

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий

Выпускающая кафедра социальной педагогики и социальной работы

Марченко Анна Юрьевна

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Тема: Детско – родительский клуб как средство социально-педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Профиль Психология и социальная педагогика

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой д.п.н, профессор Фурьева Т.В.

(дата, подпись)

Руководитель
Суворова Е.В.

Дата защиты _____

Обучающийся Марченко А.Ю.

(дата, подпись)

Оценка _____

(прописью)

Красноярск
2016

Содержание

Введение.....	4
Глава 1. Теоретические аспекты социальной работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями	7
1.1. Общее представление об инвалидности	7
1.2. Научно-теоретические основы социально - педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями	11
1.3. Основные проблемы семей детей с ограниченными возможностями	15
1.4. Практика социальной работы в семьях с детьми с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации.....	17
Выводы по главе	30
Глава 2. Изучение эффективности реализации программы детско-родительского клуба для семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья в Центре семьи «Кежемский».....	32
2.1. Диагностика проблем семей имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья	32
2.2. Программа детско-родительского клуба для семей с детьми с ограниченными возможностями в Центре семьи «Кежемский».....	43
2.3. Оценка эффективности реализации программы детско-родительского клуба для семей с детьми с ограниченными возможностями в Центре семьи «Кежемский».....	46
Заключение.....	55
Библиографический список.....	56
Приложение А. Тест «Кинетический рисунок семьи» Бернса и Кауфмана...	62
Приложение Б. Опросник родительских отношений Варги-Сталина (ОРО) .	67
Приложение В. Акт обследования условий жизни опекаемого	71
Приложение Г. Методические рекомендации по реализации программы.....	72
Приложение Д. Основные категории и понятия, употребляемые в программе	

.....	77
Приложение Е. Анкета для родителей	78

Введение

В России ежегодно рождается около 30 тысяч детей с врожденными наследственными заболеваниями. Научные исследования в этой области проводит ряд ученых: социологи, психологи, педагоги, врачи, праведы и другие. В настоящее время анализу причин возникновения детской инвалидности и изучению проблем адаптации детей с ограниченными возможностями здоровья к условиям социума уделяется особенное внимание.

Структурная характеристика данной группы населения представлена в работах М.С. Бедного, А.А. Баранова, Д.И.Зелинской и Л.И. Балевой. Факторы, оказывающие влияние на рост детской инвалидности были изучены О.В. Грининой, а идеологические и правовые основы социальных проблем детей с ограниченными возможностями в период экономических преобразований в стране были раскрыты Н.А. Ивановой. Исследования Н.Б. Шабалиной и Т.А. Добровольской посвящены вопросам социально-психологического аспекта социализации детей с ограниченными возможностями. Изучением проблем обучения детей с ограниченными возможностями занимались Ю.Н. Мануйлова, Л.Н. Смирнова, Т.И. Черняева, П.В. Романов и другие. Вопросы социального и трудового становления инвалидов изучались такими отечественными и зарубежными учеными, как: Э.И. Танюхина, Н.В. Куваева, А.Н. Егоров, Дж. Холл, М. Айшервуд, М. Милисент и др. В трудах Н.В. Шапкиной, Я.А. Кравченко, К.К.Кузьмина, Г.В. Ляпидиевской нашли свое отражение главные направления социализации и социальной защиты детей - инвалидов. Исследования А.Б. Белинской, Л.Г. Гусяковой, С.И. Григорьева, В.А. Ельченинова, В.В. Колкова, П.Д. Павленка, М.В. Фирсова, Е.И. Холостовой В.Н., Б.Ю. Шапиро и В.Н. Ярской посвящены вопросам из области социальной работы.

