

Хмельницький національний університет  
Факультет здоров'я, психології, фізичної культури та спорту  
Кафедра психології та педагогіки

## КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

Другий (магістерський)

Освітній рівень

### ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД СІМ'Ї ДИТИНИ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

Галузь знань 05 Соціальні та поведінкові науки

Шифр і назва галузі знань

Спеціальність 053 Психологія

Шифр і назва спеціальності

Освітня програма «Психологія»

\_\_\_\_\_  
Номер індивідуального навчального плану студента

Виконала: студентка II курсу, групи ППмз-21-1 \_\_\_\_\_ О.В. Сукманюк

Підпис

Ініціали, прізвище

Керівник: кандидат психологічних наук, доцент \_\_\_\_\_

А. І. Руденок

Підпис

Ініціали, прізвище

Нормоконтролер

До захисту допускаю:

Зав. кафедри психології та педагогіки

доктор психологічних наук, професор \_\_\_\_\_

Є.М. Потанчук

\_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

Хмельницький, 2022

## АНОТАЦІЯ НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ

Тема кваліфікаційної роботи «Психолого-педагогічний супровід сім'ї дитини з порушеннями опорно-рухового апарату»

Студент

Сукманюк Оксана Вікторівна

Керівник

Руденок Алла Іванівна

Кваліфікаційна робота включає 77 сторінок, 8 рисунків, 6 таблиць, перелік джерел посилання із 65 найменувань.

Ключові слова: супровід, сім'я, діти, порушення опорно-рухового апарату.

Об'єкт дослідження - сім'я дитини дошкільного віку з ДЦП.

Предмет дослідження - психолого-педагогічний супровід сім'ї дитини дошкільного віку з ДЦП.

За результатами дослідження з'ясовано особливості стосунків у сім'ях, які мають дітей з порушеннями опорно-рухового апарату, особливості психолого-педагогічного супроводу сім'ї дитини з порушеннями опорно-рухового апарату.

Одержані результати можуть бути використані в практичній діяльності психологів закладів шкільної освіти та реабілітаційних центрів.

Дипломник \_\_\_\_\_ Сукманюк О.В.

Дата подання кваліфікаційної роботи до захисту \_\_\_\_\_ 2022р.

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГО- ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ СІМЕЙ, ЩО МАЮТЬ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ.....	10
1.1 Теоретичний аналіз проблеми дослідження психолого- педагогічного супроводу сімей .....	10
1.2 Психолого-педагогічна характеристика сім'ї дитини з порушеннями опорно-рухового апарату.....	14
1.3 Моделі психолого-педагогічного супроводу сімей .....	24
Висновки до розділу.....	31
РОЗДІЛ 2 ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ СІМЕЙ, ЩО МАЮТЬ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ .....	33
2.1 Організація та проведення емпіричного дослідження .....	33
2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження....	41
2.3 Програма психолого-педагогічного супроводу сімей з дітьми з ДЦП.....	56
Висновки до розділу.....	66
ВИСНОВКИ.....	67
ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ.....	69

## ВСТУП

В основу державного освітнього стандарту дошкільної освіти закладено принцип «особистісно-розвивального та гуманістичного характеру взаємодії дорослих (батьків, законних представників, педагогічних та інших працівників організації) та дітей». Цей принцип лежить в основі Конституції, законодавства і Конвенції ООН про права дитини. Цей принцип дає підстави вважати, що дитячо-батьківські стосунки покликані сприяти особистісному розвитку обох сторін.

Ситуація кризи внутрішньосімейних стосунків є актуальною для сімей, які виховують дітей дошкільного віку з дитячим церебральним паралічем (ДЦП). На перший план виходять питання соціальної адаптації та інтеграції у суспільство дітей та сім'ї в цілому. Як свідчить практика, фізичні недуги одного з членів сім'ї розвивають почуття неповноцінності в інших. Із цим пов'язано кілька неблагополучних сценаріїв розвитку сім'ї. Деякі батьки свідомо приховують від суспільства факт народження дитини із рухово-координаційними порушеннями. Інші, навпаки, намагаються отримати своєрідну «вигоду», що проявляється у різних матеріальних прагненнях. Треті створюють довкола дитини коло гіперопіки, розміщуючи дитину в центрі буття. Подібні реакції членів сім'ї викликають або формують прагнення до самоізоляції як дитини з опорно-руховими порушеннями, так і її батьків.

В останні роки в Україні вживається велика кількість заходів на законодавчому рівні для інтеграції у суспільство людей із різними психофізіологічними статусами. Одним із завдань державного освітнього стандарту дошкільної освіти є «забезпечення рівних можливостей для повноцінного розвитку кожної дитини в період дошкільного дитинства незалежно від місця проживання, статі, нації, мови, соціального статусу, психофізіологічних та інших особливостей (у тому числі обмежених можливостей здоров'я)».

Незважаючи на досить широкий розгляд проблеми освіти та виховання дітей з ДЦП, у суспільстві найчастіше лише діти отримують адекватну психолого-педагогічну допомогу. Проте, батьки є основними учасниками процесу виховання дітей з ДЦП, а, отже, перебувають у психотравмуючих станах через різку зміну соціальної ролі, нездійснені надії та очікування, неможливість повноцінної самореалізації тощо. Звертаючись до освітнього стандарту, бачимо, що в його завдання також входить підвищення батьківської компетентності і забезпечення психолого-педагогічного супроводу сім'ї.

Незважаючи на численні дослідження, присвячені взаємодії з сім'ями різних категорій, корекційної роботи з дітьми з ДЦП, особистісним потенціалом батьків, недостатньо повно вивчено питання комплексного психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дітей дошкільного віку з ДЦП. Соціально-психологічна адаптованість сім'ї дитини з ДЦП, як кінцевий результат психолого-педагогічного супроводу сімей, ґрунтується на дитячо-батьківських стосунках, особистісному потенціалі батьків та рівні сформованості рухових навичок, у тому числі і навичок самообслуговування. Виходячи з цього, сформульовано тему дослідження «Психолого-педагогічний супровід сім'ї дитини з порушеннями опорно-рухового апарату».

Об'єкт дослідження - сім'я дитини дошкільного віку з ДЦП.

Предмет дослідження - психолого-педагогічний супровід сім'ї дитини дошкільного віку з ДЦП.

Мета роботи: теоретично проаналізувати та експериментально дослідити психологічні особливості сім'ї дитини дошкільного віку з ДЦП.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати проблеми соціально-психологічної ізоляції сім'ї та дитини дошкільного віку з ДЦП.

2. Уточнити моделі психолого-педагогічного супроводу та технологію супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП.

3. Емпірично дослідити компоненти особистісного потенціалу батьків, ступінь сформованості рухових навичок дітей із ДЦП, тип дитячо-батьківських відносин, з'ясувати рівень соціально-психологічної адаптованості сім'ї.

4. Розробити програму психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП.

Гіпотеза дослідження: Компоненти особистісного потенціалу батьків перебувають у тісному взаємозв'язку з дитячо-батьківськими відносинами та рівнем розвиненості рухових навичок дітей, та опосередковано впливають на розвиток один одного.

Для вирішення поставлених завдань, перевірки гіпотези дослідження використовувалася сукупність взаємодоповнюючих методів дослідження: теоретичний аналіз літератури в галузі психології, педагогіки, соціології, порівняння та узагальнення різних позицій щодо досліджуваної проблеми; - емпіричних: спостереження, анкетування, тестування, бесіда, опитування респондентів; психолого-діагностичні методики: опитувальник «Діагностика реалізації потреб у саморозвитку»; «Тест життєстійкості» Мадді; експрес-діагностика стану стресу К. Шрайнер; тест «Адаптивні стратегії поведінки»; тест-опитувач батьківського відношення А.Я. Варги та В.В. Століна; моніторинг формування рухових навиків; карта оцінки навичок самообслуговування.

**Практична значущість дослідження.** Сформований комплекс психодіагностичного інструментарію, що забезпечує виявлення рівня соціально-психологічної адаптованості сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП може бути використаний у подальшій психологічній практиці. Розроблена програма психолого-педагогічного супроводу може знайти

широке застосування у роботі з сім'ями, які мають дітей дошкільного віку із ДЦП.

**Експериментальна база дослідження.** Емпіричне дослідження проводилось на базі Оздоровчого комплексу для дітей з ООП (ФОП Вінярський В.Р.).

**Апробація результатів дослідження** відбувалась шляхом публікації статті на тему «Психолого-педагогічна характеристика сім'ї дитини з порушеннями опорно-рухового апарату» та тез «Психолого-педагогічний супровід дітей із порушеннями опорно-рухового апарату».

**Структура роботи містить** вступ, два розділи, висновки, перелік джерел посилання (65 найменувань) та додатків, обсяг сторінок 77.

## РОЗДІЛ 1

### ТЕОРЕТИЧНИЙ АНАЛІЗ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВІД СІМЕЙ, ЩО МАЮТЬ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

#### 1.1 Теоретичний аналіз проблеми дослідження психолого-педагогічного супроводу сімей

Концепція психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП носить комплексний характер і визначається як процес професійної діяльності спеціалістів, спрямований на створення психолого-педагогічних умов. З одного боку ці умови сприяють оптимізації процесів навчання та розвитку дитини з ДЦП, з іншого – для підвищення рівня соціально-психологічної адаптованості сім'ї дитини з ДЦП загалом. Суб'єкти процесу психолого-педагогічного супроводу, компоненти соціально-психологічної адаптації сімей перебувають у взаємозв'язку один з одним.

Виходячи з проблеми нашого дослідження, ми розглянули такі підходи: - культурно-історичний; - діяльнісний; - особистісний; - діалогічний; системний.

В основі процесу психолого-педагогічного супроводу знаходяться принципи та положення культурно-історичної теорії про єдність законів розвитку нормальної та аномальної дитини. Л.С. Виготський бачив головну причину аномальності дітей у соціальному вивиху. Він наголошував, що дитина з особливими потребами розвитку, у тому числі з ДЦП, виявляється «випавшою» із суспільства, системи трансляції суспільно-історичного досвіду. Також була обґрунтовано необхідність у соціальній компенсації відхилень розвитку за допомогою побудови обхідних шляхів вирішення завдань розвитку, які в умовах нормативного розвитку досягаються

традиційними методами. Таким чином, ідея психолого-педагогічного супроводу підтверджується положенням Л.С. Виготського про єдність законів психічного розвитку. Підтвердження цього в тому, що біологічне неблагополуччя - це лише передумова до несприятливого розвитку на соціокультурному середовищі [9].

Проблема вивчення проявів емоційних розладів у батьків дітей, які мають порушення у розвитку, вперше виникла і почала дискутуватися у професійних колах у ХХ ст. Перші дослідження, які висвітлюють цей аспект проблеми, виникли там. Очолює цей список робота М. Стоун «Батьківське ставлення до проблем відставання у розвитку дітей» (M. Stone. Parental attitudes to retardation), опублікована в 1948 р. У ній вперше були описані приклади неадекватної батьківської поведінки, що виникли у зв'язку з порушеннями розвитку дитини. Більшість зарубіжних авторів описують широкий діапазон невротичних і психотичних розладів у дітей з порушеннями розвитку (D.Goldberg, O.J.Leeson, B.M.Caldwell, S.B.Guze, H. Molony, J. H. Walker).

Серед розглянутих проблем у дослідників викликає інтерес ступінь виразності та тривалості емоційного стресу у батьків та інших близьких цих дітей (J.R.Thurston). Відзначається також тенденція до соціальної ізоляваності та відчуженості таких сімей. У публікаціях, присвячених цій проблематиці, розглядаються складні проблеми, що виникають у сім'ї у зв'язку з народженням дитини з психофізичними порушеннями: планування подальшої вагітності, взаємини з сибсами, стабільність сім'ї, соціальний статус батьків, що змінився, та інші питання [53].

Адаптація батьків до нової життєвої ситуації здійснюється шляхом подолання деяких кризових станів: невідомість, невизначеність; популярність, визначеність; агресія; активна хаотична діяльність; депресія; прийняття факту порушення розвитку, набуття нового сенсу життя;

активізація; солідарність, поєднання інших батьків, мають аналогічні труднощі.

Діяльнісний підхід в організації психолого-педагогічного супроводу, який представлений у працях О.М. Леонт'єва, означає, що для найбільш успішного розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров'я необхідно правильно організувати її діяльність зокрема, а також загалом, усієї родини. Як зазначалося раніше, розвиток дитини з особливими освітніми потребами відбувається за тими ж принципами, що і дітей з нормативним розвитком, але з відмінностями у темпі. Передбачається, що для більш успішного розвитку дитини необхідно використати нетрадиційні способи вирішення завдань, рухаючись тими самими етапами становлення особистості. Необхідні перетворення у розвитку особистості дитини та дитячо-батьківських відносин відбуваються у вигляді діяльності. Діяльнісний підхід передбачає усвідомлення необхідності діяльності, цілепокладання, планування процесу, організацію, оцінку отриманих результатів та рефлексію [32].

Наступним підходом у вивченні є особистісний підхід. Даний підхід у педагогічній психології виводить в якості мети, суб'єкта, результату та головного критерію ефективності педагогічного процесу – особистість. Безсумнівно, саме батьки, як найближче оточення дитини, закладають фундамент її особистості. Взаємодія з суспільством та сім'єю виховує дитину. У випадках «особливого» дитинства та «відгородженості» сім'ї від суспільства відбувається спотворення комунікацій, що проявляється в емоційній незрілості особистості, порушенні соціальної адаптації і т.д. Основним завданням всіх заходів процесу психолого-педагогічного супроводу є створення умов для адаптації та розвитку творчого потенціалу особистості.

Четвертим підходом у нашому розгляді є діалогічний. У розвитку особистості важливий не тільки предметний результат, але і відносний,

оскільки розвиток особистості відбувається не тільки через діяльність, а й у процесі спілкування та взаємодії з навколишнім світом.

Зупинимося на розгляді системного підходу, який представлений у працях відомих дослідників [50, 51, 58]. Системне пізнання, на їх думку передбачає:

1. Розгляд об'єкта діяльності як системи. Психолого-педагогічний супровід як система може бути розглянутий не тільки з погляду суб'єктів (педагогів, батьків, дітей). Процес супроводу включає різні предметні галузі знання, в рамках яких навчається дитина (психологія, дефектологія, адаптивна фізична культура, логопедія, арт-терапія, соціально-побутове орієнтування тощо); диференційовані напрямки розвитку дитини - психічний, фізичний, когнітивний, емоційний, мовленнєвий і т.д. Для здійснення психолого-педагогічного супроводу використовується комплекс різних методів.

2. Визначення складу, структури та організації елементів та частин системи, виявлення провідних взаємодій між ними. В рамках цього дослідження було розроблено модель психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку із ДЦП. Модель має структурно-функціональний характер побудови психолого-педагогічного супроводу. Це зумовлює наявність чіткої структури організації процесу, характеристику окремих ланок та взаємодії між ними.

3. Виявлення зовнішніх зв'язків системи. Безсумнівно, система психолого-педагогічного супроводу нерозривно пов'язана із системою медичного супровід розвитку дитини з обмеженими можливостями здоров'я. Медичні препарати в сукупності з психолого-педагогічними технологіями дозволяють ефективніше впливати на процес психофізичного розвитку.

4. Визначення функції системи та її ролі серед інших систем. Основною функцією психолого-педагогічного супроводу є реалізація умов для

соціально-психологічної адаптації як дитини з особливими освітніми потребами і її сім'ї.

5. Аналіз діалектики структури та функції системи. В сутності, психолого-педагогічний супровід спрямований на корекцію міжособистісних дитячо-батьківських відносин, формування прихильного ставлення до себе у батьків, і навіть їх успішну інтеграцію у суспільство. Для здійснення цих процесів неможливо обійти дитину, її особливості та необхідність їх корекції. У ситуації супроводу сімей, які мають дітей з ДЦП, наріжним каменем неадекватних форм відносин та поведінки є саме особливості дитини, що виявилися внаслідок наявності патологічних змін.

6. Виявлення на цій основі закономірностей та тенденцій розвитку системи. У ході цього дослідження було виявлено низку закономірностей процесу виховання та освіти дітей із ДЦП. Однією з них є взаємозв'язок між порушеннями психофізичного розвитку дитини та спотворенням дитячо-батьківських відносин у цій сім'ї. Останнє, у свою черга впливає на позицію сім'ї, зокрема батьків, у суспільстві. Виявлені закономірності підтверджують необхідність організації психолого-педагогічного супроводу сімей, в рамках якого вплив чинився не тільки на дитину з ДЦП, а також на її батьків [1].

Розглянувши перелічені наукові підходи, ми дійшли висновку, що найбільш повно багатогранний процес психолого-педагогічного супроводу розкривається за умов системного підходу.

## **1.2 Психолого-педагогічна характеристика сім'ї дитини з порушеннями опорно-рухового апарату**

Актуальність психолого-педагогічної роботи з батьками викликана, насамперед тим, що сім'я дитини з дитячим церебральним паралічем (ДЦП) — це структура, яка має потенційні можливості до створення сприятливих умов розвитку та виховання дитини. Комплексне вивчення особистісних

особливостей сімей дітей з ДЦП та розробка конкретних форм психолого-педагогічної допомоги цим особам дозволяють надати їм істотне сприяння у подоланні складнощів соціального пристосування [7,15,24].

Однією з найпоширеніших причин особливих потреб розвитку є рухово-координаційні порушення, що виникають як наслідок органічного порушення головного мозку [18, 29, 32, 49]. Особливість опорно-рухових порушень полягає в органічному порушенні переважно рухової сфери від народження, що порушує розвиток та формування моторних функцій дитини. В результаті створюються умови, в яких суттєво ускладнені процеси виховання та соціалізації дітей із опорно-руховими порушеннями. Відповідно, це відбивається на психологічному стані сім'ї.

Перед тим, як провести аналіз психологічних особливостей сім'ї, яка виховує дитину з ДЦП, необхідно зрозуміти особливості таких дітей. У науковій літературі для позначення відхилень у стані здоров'я дітей, використовуються такі терміни: «обмежені можливості здоров'я», «особливі освітні потреби»; «особливі потреби розвитку».

