,79	47,03	76
<i>Эмоциональный компонент личностного потенциала родителей</i>						
Стресс	7,53	7,52	0	7,37	4,55	-38

<i>Поведенческий компонент личностного потенциала родителей</i>						
Вовлеченность	35,98	36,07	0	35,77	48,76	36
Контроль	28,48	28,53	0	28,40	41,47	46
Принятие риска	12,57	12,68	1	12,66	21,90	73
Жизнестойкость	77,03	77,28	0	76,84	112,13	46
Стратегии поведения	4,60	4,63	1	4,73	3,32	-30
Изменение среды	1,40	1,53	10	1,39	4,06	193
Изменение себя	2,42	2,42	0	2,61	6,34	143
Уход из среды	7,60	7,60	0	7,74	5,82	-25
Погружение в себя	8,40	8,33	-1	8,42	7,13	-15
Пассивная презентация	1,80	2,07	15	1,77	2,79	57
Пассивное подчинение	7,33	7,12	-3	7,26	4,98	-31
Пассивное выжидание	7,43	7,40	0	7,40	5,74	-22
<i>Детско-родительские отношения</i>						
Принятие/Отвержение	12,00	11,95	0	12,08	20,05	66
Кооперация	3,70	3,72	0	3,45	6,65	93
Симбиоз	3,03	3,27	8	3,00	5,06	69
Авторитарная гиперсоциализация	3,02	3,05	1	3,00	3,15	5
Маленький неудачник	1,53	1,50	-2	1,60	3,39	112
<i>Навыки детей</i>						
Двигательные навыки	17,60	17,70	1	17,58	19,77	12
Навыки самообслуживания	7,28	7,60	4	7,29	9,65	32
<i>Общий уровень социально-психологической адаптированности семей</i>						
Адаптированность	10,48	10,67	2	10,06	21,58	114

Определить качество сдвигов, характер изменений можно в относительных процентных величинах, что позволит наглядно показать эффективность технологии и используемой предложенной модели.

Расчеты производятся от абсолютных величин (средних значений группы) переменных по формуле $((B-A)/A)*100\%$, где А – среднее значение переменной до применения технологии, В – среднее значение переменной после применения технологии. Результаты представлены в таблице 3.3.2.11 – указанный прирост мог быть отрицательным, положительным, а также нулевым, то есть отсутствие сдвига. Результаты прироста были округлены до единиц.

С учетом выявленных статистически значимых сдвигов, опишем содержательную динамику изменений экспериментальной группы, взяв за критерий оценки, соответствующие характеристики, данные авторами используемых методик, соответствующие баллам. Анализ представлен в табличной форме (см. таблицу 3.3.2.12). Результаты контрольной группы остались на прежнем уровне, что и до применения технологии, их характеристика представлена в п.3.1 данной работы.

В результате проведенного содержательного анализа динамики показателей технологии можно сделать заключение о положительных изменениях после применения технологии в экспериментальной группе:

- развитие способности самоконтроля в состоянии стресса;
- появление вовлеченности в жизнь, появление радости от жизни;
- явное и сильное повышение уровня управления собственной жизнью, появление чувства свободы выбора;
- активность, готовность осваивать новое, осознанность трудностей и готовность их преодоления;
- явное повышение уровня жизнестойкости;
- появление стремления к изменению себя так, чтобы среда или ситуация перестали восприниматься как фрустрирующие;
- снижение чувства фатальности ситуации, возникновение понимания возможности управления жизнью;

- проявления кооперации и симбиоза с ребенком как стилей детско-родительских отношений;
- адекватность отношения и понимания ребенка;
- повышение общего уровня адаптации;
- общий подъем личностного потенциала.

Таблица 3.3.2.12.

Содержательная динамика изменений результатов экспериментальной группы после применения технологии

Переменные	Среднее значение		Прирост/спад в процентах	Характеристика
	до	после		
<i>Мотивационный компонент личностного потенциала родителей</i>				
Потребности в саморазвитии	26,7 9	47,03	76	Спонтанно возникающее стремление развиваться
<i>Эмоциональный компонент личностного потенциала родителей</i>				
Стресс	7,37	4,55	-38	Ситуативный стресс с полным самоконтролем
<i>Поведенческий компонент личностного потенциала родителей</i>				
Вовлеченность	35,7 7	48,76	36	Активная вовлеченность в жизнь, радость от жизни
Контроль	28,4 0	41,47	46	Высокий уровень управления собственной жизнью, чувство свободы выбора
Принятие риска	12,6 6	21,90	73	Активность, готовность осваивать новое, осознанность трудностей и готовность их преодоления
Жизнестойкость	76,8 4	112,1 3	46	Высокая жизнестойкость, желание жить.
Стратегии поведения	4,73	3,32	-30	Преимущественно адаптивные стратегии поведения
Изменение среды	1,39	4,06	193	Ситуативное, но активное воздействие на среду с целью приспособить ее к своим потребностям, прибегая для этого к давлению или манипуляции
Изменение себя	2,61	6,34	143	Изменение себя так, чтобы среда или ситуация перестали восприниматься как фрустрирующие

Продолжение таблицы 3.3.2.12.

Уход из среды	7,74	5,82	-25	Сохранение семьи, с сохранением тенденции к самоизоляции от социума
Погружение в себя	8,42	7,13	-15	Сохраняется в меньшей степени тенденция к социальной самоизоляции
Пассивная презентация	1,77	2,79	57	Желание самопрезентации и самоутверждения
Пассивное подчинение	7,26	4,98	-31	Снижение фатальности ситуации, понимание возможности управления жизни
Пассивное выжидание	7,40	5,74	-22	Начало активного управления собой для изменений
<i>Детско-родительские отношения</i>				
Принятие/Отвержение	12,08	20,05	66	Ситуативное, то принятие, то отвержение, но и отсутствие однозначного отвержения
Кооперация	3,45	6,65	93	Выраженная кооперация с ребенком
Симбиоз	3,00	5,06	69	Появление ситуативного симбиоза с ребенком, пока спонтанен
Авторитарная гиперсоциализация	3,00	3,15	5	«Мягкий» стиль воспитания
Маленький неудачник	1,60	3,39	112	Возникновение адекватного отношения к ребенку
<i>Навыки детей</i>				
Двигательные навыки	17,58	19,77	12	Средняя и высокая степень свободного передвижения в пространстве
Навыки самообслуживания	7,29	9,65	32	Высокая степень развития навыков самообслуживания
<i>Общий уровень социально-психологической адаптированности семей</i>				
Адаптированность	10,06	21,58	114	Средний и высокий уровни социально-психологической адаптированности

В качестве итога, обратимся к таблице 3.3.2.13, в которой представлены общие изменения в результате применения технологии сопровождения. Исходя из характеристики изменений переменных до и после применения технологии в обеих группах видно, что существенные изменения уровня социально-психологической адаптированности возникают в случае динамики компонентов личностного потенциала родителей. Таким образом, технология, воздействуя на личностный потенциал родителей, оказывает влияние на детско-родительские отношения и

навыки детей. Результаты подтверждают, что системообразующим фактором технологии сопровождения семей является личностный потенциал родителей. Следовательно, смена позиции родителей с «родитель опекающий» на «родитель сопровождающий» играет важнейшую роль в эффективной организации психолого-педагогического сопровождения семей детей с ДКН.

Таблица 3.3.2.13.

Общая характеристика изменений обеих групп до и после применения технологии

Переменные	Контрольная группа	Экспериментальная группа
Компоненты личностного потенциала родителей (мотивационный, поведенческий, эмоциональный)	Нет изменений	Изменились значимо (все переменные $p \leq 0.05$)
Детско-родительские отношения	Изменились частично	Изменились значимо (все переменные $p \leq 0.05$, кроме «Авторитарная гиперсоциализация»)
Навыки детей	Изменились значимо ($p \leq 0.05$), но меньше чем в экспериментальной группе	Изменились значимо ($p \leq 0.05$)
Социально-психологическая адаптированность семьи	Нет изменений	Изменилась значимо ($p \leq 0.05$)

Таким образом, результаты, полученные в ходе применения технологии, позволяют сделать следующие выводы.