Проблема реабилитации инвалидов, особенно детей-инвалидов, вызвана, во-первых, ростом числа таких детей, а, во-вторых,

неудовлетворительным функционированием системы социальной поддержки семей детей - инвалидов. В таких семьях родители боятся планировать другого ребенка, поскольку ситуация может повториться. Ребенок-инвалид требует от матери больших затрат времени, чем здоровый ребенок, его не принимают в детский сад, он связывает мать, как говорится, «по рукам и по ногам». У родителей отсутствует опыт воспитания детей с ограниченными возможностями здоровья, и они не умеют эффективно оказывать коррекционно-воспитательское воздействие на них. То же самое происходит с функцией удовлетворения эмоциональных потребностей и создания эмоционального равновесия. Такие семьи чаще других подвержены конфликтам и распаду, они пытаются огородиться от посторонних, превращаясь в закрытые социальные группы, и потому функция социального контроля ослабевает. В целом все семейные функции деформируются либо вообще разрушаются, семья попадает в группу риска.

Совместные усилия семьи, имеющей ребенка с ограниченными возможностями здоровья и специалистов социальных организаций должны быть направлены на воспитание у ребенка уверенности в себе и на его социализацию. В первую очередь сопровождение детей с ограниченными возможностями здоровья и их семьями организуют социальные педагоги.

Цель исследования: разработать и апробировать программу детско – родительского клуба по социально – педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и их семьей в условиях Центра семьи «Кежемский».

Объект исследования – социально - педагогическая реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей.

Предмет исследования - особенности социально – педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей в условиях детско – родительского клуба.

Гипотеза исследования: для наиболее эффективной организации социально - педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей необходимо разработать и реализовать программу детско – родительского клуба по социально - педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья и их семьей.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать литературу и выделить основные теоретические подходы к пониманию категорий «ограниченные возможности» и «социальная работа с семьями, имеющими детей с ограниченными возможностями».

2. Изучить социальные аспекты помощи семьям с детьми с ограниченными возможностями здоровья.

3. Изучить организацию реабилитационной деятельности для детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей в условиях Центра семьи «Кежемский», обобщить полученные результаты.

4. Разработать и апробировать программу, включающую реабилитационную помощь семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями здоровья.

Методы исследования:

Изучение и анализ теоретических и практических исследований, обобщающих опыт работы социальной помощи семьям, имеющим детей с ограниченными возможностями; беседа, наблюдение, тестирование, опрос; методы элементарной математической обработки.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка из 13 нормативно – правовых актов и 49 источников, 6 приложений.

Глава 1. Теоретические аспекты социальной работы с семьей, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями

1.1. Общее представление об инвалидности

Официально в Российской Федерации инвалидами признаны свыше восьми миллионов человек. И с каждым годом эта численность становится все больше.

Всемирная организация здравоохранения (далее - ВОЗ) определяет следующую разницу между дефектом, инвалидностью и нетрудоспособностью.

Дефект - это любая утрата психической, физиологической либо анатомической структуры, либо функции, либо отклонение от нее.

Инвалидность - социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойкими расстройствами функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Нетрудоспособность означает утрату или ограничение возможностей участия в жизни общества наравне с другими [7, с.298].

Федеральный закон РФ от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» характеризует инвалида как человека, который имеет стойкое расстройство функций систем или органов, обусловленное врожденными или приобретенными заболеваниями, травмами или дефектами [12].

В соответствии с Федеральными законами РФ от 24.11.1995 № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» и от 15.12.2001 № 166-ФЗ «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» под ограничением жизнедеятельности следует понимать любое ограничение или отсутствие (в результате нарушения) способности осуществлять деятельность способом или в рамках, считающихся нормальными для ребенка данного возраста. Исходя из степени расстройства

функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, которые признаны инвалидами, устанавливается группа инвалидности, а лицам в возрасте до 18 лет устанавливается категория «ребёнок-инвалид» [12].