Одним із найпоширеніших у вітчизняній науці, а також найбільш часто вживаним у суспільстві є термін «обмежені можливості здоров'я». Справді, термін «обмежені можливості здоров'я» застосовується до всіх відхилень у стані здоров'я. Тим не менш, у зарубіжних джерелах переклад даного поняття (disabled), може викликати деякі питання щодо дискримінації таких дітей. Зважаючи на це, зарубіжними фахівцями широко використовується термін «special educational needs – SEN»- особливі освітні потреби. Дане поняття включає в себе відхилення, пов'язані з: соціалізацією (у тому числі спілкування з оточуючими людьми та однолітками), оволодіння письмом і читанням, здібностями розуміння та сприйняття, рівнем уваги (у т.ч. синдромом дефіциту уваги та гіперактивністю), фізичними порушеннями [55].

В англomовній літературі останнім часом стало популярним поняття «challenged children» (від англійського слова «challeng»- виклик). Це поняття характеризує таких дітей як «ті які стикаються з викликом»[63].

Термін «особливі потреби розвитку» відображає сутність явища і обмежує його лише освітніми чи лише побутовими аспектами. Діти з ДЦП розвиваються за тими ж онтогенетичними принципами, що й діти з нормативним здоров'ям, але з різницею у термінах освоєння різних етапів розвитку. Таким чином, на будь-яких етапах онтогенезу такі діти мають особливі потреби для набуття навичок, освоєння інформації, здійснення повсякденних занять і т.д.

У нашому дослідженні ми спробуємо розглянути сім'ї, які мають дітей дошкільного віку порушеннями опорно-рухового апарату та збереженим інтелектом. Цей вид відхилень, безперечно, відображає специфіку «особливих потреб розвитку». Одним із важливих етапів дошкільного віку є етап підготовки до школи. Слід зазначити, що часто саме у цей період особливі потреби розвитку стають найбільш помітними, навіть незважаючи на те, що діти могли відвідувати дошкільний заклад. У випадку дітей з ДЦП етап підготовки до школи може бути тривалішим, ніж у дітей з фізіологічною нормою розвитку. І без того важкий етап підготовки до школи обтяжується ще сильніше тим, що мікросоціум (родина), в якому більшу частину часу проводить дитина з ДЦП, соціально-психологічно не готова до переходу на новий етап – шкільний ступінь освіти. Такі порушення відносяться до дефіцитарного розвитку. За класифікацією психічного дизонтогенезу причиною відхилень є «поломка у розвитку» [16].

Питання організації системи надання педагогічної допомоги дітям з порушеннями опорно-рухового апарату у різних умовах навчання висвітлювалися у наукових працях О. Бондаренко, О. Глоба, А. Малікова, І. Пригородова, О. Чеботарьова та ін, в яких однією з умов їх успішної адаптації є облік стану фізичного та психічного здоров'я.

Організацію роботи з сім'ями, які виховують дітей із ДЦП, висвітлювали в своїх роботах зарубіжні автори: P. Sloper, J. Manuel, M. Naughton, N. Balkrishnan, B. Smith, L. Koman та ін. [61,53, 51]

Незважаючи на введення інклюзивної освіти, діти з ДЦП часто не мають можливість відвідувати дошкільні заклади через брак спеціалістів, невідповідності установи до навчання таких дітей. Це позбавляє їх можливості отримувати повноцінну психолого-педагогічну допомогу, а короткочасне перебування у стаціонарах (2-3 рази на рік) не може бути вирішенням проблеми. Батьки дітей із ДЦП не мають необхідної інформації про можливості виховного та освітнього процесів, не знають методи, технології. Крім педагогічної безграмотності існує проблема психологічної ізоляції сім'ї дитини з ДЦП, а також емоційної нестабільності батьків у вирішенні завдань виховання. Батькам дуже важко прийняти свою дитину, а це, у свою чергу, дуже впливає на виховний процес.

Внаслідок спроб інтеграції в суспільство, сім'ї з дітьми з ДЦП відчують постійну суспільну стигматизацію. Одночасно з цим, всередині сім'ї відбуваються перетворення особистісного потенціалу батьків на фоні виховання дитини з ДЦП. Досліджуючи необхідність психолого-педагогічної підтримки сімей виділяють такі компоненти особистісного потенціалу батьків: пізнавальні, ціннісно-сміслові та поведінкові можливості [10].

Феномену батьківства присвячено наукові праці багатьох дослідників, в яких вони також виділяють компоненти: когнітивний, емоційний та поведінковий. Когнітивний компонент включає в себе розуміння спорідненого зв'язку з дитиною, усвідомлення себе у ролі батька, уявлення про функцію батька та ін. Емоційний компонент містить суб'єктивні відчуття: ставлення до себе як до батька, і навіть до чоловіка, що у цій ролі, ставлення до своєї дитини. Поведінковий компонент охоплює знання, вміння та навички з виховання, розвитку та навчання дитини, характер міжособистісних відносин у сім'ї [26].

В рамках даного дослідження, нами було виділено три компоненти особистісного потенціалу: емоційний, мотиваційний та поведінковий. Зміни особистості батьків в умовах народження та виховання дитини з ДЦП у поєднанні зі стигматизацією суспільства відбуватимуться на емоційному рівні, рівні спонукань та мотивації, що надалі виявлятиметься в поведінкових реакцій. При цьому в кожному компоненті представлена когнітивна складова: знання про потреби батьків дітей дошкільного віку з ДЦП, розуміння емоційного комфорту, загальний рівень життєстійкості, зокрема рівень залученості, прийняття ризику та контролю в умовах простору.

У рамках цієї роботи поведінковий компонент особистісного потенціалу вивчався за допомогою виявлення адаптивних та дезадаптивних стратегій поведінки. Відповідно, виділення та вивчення впливу навколишніх умов на компоненти особистісного потенціалу дозволить виявити саморегуляторні механізми особистості батьків та, спираючись на них, сформулювати у батьків адаптацію до негативного соціокультурного тиску з боку суспільства на їх дитину із ДЦП. На наш погляд, позиція батьків буде опосередковано діяти і на виховання самої дитини.

За даними досліджень народження дитини з особливими потребами неминуче тягне за собою батьківську кризу, динаміка якої представлена чотирма основними фазами [41]:

1. Перша фаза характеризується станом розгубленості, безпорадності, страху. Батьки запитують: «Чому це сталося саме зі мною?». На цій фазі батькам складно прийняти те, що сталося. Відповідно, виникає відчуття провини та власної неповноцінності. Стресовий стан перетворюється на негативізм. Тривалість цієї фази залежить від можливості батьків справлятися з психологічними травмами та їх стресостійкості.

2. Наступна фаза характеризується запереченням. Це пов'язано з її основною функцією – захисною. Неусвідомлено батьки прагнуть позбутися емоційної пригніченості та страху. В даному випадку, відкидання самої

можливості того, що трапилося – перший крок до досягнення емоційної рівноваги.

3. Третій фазі відповідає стан «хронічного смутку». Характеризується депресивним станом, що усвідомлюється. Науковці стверджують, що цей синдром є «результатом постійної залежності батьків від потреб дитини, наслідком відсутності в неї позитивних змін, «несоціалізованості» її психічного та фізичного дефекту. На цій фазі також виявляються проблеми у стосунках між подружжям, в основі яких є пошук винних.

4. Фаза зрілої адаптації. Характеризується активізацією батьків у вирішенні проблем із орієнтацією на майбутнє.

У зарубіжній літературі зазначається, що кожна сім'я, яка має дитину з ДЦП відчуває хронічний стрес. У низці досліджень відзначається значимість сімейної згоди у прийнятті рішень, пов'язаних із розвитком дитини [52]. У роботах Sloper P., Manuel J., Naughton M.J., Balkrishnan R., Smith B., Koman L.A. виявляється чіткий зв'язок між сприйняттям сім'єю дитини та можливістю сім'ї адаптуватись. Manuel J зазначає, що стрес більшою мірою проявляється у матерів, які виявляють низьку самооцінку, а також, на їх думку, залежать матеріально від подружжя. На наш погляд, це обумовлено неможливістю самореалізації у суспільстві. Відповідно, постійний вплив стресу викликає депресію, дратівливість, емоційну напруженість у матері [53].

Як правило, батьки уникають щоденного стресу від психотравмуючих ситуацій, проводячи більше часу на роботі. Тим не менш, вони відчувають почуття занепокоєння у зв'язку з певними матеріальними витратами, які обіцяють бути довготривалими, можливо, довічними [45].

Вчені наводять дані, що у восьми з десяти сімей батьки залишають сім'ю через народження фізично неповноцінної дитини [42]. Схожа ситуація складається в сім'ях, в яких один із подружжя отримав травму, каліцтво, що призводить до інвалідності. Виходячи з отриманих результатів, можна

припустити, що особи з фізичною неповноцінністю цінуються суспільством набагато нижче.

Незважаючи на широке розкриття теми толерантності у засобах масової інформації, прийняття законодавчих актів, що підкреслюють рівність осіб з обмеженими можливостями, то досі у суспільстві присутні стигматизація осіб із рухово-координаційними порушеннями. І це, безумовно, відображається на психологічному стані батьків дитини з ДКН, а також призводить до самоізоляції сім'ї.

Silvers E .J., Bauman L., Ireys H.T. відзначали особливу вразливість сім'ї, яка посилюється в момент вікових криз та ті моменти, коли сім'я проходить певні критичні точки свого розвитку. За даними Z. Wilker – досягнення повнолітнього віку дитини з ДЦП така ж за силою стресова подія для сім'ї, як і первинна постановка діагнозу [58].

Аналізуючи праці науковців, ми з'ясували, що звернути увагу на три рівні якісних змін, що мають місце у сім'ях цієї категорії: психологічний, соціальний та соматичний [51].

1. Психологічний рівень. Народження дитини з відхиленнями сприймається її батьками як найбільша трагедія. Факт народження дитини не такої як у всіх є причиною сильного стресу. Стрес, що має тривалий та постійний характер, деформує психіку батьків та є вихідною умовою різкої травмуючої зміни сформованих у сім'ї життєвих стереотипів. На цьому рівні відбувається руйнація батьківських надій, пов'язаних із народженням дитини. В той же час, необхідне набуття нових життєвих цінностей розтягується на довготривалий період. Це зумовлюється такими причинами: психологічними особливостями особистості самих батьків (здатність прийняти або не прийняти хвору дитину); комплексом розладів, що характеризують те чи інше відхилення розвитку; впливом соціуму при контактах із сім'єю .

Як свідчить практика, народження, виховання та навчання дитини з ДЦП є тривалим патогенно впливаючим психологічним фактором. Цей

фактор фруструє психіку матері. Передбачається, що внаслідок пережитого стресу, вона може бути схильною до розвитку певних форм нервово-психічної патології.

2. Соціальний рівень. Сім'я, яка виховує дитину з ДЦП, стає малотовариською, вибірковою в контактах. Вона замикається, звужуючи коло своїх знайомих та обмежуючи спілкування з родичами через особливості стану такої дитини, а також через особистісні настанови самих батьків.

3. Соматичний рівень. Переживання, що випали на долю матері, дитини з ДЦП, що часто перевищують рівень переносимих навантажень, проявляється у різних соматичних захворюваннях, астеничних та вегетативних розлади.

Психотравмуюча ситуація зумовлена народженням у сім'ї хворої дитини, що розглядається Р. Майрамяном, торкається начущих для матері цінностей. Клінічна картина психопатологічних порушень та їх вираженість у матерів характеризується переважанням афективних розладів [32].

Відповідно до останніх досліджень у 60% матерів, які виховують дітей з особливими потребами розвитку, виявляється депресивна симптоматика в різних формах – депресивний невроз, затяжні невротичні депресії, депресивний невротичний розвиток особистості [27].

Стрес, що має пролонгований характер, має сильний деформуючий вплив на психіку обох батьків. Однак через те, що матері перебувають з дітьми більший час, виявляються під впливом стресу більш тривалий час.

М. Мушкевич вивчила процес формування співпраці батьків з дітьми, з особливими потребами розвитку, у тому числі і з ДЦП, та виявила, що особливості поведінки дитини зумовлюють ставлення батьків до неї у процесі взаємодії. У багатьох батьків відзначається невміння створювати ситуацію спільної діяльності, несформованість потреби у спілкуванні, неемоційна взаємодія, неадекватні позиції щодо дитини. У батьків

проявляється невпевненість у процесі виховання та несформованість чутливості по відношенню до дитини, іноді до повної відмови від такої дитини [26].

У зарубіжній літературі з питань психолого-педагогічного супроводу, у тому числі осіб із ДЦП, розглядаються стадії адаптації сім'ї до стресу. Так, Schuchardt E. у своїх роботах зазначає, що сім'я, яка має дитину з особливими проблемами у розвитку, переживає дві основні фази кризи [57]:

1. неприйняття факту порушення розвитку, що проявляється у вигляді шоку чи заперечення існування проблеми;
2. пристосування до розуміння того, що відбувається і його прийняття [171].

Такі автори як MillerL. (Міл ле р), RichmondJ. (Річмонд), у стані батьків дітей із ДЦП виділяють три стадії:

1. емоційна дезорганізація -у батьків спостерігаються афективно-шоківі реакції;
2. реінтеграція -можлива більш реалістична оцінка стресової ситуації батьками;
3. зріла адаптація – обоє батьків адекватно оцінюють ситуацію [15].

Дослідження Venesh F., Taylor H.S. вказують на те, що батьки іноді сильніше, ніж матері відчувають свою неповноцінність перед суспільством через дефективність їхньої дитини. Дослідники у своїх роботах показали, що більшість батьків реагують на народження дитини з ДЦП швидше психологічною відмовою від неї [51].

Викликають інтерес результати дослідження, проведеного в Гарвардському університеті та спрямованого на виявлення характеристик ефективної сім'ї. У рамках двадцятирічної програми здійснювалася спроба виділити основні ознаки ефективної моделі домашнього виховання. У ході цього дослідження були представлені моделі поведінки ефективної матері яка, як правило має такі якості: спонукає дітей до самостійного дослідження

навколишнього світу, створює безпечне розвиваюче середовище, що стимулює когнітивний та фізичний розвиток дитини; виступає в ролі консультанта дитини, дотримується партнерських відносин з нею; зрозуміла для розуміння дитини, пояснює їй незнайомі явища, дає назви новому предмету чи дії; - хвалить за дослідження та відкриття, заохочує правильні дії, при невдачах співчуває дитині; допомагає їй пристосуватися до соціальних вимог; встановлює межі її безпечної діяльності [1].

Дослідження сімей, що брали участь у програмі, показали, що, незважаючи на зайнятість батьків та відсутність у них можливості приділяти дитині багато часу, подібна поведінка при взаємодії з дитиною віком від десяти місяців до двох років позитивно впливає на її когнітивний і емоційний розвиток. Такий збіг позитивних характеристик моделей поведінки, виявлене в дослідженнях в США.

В даний час психологи виділяють чотири варіанти матерів з різними стилями поведінки [45].

1. Оптимальний варіант - спокійна, врівноважена мама. Вона може служити своєрідним зразком материнства. Найважливішим є те, що вона дбає про дитину, допомагає їй впоратися з усіма проблемами, вона все знає про дитину та вчасно приходить їй на допомогу. Дитина росте в атмосфері доброзичливості та доброти.

2. Тип тривожної матері. Їй постійно здається, що дитині щось загрожує, навіть коли такої загрози немає; вона завжди напружена, постійно думає про майбутнє дитини. Ця постійна тривога негативно впливає на всю родину. Така мати переповнена гіпертрофованим почуттям відповідальності, фіксована на фізичному здоров'ю дитини на шкоду психічному, внаслідок чого, обмежує його контакти з навколишнім світом.

3. Тужлива мама. Цей тип дуже схожий на тривожний, але якщо тривожний мама постійно думає про дитину і про її майбутнє, то сумна мама постійно думає про своє майбутнє, а дитина сприймається як перешкода.

4. Впевнена, владна мати. Така мама вважає, що твердо знає, що дитина повинна робити, щоб стати тією, ким вона її хоче бачити. Вона ніколи не піде на компроміс, не вислухає, чого хоче дитина.

У ситуації появи в сім'ї дитини з ДЦП усі ці типи поведінки матерів виявляються ще яскравіше. Оптимальним є, звичайно ж, спокійний, врівноважений тип. Всі інші можуть негативно позначитися на розвитку дитини, розкриття її потенційних можливостей.

Сімейне консультування сімей, які виховують дітей із ДЦП, орієнтоване на людей, які зазнають труднощів у повсякденному житті.

Основними завданнями консультування є усвідомлення та вирішення проблем емоційного та міжособистісного характеру. Основний акцент робиться на аналізі взаємодії в сім'ї, способів вирішення конфліктів [59].

Таким чином, аналіз літератури показав, що дослідження сімей, які мають дітей з обмеженими можливостями присвячено порівняно небагато робіт. У зв'язку з цим проблема дослідження взаємодії особливої дитини є актуальною. Вивчено питання класифікації матерів, сімей дітей з обмеженими можливостями здоров'я та типів виховання.

Наведені дослідження підтверджують наявність психотравмуючої ситуації у сім'ї з дитиною з ДЦП.

### **1.3 Моделі психолого-педагогічного супроводу сімей**

Існує думка, що виховання батьків означає допомогу батькам у виконанні ними функцій вихователів своїх дітей. Дослідження проблем сім'ї та сімейного виховання показують, що батьки все більше потребують допомоги фахівців. Консультативна та інформаційна допомога потрібні не лише батькам дітей групи ризику або проблемним сім'ям, вони необхідні кожній сім'ї на певному етапі її розвитку через її внутрішні потреби та зростаючі вимоги суспільства до сім'ї як соціального інституту [35].