1. Технология разрывает реципрокность связей между компонентами личностного потенциала родителей (мотивационным, эмоциональным) и навыками детей.

2. Сохраняется связь навыков детей с поведенческим компонентом, но лишь в динамике изменений. Таким образом, изменения в переменной «Навыки самообслуживания» будут взаимосвязаны с преобразованием переменной «Стратегии поведения».

3. Улучшения навыков самообслуживания детей нивелирует или снижает уровень неконструктивных адаптивных стратегий родителей («Уход из среды», «Погружение в себя», «Пассивное подчинение», «Пассивное выжидание»), способствует актуализации или развитию более социально-позитивных и социально-конструктивных стратегий («Изменение среды»).

4. Разрывается реципрокность связей стилей детско-родительских отношений и степени развитости навыков детей. Сохранилась связь лишь в динамике изменений переменных «Авторитарная гиперсоциализация» и «Двигательные навыки детей», что указывает на необходимость повышения требований к детям с ДКН с целью улучшения двигательных навыков, что, по сути, заключается в действиях родителя с позиции «родитель сопровождающий».

В самом общем смысле, применение технологии позволило разорвать устойчивую связь личностного потенциала родителей с феноменом неполноценности ребенка.

В контексте анализа эффективности модели и технологии сопровождения, важно посмотреть, как она воздействует на общий уровень социально-психологической адаптированности семьи в целом (см. рисунок 3.3.2.14).

На формирующем этапе исследования низкий уровень социально-психологической адаптированности (УСПАС) выявлен только у семей контрольной группы. Они не принимали участие в мероприятиях технологии и сохранили наличие реакций отвержения ребенка в диаде «родитель-ребенок», состояние психоэмоционального переутомления и истощения родителей, дезадаптивные стратегии поведения, низкий уровень потребностей саморазвития.

Средний уровень социально-психологической адаптированности был выявлен в 13 (21%) и 36 (60%) семей из экспериментальной и контрольной групп соответственно. Результаты этих семей определяют деструктивные тенденции детско-родительских отношений, средний уровень жизнестойкости и мотивации к саморазвитию у родителей, часто выбор дезадаптивных стратегий поведения.

Высокий уровень социально-психологической адаптированности на формирующем этапе психолого-педагогического эксперимента выявлен только в экспериментальной группе – 49 (79%) семей (см. рисунок 3.3.2.14).

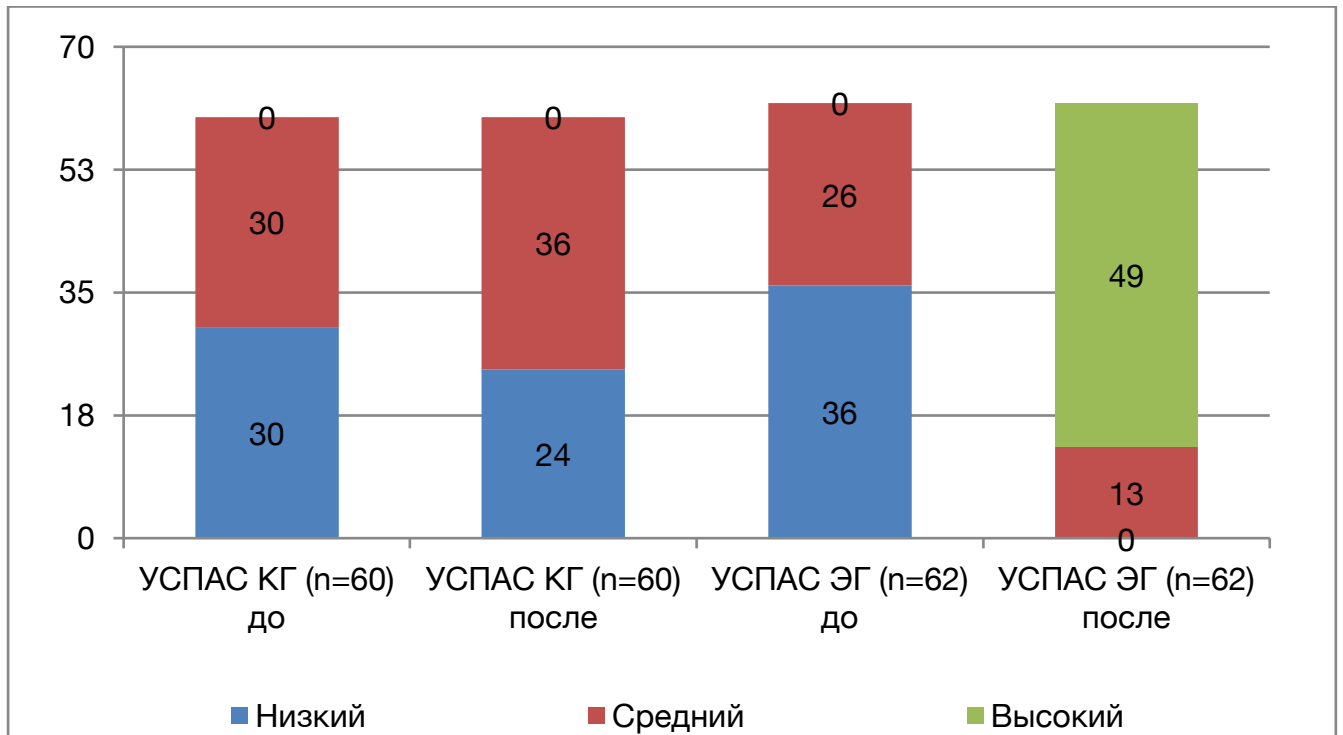


Рисунок 3.3.2.14. Уровни социально-психологической адаптированности семей обеих групп до эксперимента (количество семей, n=122)

Таким образом, большая часть семей экспериментальной группы в итоге исследования показали высокий уровень социально-психологической адаптированности семьи.

Полученные результаты доказывают эффективность структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН и, входящей в ее состав, технологии сопровождения семей.

Данная модель может быть адаптирована для использования в психолого-педагогической работе с различными категориями семей, имеющих детей с ДКН.

С нашей точки зрения, применение модели на этапах раннего возраста детей с двигательными нарушениями, возможно, сможет сократить периоды стресса родителей, а, значит, будет наиболее эффективной. Однако эта

тема предназначена для дальнейших исследований в области психолого-педагогического сопровождения семей, воспитывающих детей с ДКН.

Выводы по третьей главе

1. Применение технологии сопровождения семей способствует положительному преобразованию личностного потенциала родителей, находящихся в состоянии психо-эмоционального истощения и переутомления.

2. Преобразование происходит по всем компонентам личностного потенциала: мотивационном, эмоциональном и поведенческом, формируя, тем самым, активную позицию в стрессовых ситуациях, выбор наиболее адекватных стратегий поведения, способствующих адаптации личности родителей.

3. В межличностных отношениях в диаде «родитель-ребенок», использования технологии сопровождения семей, у родителей присутствовали явное отвержение ребенка с ДКН, установление излишней психологической дистанции с ним, сниженная заинтересованность в его успехах и стремлениях. Участие родителей в тренинговой программе способствовало формированию оптимальных детско-родительских отношений, о чем свидетельствовали результаты, проведенного заключительного психолого-диагностического исследования.

4. В результате применения технологии сопровождения семей происходит смена позиции родителей в детско-родительских отношениях: с «родитель опекающий» на «родитель сопровождающий».