Словарь по социальной работе дает следующее определение понятию «человек с ограниченными возможностями»: это люди, имеющие функциональные ограничения в результате заболевания, отклонений или недостатков развития, состояния здоровья, внешности, вследствие неприспособленности внешней (окружающей) среды к их особым нуждам, из-за негативных стереотипов, предрассудков в отношении общества к инвалидам в целом. Это состояние может быть как временным либо хроническим, так общим либо частичным» [48, с. 17].

Такие социальные факторы, как невежество, пренебрежение, предрассудки и страх привели инвалидов к изоляции. Ведь на протяжении многовековой истории они являлись препятствием для развития способностей людей с ограниченными возможностями здоровья.

В начале XIX века возникают концепции интеграции и включения инвалидов в нормальную жизнь общества, отображавшие усиливающееся понимание возможных потенциалов инвалидов. А в настоящее время инвалиды более активно выступают за развитие социальной политики в отношении к образованию и реабилитации. Образованы различные организации инвалидов, их семей и сторонников, выступающие за улучшение условий жизни для лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее - ОВЗ) [14, с.29].

Важность социально-реабилитационной деятельности вызвана, во-первых, постоянным ростом числа инвалидов, во-вторых, повышением внимания к каждому из них независимо от его физических, психических и интеллектуальных способностей, а, в-третьих, увеличением представлений о ценности личности и необходимости защищать ее права, характерные для демократического и гражданского общества.

В 1971 г. Генеральной Ассамблеей ООН была принята Декларация о правах умственно отсталых лиц, в которой утверждалась необходимость максимальной степени осуществимости прав инвалидов на надлежащее медицинское обслуживание и лечение, на образование, на обучение, восстановление трудоспособности и покровительство, позволяющее им формировать свои способности и возможности. Следствием такой деятельности является самостоятельное материальное обеспечение инвалидов и их удовлетворительный жизненный уровень [14, с.29].

Позднее, в 1989 г., ООН принимает текст о правах ребенка, закрепляющий право детей, которые имеют отклонения в развитии, жить полноценной и достойной жизнью в условиях, позволяющих им сохранить достоинство, чувство уверенности в себе и облегчают их активное участие в жизни общества (ст.23) [2, с. 83].

Представления о ребёнке с ОВЗ связываются, в первую очередь, с понятием здоровья и болезни, адаптации и дезадаптации, нормы и патологии. Нарушения психического здоровья связываются с соматическими заболеваниями либо дефектами физического развития, а также с разными неблагоприятными факторами социального порядка и стрессами, которые оказывают воздействие на психику.

В психологической литературе психическое здоровье рассматривается как состояние душевного благополучия, отсутствие болезненных психических явлений и адекватная реакция поведения и деятельности в условиях окружающей действительности. На основе анализа многочисленных исследований, проведенных в разных странах, эксперты ВОЗ указывают на то, что нарушения психического здоровья чаще отмечаются у детей, страдающих от недостаточного общения с взрослыми, от разлада в семье, от враждебного отношения взрослых к ним.

Для детей-инвалидов огромное значение имеет норма, утверждающая, что при нарушении интеллекта, либо наличии разного рода ограниченных

возможностей здоровья, человек все - равно должен жить в семье и участвовать в жизни общества. Семьям таких лиц необходимо оказывать поддержку со стороны общества и государства. И только в случае крайней необходимости предусмотреть пребывание такого человека в специальных заведениях, где следует организовать среду и условия жизни как можно более похожие на среду и условия жизни, привычные для него [2, с.107].

Во многих случаях сами инвалиды не могут в надлежащей мере приспособиться к условиям жизнедеятельности в связи со своими физическими, сенсорными, психическими, интеллектуальными нарушениями. Необеспеченность инвалидов социально-экономической составляющей значительно снижает возможности их нормальной жизнедеятельности и полноценной интеграции в общественную среду.