На етапі розвитку психолого-педагогічного супроводу у багатьох освітніх установах організовуються служби психолого-педагогічного та медико-соціального супроводу учнів. Особливо актуальною дана робота стає під час підготовки до школи. У типовому Положенні такої служби вказується склад, до якого входять фахівці різного профілю: педагогі-психологи, соціальні педагоги, вчителі-логопеди, вчителі-дефектологи, медичні працівники, звільнені класні вихователі та ін. Проте, також зазначається, що вирішення завдань психолого-педагогічного супроводу не може бути обмежено областю безпосередньої взаємодії психолога з дитиною, але вимагає також організації роботи з педагогами та батьками як учасниками навчально-виховного процесу.

Значення слова «супроводжувати» за тлумачним словником означає слідувати разом з ким-небудь, перебуваючи поруч, ведучи кудись або йдучи за кимось [57]. Справді, розглядаючи цілі та завдання психолого-педагогічного супроводу, видно, що діти та їхні батьки прямують по дорозі навчально-виховного процесу разом з педагогами та психологами. Термін «супровід» в психології - це комплексна технологія соціально-психологічної допомоги особистості [30].

У зарубіжній психології та педагогіці у практиці консультування дитячого розвитку виникла потреба звернення до батьків. Прихильники даного підходу -Д. Адорно, Дж. Боулбі, С. Холл, А. Фрейд, В. Шутц, Е. Еріксон, М. Ейнсворт та ін – підкреслюють важливість навчання батьків якісному догляду за дитиною, гуманному ставленню до дітей у ранньому віці, навичкам саморегуляції. Навчання батьків націлене на формування позитивних відносин із дитиною. Ідеологами даного напрямку видається «Журнал психоаналітичної педагогіки». У ньому висвітлюються питання батьківсько-дитячих відносин, діяльності самих батьків. А. Адлер одним із перших вказав на необхідність навчання батьків. Основним завданням при їх навчанні було встановлення демократичних відносин із дитиною. Відповідно,

основними поняттями такого підходу є слова «рівність», «співробітництво», «природні результати» [37].

Методи, способи та прийоми адлерівського навчання батьків були засновані на свідомій та цілеспрямованій поведінці. З цим пов'язані два основоположних принципи виховання: відмова від боротьби за владу та облік потреб дитини. Автор наголошував на необхідності навчити батьків поважати унікальність та недоторканність дітей від народження.

Крім роботи з батьками, А. Адлер наголошував на важливості паралельної роботи з дітьми, оскільки це єдина дорога до сталого успіху [37]. Однією з ідей А. Адлера, що викликає інтерес, є розгляд навчання батьків, не тільки з позиції розвитку сім'ї, але з погляду суспільства – як результат дії на його стан.

Підхід А. Адлера продовжив його послідовник Р. Дрейкус, котрий вбачав мету освіти батьків у тому, щоб батьки освоїли різні типи взаємодії, засновані на принципах рівності між дорослими та дітьми. У процесі навчання між батьками відбувається обмін досвідом, обговорення проблемних питань, а також кожен має можливість отримати підтримку та схвалення групи. Р. Дрейкус вважав, що основним завданням фахівця, який навчає батьків є не стільки читання лекцій, скільки вміла організація дискусій [64]. Навчання батьків, за підходами А. Адлера та Р. Дрейкуса, має основну мету не лише в особистісному розвитку дитини, що є довгоочікуваним результатом, а й зміни у батьків під час освітнього процесу.

Засновником моделі групової терапії є Х. Джінотт. У її основі – концепція гуманізації виховання крізь призму ідеї розвитку емоційної сфери батьків. Його навчання будується на «трьох китах» роботи психолога з сім'єю, яка відчуває труднощі у вихованні дітей: навчання, психологічне консультування та власне психотерапія. Основними методами навчання батьків є: групова дискусія, рольові ігри, робота в підгрупах.

Навчання спрямоване переважно на внесення більшої об'єктивності у взаємини батьків із дітьми. Групові методи роботи показані батькам, чії установки та цінності надто спотворені і не дозволяють змінити стиль виховання.

Ідеї Х. Джинотта узгоджуються з положеннями програми Т. Гордона «Тренінг ефективності батьків». Теоретичне становище даної програми базується на психотерапії, центрованої на клієнті, розробленою К. Роджерсом. Основна ідея цього методу психотерапії полягає у здатності психотерапевта до позитивного та безоціночного прийняття свого клієнта. К. Роджерс ввів поняття «допомагаючих відносин», які важливо встановлювати батькам з дитиною. Введене поняття дозволяє бачити досвід людини з його погляду [65]. Автор підходу вважав, що поліпшення взаємовідносин відбувається за допомогою покращення прийняття іншої людини, а це у свою чергу можливе лише за допомогою покращення прийняття себе.

Модель чуттєвої комунікації ґрунтується на феноменологічній теорії особистості К. Роджерса. На думку А. Руденка, батьки часто вдаються до непродуктивних словесних реакцій (загрози, команди, моралі та ін), що зводить перешкоди на шляху до ефективного спілкування з дітьми [34]. Виходячи з цього, можна дійти невтішного висновку, що батькам бракує вміння слухати дитину. В цьому полягає основна концепція його програми «Тренінг ефективності батьків». На заняттях за програмою батьки набувають позитивного досвіду ведення бесід, збільшують впевненість у собі, набувають навичок активного слухання інших та самовираження. Це досягається шляхом згладжування відмінностей між «Я-ідеальний» і «Я-реальний» в уявленні дитини при певних психологічних умовах. Т. Гордон вважав, що батьки мають навчитися відрізняти проблеми батьків та дитини, навчити дитину самостійно вирішувати проблеми та усвідомлювати відповідальність у прийнятті рішень.

Проводячи аналіз навчальних програм для батьків не можна обійти внесок біхевіористського напрямку у вихованні дітей. Послідовники цього напрямку приділяють велику увагу різноманітності методів покарання та заохочення, вважаючи, що їхня різноманітність веде до ефективності процесу виховання загалом. Незважаючи на наявну різноманітність системи заохочень та покарань, біхевіористи приділяють велику увагу процесу імітації. А Бандура зазначає, що нову поведінку діти набувають за допомогою наслідування, тому однієї системи похвали та покарання недостатньо.

У зв'язку з методами імітації, заохочення та покарання необхідно розглянути також ідеї про операціоналізацію поведінки. Так зване оперантне навчання як засіб виховання розкриває метод спроб і помилок. У рамках оперантного навчання, що складає навчально-теоретичну модель Б.Ф. Скінера, поведінковий акт формується за допомогою підкріплення чи його відсутності під час вибору реакції з безлічі можливих варіантів. Батьків навчають розбиратися в реакціях дитини та формувати їх подразники.

На відміну від підходів А. Адлера та Р. Дрейкуса, у біхевіористському напрямі вчені Р. Дж. Валер, Дж. Х. Вінкель, Д.-С. Моррісон, Р.-Ф. Петерсон та ін. робили основний акцент на навчання батьків технікам модифікації поведінки дитини. Психологи Є. Стейнер, М. Джеймс, Д. Джонгвард застосовували у роботі модель транзактного аналізу. Суть її у тому, щоб дати батькам розуміння, що означає бути дитиною певного віку, а також відчувати внутрішньо «тиск та напругу» у спілкуванні зі своїми дітьми.

Основне завдання навчання батьків, згідно з цією моделлю, — навчити членів сім'ї взаємних компромісів. Для цього вони мають навчитися визначати характер потреб дитини та встановлювати з нею адекватні взаємини. Суть зміни поведінки дитини лежить у зміні дитячо-батьківських відносин [6].

В основі вітчизняних навчальних програм навчання батьків положення гуманістичної психології, зокрема ідеї М. Мушкевич про діалогічну природу людського спілкування. Діалог є визначальним компонентом в організації особистісно-розвиваючої стратегії впливу. Діалог створює оптимальний психологічний режим для взаємовідносин та забезпечує можливість для особистісного розвитку [27]. І. Пригородова розробила програму семінару для батьків, завданням якої є розширення знань про психологію сімейних відносин, психологію виховання [30]. А. Руденок запропонувала навчальний тренінг взаємодії батьків із дітьми. В основі тренінгу: ідея співпраці дитини та дорослої. Метою роботи є: встановити партнерські відносини між батьками та дитиною [34]. Деякі науковці підкреслюють, що перевага даної програми полягає в наявності трьох блоків: діагностичного, інформаційного та розвиваючого. У ході діагностичного блоку проводиться первісна психодіагностика взаємин батьків та дитини перед проведенням тренінгу, і навіть наступна діагностика під час занять. Інформаційний блок містить безпосередньо ті знання, які прагне донести ведучий для учасників. Розвиваючий компонент полягає в формуванні та закріпленні ефективних навичок взаємодії батьків з дітьми, а також у можливості активного самопізнання та пізнання дитини [37].

У сучасній практичній психології існує кілька методологічних підходів до визначення сутності психологічного супроводу. У кожному з них супровід трактується як вся система професійної діяльності психолога; загальний метод роботи психолога; один з напрямків та технологія професійної діяльності психолога [42]. Однак, говорячи про супровід, усі автори розробляють власний методологічний підхід у вивченні цього питання, представляючи у вигляді моделі. В даний час розроблені різні моделі психолого-педагогічної допомоги сім'ї, які можуть бути використані фахівцями у галузі педагогіки та психології.

Дослідники у своїх роботах звертають увагу на такі моделі психолого-педагогічної допомоги сім'ї: педагогічну, діагностичну, соціальну, медичну, психологічну (психотерапевтичну) [41,48]. Педагогічна модель супроводу ґрунтується на некомпетентності батьків у організації виховного процесу з дитиною. Вплив спеціаліста спрямовано на підвищення психолого-педагогічної культури батьків, активне включення в процес соціального виховання дитини. Модель має переважно профілактичний характер. Зокрема, перераховують основні форми роботи за цією моделлю: освоєння та закріплення теоретичних знань, дискусія та практикуми [45].

У випадках, коли сімейні труднощі є результатом несприятливих зовнішніх умов застосовується соціальна модель.

Психологічна (психотерапевтична) модель використовується для вирішення проблем, причинами яких є труднощі дитини у сфері спілкування, особистісні особливості членів сім'ї. В її основі - аналіз сімейної ситуації, психодіагностика особистості та діагностика сім'ї.

Діагностична модель використовується для виявлення дефіциту спеціальних знань про дитину чи сім'ю у батьків.

Медична модель припускає, що можливими причинами сімейних труднощів є хвороби. У такому разі завданням психотерапії є лікування хворих та адаптація здорових членів сім'ї до хворих. Психолог може варіювати моделі допомоги сім'ї залежно від характеру причин, що лежать в основі проблеми дитячо-батьківських та подружніх відносин.

Останнім часом практики звертають увагу на дві основні моделі психологічної роботи із сім'єю: модель підтримки та модель супроводу. Зіставляючи їх, ми припускаємо, що по суті, вони ідентичні та доповнюють одна одну. Їх необхідно розглядати як взаємопов'язані моделі психологічної служби, тому що їх цілі визначені єдиними законами розвитку психіки людини. Їхня схожість полягає в кінцевому результаті: і та, і інша моделі очікують повноцінного психічного розвитку та успішності виховно-

освітнього процесу в установі та сім'ї. Крім подібності, не можна не відзначити важливу відмінність, сконцентровану в області способів та засобів застосування. Модель підтримки досягає мети за рахунок роботи з неблагополуччям, що відбулося, а модель супроводу – за рахунок створення умов, що запобігають появі проблем [45].

Розглянемо ще кілька моделей психолого-педагогічного супроводу, які розглядаються в рамках гуманістичного та особистісно-орієнтованого підходів. В теорії супроводу ми знаходимо, що носієм проблеми постає як сама дитина, так і її найближче оточення: педагоги, вихователі, батьки. Процес супроводу має ґрунтуватися на наступних принципах: рекомендаційний характер консультацій; пріоритет інтересів супроводжуваного; безперервність процесу супроводу; мультидисциплінарний характер супроводу; прагнення автономізації [48].

Методологічний аналіз термінів супровід дозволяє стверджувати, що це особлива форма пролонгованої медико-валеологічної, соціальної, психологічної, педагогічної допомоги. Результатом діяльності є нова якість – адаптивність, тобто. здатність самостійно досягати врівноважених відносин із собою та оточуючими у різних ситуаціях [32].

Спираючись на вищевикладені дослідження нами було уточнено поняття психолого-педагогічного супроводу сімей дітей дошкільного віку із ДЦП як процес надання психолого-педагогічної допомоги з метою формування оптимального рівня соціально-психологічної адаптованості сім'ї загалом.

В рамках даного дослідження, поняття соціально-психологічна адаптація трактується як комплексне поняття, що означає процес взаємодії особистості з суспільством, що призводить до досягнення оптимального співвідношення цінностей та норм особистості та суспільства.

Таким чином, спираючись на вищевикладений науковий аналіз досліджень, ми визначили психолого-педагогічний супровід сім'ї дитини

дошкільного віку з ДЦП – як процес професійної діяльності спеціалістів, спрямований на створення психолого-педагогічних умов з одного боку для оптимізації процесів навчання та розвитку дитини з ДЦП, з іншого – для підвищення рівня соціально-психологічної адаптованості сім'ї, що має дитину з ДЦП.

### **Висновки до розділу**

Термін «особливі потреби розвитку» найбільш повно відображає характер порушень опорно-рухового апарату дітей. Термін підкреслює, що діти мають труднощі на всіх етапах онтогенезу в придбанні необхідних знань, умінь та навичок. Основною причиною порушень опорно-рухового апарату дітей є органічне ураження рухової сфери від народження. Порушення моторних функцій, зниження «ступеня мобільності», «нормістські» погляди суспільства на осіб з фізичними «недугами» несприятливо позначаються на психологічному стані сім'ї дитини з ДЦП, що тягне за собою формування дезадаптації та самоізоляції особистості дитини та її батьків. Дискримінаційні погляди суспільства позначаються на особистісному потенціалі батьків, і виникає ефект суспільної стигматизації батьків.

У період дошкільної освіти психолого-педагогічний супровід набуває особливої актуальності. Це пов'язано, перш за все, з тим, що сім'ї перебувають у процесі адаптації до освітнього середовища, до нової соціальної ролі та дій. Координаційно-рухові порушення можуть бути скориговані або компенсовані із застосуванням менших зусиль, у тому числі, не вдаючись до оперативного втручання. Часто дошкільний навчальний заклад є першим кроком інтеграції сімей з дітьми з ДЦП у суспільство, що, відповідно, тягне за собою за собою необхідність виявляти адаптаційні механізми всіх учасників освітнього процесу.

Батьки у відносинах із дітьми з ДЦП займають позицію «опікуючого батька», що перешкоджає розвитку особистісного потенціалу самих батьків,

ускладнює саморегуляційні процеси та негативно позначається на психофізичному розвитку дітей.

Щодо організації психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП всі загальні позиції, на яких базується модель супроводу залишаються незмінними. Основним принципом, що визначає напрямок супроводу у разі особливих сімей, є принцип врахування індивідуальних особливостей сім'ї та дитини.

Аналіз існуючих моделей психолого-педагогічного супроводу дозволив виявити найефективніший метод моделювання для вирішення проблеми даного дослідження – структурно-функціональний. Незважаючи на позитивні результати застосування наведених вище моделей психолого-педагогічного супроводу та допомоги сім'ям дітей дошкільного віку з ДЦП, було виявлено, що автори не враховували у своїй роботі залежність соціально-психологічної адаптованості сім'ї загалом від ступеня мобільності дитини із ДЦП. У структурно-функціональній моделі, крім педагогічної та психологічної складових процесу супроводу, є адаптивний блок, спрямований на формування рухових навичок, зокрема і навичок самообслуговування дітей із ДЦП.

Розгляд соціально-психологічної адаптованості сім'ї з дитиною дошкільного віку з ДЦП із різних сторін, дозволив виявити такі елементи цього поняття: тип дитячо-батьківських стосунків, компоненти особистісного потенціалу батьків (мотиваційний, емоційний та поведінковий), ступінь сформованості рухових навичок дітей із ДЦП. Вивчення теоретичних та методологічних складових проблеми дослідження визначило, що найбільш підходящий методологічний підхід у вивченні психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП є саме системним.

## РОЗДІЛ 2

### ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНОГО СУПРОВОДУ СІМЕЙ, ЩО МАЮТЬ ДІТЕЙ З ПОРУШЕННЯМИ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ

#### 2.1 Організація та проведення емпіричного дослідження

У дослідженні взяли участь 22 батьків та 22 дитини дошкільного віку із ДЦП. Учасники були поділені на групи: контрольна група – 6 батьків та 6 дітей, експериментальна група – 6 батьків та 6 дітей. Порівнювані групи були ідентичні за своїми індивідуально-психологічними особливостями.

Діти обох груп відвідували дитячі садки. У рамках дитячого садка діти відвідували групові заняття з музичним керівником, вихователем та інструктором з фізичної культури. Окрім дитячого садка, діти відвідували додаткові заняття у спеціалістів: з лікувальної фізичної культури, логопедом.

Необхідно відзначити, що, незважаючи на різноманітність занять для дітей у обох групах, психолого-педагогічного супроводу батьків не здійснювалося в жодній із установ. Таким чином, фахівці здійснювали лише освітню діяльність безпосередньо з дитиною.

Батьки виступали у ролі «провідника». Проте при виникненні питань батьки могли звернутися до фахівців за консультацією, але дана форма роботи мала непостійний, «стихійний» характер.

З урахуванням поставленої мети та завдань було підібрано такі діагностичні методики.

1. Адаптований опитувальник «Діагностика реалізації потреб у саморозвитку». Діагностує мотиваційний компонент особистісного потенціалу батьків дітей із ДЦП.

2. «Тест життєстійкості» С. Мадді. Діагностує залучення, контроль, прийняття ризику, що становить поведінковий компонент особистісного потенціалу батьків.

3. Експрес-діагностика стану стресу К. Шрайнер – виявлення емоційного компонента особистісного потенціалу батьків.

4. Адаптована методика «Адаптивні стратегії поведінки». Діагностує стратегії поведінки, які виявляє людина у проблемних ситуаціях; становить поведінковий компонент особистісного потенціалу батьків.