5. Двигательное развитие и формирование навыков самообслуживания получили качественные положительные изменения в результате активного включения родителей в процессы воспитания и образования детей дошкольного возраста с ДКН:

– улучшение двигательных навыков по показателям: движения нижними и верхними конечностями, ходьба, передвижение в пространстве;

– овладение навыками гигиены, приема пищи и одевания, которые существенно расширили уровень самостоятельности ребенка;

– улучшение двигательного-координационного состояния ребенка.

6. Достижение оптимальных детско-родительских отношений, положительное преобразование личностного потенциала родителей, улучшение двигательного развития и формирование навыков самообслуживания детей способствовало социально-психологической адаптированности семьи и ребенка дошкольного возраста.

7. В результате реализации технологии сопровождения семей в рамках модели психолого-педагогического сопровождения у 49 семей экспериментальной группы был выявлен высокий уровень социально-психологической адаптированности семьи, что доказывает эффективность модели.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На законодательном уровне в Российской Федерации определены четкие тенденции оказания психолого-педагогической помощи родителям детей с любым психофизиологическим статусом. Тем не менее, низкая компетентность родителей в вопросах обучения и воспитания детей остается актуальной. Особо сильно недостаток системы психолого-педагогических услуг для родителей в период дошкольного возраста их детей отражается на ситуации «особого» родительства.

Дети с двигательными-координационными нарушениями развиваются в обычной онтогенетической последовательности, но с искажением временных периодов. Основным отличием таких детей являются другие потребности в обучении, развитии, воспитании, которые они запрашивают от окружающего мира.

Несмотря на возросшую социальную рекламу, работу средств массовой информации в направлении интеграции детей с ДКН, общество зачастую проявляет к ним дискриминационные настроения, что, несомненно, сказывается на социальной изоляции семьи.

На законодательном уровне подчеркивается необходимость в психолого-педагогическом сопровождении семей вне зависимости от индивидуальных особенностей детей. В подтверждение этому – возросший интерес образовательных учреждений к инклюзивному образованию и индивидуальному подходу в обучении.

Родители детей с ДКН находятся в состоянии психоэмоционального истощения и утомления, соответствующих психотравмирующей ситуации, в которой они оказываются после рождения ребенка с ДКН. Развитие компонентов личностного потенциала (эмоционального, мотивационного и поведенческого) имеет искаженный характер. Все это создает неблагоприятные психолого-педагогические условия для развития ребенка дошкольного возраста.

Результаты констатирующего этапа психолого-педагогического сопровождения показали, что родители обеих групп имеют отрицательные чувства по отношению к своему ребенку. Ни один родитель не проявил принятия ребенка с ДКН (по шкале «Принятие-отвержение» – 12,08 баллов в экспериментальной

группе, и 12 баллов в контрольной). Тем не менее, родители проявляют к ребенку интерес (по шкале «Кооперация» – 3,45 и 3,7 баллов в экспериментальной и контрольной группах). По шкале «Симбиоз» была выявлена психологическая дистанция в детско-родительских отношениях, что, скорее всего, подтверждает определенное отвержение ребенка. Родители хорошо комбинируют авторитарный стиль поведения с ребенком и более мягкий (по шкале «Авторитарная гиперсоциализация» – 3 и 3,02 баллов в экспериментальной и контрольной группах). Родители часто завышают его успехи и считают неудачи случайными (по шкале «Маленький неудачник» – 1,6 баллов в экспериментальной группе и 1,53 в контрольной).

Эти результаты подтверждают тезис о преобладании в семьях родительской позиции, выражающейся в «опекании» ребенка с ДКН.

Исследование компонентов личностного потенциала родителей выявило до эксперимента – средний и низкий уровни жизнестойкости у родителей обеих групп (средние значения по группам по «Тесту жизнестойкости» – 76,84 баллов у экспериментальной группы, 77,03 у контрольной). Это, безусловно, способствует возникновению внутренней напряженности в стрессовых ситуациях. При этом применение определенных стратегий поведения в подобных ситуациях указывает больше на процессы дезадаптации. Чаще всего, родители обеих групп считают наиболее оптимальными стратегии: пассивной репрезентации себя или погружения в свой внутренний мир, то есть отказ от контакта. Экспресс-диагностика стрессовых состояний выявила, что все родители не всегда правильно реагируют на стрессовые ситуации, 57% из них испытывают переутомление и эмоциональное истощение.

Двигательное развитие детей происходит с задержкой. На это оказывает влияние не только наличие двигательных-координационных нарушений, но и социальные факторы, к которым относится, прежде всего, влияние микросоциума (семьи) на формирование навыков. Это связано с тем, что родители, желая получить идеализированный результат деятельности, часто выполняют действия за

ребенка, либо, создавая вокруг него излишне доступные условия, которые не способствуют его дальнейшему двигательному развитию.

В итоге констатирующего этапа психолого-педагогического эксперимента выявился уровень социально-психологической адаптированности семей: средний уровень – 26 (42%) семей экспериментальной группы и 31 (52%) семей контрольной группы, низкий уровень – 36 (58%) и 29 (48%) семей в экспериментальной и контрольной группах соответственно. Высокий уровень социально-психологической адаптации на данном этапе исследования не был выявлен ни у одной семьи.

Проведенное диссертационное исследование доказывает эффективность разработанной структурно-функциональной модели психолого-педагогического сопровождения семей, имеющих детей дошкольного возраста с ДКН. Для ее успешной реализации разработано научно-методическое обеспечение технологии сопровождения семей, которое включает в себя три блока: педагогический, психологический и адаптивный. В результате выявлен уровень социально-психологической адаптированности семьи, оценка которого определялась следующими показателями: тип детско-родительских отношений, критерии личностного потенциала родителей и сформированность двигательных навыков детей с ДКН.

Педагогический блок технологии сопровождения семей представлен в виде обучения проведению занятий по адаптивной физической культуре с детьми. Также в этот блок включены консультации и малогрупповые беседы с родителями по следующим вопросам воспитания и образования детей дошкольного возраста с ДКН: режим дня дошкольника, гигиенические нормы, предъявляемые к одежде и обуви ребенка с двигательными нарушениями, формирование навыков.

В психологический блок вошли 3 тренинговых программы для детей и родителей: «Я и ты», «Мои мотивы», «Мои действия» и психолого-диагностические методики.

Адаптивный блок предусматривает обучение родителей проведению мониторинга формирования двигательных навыков и составление индивидуальной программы двигательного развития детей с использованием средств адаптивной физической культуры. В рамках данного блока реализуется потребность детей с ДКН в расширении «степени мобильности», что отражается на возможностях приобретения социальных контактов, интеграции в общество всей семьи.

Применение технологии сопровождения семей, имеющих детей с ДКН способствовало оптимизации детско-родительских отношений, развитию у родителей реакций принятия ребенка. Родители повысили мотивационную составляющую личностного потенциала, чем расширили пути к саморазвитию; в ситуациях взаимодействия на макросоциальном уровне стали использовать адаптивные стратегии поведения, что позволило им стать более устойчивыми к возникающим жизненным стрессам.

В результате формирующего этапа психолого-педагогического эксперимента было выявлено улучшение детско-родительских отношений: по шкале «Принятие-отвержение» - средние баллы экспериментальной группы возросли с 12,08 до 20,05, по шкале «Кооперация» – увеличение баллов с 3,45 до 6,65 в экспериментальной группе, шкала «Симбиоз» выявила положительный прирост на 2 балла в этой группе, по шкале «Маленький неудачник» - баллы возросли с 1,6 балла до 3,39. В контрольной группе результаты остались практически на исходном уровне. По шкале «Авторитарная гиперсоциализация» не было выявлено значительных изменений в обеих группах – изначально родители проявляли оптимальный уровень строгости в воспитании детей.