Таким образом, термин «инвалид» включает в себя дискриминационную идею, показывает отношение общества, показывает отношение к инвалиду, как к социально бесполезной категории. Термин «человек с ограниченными возможностями» в настоящее время показывает дефицит видения его социальной сущности. Проблема инвалидности существенно дестабилизирует жизнедеятельность человека, что выражается в особенностях развития его личности и функционирования в обществе, характере взаимодействия с другими людьми, в связи с чем, инвалиды являются значимым объектом социальной работы. Современное гражданское общество должно предельно обеспечить возможности для инвалидов, чтобы они смогли чувствовать себя его полноценными членами, забывая о своих «дефектах здоровья» [45, с.61].

1.2. Научно-теоретические основы социально - педагогической реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья

В современной науке имеется огромное количество подходов к теоретическому пониманию проблем социальной реабилитации и социальной адаптации лиц с ограниченными возможностями. Также разработаны методики решения практических задач, которые определяют специфическую сущность и механизмы этого социального феномена.

Законодательство Российской Федерации рассматривает реабилитацию инвалидов как совокупность трех главных частей:

- медицинской реабилитации;
- профессиональной реабилитации;
- социальной реабилитации [14, с.44].

Медицинская реабилитация включает в себя восстановительную терапию, реконструктивную хирургию, протезирование и ортезирование. В соответствии с этими представлениями о медицинской реабилитации необходимо осуществлять различие между ней и лечением, имеющим целью предупреждение непосредственной опасности для жизни и здоровья, вызванной болезнью либо увечьем в результате несчастного случая.

Реабилитация - это следующий за лечением этап, который имеет восстановительный характер. Совместно с медицинской реабилитацией проводятся также психологическая, педагогическая, социально-экономическая, профессиональная и бытовая формы реабилитации [55, с.18].

Социальная реабилитация представляет собой одну из важнейших и труднейших задач современной системы социальной помощи и социального обслуживания. В настоящее время в виду развивающейся теоретико-методологической базы и подготовке высокопрофессиональных специалистов по социальной работе, социальная реабилитация получила широкое признание. Такая реабилитация инвалидов значима не только сама

по себе, но и как средство интеграции лиц с ограниченными возможностями здоровья в социум, как механизм формирования для них равных возможностей, для того, чтобы быть социально востребованными. Главными принципами социальной реабилитации являются:

- принцип разносторонности усилий;
- принцип единства психосоциальных и биологических методов воздействия;
- принцип ступенчатости (переходности) проводимых воздействий;
- принцип партнерства.

Социальная реабилитация инвалидов включает в себя социально-бытовую адаптацию. Социально-бытовая адаптация заключается в предоставлении ребенку-инвалиду протезов, личных средств передвижения дома и на улице. В разработке теории социальной реабилитации особое место принадлежит подходам, предложенным Н.В. Васильевой, которая рассматривала восемь социологических концепций инвалидизации [16, с.29].

Представителями структурно-функционального подхода рассматривались проблемы инвалидности как специфического социального состояния индивида, социальной реабилитации, социальной интеграции, социальной политики государства по отношению к инвалидам, конкретизируемой в деятельности социальных служб по поддержке семей, имеющих детей-инвалидов.

В рамках социально-антропологического подхода (А.Н. Суворов, Н.В. Шапкина) рассматриваются стандартизированные и институциональные формы социальных отношений, социальные институты, механизмы социального контроля. Для обозначения детей-инвалидов используется следующая терминология: нетипичные дети, дети с ограниченными возможностями здоровья.

Макросоциологический подход рассматривает проблемы инвалидности в контексте макросистемы, экзосистемы, мезосистемы и микросистемы.

Представителями теории символического интеракционализма являются Дж. Г. Мид, Н.А. Залыгина и др. Они изучали проблемы становления социального «Я» инвалида, анализировали специфику данной социальной роли, устойчиво воспроизводимые стереотипы поведения самих инвалидов и отношение к ним социального окружения [32, с.88].