5. Тест-опитувальник батьківського відношення А.Я. Варги та В.В. Століна. Діагностує дитячо-батьківські стосунки. Опитувальник поділено на п'ять шкал, які виявляють психологічну дистанцію в діаді «батько-дитина», тип виховання.

В ході дослідження відбувся моніторинг формування рухових навичок, який розділений на сім груп показників та відображає рівень рухової мобільності дитини. Також ми користувалися картою оцінки навичок самообслуговування (десять показників, що діагностують рівень сформованості необхідних навичок самообслуговування (гігієна, прийом їжі, одягання). Норми перерахованих психодіагностичних методик представлені у Додатку А.

В результаті обстеження сім'ї за допомогою представленого діагностичного інструментарію виявляється тип дитячо-батьківських відносин, компоненти особистісного потенціалу батьків та навички дітей з ДЦП.

У дослідженні визначення ефективності структурно-функціональної моделі психолого-педагогічного супроводу сімей, які виховують дітей дошкільного віку з ДЦП структура особистісного потенціалу батьків розглянуто з погляду трьох компонентів: мотиваційний, емоційний та поведінковий. Розглянемо кожен аспект докладніше.

Мотиваційний компонент відображений у прагненні батьків дітей з ДЦП успішно досягати поставленої мети, уникати невдачі, а також у розумінні потреби у саморозвитку.

Розглядаючи рівні самореалізації особистості, видно, що в процесі виховання та навчання дітей з ДЦП, їх батьки також мають певний рівень самореалізації. Діагностика цих рівнів сприятиме розкриттю психології особистості батьків дитини з ДЦП.

У структурно-функціональній моделі психолого-педагогічного супроводу сімей мотиваційний компонент діагностується у вигляді опитувальника «Діагностика реалізації потреб у саморозвитку». Характеристика результатів коливається від стадії саморозвитку, що зупинився, на якій на даний момент знаходиться досліджуваний, до стадії активної реалізації своїх потреб у саморозвитку. Отже, потреба у саморозвитку відображає постійну роботу над собою.

Емоційний компонент відповідає усвідомленню проявів емоційного комфорту та ознак напруги, емоційної рухливості. Діагностика емоційного компонента за допомогою експрес-діагностики стану стресу К. Шрайнер дозволяє визначити психоемоційний стан батьків, а також наявність здатності впоратися зі стресовою ситуацією.

Необхідність дослідження стану стресу в батьків дітей із ДЦП підтверджується словами П. Фресса, який запропонував «вживати цей термін стосовно ситуацій, у яких можуть виникнути порушення адаптації». Результат представлений у 3 варіантах: добре справляється зі стресовими ситуаціями, не завжди правильно вибирає спосіб вирішення проблеми, і третій варіант – втрачає самоконтроль, перебуває в стані перевтоми та виснаження.

Завершальним компонентом вивчення особистісного потенціалу батьків дітей із ДЦП є поведінковий. Компонент характеризує активну чи

пасивну позицію у питаннях виховання та навчання дитини з ДЦП, а також прояв особистісної активності у зміні себе та навколишнього середовища.

Діагностичний інструментарій виявлення поведінкового компонента у представленій моделі – «Тест життєстійкості» С. Мадді, тест «Адаптивні стратегії поведінки». Тест визначає загальний рівень життєстійкості людини загалом, і навіть її компонентів: залученості, контролю, прийняття ризику. При високому рівні життєстійкості стреси сприймаються людиною як менш значущі, відповідно виникає перешкода внутрішньому напруженню в стресових ситуаціях. Одним із компонентів життєстійкості є залученість. Вона визначається як переконаність у тому, що занурення в те, що відбувається максимально наближає до отримання щось вартісне і цікавого для особи. Насолода від своєї діяльності відображається лише на рівні розвитку залученості. У той же час, відсутність задоволення від діяльності сприяє розвитку відчуттів, що це «те, що відбувається проходить повз» даної людини, з'являється почуття відкинутості. Компонент життєстійкості - контроль - визначається як переконаність у тому, що людина здатна вплинути на результат. Протилежність контролю – відчуття безпорадності.

Останній компонент життєстійкості - прийняття ризику. Він визначається як розуміння людиною того, що все, що відбувається, несе за собою досвід (як позитивний, так і негативний), з якого можна отримати нове знання, а отже, розвиток.

Вищевказані компоненти життєстійкості розвиваються у дитинстві та підлітковому віці, хоча, на думку С. Мадді, можуть бути розвинені та пізніше. Автор тесту вказує на важливість виразності рівня життєстійкості та всіх її компонентів для працездатності та активної позиції у стресогенних умовах.

Тест «Адаптивні стратегії поведінки» спрямовано на виявлення стратегії поведінки у проблемних ситуаціях соціальної взаємодії. У тесті пропонується вибрати найбільш і найменш прийнятні стратегії поведінки у 20 різних ситуаціях. З обраних переваг чи, навпаки, неприпустимих

поведінкових реакцій визначаються адаптивні можливості особистості. Ця методика базується на трьох підставах, суттєвих для взаємодії особистості та соціального оточення:

-спрямованість змін, що відбуваються на навколишнє середовище або на самого себе;

-контактність - уникнення;

-активність - пасивність індивіда.

У методиці представлені 8 різних способів поведінки:

1.активна зміна середовища;

2.активна зміна себе;

3.догляд із середовища та пошук нової;

4. вихід з контакту з середовищем і занурення у внутрішній світ;

5.пасивна репрезентація себе;

6.пасивне підпорядкування умовам середовища;

7. пасивне вичікування зовнішніх змін;

8. пасивне вичікування внутрішніх змін.

Незважаючи на різноманіття, автор методики стверджує, що індивід найчастіше обмежений у виборі стратегій та використовує лише кілька із них. Для виявлення стратегій поведінки батьків, отже, і поведінкового компонента особистісного потенціалу, у межах цього дослідження враховувалися стратегії, які переважають у кожного батька.

Розглядаючи когнітивну складову особистісного потенціалу батьків дітей з ДЦП, зазначимо, що до неї включені знання про себе, свої потреби, можливості, про взаємини з навколишнім світом, що дозволяють успішно долати стресогені та психотравмуючі ситуації.

У рамках дослідження когнітивний компонент окремо не виявлявся, а лише як той, що входить до складу інших. Так, діагностика мотиваційного компонента дозволяє визначити потреби батьків дітей з ДЦП, дослідження емоційного компонента визначає розуміння про емоційний комфорт батька, а

діагностика поведінкового компонента виявляє загальний рівень життєстійкості батька, його ступінь залучення, прийняття ризику і контролю в умовах формується, що формується стихійно.

Таким чином, відбувалася діагностика особистісного потенціалу батьків як складової рівня соціально-психологічної адаптованості сім'ї. Компоненти особистісного потенціалу батьків дітей із ДЦП, діагностичний інструментарій наведено у таблиці 2.2.3.1.

Батьківське ставлення розуміється як система різноманітних почуттів по відношенню до дитини, поведінкових стереотипів, які практикуються у спілкуванні з нею, особливостей сприйняття та розуміння характеру особистості дитини, її вчинків. Вивчення дитячо-батьківських відносин у рамках аналізованої моделі відбувається за допомогою тесту А.Я. Варги та В.В. Століна.

Діагностика особистісного потенціалу батьків дітей із ДЦП. Результати інтерпретуються за такими шкалами: «Прийняття-відкидання», «Кооперація», «Симбіоз», «Авторитарна гіперсоціалізація», «Маленький невдаха».

Шкала «Прийняття-відкидання» відображає позитивні або негативні почуття батька щодо дитини. Шкала «Кооперація» показує вияв чи відсутність інтересу до дій дитини. Встановлення психологічної дистанції між дитиною та батьком відображено у шкалі «Симбіоз». Для цих трьох шкал найоптимальнішим результатом буде отримання найвищих балів.

«Авторитарна гіперсоціалізація» відображає виразність контролю з боку батька у процесі виховання дитини. Відповідно, зайве кількість контролю сприятиме розвитку стресової ситуації в процесі його розвитку. Середні бали за цією шкалою будуть найбільш оптимальними, оскільки вони визначають не надто жорстке і водночас, не надто м'яке виховання дитини, дозволяючи тим самим розвивати в особистості дитини самостійність та відповідальність за прийняті рішення та дії.

Остання шкала «Маленький невдаха» показує наявність віри в сили дитини з боку батька, прояв зацікавленості в його інтересах та захопленнях.

Щодо «особливого» батьківства, на наш погляд, така інтерпретація не може вважатися адекватною. Усвідомлення невдач, їх аналіз, навпаки, сприяє формуванню відповідальнішої особистості. Своєрідне «пособництво» у цьому питанні з боку батьків може згубно позначитися на формуванні самостійності та відповідальності дитини.

Соціально-психологічна адаптованість дитини дошкільної віку з рухово-координаційними порушеннями безпосередньо залежить від її рухового розвитку та сформованості навичок самообслуговування. Ці навички дозволяють дитині задовольняти свої потреби, зокрема потребу у русі.

Розроблений нами моніторинг формування рухових навичок дає оцінку по семи групам показників розвитку опорно-рухового апарату: наявність рефлексів, повзання, руху у верхніх та нижніх кінцівках, сидіння, ходьба, пересування у просторі. У кожній групі до 8 показників-вправ, побудованих в онтогенетичній послідовності. Цей моніторинг дозволяє визначити не лише «зону актуального розвитку», а й «зону найближчого розвитку». Це відіграє важливу роль у процесі побудови занять з адаптивної фізичної культури.

Для оцінки навичок самообслуговування дітей із ДЦП використовується розроблена нами картка. У цю карту занесено навички з різних сфер самообслуговування: навички прийому їжі, гігієнічні навички, навички одягання. Оцінювання ведеться за фактом наявності або відсутності цієї навички у дитини.

Особливий інтерес оцінки навичок самообслуговування у дітей викликає порівняльний аналіз оцінки, проведеної батьками та фахівцем. Батьки в даному випадку часто перебільшують навички дитини, бажаючи ідеалізувати ситуацію.

Рівень соціально-психологічної адаптованості сім'ї виходить у в результаті суми балів усіх складових. Усі перелічені вище діагностичні методики в інтерпретації результатів мають низькі, середні та високі бали. Зіставивши дані бали з результатами, які вони відображають, нами було виявлено оптимальну композицію балів для кожного рівня соціально-психологічної адаптованості. Для зручності підрахунку, результати методик були переведені до балів від 0 до 2. Після перекладу балів психолого-діагностичних методик від 0 до 2, виробляється їх додавання за такою формулою: де УСПАС – рівень соціально-психологічної адаптованості сім'ї

В результаті обчислень ми отримуємо низький, середній або високий рівень соціально-психологічної адаптованості, що відбиває стан усіх компонентів психолого-педагогічного супроводу. Інтерпретація результатів подана у табл.2.1

Таблиця 2.1 – Інтерпретація рівнів соціально-психологічної адаптованості сім'ї

Рівень соціально-психологічної адаптації сім'ї	Інтерпретація
Високий 21-26	Оптимальність дитячо-батьківських відносин. Прояв великої кількості реакцій прийняття дитини, прояв щирого інтересу до діяльності дитини, адекватне оцінювання його успіхів та невдач, наявність оптимального стилю виховання. Компоненти особистісного потенціалу добре розвинені. Батьки відчують стійку потребу в саморозвитку, висока мотивація на ефективну взаємодію з дитиною, формування здатності долати стресові ситуації, прояв адекватних стратегій поведінки.
Середній 11-20	Батьки у більшою мірою виявляють інтерес, але можливе завищення успіхів дитини, прояв гіперопіки або, навпаки, гіпоопіки у поєднанні із завищеним суворим стилем виховання. Особистісний потенціал батьків виражений слабким проявом мотивації до саморозвитку, недостатньою компетентністю батьків

	у питаннях розвитку дитини, підбір стратегій поведінки, спрямованих переважно на адаптацію. Формування навичок самообслуговування та рухових навичок у дітей з ДЦП відбувається із невираженою затримкою.
Низький 0-10	Батьки перебувають у ситуації, що зупинився саморозвитку. Мотиваційний компонент не виражений. Виявляється некомпетентність у питаннях навчання та виховання дитини. Батьки обирають дезадаптивні стратегії поведінки. Виражений рівень тривожності та страху. Психоемоційна перевтома та виснаження батьків. Виражена затримка формування рухових навичок та навичок самообслуговування у дітей.

## 2.2 Аналіз та інтерпретація результатів емпіричного дослідження

Актуальність психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП як наукової категорії та базисної основи процесу виховання та навчання дітей визначається двома обставинами. По-перше, теоретичної та практичної потреби у науково-обґрунтованому представленні структурно-функціональної моделі психолого-педагогічного супроводу сімей з дітьми дошкільного віку з ДЦП, а також практичної апробації технології супроводу сімей. По-друге, потребою в широкому впровадженні технології супроводу сімей як чинника ефективного процесу виховання особистості батьків, що сприяє досягненню соціально-психологічної адаптованості сім'ї.

У ході експериментального дослідження вирішувалися такі завдання:

1. Дослідити динаміку компонентів особистісного потенціалу батьків (мотиваційний, поведінковий, емоційний), дитячо-батьківських стосунків та рухових навичок дітей.

2. Порівняння динаміки результатів контрольної та експериментальної груп. Аналіз кореляційних зв'язків між s компонентами особистісного

потенціалу батьків та дитячо-батьківськими стосунками; між компонентами особистісного потенціалу та навичками дітей. Виявлення факторів та спрямованості кореляційних зв'язків між компонентами особистісного потенціалу, навичками дітей та дитячо-батьківськими відносинами.

Для вирішення першого завдання, поставленого нами в ході емпіричного дослідження, необхідно було провести аналіз та відбір психолого-діагностичного інструментарію, який би відображав вплив технології на формування соціально-психологічної адаптованості сімей. На наш погляд, соціально-психологічна адаптованість сім'ї – це багатокомпонентний феномен. Отже, його слід розглядати дедуктивним методом, розчленовуючи цілісне поняття на безліч його складових.

У ході дослідження, нами були виділені складові соціально-психологічної адаптованості сім'ї: дитячо-батьківські відносини, особистісний потенціал батьків, розвиток рухових навичок дитини та її навички самообслуговування. Для їх якісного та кількісного аналізу були підібрано психолого-діагностичні методики.

У рамках теоретичного дослідження було уточнено структурно-функціональну модель психолого-педагогічного супроводу сім'ї, технологію супроводу сім'ї та комплекс психодіагностичних методик з метою оцінки її ефективності.

Спочатку діагностувалися дитячо-батьківські стосунки за допомогою адаптованої методики «Опитувальник батьківського відношення» А.Я. Варги та В.В. Століна. Батьки обох груп виявляли негативні почуття щодо своєї дитини. Жоден з батьків не виявив прийняття дитини з ДЦП. Тим не менш, батьки виявляли до дитини інтерес. За шкалою «Симбіоз» була виявлена психологічна дистанція, що, швидше за все, підтверджує певне відкидання дитини. Батьки добре комбінують авторитарний стиль поведінки з дитиною та більш м'який.

Щодо успішності дитини, батьки часто завищували її успіхи та вважали невдачі випадковими. На наш погляд, така позиція до результатів діяльності дитини не може бути адекватною, тому що навіть з негативного результату дитина повинна вміти робити висновок. Аналіз діяльності є одним із важливих питань виховання особистості. Тому цей результат, швидше за все, говорить про завищену думку батьків про свою дитину, викликану потребою видавати бажане за дійсне.

Особистісний потенціал батьків оцінювався за такими компонентами: емоційний, мотиваційний та поведінковий. Результати виявили, що батьки обох груп перебувають у стадії саморозвитку, що зупинився. Швидше всього, це пов'язано з тим, що батьки вже кілька років перебувають у ситуації вимушеного супроводу своєї дитини. Ця ситуація згубно позначається на саморозвитку батьків, оскільки розвиток дитини виходить на перший план і займає більшу частину часу. Крім глибокого занурення у процес розвитку дитини, з її народженням змінюється коло спілкування батьків. В основному, батьки намагаються спілкуватися з тими, хто має ті ж проблеми у вихованні та навчанні дітей або ж безпосередньо працює з дітьми із ДЦП. Цим батьки намагаються захистити себе від переживань, викликаних болісними порівняннями дітей з ДЦП з дітьми з нормативним розвитком. Можна зробити висновок, що в умовах рівного спілкування батьки дітей із ДЦП меншою мірою відчують громадську стигматизацію, спричинену нормістськими поглядами. Саме з цим пов'язано те, що при виборі стратегії поведінки у стресових ситуаціях вони часто роблять неправильний вибір, намагаючись подолати внутрішню напругу.

Результати адаптованого тесту «Адаптивні стратегії поведінки» виявили, що найбільша кількість респондентів з експериментальної групи 37% – вибирають дезадаптивну реакцію у вигляді уникнення контакту та занурення у собі, у контрольній групі – 38%. Однакова кількість батьків 10 % в обох групах вважають для себе найбільш прийнятною пасивну стратегію

репрезентації себе. Стратегії відходу зі стресового середовища та пасивного очікування зовнішніх або внутрішніх змін вибирають 21% і 19% в експериментальній групі та 23% та 17% у контрольній групі відповідно. Вибір безконфліктної поведінки здійснюють 12% і 13% респондентів у експериментальній та контрольній групі відповідно. Адаптивними стратегіями поведінки не користується жоден з обох груп.

Таким чином, батьки обох груп переважно вибирали такі стратегії поведінки, які можна охарактеризувати як дезадаптивні:

1. Уникнення контакту з середовищем і занурення у внутрішній світ;
2. Пасивне вичікування зовнішніх змін;
3. Догляд із середовища та пошук нової;
4. Пасивне підпорядкування умовам середовища.