Приведенные результаты свидетельствуют об улучшении детско-родительских отношений, об усилении процессов принятия ребенка, формирования оптимальной психологической дистанции в диаде «родитель – ребенок». В итоге применения технологии произошла смена позиции родителя в детско-родительских отношениях. Родители стали исполнять роль «сопровождающего», осознавая свои возможности в решении вопросов развития детей с ДКН.

По компонентам личностного потенциала родителей была выявлена положительная тенденция, которая в наибольшей степени выражена в выборе адаптивных стратегий поведения в экспериментальной группе: 11 (18%) родителей стали использовать активную стратегию изменения среды, 26 (42%) – активного изменения себя, 3 (5%) – ухода из среды, 20 (32%) – пассивного подчинения среде, 2 (3%) - стратегию выжидания внешних или внутренних изменений. В контрольной группе результаты не изменились по сравнению с первоначальными.

Создание благоприятной двигательной среды, обучение родителей проведению самостоятельных занятий по адаптивной физической культуре, разработка пошаговых индивидуальных инструкций, позволили сформировать основу для положительных результатов двигательного развития детей. Мониторинг формирования двигательных навыков показал прирост на 2,19 балла, в среднем по экспериментальной группе. Навыки самообслуживания улучшились у всех детей экспериментальной группы и составили в среднем 9,65 баллов по группе.

Результаты улучшения личностного потенциала родителей, оптимизации детско-родительских отношений, улучшении формирования двигательных навыков и навыков самообслуживания позволяют сделать вывод, что повысился общий уровень социально-психологической адаптированности семьи, как совокупность перечисленных критериев.

Уровень социально-психологической адаптированности семьи включает в себя показатели личностного потенциала родителей, детско-родительские отношения, результаты двигательного развития детей и навыков самообслуживания. В ходе психолого-педагогического эксперимента было подтверждена наиболее тесная связь уровня адаптированности с поведенческим компонентом личностного потенциала родителей.

В итоге формирующего этапа психолого-педагогического эксперимента был выявлен высокий уровень социально-психологической адаптированности у 49 (79%) семей экспериментальной группы. Средний уровень социально-психологической адаптированности был выявлен в 13 (21%) и 36 (60%) семей из

экспериментальной и контрольной групп соответственно. В контрольной группе 23 (38%) семьи сохранили низкий уровень социально-психологической адаптированности.

Психолого-педагогическое сопровождение как процесс имеет комплексный, междисциплинарный характер. Применение модели психолого-педагогического сопровождения должно основываться на системном подходе. Основная цель психолого-педагогического сопровождения состоит в нивелировании неблагоприятных условий для социально-психологической адаптации семьи.

Социально-психологическая адаптированность семьи, на наш взгляд, является основополагающим результатом деятельности педагогов и психологов в области обучения и воспитания детей с ДКН. Законодательные акты РФ, научные исследования по данной проблеме, а так же данное диссертационное исследование, дают основания полагать, что невозможно оказывать образовательные услуги детям, не включая в образовательный и воспитательный процесс их родителей. В случаях «особого» родительства детей дошкольного возраста аспект психолого-педагогического сопровождения семьи выходит на первый план.

Высокий уровень социально-психологической адаптированности семьи, имеющей ребенка дошкольного возраста с ДКН, не только обуславливает благоприятные условия для развития конкретной «единицы» общества, но и создает оптимальные социально-экономические детерминанты развития социума в современных реалиях.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аверьянов А.Н. Системное познание мира: Методологические проблемы. М.: Политиздат, 1985. 263 с.
2. Агавелян О.К. Общение детей с нарушением умственного развития: Автореф. дисс. ... доктора пед. наук. М., 1989.
3. Адлер А. Воспитание детей. Взаимодействие полов. Ростов-на Дону, 1998
4. Азбергенова Г.А. Социально-психологическая адаптация: подходы к изучению. Вестник КРСУ 2016 том 16 №12, с. 144-148
5. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: Учеб. Пособие для студ. высш. учеб. заведений. / Л.И. Акатов. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. 368 с.
6. Акимова Г.Е. Словарь-справочник для равнодушных родителей. - СПб.: «ВЕСЬ», 2001.-352 с.
7. Акопян М.А. Роль семейного воспитания в становлении личности / М.А. Акопян. Современные проблемы психологии семьи: феномены, методы, концепции. Вып. 2. СПб.: Изд-во АНО «ИПП», 2008. С. 9-15
8. Алексеев О.Л., Коркунов В.В. Системный подход как методологическая основа научного познания. / О.Л. Алексеев, В.В. Коркунов. Специальное образование №1, 2002.
9. Алешина Ю.Е. Индивидуальное и семейное и психологическое консультирование. М.: «Теис», 1994. -170 с.
10. Аникин, М.М. Лечебная гимнастика при параличах и парезах органического происхождения // М.М. Аникин, А.С. Иноземцева, и др. Медигиз, 1961 г, 116 с
11. Ариес Ф. Ребенок и семейная жизнь при старом порядке / перевод с франц. Екатеринбург: Изд. Урал. ун-та, 1999. 416 с.

12. Аристова Л.В. Физкультурно-спортивные сооружения для инвалидов: Уч. пос. /Аристова Л.В. -М., 2002. 192 с.
13. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом. М.: Просвещение, 1989. - 79 с.
14. Бабич Е.Г. Социально-психологические особенности совладающего поведения родителей формирующейся личности с ограниченными возможностями здоровья : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Москва, 2011.
15. Багдасарьян И.С. Межличностные отношения в семье, имеющей умственно отсталого ребенка. Автореф. диссертации на соискание уч. степени кандидата психологических наук, 2000. Нижний Новгород
16. Бадалян Л.О. Актуальные проблемы эволюционной неврологии и развитие мозга ребенка // Методологические аспекты науки о мозге. М., 1983.
17. Бадалян Л.О. Детская неврология. М.: Медпресс. 2001. 607 с.
18. Бадалян Л.О. Невропатология, 1987. 317 с.
19. Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. Детские церебральные параличи./ Л.О. Бадалян, Л.Т. Журба, О.В. Тимонина. М.: Издательство «Здоровья», 1988. 330 с.
20. Балл Г.А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности. / Г.А. Балл. Вопросы психологии. №1. 1989 г. С. 119-122.
21. Безруких М.М., Сонькин В.Д., Фарбер Д.А. Возрастная физиология. (Физиология развития ребёнка). Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия». 2002. 416 с
22. Березина В.А. Мы должны помочь детям жить полноценной жизнью: О развитии системы дополнительного образования для детей с проблемами в развитии// Народное образование. 2000 - № 4-5. - С. 10-13.
23. Бернштейн, Н.А.- О построении движения. / Н.А. Бернштейн -М., Медгиз,1947. С.34-42
24. Бортфельд С.А., Рогачева Е.И. Лечебная физическая культура при детском церебральном параличе / С.А. Бортфельд, Е.И. Рогачева. Л.:Издательство «Медицина», 320 с.