Теория наклеивания ярлыков (теория социальной реакции) для обозначения лиц с ограниченными возможностями использует понятие «девианты». В рамках данной теории Г. Беккер, Э. Лемертон рассматривают инвалидность как отклонения от социальной нормы, а носителям этой девиации наклеивается ярлык – инвалид [32, с.89].

Представители феноменологического подхода рассматривали феномен «нетипичного ребенка», который характеризуется разнообразием исторически сложившегося этноконфессионального, социокультурного макро- и микросоциума [31, с.29].

Социально-экономическая реабилитация включает в себя следующие мероприятия:

- снабжение инвалида нужным и удобным для него жильем, которое находится недалеко от места учебы;
- поддержание уверенности инвалида в том, что он является полезным членом общества;
- материальная помощь инвалиду и его семье посредством государством выплат, назначения пенсии и т.д.

Психологическая реабилитации представляет собой форму влияния на психическую сферу ребенка-инвалида, на преодоление в его сознании представления о бесполезности лечения. Психологическая реабилитации сопровождается весь цикл лечебно-восстановительного мероприятия.

Педагогическая реабилитация заключается в том, чтобы ребенок-инвалид освоил необходимые навыки и умения по самообслуживанию, а также получил школьное образование. Очень важно сформировать у ребенка-

инвалида психологическую уверенность в собственной полноценности и сформировать правильную профессиональную ориентацию.

Профессиональная реабилитация состоит из профессиональной ориентации, профессионального образования, профессиональной и производственной адаптации и трудоустройства. В реабилитационных центрах широко применяют метод трудовой терапии, образованный на тонизирующем и активизирующем воздействии труда на психофизиологическую сферу ребенка [29, с.298].

Все большее развитие получает в последнее время спортивная реабилитация, позволяющая ребенку-инвалиду преодолевать страх, развивать культуру отношения к еще более слабому и, наконец, включать ребенка-инвалида в процесс самовоспитания.

Социальному работнику, проводящему реабилитационные мероприятия с ребенком-инвалидом, который получил инвалидность в результате общего заболевания, травмы либо ранения, необходимо применять комплекс этих мероприятий, а также ориентироваться на конечную цель - восстановление личного и социального статуса ребенка-инвалида [21, с. 208].

Проводя реабилитационные мероприятия, следует принимать во внимание психосоциальные факторы, которые в некоторых случаях приводят к эмоциональному стрессу, росту нервно-психической патологии, образованию психосоматических заболеваний, а нередко и к проявлению девиантного поведения. В зависимости от этапа изменяются не только задачи реабилитации, а также ее формы и методы. Так, если задачами восстановительного этапа являются профилактика дефекта, госпитализация и установление инвалидности, то задачами последующих этапов являются приспособление индивидуума к жизни и труду, его бытовое и последующее трудоустройство, формирование благоприятной психолого-социальной микросреды. При этом формы воздействия весьма различны - от активного

первоначального биологического лечения до «лечения средой», психотерапии, лечения занятостью, роль которых возрастает на последующих этапах.

Таким образом, в ходе реабилитации осуществляется изменение ориентации - от медицинской модели к антропоцентрической. На основании этих моделей и решается, кем и какими средствами, а также в рамках каких государственных учреждений и общественных структур должна производиться терапия.

1.3. Основные проблемы семей детей с ограниченными возможностями

Семья, воспитывающая ребенка с ОВЗ, как и любая другая семья, также сталкивается и с жизненными трудностями, и может иметь свои специфические нарушения во взаимоотношениях ребенка с родителями, в системе взаимного влияния членов семьи [22, с.12].

Инвалидность ребенка - чрезвычайно сильный и значимый психотравмирующий фактор для его родителей. Способность смириться с этими трудностями зависит только от родителей ребенка с ОВЗ, от их принятия особенностей развития ребенка, организации своего поведения соответственно его возможностям [37, с.32].