На рисунку 2.1 видно, що батьки контрольної та експериментальної груп у дослідженні обирали ідентичні стратегії поведінки, які характеризуються пасивністю дій

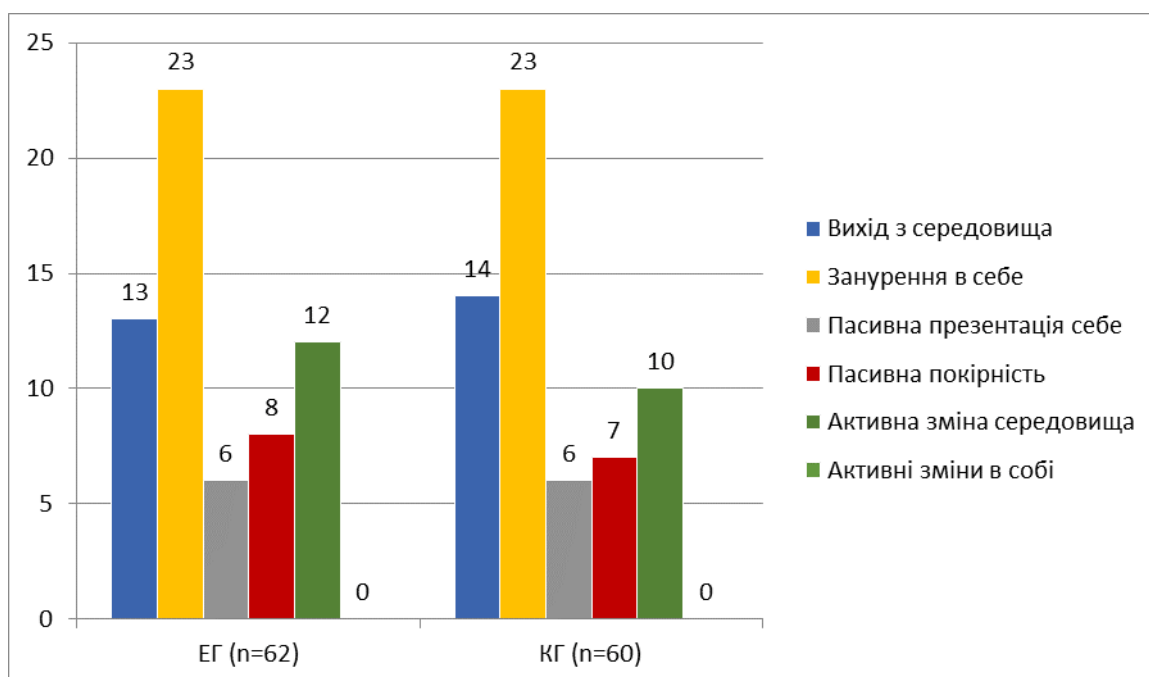


Рисунок 2.1 – Вибір стратегій поведінки батьками обох груп

Тест життєстійкості показав, що у батьків середні показники залучення, контролю та прийняття ризику. Рівень життєстійкості – низький та середній, що, безумовно, сприяє виникненню внутрішньої напруженості у стресових ситуаціях. При цьому застосування перерахованих вище стратегій поведінки у подібних ситуаціях вказує більше на процеси дезадаптації. Найчастіше батьки обох груп вважають найбільш оптимальними стратегії: пасивної репрезентації себе чи занурення у свій внутрішній світ, тобто відмова від контакту. На наш погляд, саме ці стратегії поведінки найбільшою мірою сприяють формуванню соціальної самоізоляції.

Експрес-діагностика стресових станів виявила, що всі батьки не завжди правильно реагують на стресові ситуації: 57% їх відчувають переважно та емоційне виснаження. Діти з обох груп проходили діагностику через моніторинг формування рухових навичок та оцінки навичок самообслуговування.

Особливі труднощі у дітей, через рухово-координаційні порушення, викликають рухи у верхніх та нижніх кінцівках, ходьба, пересування у просторі. Ці рухові показники є найбільш складними для дітей із вродженими порушеннями через відсутність у них рухового досвіду. Формування даних показників відбувається із затримкою у старшому віці, що супроводжується такими страхами, як наприклад, «страхом падіння». При цьому часте поєднання порушень рухового розвитку дітей з гіперопікою в сім'ї посилюють процес самопізнання дитиною навколишнього простору, придбання необхідних соціальних та побутових навичок. Люди, які його оточують, намагаються допомогти виконати всі рухові акти, тим самим заміняючи діяльність самої дитини.

У ході експериментального дослідження було виявлено, що навички самообслуговування не прищеплюються дітям. Це пов'язано з тим, що часто батьки вважають, що набагато швидше зробити за дитину деякі дії (вдягнути одяг, застібнути фурнітуру на одязі тощо), чим навчити її. Батьки

висловлювали думки, що результат після навчання не буде таким самим досконалим, як той факт, що вони самі все зроблять за дитину. Відповідно, дитина з ДЦП часто не навчається навичкам самообслуговування у домашніх умовах. А в освітній установі вона стає «неуспішною» через постійну увагу з боку однолітків та педагогів через відсутність тих чи інших умінь. Особливо гостро ця ситуація виглядає в системі інклюзивної освіти, де дитина має можливість (часто вперше) зіткнутися з думкою суспільства про «норму».

Таким чином, на було виявлено, що 58% сімей експериментальної групи та 48% сімей контрольної групи мають низький рівень соціально-психологічної адаптованості, представлено наявністю реакцій заперечення дитини в діаді «батько-дитина», станом психоемоційної перетоми та виснаження батьків, дезадаптивними стратегіями поведінки, низьким рівнем життєстійкості.

Середній рівень соціально-психологічної адаптованості був виявлений у 42% та 52% сімей з експериментальної та контрольної груп відповідно. Результати цих сімей визначають деструктивний тип дитячо-батьківських стосунків, середній рівень життєстійкості та мотивації до саморозвитку у батьків, вибір менш дезадаптивних стратегій поведінки.

Високий рівень соціально-психологічної адаптованості на не виявлено в жодній сім'ї (рис.2.2).

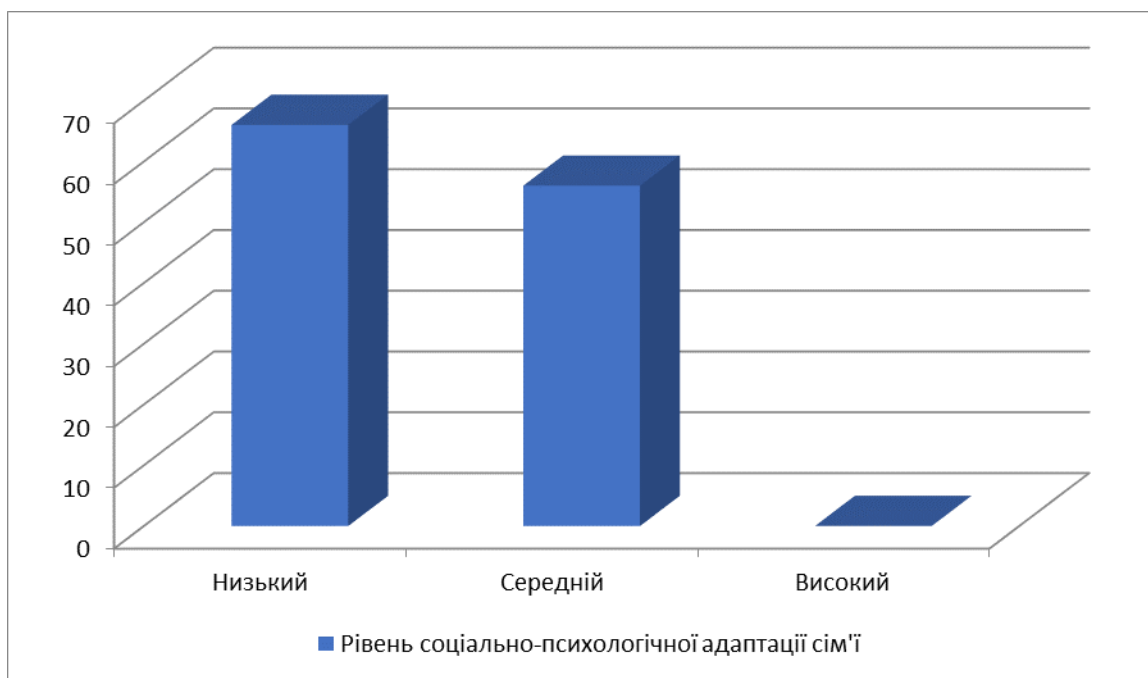


Рисунок 2.2 – Рівні соціально-психологічної адаптованості сімей обох груп

Отримані результати свідчать, що досягнення високого рівня соціально-психологічної адаптованості можливе в результаті реалізації технології супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку із ДЦП. Представлена у 1 розділі модель спрямована на формування соціально-психологічної адаптованості сім'ї, шляхом вдосконалення її компонентів: оптимізації дитячо-батьківських стосунків, розвитку особистісного потенціалу батьків та ефективного формування рухових навичок дітей дошкільного віку із ДЦП.

Проведемо аналіз отриманих рівнів за результатами психодіагностичних методик.

З рис.2.3 видно, що батьки обох груп мають низький рівень за шкалою «Прийняття/відкидання». Це говорить про те, що батьки не приймають свою дитину такою, якою вона є. Так само низький рівень у більшості батьків за шкалами «Авторитарна гіперсоціалізація» та «Маленький невдаха», що свідчить про неадекватний контроль за діями дитини з ДЦП та спробах її інфантилізувати.

За шкалами «Сімбіоз» та «Кооперація» більшість батьків показала середній рівень. Це говорить про те, що існує дистанція між батьками і дитиною з ДЦП, а це свідчить про те, що та батькам необхідно більше проявляти інтерес до діяльності своїх дітей (див. рис. 2.3).

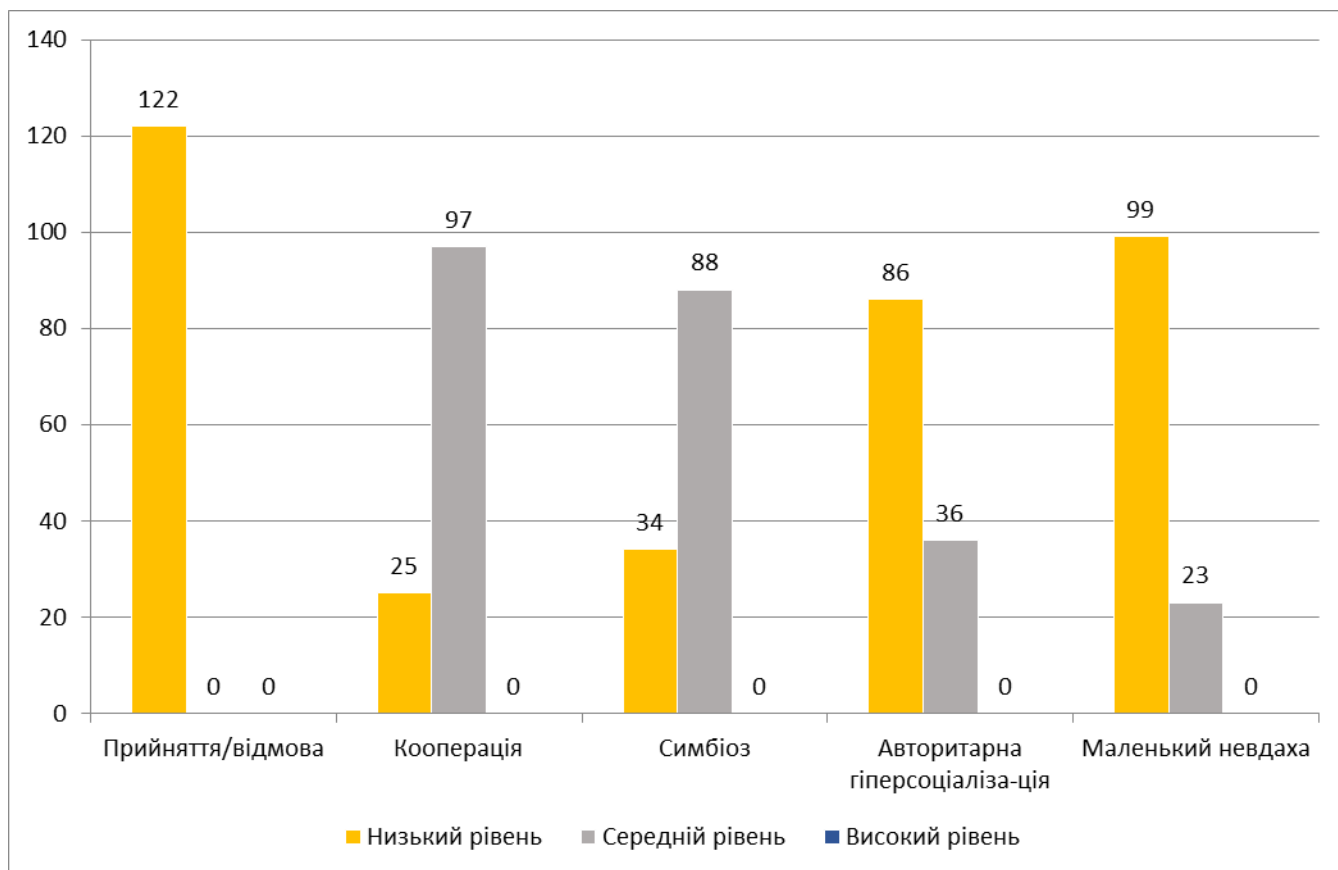


Рисунок 2.3 - Рівні виразності дитячо-батьківських відносин в обох групах

Аналіз особистісного потенціалу батьків обох груп виявив низький рівень розвитку мотиваційного компонента, середній рівень показників поведінкового компонента та переважно низький рівень емоційного компонента (рис.2.4). При цьому слід зазначити, що лише декілька батьків обирають адаптивні стратегії поведінки.

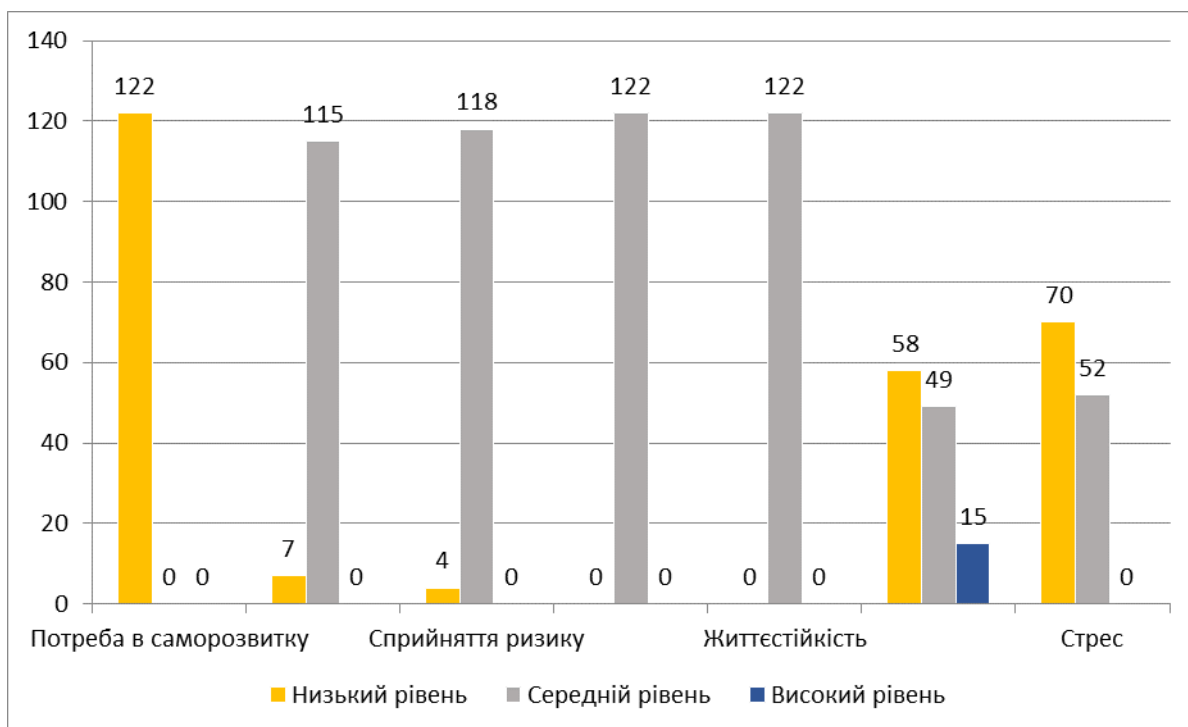
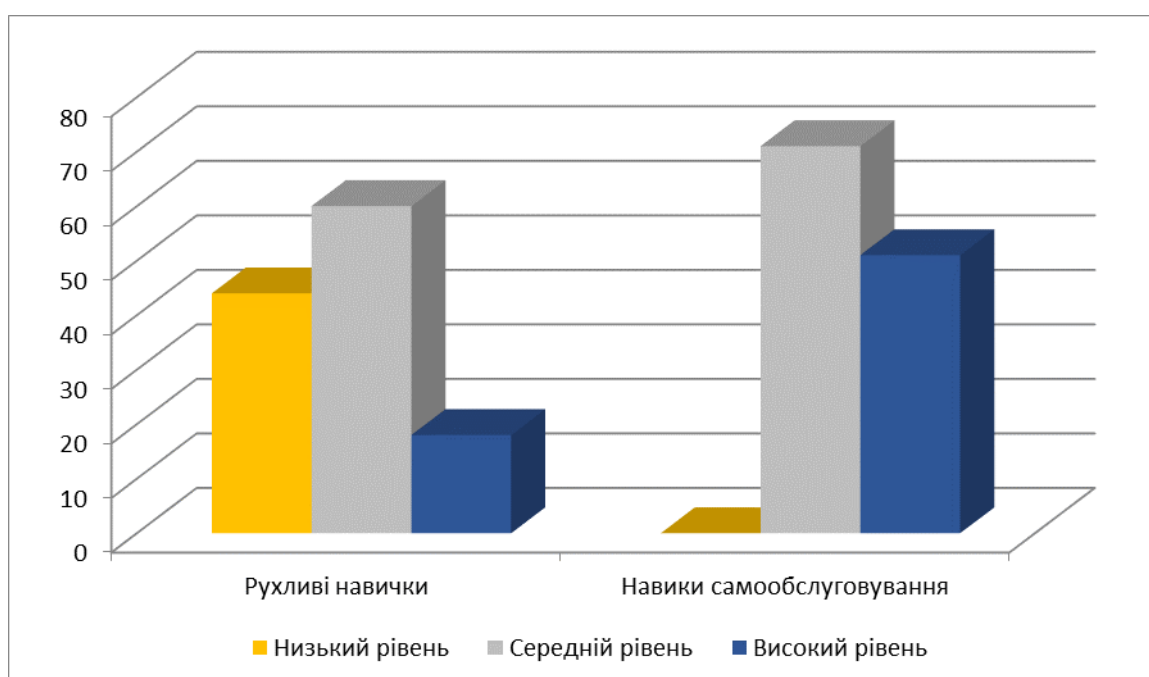


Рисунок 2.4 – Рівні вираженості компонентів особистісного потенціалу батьків обох груп

Рівень сформованості навичок у дітей із ДЦП був переважно середнім, це підтверджує, що у дослідженні взяли участь діти з легким та середнім ступенем ДЦП (рис. 2.5). Високий рівень освоєння рухових навичок показали 8 осіб, навичок самообслуговування – 1 особа.