25. Бортфельд, С.А.- Обучения ходьбе в системе физического воспитания детей страдающих болезнью Литтля. /С. А Бортфельд -М. 1988.-С. 270
26. Ботта Н., Ботта П. Лечебное воспитание детей с двигательными расстройствами церебрального происхождения. Пер. с французского / Под ред. проф. М.Н.Гончаровой. М.,1964. - 150 с.
27. Братчикова Ю.В., Водяха Ю.Е. Взаимодействие семьи и школы в условиях модернизации системы образования. / Ю.В. Братчикова, Ю.Е. Водяха. Психолого-педагогическое сопровождение семьи в реалиях современного социокультурного пространства [Текст]: Материалы Международной научно-практической конференции / Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2012, - 231 с. С. 56-60
28. Брейтман М.Я. О клинической картине детского головного-мозгового паралича. СПб, 1902
29. Бронников В.А., Кравцов Ю.Н., Королькова М.С. Способ лечения спастических форм детских церебральных параличей. Патент РФ 2171666 от 2001.08.10. Кл. МКИ: А 61 Н 33/00.
30. Варга А.Я. Структура и типы родительского отношения: Автореф. дис. канд. псих, наук: 19.00.01. Москва, 1987. - 24 с.
31. Васильева А.К. Структура семьи. М., 1988. - 184 с.
32. Васягина Н.Н. Обучение как форма психолого-педагогического сопровождения родителей. / Н.Н. Васягина. Педагогическое образование в России, 2011. №3. С. 126-132
33. Вдовиченко, Л.М., Биохимические аспекты занятий физическими упражнениями различных возрастных групп. Лекция./ Л.М. Вдовиченко, И.А.Сытинский Л.: изд. ГДОИФК им. СПб ГАФК им. П.Ф. Лесгафта, 1985 г. - С.7-12.
34. Ветров Ю. П., Мельникова М.И.. Проблема моделирования педагогических систем / Ю.П. Ветров, М.И. Мельникова. Высшее образование в России №5, 2005. С. 59-62.
35. Виннескотт Д.В. Разговоры с родителями. М., 1995. - 186 с.

36. Вихрук, Т.И., Лисовский В.А., Сологуб Е.Б. Основы тератологии и наследственной патологии: / Т.И. Вихрук, Уч. пос.-М., 2001. - 208 с.
37. Выготский Л.С. Собрание сочинений в 6-ти томах //Том 5. Основы дефектологии. М., 1983. - 369 с.
38. Высоцкая О.М., Мостовой Д.Ю. Педагогическая подготовка родителей к реабилитации ребенка с ДЦП. М., 2001. - 27 с.
39. Герасимова, Т.Н. Возрастные изменения опорно-двигательного аппарата и их связь с развитием двигательных качеств: Т.Н. Герасимова, Л.А. Павлычева // Лекция для слушателей фак. усоверш. и высш. шк. тренеров /; ГЦОЛИФК. М.: ВООК, 1991. - 22 с.
40. Герцен, Г.И. Реабилитация детей с поражениями опорно-двигательного аппарата в санаторно-курортных условиях. / Г.И. Герцен, А.А. Лобенко, Москва, Медицина-1991. С. 198-234
41. Гончарова М.Н. Реабилитация детей с заболеваниями и повреждениями опорно-двигательного аппарата / М.Н. Гончарова, А.В. Гринина, И.И. Мерзоева. Л., 1974. 207 с.
42. Горбунова Ю.Е. Дистанционное психологическое просвещение как одна из форм взаимодействия педагога-психолога с родителями. / Ю.Е. Горбунова. Психолого-педагогическое сопровождение семьи в реалиях современного социокультурного пространства [Текст]: Материалы Международной научно-практической конференции / Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2012, - 231 с. С. 43-44.
43. Горячева М.В. Моделирование педагогических процессов. / М.В. Горячева. Успехи современного естествознания №1, 2008. С. 59-60.
44. Государственная программа РФ на 2010-2015 гг. «Доступная среда»
45. Государственная программа Российской Федерации «Социальная поддержка граждан», утвержденная Правительством РФ 15 апреля 2014 года
46. Гребенникова Е.В., Фирсова О.В. Социально-психологическая адаптация детей-сирот в приемных семьях. / Е.В. Гребенникова, О.В. Фирсова. Вестник ТГПУ, 2009. №4. С.51-55

47. Гросс, Н.А.- Физическая реабилитация детей с нарушениями функции опорно-двигательного аппарата./ Н.А.Гросс М. Советский спорт, 2000.-224 с.
48. Гусева Г.Д., Караваева О.С., Ушакова М.И., Чевтайкина В.П. Взаимодействие семьи и ДООУ как особая культура психолого-педагогического сопровождения ребенка с нарушением зрения. / Г.Д. Гусева, О.С. Караваева и др. Психолого-педагогическое сопровождение семьи в реалиях современного социокультурного пространства [Текст]: Материалы Международной научно-практической конференции / Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2012, - 231 с. С. 160-167.
49. Гуслова М.Н. Методика и организация социально-культурной деятельности с семьей в центре реабилитации детей с ограниченными возможностями: Автореферат дис.канд. пед. наук: 13.00.01. Москва, 2002. - 22 с.
50. Давыдова О.И., Богославец Л.Г., Майер А.А. Работа с родителями в детском саду: Этнопедагогический подход. / О.И. Давыдова, Л.Г. Богославец, А.А. Майер. М.: ТЦ Сфера, 2005. – 144 с.
51. Данилова Л.А. Методы коррекции речевого и психического развития у детей с церебральным параличом. Л., 1977
52. Дедюхина Г.В., Яньшина Т.Л., Могучая Л.Д. Логопедический массаж и лечебная физкультура с детьми 3-5 лет, страдающими детским церебральным параличом. Учебное пособие для логопедов и медицинских работников. Серия «В помощь логопеду». М.: Гном-Пресс. 1999.32 с.
53. Дмитриев М.Г., Белов В.Г., Парфенов Ю.А. Психолого-педагогическая диагностика делинквентного поведения у трудных подростков. (Части 4-9) — СПб.: ЗАО «ПОНИ», 2010. – 316 с.
54. Доман. Г. Что делать, если у вашего ребенка повреждение мозга / Г. Доман. М.: Теревинф, 2007. 356 с. ISBN 978-9984-39-236-3
55. Евсеев С.П. Адаптивная физическая культура, ее философия, содержание и задачи / Адаптивная физическая культура и функциональное состояние инвалидов // Учеб. пос. под ред. С.П. Евсеева, А.С. Солодкова / СПбГАФК им. П.Ф. Лесгафта. СПб., 1996. - С. 4-25.

56. Евсеев С.П., Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура:// С.П. Евсеев, Л.В. Шапкова Уч. пос. М., 2000. 240 с
57. Евсеев, С.П. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры: учебное пособие // С.П.Евсеев, С.Ф Кудыбайло., В.Г Суляев., М.: Советский спорт, 2000. 152 с.
58. Евсеев, С.П. Теория и организация адаптивной физической культуры. / С.П.Евсеев -Том 1, Советский спорт 2002. 448 с.
59. Елизаров, А.Н. Основы индивидуального и семейного психологического консультирования [Текст] : учебное пособие / А.Н. Елизаров. - М.: «Ось-89», 2003. - 336 с. С.238
60. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура/ В.А.Епифанов-М.: Медицина, 1987.-С. 334-356
61. Ждакаева Е.И. Психологические средства коррекции деструктивных детско-родительских отношений. Дис. канд. психол. наук. 19.00.07. Омск, 2012. 216 с.
62. Игровое моделирование. Методология и практика. / под ред. И.С. Ладенко. Новосибирск: Наука, 1987. 231 с. С. 7.
63. Иневаткина С.Е. Психологические особенности отношений в семье, имеющей аномально развивающегося ребенка // Психологическое сопровождение образовательного процесса. Выпуск 1. Саранск: МО РМ, МРИО, 2005. – 196 с. С.43-48
64. Ипполитова М.В. К вопросу о преодолении пространственно-временных нарушений у детей с церебральным параличом // Специальная школа, 1967, №3
65. Ипполитова М.В., Бабенкова Р.Д., Мастюкова Е.М. Воспитание детей с церебральным параличом в семье. — М.,1993. 76 с.
66. Калижнюк Э.С. Психические нарушения при детских церебральных параличах. Киев, 1987.
67. Каптелин, А.Ф - Лечебная физическая культура в системе медицинской реабилитации./ А.Ф. Каптелин -М. Медицина. 1995-С.400.