Пять основных наиболее характерных типов реагирования и психологических реакций членов семьи на ребенка-инвалида: принятие, агрессия, шок, отрицание, депрессия. Остановимся на каждой фазе более подробно:

Шок («онемение», беспомощность, отсутствие всякой реакции) - первая реакция на известие о наличии у ребенка отклонений в развитии. Исследования Р.Ф. Майрамяна показали, что у 65,7 % матерей известия об умственной отсталости ребенка вызвало сильные эмоциональные и истерические расстройства [18, с.28].

Следующая фаза - стадия отрицания, сопротивление горю. Внешне переживания родителей проявляются как отрицание очевидного, активное несогласие, неверие. В надежде опровергнуть установленный диагноз родители многократно обращаются в различные учреждения, к разным специалистам. Некоторые из родителей могут признать диагноз, но при этом усваивают неоправданно оптимистический взгляд на компенсаторные возможности ребенка. Могут начать появляться семейные «мифы», искажающие реальность. Последней фазой негативизма является отказ от обследования ребенка и проведения различных корректирующих мероприятий. По сути это здоровый механизм психологической защиты, направленный на сохранение определенного уровня надежды и ощущения стабильности перед лицом факта, грозящего разрушить привычную жизнь. Как правило, негативизм и отрицание – это временное явление, однако бывают случаи, когда этот период затягивается на 10-16 лет.

Далее следует недолгая, но несущая взрывоопасный характер, реакция агрессии (нападение, поиск вины и виновного) - механизм самозащиты, помогающий разрядить напряжение, который вызывает встречную реакцию и конфликт, порой неразрешимый. В семье наблюдается напряженность и плохой социально-психологический климат. Агрессия может быть обращена, как на внешнее окружение (муж, жена, родственник, врач и т.д.), так и на внутреннее (чувство собственной вины в рождении больного ребенка). Случается, что агрессия обращается и на новорожденного, когда мама чувствует к нему отрицательные эмоции, связанные с тем, что он не оправдал её надежды, не такой, как другие дети.

Период депрессии наступает тогда, когда родители начинают принимать диагноз и отчасти понимать его смысл. Отношение к ребёнку с ОВЗ очень часто лишено непосредственности: родители понимают свою ответственность перед ребенком, но ощущают себя беспомощными в вопросах воспитания и ухода за ребёнком [9, с.34].

Следующая стадия – стадия принятия. На этой стадии совершается принятие появления больного ребенка родителями, как факт своей жизни. Семья проходит социально-психологическую адаптацию и строит свою жизнь с учетом сложившейся ситуации. К основным признакам, относящимся к показателям адаптации, относятся:

- снижение чувства печали;
- повышенный интерес к окружающему миру;
- возникновение готовности решать проблемы с ориентацией на будущее.

Спонтанная адаптация может быть двух направлений: от нахождения высшего смысла в происшедшем до желания извлечь материальную выгоду в виде льгот и пособий [48, с. 69].

Большинство матерей, родивших больных детей, совершает этот сложный психологический переход от одной стадии к другой. В лучшем случае на осознание этого «цикла горя» тратится от 6 месяцев до 2 - 3 лет. В худшем случае, принятие рождения больного ребенка не происходит никогда и наступает «застревание» на одной из пяти вышеперечисленных стадий. В связи с этим встает вопрос о сохранении и поддержании психо-эмоционального здоровья членами семей с ребенком-инвалидом, поскольку именно они служат тем ресурсом для ребенка, который внушает уверенность, прибавляет силы к преодолению трудностей [37, с.33].

1.4. Практика социальной работы в семьях с детьми с ограниченными возможностями здоровья в Российской Федерации

Главной заботой семьи, государства и общества является сохранение здоровья и благополучия детей. Большую роль в становлении личности ребенка с ограниченными возможностями здоровья по успешной интеграции в социуме играют его родители. В связи с чем, работа с семьями,

воспитывающими детей с ограниченными возможностями, очень значима и служит одним из основных направлений социальной работы.