### Рисунок 2.5 – Рівні виразності навичок дітей обох груп

Виходячи з того, що аналіз результатів показав відсутність нормальності розподілу та гомогенності вибірок для подальшої роботи оптимальними виявляються непараметричні методи статистики. При цьому складність у обробці результатів полягає переважно у низьких балах. Кореляційний аналіз проводили із застосуванням коефіцієнта кореляції Спірмена.

Спочатку нами було проведено перевірку на наявність кореляційних зв'язків між змінними особистісного потенціалу та дитячо-батьківськими стосунками (табл. 2.1). Внаслідок кореляційного аналізу були виявлені зв'язки між змінними «Прийняття/Відкидання» та «Залучення», «Життєстійкість», «Стратегії поведінки», «Стрес». Необхідно уточнити, що має місце зворотна залежність. З цього випливає, що за посилення прийняття дитини у батьків знижується рівень стресу, але посилюється залучення, життєстійкість, з'являються адаптивні стратегії поведінки.

Змінна «Кооперація» корелює також із змінними «Життєстійкість» та «Стратегії поведінки». Це говорить про те, що посилення інтересу батьків до діяльності дитини тягне за собою підвищення їхнього рівня життєстійкості, оптимізацію стратегій поведінки, і навпаки – підвищення рівня життєстійкості та вибір батьками адаптивних стратегій поведінки сприяє посиленню інтересу батьків до дітей.

Інтерес представляє взаємозв'язок змінної дитячо-батьківських відносин «Авторитарна гіперсоціалізація» зі змінною особистісного потенціалу «Стрес». Виходячи з результатів, коефіцієнт Спірмена – негативний. Отже, існує зворотний зв'язок між змінними: при посиленні контролю за дітьми, рівень стресу знижується, а при ослабленні контролюючої функції – рівень стресу зростає. Цей кореляційний зв'язок можна пояснити тим, що можливість контролювати ситуацію та поведінку дитини викликає відчуття емоційного комфорту.

Таблиця 2.2 – Кореляційний аналіз змінних компонентів особистісного потенціалу батьків та дитячо-батьківських відносин в обох групах

Особистий потенціал батьків	Відношення дітей та батьків									
	Прийняття / відмова		Кооперація		Симбіоз		Авторитарна гіперсоціалізація		Маленький невдаха	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
<i>Мотиваційний компонент особистого потенціалу</i>										
Потреба в саморозвитку	0,137	0,130	0,104	0,250	0,092	0,311	0,121	0,182	0,099	0,276
<i>Поведінковий компонент особистого потенціалу</i>										
Залучення	<b>0,310</b>	<b>0,000</b>	0,152	0,093	0,087	0,335	-0,064	0,482	-0,020	0,819
Прийняття ризику	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
Життєстійкість	<b>0,274</b>	<b>0,002</b>	<b>0,192</b>	<b>0,033</b>	0,134	0,140	-0,019	0,830	0,037	0,681
Стратегія поведінки	<b>0,313</b>	<b>0,000</b>	<b>0,197</b>	<b>0,028</b>	0,128	0,157	0,021	0,811	0,115	0,205
Поведінковий компонент (сумарне значення)	<b>0,297</b>	<b>0,000</b>	<b>0,202</b>	<b>0,025</b>	0,145	0,110	-0,02	0,816	0,045	0,616
<i>Емоційний компонент особистого потенціалу</i>										
Стрес	- <b>0,204</b>	<b>0,023</b>	-0,174	0,054	-0,057	0,078	<b>-0,198</b>	<b>0,028</b>	-0,071	0,433
Особистий потенціал (сумарне значення)	<b>0,293</b>	<b>0,001</b>	<b>0,188</b>	<b>0,037</b>	0,160	0,532	-0,007	0,930	0,060	0,507

Рівень значущості,  $p \leq 0,05$  / коефіцієнт Спірмена

Можна також припустити, що цей зв'язок виникає через кілька причин: перша – бажання не привертати більшої уваги оточуючих людей до поведінки дитини з ДЦП; друга – можливість контролювати ситуацію нині,

оскільки дитина з ДЦП вже народжена, і на їхню думку, з недостатнім контролем з боку (самообвчувальні реакції батьків).

При цьому аналіз їхніх відповідей щодо змінної «Авторитарної гіперсоціалізації» показує, що батьки більше розташовані на зниження контролюючої функції.

Підсумовуючи кореляцію дитячо-батьківських стосунків, можна сказати, що сумарна змінна «Особистісний потенціал» має взаємозв'язок з змінними «Прийняття/Відкидання» та «Кооперація». Так само з цими змінними корелює сумарна змінна «Поведінковий компонент особистісного потенціалу». Емоційний компонент (змінна «Стрес») має зворотний зв'язок із змінними «Прийняття/Відкидання» та «Авторитарна гіперсоціалізація».

Кореляційний аналіз навичок дітей та дитячо-батьківських відносин в обох групах не виявив зв'язку між змінними (див. табл. 2.3).

Таблиця 2.3 – Кореляційний аналіз змінних навичок дітей та дитячо-батьківських відносин в обох групах

Особистий потенціал батьків	Відношення дітей та батьків									
	Прийняття / відмова		Кооперація		Симбіоз		Авторитарна гіперсоціалізація		Маленький невдаха	
	R	p	R	p	R	p	R	p	R	p
Рухливі навички	0,015	0,869	- 0,015	0,867	- 0,040	0,661	0,072	0,429	- 0,004	0,962
Навички самообслуговування	0,107	0,238	0,118	0,193	0,115	0,207	0,013	0,882	- 0,068	0,451

Рівень значимості,  $p \leq 0,05$  / коефіцієнт Спірмена

Наступним завданням кореляційного аналізу у дослідженні є виявлення зв'язків між змінними навичками дітей та компонентами особистісного потенціалу батьків (табл.2.4). В результаті було виявлено взаємозв'язок між змінними «Стратегією поведінки» та «Рухові навички», «Навички самообслуговування». Отже, ці змінні залежать одна від одної, отже: поліпшення однієї змінної – призведе до перетворення другої.

Таблиця 2.4 – Кореляційний аналіз змінних навичок дітей та особистісного потенціалу батьків в обох групах

Особистий потенціал батьків	Навики дітей			
	Рухливі навички		Навики самообслуговування	
	R	p	R	p
<i>Мотиваційний компонент особистого потенціалу</i>				
Потреба в саморозвитку	0,011	0,902	0,024	0,792
<i>Поведінковий компонент особистого потенціалу</i>				
Залучення	-0,026	0,772	0,077	0,394
Прийняття ризику	-0,010	0,908	-0,066	0,464
Контроль	-0,010	0,910	0,022	0,808
Життестійкість	-0,051	0,574	-0,015	0,866
Стратегія поведінки	<b>0,185</b>	<b>0,041</b>	<b>0,235</b>	<b>0,008</b>
Поведінковий компонент (сумарне значення)	-0,031	0,729	0,007	0,936
<i>Емоційний компонент особистого потенціалу</i>				
Стрес	-0,05	0,558	-0,030	0,740
Особистий потенціал (сумарне значення)	-0,010	0,912	0,007	0,931

Рівень значимості,  $p \leq 0,05$  / коефіцієнт Спірмена

\*Напівжирним зображенням виділено статистично значущий результат

Як видно з таблиці 2.4 стратегія «Активна зміна середовища» корелює з руховими навичками дітей, а «Активна зміна себе» - з навичками самообслуговування. Виявлено прямий зв'язок – при прояві батьками стратегій поведінки, спрямованих на активну зміну середовища та себе, відповідно, відбувається перетворення рухових навичок та навичок

самообслуговування Також можна припустити, що організація батьками «доступного середовища» в навколишньому просторі сприятиме покращенню рухових навичок дітей з ДЦП. А зміна свого ставлення до дитини з ДЦП, надання їй більшої міри самостійності буде покращувати навички самообслуговування дітей із ДЦП.

Таблиця 2.5 – Кореляційний аналіз змінних стратегій поведінки батьків та навичок дітей в обох групах до експерименту

Особистий потенціал батьків	Навики дітей			
	Рухливі навички		Навики самообслуговування	
	R	p	R	p
Зміна середовища	<b>0,371</b>	<b>0,000</b>	0,038	0,670
Зміни в собі	0,013	0,881	<b>0,189</b>	<b>0,036</b>
Вихід із середовища	-0,079	0,384	<b>-0,219</b>	<b>0,015</b>
Занурення в себе	<b>-0,365</b>	<b>0,000</b>	0,163	0,071
Пасивна презентація себе	<b>0,371</b>	<b>0,000</b>	0,0388	0,670
Пасивне підпорядкування	<b>-0,306</b>	<b>0,000</b>	0,077	0,395
Пасивне очікування	-0,124	0,172	0,073	0,418

Рівень значимості,  $p \leq 0,05$  / коефіцієнт Спірмена, R

\*Напівжирним зображенням виділено статистично значущий результат

Отримані результати показують, що адаптивна стратегія «Вихід із середовища та пошук нового» досить яскраво виражена в батьків обох груп, а її статистично підтверджений зв'язок із змінними, що відображають ступінь фізичного незалежності дітей від інших людей, що розбиває групу батьків на кілька підгруп.

Ця стратегія сильно виражена у батьків, у яких: діти мають середні показники розвиненості рухових навичок та навичок самообслуговування – 7 батьків; діти мають середні показники розвиненості рухових навичок та

високий рівень розвиненості навичок самообслуговування –4 батьків; діти мають високі показники розвиненості рухових навичок та середній рівень розвиненості навичок самообслуговування – 12 батьків; діти мають низькі показники розвиненості рухових навичок та високий рівень розвиненості навичок самообслуговування –7 батьків.

Загалом, дана стратегія виявляється сильно вираженою у 90,3% батьків дітей з ДЦП, які суб'єктивно не можуть сприймати та відчувати свою дитину як повноцінну людину. Вторинність і самого себе і своєї дитини постійно підкріплюється «недорозвиненістю чогось – навичок самообслуговування, або рухових навичок, або того й іншого разом». Навіть середній для цієї групи дітей рівень розвитку навичок, сприймається батьками як достатній для виникнення почуття «повноцінності» дитини та прийняття її як повноцінної людини.

Зазначена стратегія являє собою прямий відхід із ситуації з метою пошуку нового середовища, яке б більше гармоніювало зі станом і психологічними ціннісними установками батьків. Людина йде від контакту з фруструючою ситуацією та зосереджує сили на пошуку нової, більш прийнятної. У цьому випадку можливі зміни місця проживання, роботи, навчання, зміна кола друзів тощо.

Дані побічно показують, що, по-перше, наявність дитини з ДЦП для більшості батьків є сильним перманентним стресором і фрустратором. І, по-друге, ці дані побічно вказують, що більше половини батьків готові «не помічати» свою дитину, а крім того, більше половини сімей, де є дитина з ДЦП, стоять перед загрозою розпаду.

Результати експериментального дослідження дозволяють зробити висновок, що сім'ї з дітьми з ДЦП перебували у ситуації соціально-психологічної дезадаптації, самоізоляції. Батьки не використовували механізми саморегуляції – про що свідчить низький рівень розвиненості емоційного компонента особистісного потенціалу та вибір переважно

дезадаптивних стратегій поведінки. Позицію батьків у діаді «батько-дитина» можна охарактеризувати як «батько опікується». Оскільки, незважаючи на завдання супроводу, які необхідно виконувати батькам дітей із ДЦП, вони виконували лише функцію «провідника», не приймаючи позицію "батько супроводжуючий". Низькі результати особистісного потенціалу батьків, дитячо-батьківських відносин та навичок дітей перебували в замкнутій системі, негативно впливаючи один на одного.

Таблиця 2.6 – Аналіз середніх значень обох груп

Назва	Середнє значення		Характеристика
	R	p	
<i>Мотиваційний компонент особистого потенціалу</i>			
Потреба в саморозвитку	26,95	26,79	Стагнація саморозвитку
<i>Емоційний компонент особистого потенціалу</i>			
Стрес	7,53	7,37	Сильний перманентний стрес з частковим ситуативним контролем
<i>Поведінковий компонент особистого потенціалу</i>			
Залучення	35,98	35,77	Відсутність заохочення в житті, апатія
Контроль	28,48	28,40	Відомість обставинам
Прийняття ризику	12,57	12,66	Страх перед життям, понижена активність, не бажання вирішувати проблеми
Життестійкість	77,03	76,84	Надмірна енергозатратність «Вижити, хоч якось», понижене життестійкість
Стратегія поведінки	4,60	4,73	Переважно дезадаптивні стратегії поведінки
Зміна середовища	1,40	1,39	Пасивність та небажання впливати на середовище для зміни ситуації
Зміна в собі	2,42	2,61	Пасивність, нерішуче сприйняття ситуації
Вихід з середовища	7,60	7,74	Втікання від сім'ї, проблемних ситуацій
Занурення в себе	8,40	8,42	Соціальна самоізоляція
Пасивна презентація	1,80	1,77	Знижене бажання самовпевнитись та виявити свою позицію

Пасивне підпорядкування	7,33	7,26	Пасивне підпорядкування ситуації, та сприйняття її як фатальної
Пасивне очкування	7,43	7,40	Пасивне вичікування позитивних змін
<i>Відношення дітей та батьків</i>			
Прийняття/Відмова	12,00	12,08	Явне емоційне заперечення дитини
Кооперація	3,70	3,45	Впевненість в безпорадності дитини та повне керування нею
Симбіоз	3,03	3,00	Дистанція з дитиною
Авторитарна гіперсоціалізація	3,02	3,00	«М'який» стиль виховання
Маленький невдаха	1,53	1,60	Інфантилізація дитини
<i>Навики дітей</i>			
Рухові навики	17,60	17,58	Низький та середній рівні вільного пересування в просторі
Навики самообслуговування	7,28	7,29	Середній рівень розвитку навиків самообслуговування
<i>Загальний рівень соціально-психологічної адаптації сімей</i>			
Адаптування	10,48	10,06	Соціально-психологічна дезадаптивність

Отже, приходимо до висновку, що виявлені зв'язку підтверджують необхідність організації комплексного психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку із ДЦП.

### **2.3 Програма психолого-педагогічного супроводу сімей з дітьми з ДЦП**

Одним із завдань підтримки осіб з порушеннями в розвитку та їх сімей є створення сприятливих умов життєдіяльності сім'ї, функціонування інституту сім'ї. Це завдання обумовлено назрілою у суспільстві необхідністю підтримки сімей, особливо, батьків із дітьми дошкільного віку з ДЦП. Розгляд зазначеної проблеми зумовив необхідність розробки та обґрунтування програми, що забезпечує розвиток та реалізацію потенціалу сім'ї через творчу діяльність, спрямовану на соціально-психологічну

адаптованість дитини дошкільного віку з ДЦП та її батьків за рахунок покращення рухової сфери.

Складність розробки програми полягає у специфічних особливостях кожної сім'ї та багатогранності особливих потреб розвитку. При розгляді психолого-педагогічного супроводу як системи можна виділити такі компоненти: формування рухових навичок дітей з ДЦП, оптимізація особистісного потенціалу батьків та гармонізація дитячо-батьківських відносин. Безперечно, психолого-педагогічний супровід сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП є багатовимірним явищем. У цьому дослідженні неможливо досягти оптимального рівня соціально-психологічної адаптованості сім'ї за умови впливу тільки на один компонент системи.

Для успішної реалізації програми необхідно звернути увагу на всі компоненти системи: оптимізація особистісного потенціалу батьків, покращення рухових навичок дітей з ДЦП та гармонізація дитячо-батьківських стосунків.

У ході психолого-педагогічного супроводу батьки дітей з ДЦП мають проходити заходи, спрямовані на оптимізацію їхнього особистісного потенціалу. Через усвідомлення своїх потреб саморозвитку та можливостей, батьки таким чином стабілізують свій емоційний стан, викликаний фактом народження, дитини з ДЦП, особливостей та труднощів її виховання та навчання, негативного впливу суспільства, гармонізують дитячо-батьківські стосунки, сприяють покращенню рухових навичок дітей з ДЦП.

Виділення елементів програми дозволило поділити її на цільовий, змістовний, діяльнісний та контрольний-результативний блоки (рис.2.6).



Рисунок 2.6– Елементи програми психолого-педагогічного супроводу сімей з дітьми з ДЦП

**Цільовий блок** відображає соціальне замовлення та виконує функцію цілепокладання і є основою вивчення змістовних компонентів освітнього процесу. Адаптивна фізична культура є основним предметом для дітей із рухово-координаційними порушеннями. Саме цих заняттях формуються рухові навички дитини, зменшується чи збільшується тонус м'язів, вирішуються питання самообслуговування. Саме тому ми вважаємо, що одним з найважливіших напрямів психолого-педагогічної допомоги сім'ї є супровід фахівцем з адаптивної фізичної культури.

Основною метою програми є соціально-психологічна адаптованість сім'ї, яка має дитину дошкільного віку із ДЦП.