68. Качесов В.А. Основы интенсивной реабилитации. ДЦП. / В.А. Качесов. СПб: ЭЛБИ-СПб, 2005. 112 с. ISBN 5-93979-087-9
69. Кладова Е. В. Особенности социально-психологической готовности детей с общим недоразвитием речи к школе [Текст] // Педагогика: традиции и инновации: материалы Междунар. науч. конф. (г. Челябинск, октябрь 2011 г.). Т. II. — Челябинск: Два комсомольца, 2011. — С. 26-29.
70. Ковалев В.В. Семиотика и диагностика психических заболеваний у детей и подростков. М: Медицина, 1985. 288 с.
71. Козьявкин В.И., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. Научно-практическое издание. / В.И. Козьявкин, Л.Ф. Шестопалова, В.С. Подкорытов. Львов: НВФ «Украинские технологии», 1999. 144 с. ISBN 966-7292-41-X
72. Кон И.С. Ребенок и общество (историко-этнографическая перспектива) М.: Наука, 1988. 270 с.
73. Кондаков И. М. Психология-2000: Иллюстрированный справочник: Электрон. ресурс/ И. М. Кондаков; Столичн. гуманитарн. ин-т. — М., 2000. — 1 электрон. опт. диск (CDROM). — (Мультимедийная энциклопедия знаний)
74. Корельская Н.Г. «Особенная» семья – «особенный» ребенок: Книга для родителей детей с отклонениями в развитии / Н.Г. Корельская. М.: Советский спорт, 2006. 232 с.
75. Коростылева Л.А. Психология самореализации личности: затруднения в профессиональной сфере. – СПб.: Изд-во «Речь», 2005. – 222с.
76. Кравцова Е.Е, Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. М.: Педагогика, Научно-исследовательский институт дошкольного воспитания Академии педагогических наук СССР, 1991. 152 с.
77. Краузе М.П. Дети с нарушениями развития: психологическая помощь родителям: учебное пособие / М.П. Краузе. М.: Академия, 2006. 208 с.
78. Крюкова Т.Л. Психология семьи: жизненные трудности и совладение с ними / Т.Л. Крюкова, М.В. Сапоровская, Е.В. Куфтяк. СПб.: Речь, 2005. 240с.

79. Кузнецов, П.Д. Реабилитация в домашних условиях инвалидов с поражениями опорно-двигательного аппарата: Практик. пособие./ П.Д. Кузнецов, - Бийск: НИЦБиГПИ, 1993. 85 с.
80. Левченко И.Ю. Детский церебральный паралич: Коррекционная развивающая работа с дошкольниками / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько, А.А. Гусейнова. М.: Книголюб, 2008. 176 с.
81. Левченко И.Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями ОДА: Учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько. М.: Академия, 2001. 192 с.
82. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Политиздат, 1975. 304 с.
83. Леонтьев Д.А., Александрова Л.А. Вызов инвалидности: от проблемы к задаче // 3-я Всероссийская научно-практическая конференция по экзистенциальной психологии: Материалы сообщений. — М.: Смысл, 2010
84. Леонтьев Д.А., Рассказова Е.И. Тест жизнестойкости. – М.: Смысл, 2006. – 63 с.
85. Ловейко, И.Д. Лечебная физическая культура при заболеваниях позвоночника у детей / И.Д. Ловейко, И.И. Фонарев, И.Д.Ловейко, Л.: Медицина. Ленингр. отд-ние, 1988. - 142 с.
86. Маджуга А.Г., Синицина И.А. Здоровье созидание как ведущая стратегия образовательной политики России в третьем тысячелетии. / Здоровье и образование в XXI веке, выпуск №1-4, том 15, 2013. стр. 300-308
87. Майрамян Р.Ф. Соматические проявления эмоционального стресса у матерей, обусловленные рождением в семье умственно отсталого ребенка // Роль эмоционального стресса в генезе нервно-психических и соматических заболеваний.-М.: Медицина, 1977
88. Мастюкова Е.М., Ипполитова М.В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом: Кн. для логопедов. / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. М.: «Просвещение», 1985. 192 с.

89. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика. Ранний и дошкольный возраст. Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. М.: Владос, 1997. - 304 с.
90. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии. Ранняя диагностика и коррекция. / Е.М. Мастюкова. М.: Просвещение, 1992. 95 с. ISBN 5-09-004049-4
91. Мастюкова Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учебное пособие / Е.М. Мастюкова. М.: ВЛАДОС, 2003. 408 с.
92. Мастюкова, Е.М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом: Младенческий, ранний и дошкольный возраст. // Е.М. Мастюкова М.: Просвещение, 1991.- 159 с.
93. Матвеев, Л.П. Теория и методика физической культуры. / Л.П. Матвеев,-М.: Физкультура и спорт, 1991. 542 с.
94. Медведева Е.А. Артпедагогика и арттерапия в специальном образовании: Учеб. для студ. сред. и высш. пед. учеб. заведений / Е.А. Медведева., И.Ю. Левченко., Л.Н. Комисарова., Т.А. Добровольская., М.: Издательский центр «Академия», 2001.-248 с.
95. Мельникова Н.Н. Диагностика социально-психологической адаптации личности: Учебное пособие. – Челябинск: Изд-во ЮУрГУ, 2004. – 57 с.
96. Мид М. Культура и мир детства: Избранные произведения. М.: Наука, 1988. 429 с.
97. Михаэль, Ш- Спортивные и подвижные игры для детей и подростков с нарушениями опорно-двигательного аппарата / Шоо Михаэль, Н.А. Горлова, Н.М. Назарова -Москва.: Академия, 2003. 112 с. ISBN 5-7695-1322-5.
98. Мишина Г.А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии. Дисс... канд. пед. наук. М., 1998.
99. Моздокова Ю.С. Социокультурная реабилитация инвалидов и их семей в процессе досуговой деятельности: Автореферат дис. канд.пед.наук: 13.00.01.- Москва, 1996. 22 с.

100. Морозова Е.И. Дошкольное воспитание детей с ограниченными возможностями // Дефектология. 1998 - № 3. - С.10 -12.

101. Набойченко Е. С. Семья как социально-психологический аттрактор формирования дезадаптации у детей школьного возраста с атипичной внешностью / Е.С. Набойченко. Педагогическое образование в России, 2012. №2. С.55-57

102. Набойченко Е. С. Формирующее пространство как условие развития социальной компетентности детей с врожденной патологией / Е. С. Набойченко // Известия Уральского государственного университета. — 2004. — № 31. — С. 275-284.

103. Набойченко Е.С. Психологическое сопровождение развития детей и подростков с атипичными особенностями внешности. Автореферат диссертации на соискание степени доктора психолог. наук. Екатеринбург: УрГПУ, 2009. 47 с.

104. Набойченко Е.С. Психологическое сопровождение семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья / Е.С. Набойченко, С.И. Блохина. Екатеринбург: Бонум, 2004. 132 с.

105. Нарский, Г.И. Система профилактики и коррекции отклонений опорно-двигательного аппарата у детей дошкольного и школьного возраста средствами физического воспитания: Г.И. Нарский,- Автореф. дис. д-ра мед. наук:1400.13.-М., 2003-С. 42.

106. Нарушения психического развития в детском возрасте: Учеб. пособие для студ. психол. фак. высш. учеб. заведений. — М.: Издательский центр «Академия», 2003. — 144 с

107. Немов Р.С. Психология: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений: В 3 кн. — 4-е изд. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. — Кн. 3: Психодиагностика. Введение в научное психологическое исследование с элементами математической статистики. — 640 с.