Під час роботи з сім'єю дитини дошкільного віку із ДЦП вирішуються такі завдання:

1. Визначення ступеня відповідності умов, у яких зростає та виховується дитина вдома, вимогам її рівня розвитку;
2. Виявлення внутрішньосімейних чинників, які сприяють та перешкоджають гармонійному розвитку дитини з ДЦП;

3. Визначення причин, що дестабілізують внутрішньосімейну атмосферу та міжособистісні стосунки батьків з дитиною;
4. Визначення шляхів гармонізації внутрішньосімейного клімату;
5. Формування саморегуляторних механізмів у батьків дітей із ДЦП;
6. Заміна позиції батька з «батько опікуваний» на «батько супроводжуючий»;
7. Визначення шляхів соціально-психологічної адаптації як дітей дошкільного віку як з ДЦП, так і їх сімей;
8. Адаптація домашніх умов під потреби дитини з ДЦП;
9. Руховий розвиток дитини дошкільного віку із ДЦП.

**Змістовий блок** програми реалізує організаційну функцію. Її роль полягає в організації процесу психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП відповідно до зазначених методологічних підходів, що забезпечують наукове обґрунтування цього процесу, принципами, що визначають вибір методів, форм, засобів навчання, психолого-педагогічних умов, адекватних поставленій меті. .

Розглянуті методологічний підхід, ціль, завдання моделі дали змогу уточнити принципи психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку із ДЦП.

1. Принцип комплексності вивчення проблем сім'ї. У психолого-педагогічному супроводі як суб'єкта дослідження не може розглядатися лише дитина з ДЦП. У спектр діагностичних заходів включаються всі особи та фактори, що впливають на її розвиток, включаючи родичів та навколишнє середовище, в якому росте дитина. Крім цього, принцип розкриває необхідність вивчення сім'ї та її проблем на різних вікових етапах життя дитини з рухово-координаційними порушеннями та передбачає, що спеціалізована допомога сім'ї має здійснюватися з моменту встановлення діагнозу дитині та не обмежуватись рамками дитячого чи підліткового віку, а продовжуватись і протягом юнацького та дорослого періоду.

2. Принцип гуманного і чуйного ставлення до членів сім'ї та до самої дитини – найважливіший принцип, який оптимізує вирішення проблем сім'ї різних етапах її розвитку.

3. Принцип конфіденційності та професійної етики. Цей принцип дозволяє створити між членами сім'ї та фахівцями необхідні довірчі відносини.

4. Принцип виявлення факторів, що негативно впливають на внутрішньосімейну атмосферу та розвиток дитини, дозволяє визначити причини, а також фактори, що надають деструктивний вплив на членів сім'ї та внутрішньосімейні відносини.

5. Принцип обліку психологічних особливостей батьків, які виховують дітей із ДКН, або осіб, які їх замінюють. Здійснення цього принципу дозволяє намітити шляхи корекції негармонійних типів виховання, деструктивних форм спілкування в сім'ї, нейтралізувати конфлікти, загалом гармонізувати атмосферу в сім'ї та ставлення її до дитини.

6. Принцип єдності діагностики та корекції, відповідно до якого точне виявлення причин порушення передбачає і можливість її максимально успішного виправлення [135].

7. Принцип диференціації та індивідуалізації. Сутність індивідуалізації психолого-педагогічного процесу полягає в тому, щоб, спираючись на конкретні здібності та можливості кожної дитини, створити максимальні умови для її розвитку.

8. Принцип адекватності педагогічних впливів означає реалізацію однієї з найважливіших закономірностей навчально-педагогічного процесу: вирішення корекційно-розвивальних, компенсаторних, лікувально-відновлювальних завдань, підбір засобів, методів, методичних прийомів повинні відповідати реальним функціональним можливостям, інтересам та потребам дитини та її батьків.

9. Принцип урахування вікових особливостей. Процес індивідуального розвитку всіх фізіологічних та психологічних функцій протікає нерівномірно та неодноразово: періоди стабілізації змінюються прискореннями розвитку. Цей процес є закономірним для всіх дітей, відмінність у тому, що з дитина з ДЦП має періоди прискорення (сенситивні періоди) наступають у середньому на 2-3 року пізніше.

10. Принцип варіативності педагогічних впливів адаптивної фізичної культури визначає нескінченне різноманіття як фізичних вправ, а й умов їх виконання, способів регулювання емоційного стану, на різні сенсорні відчуття (зорові, тактильні, слухові), мова, дрібну моторику, інтелект.

11. Принцип пріоритетної ролі мікросоціуму полягає у єдності корекційної роботи з дитиною та її оточенням, перш за все, з батьками.

12. Принцип модульності передбачає гнучкість побудови освітнього процесу, що дозволяє адаптувати систему навчання відповідно до темпів розвитку кожної дитини, а також сукупність різних видів діяльності та подання дидактичного матеріалу закінченим блоком.

**Процесуально-діяльнісний блок** програми включає етапи навчання батьків, співпраця всіх суб'єктів освітнього процесу. Цей блок реалізує мотиваційно-спонукальну функцію. Мотиваційно-спонукальна функція реалізується через науково-методичне забезпечення, що включає технологію супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку із ДЦП.

Методи навчання та виховання: наочні методи реалізовувалися під час спостереження батьків за своїми дітьми в ігровій та освітній діяльності, демонстрація вправ під час уроку, покрокових фото-інструкцій у процесі розвитку навичок самообслуговування тощо. Словесні методи – у рамках бесід-консультацій з батьками про руховий розвиток дітей, про створення «доступного середовища» тощо, пояснення батькам як проводити вправи, заходи чи заняття з дітьми. Метод привчання та вправи використовуються для формування навичок самообслуговування та соціальних навичок. Метод

виховних ситуацій – реалізовується за рахунок зниження страху падіння в дітей та їх батьків, розвиток соціальних навичок, зокрема комунікативних. Метод аналізу конкретних ситуацій застосовується як з батьками, так і з дітьми для отримання оцінки їх дій та рефлексії. Алгоритмічний метод передбачає використання набору покрокових інструкцій у виховному та освітньому процесах (алгоритми для дітей для формування навичок самообслуговування, для батьків – алгоритм побудови рухової дії тощо)

Технологія складається з 3 блоків, які спрямовані як на роботу з батьками, і з дітьми. Кожен блок має свої заходи, створені задля вирішення певних завдань (рис.2.7).

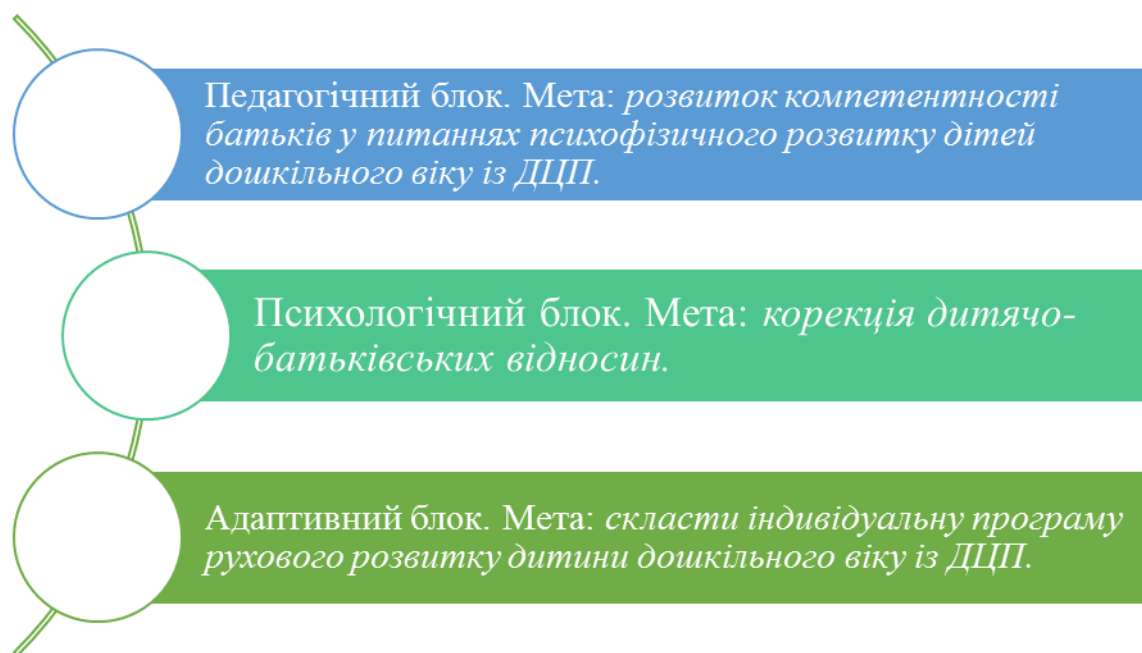


Рисунок 2.7 – Технологія супроводу сімей, які мають дітей з ДЦП

Розглянемо кожен блок докладніше.

1. Педагогічний блок. Мета: розвиток компетентності батьків у питаннях психофізичного розвитку дітей дошкільного віку із ДЦП.

Завдання:

- Формування у батьків уявлень про психофізичні можливості дитини дошкільного віку з ДКН; - навчання та проведення спільних вправ; формування у батьків знань, умінь та навичок у процесі самостійної роботи з

дитиною з адаптивної фізичної культури; отримання актуальної інформації про заходи в ході консультування батьків з найбільш важливих питань, що їх цікавлять.

Форми реалізації:

1.1. Заняття з адаптивної фізичної культури у діаді дитина – педагог. Фахівець проводить заняття з дитиною у присутності батьків. Фахівець навчає батьків формам роботи з дитиною, виконання необхідних вправ, які включені до індивідуальної програми.

1.2. Заняття з адаптивної фізичної культури у діаді дитина -батьки. Мати чи батько проводять заняття з дитиною у присутності фахівця. Батьки самостійно виконують вправи з дитиною. Спеціаліст на занятті виконує напрямну та контролюючу види допомоги.

1.3. Проведення консультацій та розмов у діаді батько - педагог.

Індивідуальні консультації та малогрупові бесіди сприяють розширенню кола спілкування батьків, отримання більш докладної інформації, що базується на власному досвіді. Найбільш хвилюючі для батьків питання: формування навичок самообслуговування, засоби навчання дітей, формування «доступного середовища» вдома та у повсякденному житті.

1.4. Проведення спільних дозвільних заходів, у т.ч. із застосуванням арттерапії.

Очікувані результати:

- засвоєння батьками знань про засоби та методи виховання та навчання дітей із ДЦП;
- надбання умінь та навичок у сфері застосування засобів адаптивної фізичної культури для психофізичного розвитку;
- розширення кола спілкування сімей з дітьми з ДЦП за рахунок проведення малогрупових бесід та святкових заходів;

- ознайомлення батьків з інноваціями в галузі виховання та навчання дітей дошкільного віку із ДЦП;
- зниження почуття страху та підвищення впевненості у своїх діях у застосуванні засобів навчання у батьків;
- підвищення емоційного ефекту від занять у всієї родини за допомогою одержання позитивного ефекту від спільної роботи.

2. Психологічний блок. Мета: корекція дитячо-батьківських відносин.

Завдання: зниження стресу у батьків; формування оптимальних дитячо-батьківських відносин; розвиток мотиваційних установок.

Форми реалізації:

2.1. Діагностика особистісного потенціалу батьків та дитячо-батьківських відносин у сім'ї за допомогою методик:

- Тест-опитувальник А.Я. Варги та В.В. Століна;
- Тест життєстійкості З. Мадді ;
- опитувальник «Адаптивні стратегії поведінки» (АСП)
- опитувальник «Діагностика реалізації потреб у саморозвитку»
- експрес-діагностика стану стресу К. Шрайнера.

2.2. Проведення психологічних тренінгів:

- тренінг «Я і ти»(Дитина - батько);
- тренінг «Мої мотиви» (Батько);
- тренінг «Мої дії» (Батько);

Очікувані результати:

- отримано дані про особистісний потенціал батьків та про тип дитячо-батьківських відносин; зниження рівня стресу у батьків дітей дошкільного віку з ДЦП;
- підвищення мотиваційних установок у вирішенні завдань з виховання навчання дитини дошкільного віку із ДЦП;
- Позитивні зміни дитячо-батьківських відносин.

3. Адаптивний блок. Мета: скласти індивідуальну програму рухового розвитку дитини дошкільного віку із ДЦП.

Завдання:

- навчання проведенню моніторингу формування рухових навичок дітей із ДЦП;
- формування уявлення про етапи рухового розвитку дитини дошкільного віку з ДЦП;
- виявлення «зони актуального розвитку» і «зони найближчого розвитку»;
- формування комплексу вправ для рухового розвитку дитини дошкільного віку з ДЦП;
- розробка покрокових інструкцій (алгоритмів) на формування навичок самообслуговування;
- ознайомлення батьків про руховий режим та простір дитини, які їй необхідні у дошкільному віці.

Форми реалізації:

3.1. Дослідження формування рухових навичок у дітей із ДЦП.

3.2. Складання індивідуальної програми рухового розвитку дитини із ДЦП. Індивідуальна програма є переліком вправ, необхідних для переходу дитини на наступний рівень рухового розвитку. Крім цього в ній наведено рекомендації щодо організації рухового режиму дитини в домашніх умовах та інструкції щодо формування навичок самообслуговування.

Очікувані результати:

- проведено моніторинг формування рухових навичок дітей з ДЦП;
- батьки можуть самостійно застосовувати моніторинг для діагностики рухового розвитку;
- складено індивідуальну програму рухового розвитку дитини.

Слід зазначити, що це заходи побудовані на принципах міжпредметного зв'язку та комплексності, тому їх завдання та цілі

перегукуються з діяльністю інших блоків, але така організація психолого-педагогічної діяльності відображає основну спрямованість кожного компонента.

Системоутворюючим фактором технології супроводу сімей є перетворення особистісного потенціалу батьків дітей із ДЦП. Перетворення особистісного потенціалу корелює зі змінними дитячо-батьківських відносин та навичок дітей. Соціально-психологічна адаптованість сім'ї має градацію за рівнями: високий, середній та низький. Рівень адаптованості включає розвиток компонентів особистісного потенціалу батьків, оптимальність дитячо-батьківських стосунків і розвиток навичок дитини з ДЦП.

### **Висновки до розділу**

Розроблено та обґрунтовано набір психодіагностичного інструментарію, який використаний для виявлення якісно-кількісних змін компонентів особистісного потенціалу батьків (мотиваційного, емоційного, поведінкового), дитячо-батьківських відносин, формування рухових навичок та навичок самообслуговування дітей з ДЦП.

Проведено емпіричне дослідження щодо з'ясування особливостей особистісного потенціалу батьків, ступеня сформованості рухових навичок дітей з ДЦП, типу дитячо-батьківських відносин, а також рівня соціально-психологічної адаптованості сім'ї.

Розроблено програму психолого-педагогічного супроводу сімей з дітьми з ДЦП, яка складається з трьох блоків: педагогічний, психологічний та адаптивний:

-до педагогічного блоку входять консультації та малогрупові бесіди з батьками з наступних питань виховання та освіти дітей дошкільного віку з ДКН: режим дня дошкільника, гігієнічні норми, що пред'являються до одягу та взуття дитини з ДКН, формування навичок;

-до психологічного блоку увійшли 3 тренінгові програми для дітей та батьків: «Я і ти», «Мої мотиви», «Мої дії» та психолого-діагностичні методики;

-адаптивний блок передбачає складання індивідуальної програми рухового розвитку дітей із використанням засобів адаптивної фізичної культури.

## ВИСНОВКИ

1. Проаналізовано проблему соціально-психологічної ізоляції сім'ї та дитини дошкільного віку з ДЦП. Узагальнено та систематизовано дані про сутність дитячо-батьківських відносин у сім'ях, які мають дітей з ДЦП. Досліджено та описано компоненти особистісного потенціалу (мотиваційний, поведінковий, емоційний) батьків, які мають дітей дошкільного віку із ДЦП. Представлено характеристику рівнів соціально-психологічної адаптованості сім'ї дитини дошкільного віку із ДЦП. Виявлено та обґрунтовано системоутворюючий фактор технології супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП – особистісний потенціал батьків дітей із ДКН.

2. Уточнено моделі психолого-педагогічного супроводу та технологію супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП.

Батьки дітей з ДКН перебувають у стані психоемоційного виснаження та втоми, що відповідають психотравмуючої ситуації, в якій вони опиняються після народження дитини із ДЦП. Усі розглянуті моделі психолого-педагогічного супроводу спрямовані на розвиток компонентів особистісного потенціалу (емоційного, мотиваційного та поведінкового) має перекручений характер. Все це створює несприятливі психолого-педагогічні умови у розвиток дитини дошкільного віку.

3. Емпірично досліджено компоненти особистісного потенціалу батьків, ступінь сформованості рухових навичок дітей із ДЦП, тип дитячо-батьківських відносин, у тому числі – з'ясовано рівень соціально-психологічної адаптованості сім'ї. Результати емпіричного дослідження показали, що батьки обох груп мають негативні почуття по відношенню до своєї дитини. Жоден з батьків не виявив прийняття дитини з ДЦП (за шкалою «Прийняття-відкидання»). Проте батьки виявляють до дитини інтерес (за шкалою «Кооперація»). За шкалою «Симбіоз» було виявлено психологічну дистанцію у дитячо-батьківських відносинах, що, швидше за все, підтверджує

певне відкидання дитини. Батьки добре комбінують авторитарний стиль поведінки з дитиною та м'якший (за шкалою «Авторитарна гіперсоціалізація»). Батьки часто завищують успіхи дитини і вважають невдачі випадковими. Дослідження компонентів особистісного потенціалу батьків виявили середній та низький рівні життєстійкості у батьків обох груп.

4. Розроблено програму психолого-педагогічного супроводу сімей, які мають дітей дошкільного віку з ДЦП. Ця програма включає три блоки: педагогічний, психологічний та адаптивний. Для кожного блоку визначено мету, завдання та форми реалізації. Обґрунтовано, що комплексний вплив розробленої програми дозволить здійснити перетворення особистісного потенціалу батьків, корекцію та компенсацію рухових порушень дітей та оптимізувати дитячо-батьківські стосунки.