108. Обухова Н.В. Педагогическая поддержка родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. Электронный научный журнал «Системная интеграция и здравоохранение» №4 (18). 2012. С. 55-59

109. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. 496 с.
110. Ожегов С.И. Толковый словарь русского языка. / С.И. Ожегов. Изд-во: Оникс, Мир и Образование, 2012 г.
111. Остапенко А.А. Теория педагогической системы Н.В. Кузьминой: генезис и следствия. / А.А. Остапенко. «Человек. Сообщество. Управление» № 4, 2013. С. 37-52.
112. Ошкина О.Н., Паршина И.В. Семья как субъект образования (психолого-педагогическое сопровождение семьи как субъекта образовательного процесса ДОУ). / О.Н. Ошкина, И.В. Паршина. Психолого-педагогическое сопровождение семьи в реалиях современного социокультурного пространства [Текст]: Материалы Международной научно-практической конференции / Урал. гос. пед. ун-т. – Екатеринбург, 2012, - 231 с. С. 73-76.
113. Павлова Л.Г. Социализация детей раннего возраста на основе взаимодействия педагога, ребенка и родителя в учреждениях дополнительного образования. Автореферат диссертации на соискание степени канд. пед. наук. Екатеринбург: УрГПУ, 2013. 24 с.
114. Панаев М.С. Основы массажа и реабилитации в детской педиатрии. / М.С. Панаев. Ростов н/Д: «Феникс», 2003. 320 с.
115. Перхурова И.С., Лузинович В.М., Сологубов Е.Г. Регуляция позы и ходьбы при детском церебральном параличе и некоторые способы коррекции / И.С. Перхурова, В.М. Лузинович, Е.Г. Сологубов. М.: Издательство «Книжная палата», 1996. 248 с. ISBN 5-7000-0443-7
116. Плаксина Л.И., Сековец Л.С. Коррекционно-развивающая среда в дошкольных образовательных учреждениях компенсирующего вида: Учебно-методическое пособие. / Л.И. Плаксина, Л.С. Сековец. М.: ЗАО «Элти-Кудиц», 2003. 112 с.
117. Погосова Н.М. Погружение в сказку. Коррекционно-развивающая программа для детей. / Н.М. Погосова. СПб: Речь; М.: Сфера, 2008. 208 с.

118. Полетаева (Дубровина) Н.А., Серова Н.Б. Педагогическое сопровождение семей как средство реабилитации детей дошкольного возраста с ДЦП. / Н.А. Полетаева (Дубровина), Н.Б. Серова. Развитие технологий здоровьесбережения в современном обществе: материалы международной студенческой научно-практической конференции Екатеринбург, 3–4 июня 2015 г., С.143-162

119. Попов, С.Н. / Физическая реабилитация: Учебник для академий и институтов физической культуры. // С.Н.Попов- Ростов-на-Дону.: издательство «Феникс», 1999.- С. 303-331, 495-499.

120. Потапчук, А.А. Адаптивная физическая культура в работе с детьми, имеющими нарушения опорно-двигательного аппарата (при заболевании детским церебральным параличом) / А.А. Потапчук, И. П. Машаду СПб-2003. 228 с.

121. Потапчук, А.А. Методика адаптивной физической культуры при детском церебральном параличе/ Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие/ Под ред. Л.В. Шапковой, А.А. Потапчук М.: Советский спорт, 2003. -С. 228-293.

122. Раку А.И. Особенности положения умственно отсталого ребенка в семье // Дефектология. 1997 – №4, с. 55-58.

123. Роджерс К.Р. Взгляд на психотерапию. Становление человека. М.: Прогресс, 1994

124. Сатир В. Как строить себя и свою семью. М.: Педагогика - пресс, 1992.- 190 с.

125. Семенова К. А., Махмудова Н. М. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом.— Ташкент: Медицина, 1979,— 487 с.

126. Семенова К.А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах / К.А. Семенова. М.: Медицина, 1976. 184 с.

127. Семенова К.А., Танюхина Э.И., Шестаков В.П., Старобина Е.М., Нилова Т.А., Дыскин А.А., Демина Э.Н. Комплексная реабилитация детей с церебральным параличом: Метод, реком. М.: НВТ БИМК-Д, 1998. - 439 с.

128. Семенова, К.А. Клиника и реабилитационная терапия детских церебральных параличей [Текст] / К.А. Семенова, Е.М. Мастюкова, М.Я. Смуглин - М. : Медицина, 1972. – 185 с. – Библиогр.: с. 31–32. – 9000 экз. – УДК 616.831 – 009.11 – 053.2.
129. Сидоренко Е.В. Терапия и тренинг по Альфреду Адлеру. СПб.: Речь, 2002
130. Симонова Н.В. Формирование пространственно-временных представлений у детей с детским церебральным параличом // Дефектология, 1981, №4. С. 82-88
131. Смирнов А.В. Самоизоляция личности в критической жизненной ситуации физической инвалидности / А.В. Смирнов. Урал.гос.пед. ун-т, Екатеринбург, 2004. 142 с.
132. Спиваковская А.С. Как быть родителями. М.: Педагогика., 1986. 160 с.
133. Столин В.В., Бодалев А.А. и др. Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина; Науч.исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР.—М.: Педагогика, 1989. — 208 с. С. 7-10.
134. Стребелева Е.А. Подходы к созданию единой системы раннего выявления и. коррекции отклонений в развитии детей // Дошкольное воспитание. - 1998.-№ 1.-С.70-73.
135. Стребелева Е.А. Современные формы помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. 2005. -№1- С.3-10.
136. Стребелева Е.А. Современный подход к дошкольному воспитанию детей с отклонениями в развитии // Дефектология. 1997. - № 2. - С. 50-58.
137. Стребелева Е.А., Белякова Ю.Ю., Браткова М.В. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: методическое пособие для педагогов / Е.А. Стребелева, Ю.Ю. Белякова, М.В. Браткова и.др.: под ред. Е.А. Стребелевой. Ин-т коррекционной педагогики РАО – Изд. 2-е. – М.: Экзамен, 2004. 127 с.

138. Ткачева В.В. Гармонизация внутрисемейных отношений: мама, папа, я – дружная семья. Практикум по адекватным внутрисемейным отношениям / В.В. Ткачева. М.: ГНОМ и Д, 2000. 153 с.
139. Ткачева В.В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии / В.В. Ткачева // Дефектология. 1999. №3. С. 30-36.
140. Ткачева В.В. Психокоррекционная работа с матерями, воспитывающими детей с отклонениями в развитии: Практикум по формированию адекватных отношений / В.В. Ткачева. М.: ГНОМ и Д, 2000. 64 с.
141. Ткачева В.В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии / В.В. Ткачева. М.: УМК «Психология»; Московский психолого-социальный институт, 2004. 192 с.
142. Ткачева В.В. Работа психолога с матерями, воспитывающими детей с тяжелыми двигательными нарушениями / В.В. Ткачева. Дефектология №1, 2005. С. 25-34.
143. Ткачева В.В. Семья ребенка с отклонениями в развитии: Диагностика и консультирование / В.В. Ткачева. М.: Книголюб, 2008. 144 с.
144. Топоркова (Дубровина) Н.А. Мониторинг формирования двигательных навыков детей дошкольного возраста с детским церебральным параличом / Н.А. Топоркова (Дубровина). Адаптивная физическая культура №3 (51). Ежеквартальный журнал. Санкт-Петербург, 2012. С. 24-25
145. Тренинг по сказкотерапии. Сборник программ по сказкотерапии / Под ред. Т.Д. Зинкевич-Евстигнеевой СПб.: «Речь», 2005. - 254с.
146. Устинова Е.В. Преодоление эмоциональных нарушений у дошкольников с церебральным параличом в процессе оптимизации их отношений с родителями / Е.В. Устинова // Дефектология. 2005. №1. С. 52-56.
147. Устинова Е.В. Психологические особенности страхов и тревожности у дошкольников с двигательными нарушениями и психокоррекционная система их преодоления : автореф. дис. ... канд. психол. наук. Самара, 2005.

148. Уэстрайх, Н.Г. Основные методы физической реабилитации больных с двигательными нарушениями / Ред. Л.М. Уэстрайх; Пер. с англ. З.Л. Колонтай. - Минск: Изд-во Белорус, ассоциации помощи детям-инвалидам «Открытые двери», 1997.-195 с.

149. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования

150. Федеральный закон РФ от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в РФ»

151. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп. М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. 490 с.

152. Финни Н.Р. Ребенок с церебральным параличом: Помощь, уход, развитие. Книга для родителей / Пер. с англ. Липес Ю., Снеговской А.В.// Под ред. Клочковой Е.В. М.: Теревинф, 2009. - 336с. (Особый ребенок).

153. Фоминова А.Н. Жизнестойкость личности. Монография. М.: МПГУ, 2012. 152 с.

154. Фонарев, М.И. Лечебная физическая культура при детских заболеваниях./ М.И.Фонарев, Т.А.Фонарева// Изд. 2-е, перераб. и дополн.- Л.: Медицина, 1981.-С. 118-138.

155. Фресс П. Экспериментальная психология / под ред. П. Фресса и Ж. Пиаже. М., 1975, вып. V, гл. XVI с 111-195.

156. Халафян А.А. STATISTICA 6. Статистический анализ данных. 3-е изд. Учебник / А.А. Халафян. – М.: ООО «Бином-Пресс», 2007 г. 512 с.

157. Хапачева С.М., Дзеверук В.С. Социально-психологическая готовность детей к школе как значимый компонент общепсихологической готовности ребенка к школьному обучению. Научно-методический электронный журнал «Концепт» №12 – ART 14351. – 0,5 п. л. – URL: <http://e-koncept.ru/2014/14351.htm>. – Гос. рег. Эл № ФС 77-49965. – ISSN 2304-120X – дата обращения 01.05.2017, стр.1

158. Хольц Р. Помощь детям с церебральным параличом / Р. Хольц. М.: АСТ, 2007. ISBN: 5-901599-60-8, 978-5-901599-60-0

159. Целевич Т.И. Социально-педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с тяжелыми формами церебрального паралича на этапе его подготовки к школьному обучению : диссертация ... кандидата педагогических наук : 13.00.01 / Целевич Татьяна Ивановна - Омск, 2008. - 214 с.

160. Частные методики адаптивной физической культуры: Учебное пособие / Л.В. Шапкова [и др.]; под общ. ред. Л.В. Шапковой. М.: Советский спорт, 2004. 464 с.

161. Чуприкова Г.С. Развитие представления о родительстве у подростков. Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена №112, 2009. С. 298-302

162. Шамарин Т.Г., Белова Г.И. Возможности восстановительного лечения детских церебральных параличей. – Элиста: АПП «Джангар», 1999, 168 с.

163. Шапкова, Л.В. Коррекционные подвижные игры и упражнения для детей с нарушениями в развитии / Л.В. Шапкова М., 2002. 212 с.

164. Шапкова, Л.В. -Средства адаптивной физической культуры: Методические рекомендации по физкультурно-оздоровительным и развивающим занятиям детей с отклонениями в интеллектуальном развитии/ Л.В.Шапкова,- М.: Советский спорт, 2001. 152 с.

165. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Детский церебральный паралич / Л.М. Шипицына, И.И. Мамайчук – СПб., Изд-во «Дидактика Плюс», - 2001, 272 с. ISBN 5-89239-029-2

166. Шипицына Л.М., Мамайчук И.И. Психология детей с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата: Учеб. пособие для студ.высш.учеб.заведений М.: Гуманитарный издательский центр «ВЛА-ДОС», 2004. - 368с.

167. Шипицына, Л.М. Реабилитация детей с проблемами в интеллектуальном и физическом развитии. // Л.М. Шипицына, и др. СПб: Образование, 1995. 80 с.

168. Эйдемиллер Э.Г. Психология и психотерапия семьи / Э.Г. Эйдемиллер, В. Юстицкис. СПб.: Питер, 2001. 656 с.

169. Florian V, Findler L. Mental health and marital adaptation among mothers of children with cerebral palsy. *Am J Orthopsychiatry* № 71 (3), 2001. P. 358–367.

170. Manuel J, Naughton M.J, Balkrishnan R, Smith B, Koman L.A. Stress and adaptation in mothers of children with cerebral palsy. *Journal Pediatr Psychol* №28(3), 2003. P. 197–201

171. Schuchardt E. *Why me?: Learning to live in crises*. World Council of Churches, 2005. 172 p

172. Silvers E.J., Bauman L.J., Ireys H.T. Relationships of self-esteem and efficacy to psychological distress in mothers of children with chronic physical illnesses. *Health Psychol* №14, 1995. P. 333–340

173. Sloper P. Risk and resistance factors in the adaptation of parents of children with severe physical disability. *Child Psychol Psychiatr Journal* № 34, 1993. P. 167–188.

174. <https://www.gov.uk/children-with-special-educational-needs/overview>

Нормы психодиагностических методик

Шкала	Показатели и толкование
Тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин)	
Принятие / Отвержение	0-10 – Отвержение 11-22 – Ситуативное принятие-отвержение 23-33 - Принятие
Кооперация	1-3 – отчуждение, сепарированность, изоляция 4-6 – Нормальная ситуативная кооперированность – изолированность 7-8 – Действительная кооперация
Симбиоз	1-3 – Дистанцированность от ребенка 4-6 – Ситуативная симбиотичность отношений 7-8 - Симбиоз
Авторитарная гиперсоциализация	1-3 – Отсутствие контроля, попустительство 4-5 – Адекватное отношение к ребенку, сбалансированность автономии и контроля 6-7 – Авторитарный гиперконтроль
Маленький неудачник	1-3 – Неудачи ребенка случайны. Ребенку доверяют 4-6 – Неудачи ребенка, естественны и неизбежны. Ребенку доверяют 7-8 – Ребенок - «Маленький неудачник»
Оценка навыков детей	
Двигательные навыки (Мониторинг формирования навыков самообслуживания)	1-16 – Ниже нормы 17-19 – Норма средняя 20-21 – Выше нормы
Навыки самообслуживания (Карта оценки навыков самообслуживания)	0-5 – Ниже нормы 6-7 – Средняя норма 8-10 – Выше средней нормы
«Диагностика реализации потребностей в саморазвитии» (Н.П. Фетискин) – мотивационный компонент личностного потенциала родителей	
Потребности в саморазвитии	15-35 – Стагнация в развитии 36-54 – Хаотичное, спонтанно возникающее развитие 55 и более – Активно реализуемое целенаправленное развитие

Тест «Адаптивные стратегии поведения» (Н.Н. Мельникова) – поведенческий компонент личностного потенциала родителей	
Для всех стратегий	1-3 стенайна –Ниже нормы (не выражена) 4-6 стенайнов – нормативность проявления 7-9 Стенайнов – явно выраженная стратегия
«Тест жизнестойкости» (С. Мадди, Д.А. Леонтьев) – поведенческий компонент личностного потенциала родителей	
Жизнестойкость	62-80 – Ниже нормы 81 – Норма средняя 82-100 – Выше нормы
Вовлеченность	30-37 – Ниже нормы 38 – Норма средняя 39-48 – Выше нормы
Контроль	19-28 – Ниже нормы 29 – Норма средняя 30-39 – Выше нормы
Принятие риска	8-13 – Ниже нормы 14 – Норма средняя 15-20 – Выше нормы
Экспресс-диагностика состояния стресса (К. Шрайнер) – эмоциональный компонент личностного потенциала родителей	
Стресс	0-4 – Самоконтроль поведения и состояния в уации стресса 5-7 – Самоконтроль поведения и состояния в уации стресса, но ситуативно 8-9 – Сильный дезадаптирующий стресс
Личностный потенциал суммарный	Норма 4-6 >6 Выше нормы < 4 Ниже нормы
Уровень социально-психологической адаптированности семьи	
УСПАС	0-10 – Ниже нормы 11-20 – Норма. Средний уровень адаптированности 21-26 – Высокий уровень адаптированности