## ПЕРЕЛІК ДЖЕРЕЛ ПОСИЛАННЯ

1. Альошина А. І. До проблеми дитячого церебрального паралічу [Електронний ресурс] / А. І. Альошина // Фіз. виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2014. – № 3. – С. 76–79. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs\\_2014\\_3\\_18](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs_2014_3_18)
2. Баришок Т. В. Організаційно-методичні основи фізичної реабілітації дітей із церебральним паралічем у різних умовах : монографія / Т. В. Баришок, К. В. Бандуріна, О. І. Гура ; Клас. приват. ун-т. – Запоріжжя : КПУ, 2012. – 132 с.
3. Бондаренко О. О. Актуальність дослідження проблеми опанування навичок читання молодшими школярами з ДЦП [Електронний ресурс] / О. О. Бондаренко // Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови : наук.-метод. зб. / за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої ; Ін-т спец. педагогіки НАПН України. – К., 2013. – Вип. 3, ч. 2. – С. 38–44. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/ooop\\_2012\\_3\(2\)\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/ooop_2012_3(2)_7)
4. Буковська О. Психологічні особливості взаємин у родині, яка виховує дитину з особливими потребами / О. Буковська, О. Прокоф'єва // Науковий Вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. – 2013. – Вип. № 1 (10). – С. 12–16.
5. Віндюк П. А. Особливості інклюзивного навчання дітей із церебральним паралічем у загальноосвітній школі. / П. А. Віднюк // Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школі : зб. наук. пр. / Клас. приват. ун-т ; [голов. ред. Сущенко Т. І.]. – Запоріжжя, 2016. – Вип. 48 (101). – С. 270–277.
6. Вознюк Л. М. Проблематика стосунків між фахівцями та батьками дітей з ДЦП [Електронний ресурс] / Л. М. Вознюк // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. психологія. – 2014. – Вип. 28. – С. 41–45. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_019\\_2014\\_28\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2014_28_11)

7. Глоба О. П. Програма соціалізації осіб з порушеннями опорно-рухового апарату [Електронний ресурс] // Освіта та пед. наука. – 2014. – № 1. – С. 44–50. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/OsDon\\_2014\\_1\\_7](http://nbuv.gov.ua/UJRN/OsDon_2014_1_7)
8. Глоба О. Теорія і практика соціалізації осіб із порушеннями опорно-рухового апарату / Олександр Глоба // Дефектологія. – 2013. – № 4. – С. 53–57.
9. Гуляєва В. О. Корекційний супровід дитини з особливими освітніми потребами з використанням засобів нетрадиційної педагогіки [ДЦП] // Поч. навчання та виховання. – 2015. – № 1/2. – С. 41–46.
10. Данильчук В. М. Особливості батьківства дітей із ДЦП та його психологічний супровід [Електронний ресурс] / В. М. Данильчук // Теорія і практика сучасної психології. – 2016. – № 1. – С. 44–49. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/tpcp\\_2016\\_1\\_11](http://nbuv.gov.ua/UJRN/tpcp_2016_1_11)
11. Данілавічюте Е. Нейродинамічна основа моделювання мовлення та дрібної моторики в контекст комплексної технології надання допомоги при ДЦП / Е. Данілавічюте // Особлива дитина: навчання і виховання. – 2015. – № 4. – С. 8–16.
12. Дітковська Л. А. Використання інформаційно-комунікаційних технологій у процесі навчання підлітків із дитячим церебральним паралічем [Електронний ресурс] / Л. А. Дітковська // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. психологія. – 2013. – Вип. 23. – С. 66–69. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_019\\_2013\\_23\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2013_23_22)
13. Дітковська Л. А. Критерії, показники і рівні готовності підлітків із дитячим церебральним паралічем до використання інформаційно-комунікаційних технологій [Електронний ресурс] / Л. А. Дітковська // Зб. наук. пр. Кам'янець-Поділ. нац. ун-ту ім. Івана Огієнка. Серія соціально-педагогічна. – 2012. – Вип. 21 (2). – С. 289–295. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znprk\\_sp\\_2012\\_21\(2\)\\_43](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znprk_sp_2012_21(2)_43)

14. ДЦП: полтора столетия поиска истины [Электронный ресурс] // Современная педиатрия. – 2013. – № 6. – С. 179–184. – Режим доступа: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sped\\_2013\\_6\\_39](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Sped_2013_6_39)
15. Ефименко Н. Н. Теория функциональных систем П. К. Анохина и ее приложение к модели коррекционного физического воспитания детей, имеющих различные двигательные нарушения [Электронный ресурс] / Н. Н. Ефименко // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. психологія. – 2012. – Вип. 21. – С. 88–93. – Режим доступа: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_019\\_2012\\_21\\_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2012_21_25)
16. Єфименко М. М. Основи корекційно спрямованого фізичного виховання дітей з порушеннями опорно-рухового апарату [Електронний ресурс] : автореф. дис. ... д-р пед. наук: 13.00.03 / Єфименко Микола Миколайович ; МОН України, НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К., 2014. – 43 с. – Режим доступу: <http://enpuir.npu.edu.ua/bitstream/123456789/6134/1/efimenko.pdf>
17. Золотарьова Т. В. Динаміка рівнів утворення дисипативних функціональних структур у молодших школярів з ДЦП [Електронний ресурс] / Т. В. Золотарьова // Зб. наук. пр. Кам'янець-Поділ. нац. ун-ту ім. Івана Огієнка. Серія соціально-педагогічна. – 2013. – Вип. 22 (2). – С. 206–217. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkr\\_sp\\_2013\\_22\(2\)\\_27](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkr_sp_2013_22(2)_27)
18. Золотарьова Т. Пізнавально-творча самореалізація молодших школярів із ДЦП і стан сформованості їх емоцій, волі, інтересів, потреб, цілей, мотивів і мотивації [Електронний ресурс] / Т. Золотарьова // Пед. науки: теорія, історія, інновац. технології. – 2016. – № 8. – С. 241–263. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/pednauk\\_2016\\_8\\_26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/pednauk_2016_8_26)
19. Колишкін О. В. Психолого-педагогічна характеристика дітей з порушеннями опорно-рухового апарату / О. В. Колишкін // Вступ до спеціальності «Корекційна освіта» : навч. посіб. для ВНЗ / О. В. Колишкін. – Суми : Унів. кн., 2016. – С. 138–158.

20. Кукса Н. В. Педагогічні умови оптимізації корекційної роботи з розвитку рухових функцій у дітей із церебральним паралічем [Електронний ресурс] / Н. В. Кукса // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. психологія. – 2013. – Вип. 23. – С. 140–144. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_019\\_2013\\_23\\_43](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2013_23_43)
21. Малик С. Л. Особливості розумової працездатності молодших школярів з хворобами нервової системи [Електронний ресурс] : [ДЦП] / С. Л. Малик // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 12, Психологічні науки. – 2013. – Вип. 41. – С. 138–142. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_012\\_2013\\_41\\_22](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_012_2013_41_22)
22. Малікова А. М. Комплексна реабілітація дітей з наслідками дитячого церебрального паралічу (ДЦП) та їхня інтеграція в сучасне суспільство [Електронний ресурс] / А. М. Малікова, Н. Г. Байкіна // Вісн. ЗНУ. Пед. науки. – 2015. – № 1. – С. 48–58. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vznu\\_ped\\_2015\\_1\\_10](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Vznu_ped_2015_1_10)
23. Мамічева О. В. Психологічні аспекти вивчення інтелектуальної недостатності дітей при ДЦП. Актуальні питання корекційної освіти. - 2010.-Вип. 1. С. 215-220.-Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko\\_2010\\_1\\_30](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko_2010_1_30)
24. Марченко О. Рухові порушення при дитячому церебральному паралічі [Електронний ресурс] / О. Марченко, Ю. Кривошлик // Теорія і методика фіз. виховання і спорту. – 2013. – № 3. – С. 72–75. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/TMFVS\\_2013\\_3\\_17](http://nbuv.gov.ua/UJRN/TMFVS_2013_3_17)
25. Марченко О. Соціально-економічна проблема дитячого церебрального паралічу [Електронний ресурс] / О. Марченко, Ю. Кривошлик // Спорт. вісн. Придніпров'я. – 2013. – № 3. – С. 113–115. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/svp\\_2013\\_3\\_26](http://nbuv.gov.ua/UJRN/svp_2013_3_26)

26. Мушкевич М. І. Наукові підходи до сім'ї з проблемною дитиною / М. І. Мушкевич // Психологічні перспективи : зб. наук. пр. ; Волинський національний університет ім. Лесі Українки. – 2013. – Вип. 21. – С. 164–175.
27. Мушкевич М. І. Типи батьківського ставлення у сім'ях, які виховують проблемних дітей / М. І. Мушкевич // Вісник Чернігівського національного педагогічного університету ; гол. ред. М. О. Носко. – 2012. – Вип. 105. – Т. 2. – С. 21–24. –
28. Нагорна О. Діти з особливими освітніми потребами: дитячий церебральний параліч / Ольга Нагорна // Поч. освіта. – 2012. – № 45. – С. 6–10.
29. Назар О. В. Оцінка якості життя у дітей з церебральним паралічем [Електронний ресурс] / О. В. Назар // Укр. вісн. психоневрології. – 2012. – Т. 20, вип. 3. – С. 126. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvr\\_2012\\_20\\_3\\_141](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvr_2012_20_3_141)
30. Пригородова І. М. Сучасні корекційно-реабілітаційні технології в освіті та вихованні дітей з порушеннями функцій опорно-рухового апарату [Електронний ресурс] / І. М. Пригородова, О. П. Глоба // Логопедія. – 2015. – № 6. – С. 67–75. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/logoped\\_2015\\_6\\_12](http://nbuv.gov.ua/UJRN/logoped_2015_6_12)
31. Пулінець Т. Г. Особливості психофізичного розвитку дітей із дитячим церебральним паралічем [Електронний ресурс] / Т. Г. Пулінець, І. В. Липко // Таврійськ. вісн. освіти. – 2015. – № 1. – С. 271–278. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tvo\\_2015\\_1\\_47](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Tvo_2015_1_47)
32. Рахманов Р. В. Результати клініко-психіатричного та психологічного дослідження сімей, діти яких хворіють на дитячий церебральний параліч та аутизм, після проведення останнім психосоціальної реабілітації [Електронний ресурс] / Р. В. Рахманов // Укр. вісн. психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1. – С. 75–78. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvr\\_2016\\_24\\_1\\_19](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uvr_2016_24_1_19)

33. Романенко О. В. Передумови формування просторової антиципації у дітей із церебральним паралічем [Електронний ресурс] / О. В. Романенко // Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами : зб. наук. пр. / Відкрит. міжнар. ун-т розвитку людини «Україна». – К., 2012. – № 9. – С. 161–171. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apnvlop\\_2012\\_9\\_20](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apnvlop_2012_9_20)
34. Руденок А.І., Вольська В.С. Емоційне вигорання батьків дітей з особливими освітніми потребами / Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences • Volume 3 Education and science of today: intersectoral issues and development of sciences :Collection of scientific papers «ΛΟΓΟΣ» with Proceedings of the I International Scientific and Practical Conference (Vol. 3), Cambridge ,March 19, 2021. P.142-144
35. Руденок А.І., Антонова З.О., Левицька Т.Л. Підтримка батьків дітей з особливими потребами в умовах інклюзивного навчання // III International scientific conference «Modernization of the educational system: world trends and national peculiarities» : Conference proceedings, February 21th, 2020. Kaunas: Izdevnieciba Baltija Publishing ,130-133р.
36. Руденок А.І., Сукманюк О.В. Психолого-педагогічний супровід дітей із порушеннями опорно-рухового апарату. The driving force of science and trends in its development: collection of scientific papers «SCIENTIA» with Proceedings of the III International Scientific and Theoretical Conference, November 4, 2022. Coventry, United Kingdom: European Scientific Platform. P.142-144
37. Співак В. І. Теоретичні підходи до вивчення дитячого церебрального паралічу [Електронний ресурс] / В. І. Співак, Ю. В. Сербалюк // Зб. наук. пр. Кам'янець-Поділ. нац. ун-ту ім. Івана Огієнка. Серія соціально-педагогічна. – 2012. – Вип. 20 (1). – С. 242–249. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkr\\_sp\\_2012\\_20\(1\)\\_\\_31](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkr_sp_2012_20(1)__31)

38. Таран І. В. Ефективність комплексного впливу фізичної реабілітації дітей з церебральним паралічем спастичної форми [Електронний ресурс] / І. В. Таран // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15, Наук.-пед. проблеми фізичної культури (фіз. культура і спорт). – 2013. – Вип. 7, т. 2. – С. 287–291. – Режим доступу: <http://hdl.handle.net/123456789/179>
39. Ткаченко Т. Від інтеграції до інклюзії : [досвід черкас. шк., де було відкрито спец. клас для дітей, хворих на ДЦП] / Т. Ткаченко // Директор шк. – 2016. – № 9/10. – С. 79–91.
40. Тюшнякова Р. Освіта = реабілітація : [особливості освіти дітей з ДЦП] / Р. Тюшнякова // Упр. освітою. – 2012. – № 7. – С. 7–8.
41. Фаловська І. Наукові підходи до вивчення психологічного стану батьків, які мають дітей із дцп. Наукові праці Міжрегіональної Академії управління персоналом. Психологія, 2022. (3 (52), 162-166. <https://doi.org/10.32689/maup.psych.2021.3.23>
42. Царькова О. В. Особливості допомоги батькам, які виховують дітей з особливими потребами / О. В. Царькова // Проблеми сучасної психології : зб. наук. праць К-ПНУ ім. І. Огієнка, Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. – 2014. – Вип. 23. – С. 687–697.
43. Чеботарьова О.В. Метелики в обладунках. Діти з ДЦП / О.В.Чеботарьова, І.В. Гладченко. – Харків: Видавництво «Ранок», ВГ «Кенгуру». –2019. – 32 с.
44. Чопік О. В. Умови формування позитивних взаємин учнів з вадами ОРА із здоровими однолітками в інклюзивному закладі [Електронний ресурс] / О. В. Чопік // Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки) : зб. наук. пр. / МОН України, НПУ ім. М. П. Драгоманова ; Кам'янець-Поділ. нац. ун-т ім. Івана Огієнка. – Кам'янець-Подільський, 2014. – Вип. 4. – С. 443–451. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko\\_2014\\_4\\_51](http://nbuv.gov.ua/UJRN/apko_2014_4_51)

45. Шаповалова І. А. Вплив дитячо-батьківських стосунків на рівень тривожності у дитини з ДЦП [Електронний ресурс] / І. А. Шаповалова // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. психологія. – 2014. – Вип. 26. – С. 421–426. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_019\\_2014\\_26\\_89](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2014_26_89)
46. Шевцов А. Г. Сучасні міждисциплінарні підходи до етапної комплексної реабілітації дітей із церебральним паралічем [Електронний ресурс] / А. Г. Шевцов, Г. М. Хворова // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. психологія. – 2013. – Вип. 23. – С. 281–285. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_019\\_2013\\_23\\_84](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2013_23_84)
47. Якобчук С. В. Психофізичний стан дітей із церебральним паралічем та їх соціальна адаптація як педагогічна проблема [Електронний ресурс] / С. В. Якобчук // Фіз. виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. – 2012. – № 4. – С. 395–399. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs\\_2012\\_4\\_94](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fvs_2012_4_94)
48. Яковлева С. Д. Системний підхід до питань реабілітації дітей з дитячим церебральним паралічем [Електронний ресурс] / С. Д. Яковлева // Наук. часоп. НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 19, Корекц. педагогіка та спец. психологія. – 2013. – Вип. 23. – С. 421–424. – Режим доступу: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu\\_019\\_2013\\_23\\_125](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2013_23_125)
49. Яковлева С. Нейрофізіологічні основи діяльності дітей із дитячим церебральним паралічем / Світлана Яковлева // Дефектологія. – 2013. – № 4. – С. 11–18.
50. Allen, M. C., and Capute, A. J. Neonatal neurodevelopmental examination as a predictor of neuromotor outcome in premature infants. *Pediatrics* 1989; 83[4]: 498-506.

51. Dubowitz, L. M., Dubowitz, V., Palmer, P., Miller, G., Fawer, C. L., and Levene, M. I. Correlation of Neurologic assessment in the preterm newborn infant with outcome at 1 year. *Journal of Pediatrics* 1984; 105[3]: 452-456.
52. 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.
53. 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
54. Mead G. *Mind, Self and Society*. Chicago, 1934. p.7-39.
55. Nelson, K. B., and Ellenberg, J. H. Children who "outgrew" cerebral palsy. *Pediatrics* 1982; 69[5]: 529-536.
56. Rogers C. *Freedom to Learn*. Columbus (Ohio), 1969. p.103-104.
57. Schuchardt E. *Why me?: Learning to live in crises*. World Council of Churches, 2005. 172 p
58. 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
59. Simpson R. *Behavior Modification and Child Management*. - In: *Handbook on Parent Education* /Ed. M.Fine. N.Y., 1980. p.153-158.
60. Skinner B. *Beyond Freedom and Dignity*. New York, 1971. p.15-42.
61. 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.
62. Steinberg I. *Behaviorism and Schooling*. Oxford, 1980. p.89-97.
63. Wood, E., and Rosenbaum, P. The Gross Motor Functional Classification System for Cerebral Palsy: a study of reliability and stability over time. *Developmental Medicine and Child Neurology* 2000; 42: 292-296.

64. Zafeiriou, D. I., Tsikoulas, I. G., and Kremenopoulos, G. M. Prospective follow-up of primitive reflex profiles in high-risk infants: Clues to an early diagnosis of cerebral palsy. *Pediatric Neurology* 1995; 13[2]: 148-152.

65. Zafeiriou, D. I., Tsikoulas, I. G., Kremenopoulos, G. M., and Kontopoulos, E. E. Using postural reactions as a screening test to identify high-risk infants for cerebral palsy: A prospective study. *Brain Development* 1998; 20[5]: 307-311.