В качестве первоосновы защиты детства и семьи выступает нормативно-правовая база, включающая в себя международное законодательство, федеральные законы Российской Федерации, а также положения, инструкции и методики органов местного самоуправления. Примерное положение о специализированных учреждениях для несовершеннолетних, которые нуждаются в социальной реабилитации утверждено Постановлением Правительства Российской Федерации от 27.11.2000 № 896 [16].

Согласно существующей правовой базе, большое внимание необходимо уделять знакомству родителей с нормативно-правовыми документами, социальными гарантиями, а также льготами, предоставляемыми государством для детей-инвалидов и их семей. Из этих документов следует, что для успешной социальной адаптации ребенка-инвалида следует решить ряд медико-социальных, социально-психологических и психолого-педагогических проблем не только детей, но и их родителей, а также активное включение семьи в реабилитационный процесс.

Реабилитация представляет собой комплекс мероприятий, которые направлены не только на ребенка-инвалида, но и на его семью. Во втором отчете Комитета экспертов ВОЗ по реабилитации сказано, что реабилитация представляет собой координированное проведение медицинских, социальных, просветительских и профессиональных мероприятий по обучению либо переобучению детей-инвалидов для достижения ими по возможности наиболее высокого уровня функциональной активности.

Принимая во внимание тот факт, что социально-реабилитационная работа только с ребенком-инвалидом мало эффективна, необходимо разрабатывать новые методики семейно-групповой коррекционно-

оздоровительной работы, интегрирующей разнообразные приемы игровой, творческой, коллективной психокоррекции, психогимнастики, логоритмики, арттерапии, имаготерапии и др [48, с. 132].

Комплексная реабилитация – это системное понятие, имеющее научные основы и методы практической реализации, включающее взаимосвязанные элементы концептуального плана и частные технологии социальной работы при решении определенных вопросов. В основе комплексной реабилитации лежит формирование механизма, то есть правовой базы, социальных методик, финансово-материального обеспечения, наличие соответствующих структур по включению инвалида во все типы комплексной реабилитации [17].

Существуют такие направления комплексной реабилитации детей-инвалидов, как [27, с.298]:

- просветительское направление. Его цель - устранение недостатков имеющегося отношения общества к инвалидам и инвалидов к обществу, изменение нравов, политики, быта, ментальности в данной сфере межличностных и социальных отношений;

- досуговое направление. Его цель - организация и обеспечение досуга для удовлетворения духовных и физических потребностей инвалидов посредством содержательного наполнения свободного времени инвалидов и членов их семей;

- коррекционное направление. Его цель - полное либо частичное устранение либо компенсация ограничений жизнедеятельности и развития личности по состоянию здоровья, а также вследствие педагогических и воспитательных упущений.

При этом необходимо выделить:

- коррекционно-развивающее воздействие. Такое воздействие ориентировано на всестороннее, целостное развитие личности, что

подразумевает активное освоение богатств культуры и саморазвитие творческой личности;

- коррекционно-воспитательное воздействие. Такое воздействие включает в себя привитие социальных норм, под которыми подразумеваются определенные обществом правила и устойчивые формы социального взаимодействия людей на уровне макро - и микроколлективов;

- коррекционно-образовательное воздействие. Такое воздействие ориентировано на повышение образованности индивида.

В соответствии с материалами ВОЗ, реабилитация предполагает комплекс мероприятий, которые обеспечивают возможность для инвалидов вернуться, или предельно приблизиться к полноценной общественной жизни [29].

Среди главных задач медико-педагогико-социальной реабилитации можно выделить:

- обеспечение лиц с особыми потребностями возможности вести как можно более соответствующий возрасту образ жизни;

- максимальная адаптация их к среде и обществу посредством обучения навыкам самообслуживания, накопления знаний, приобретения профессионального опыта, участия в общественно-полезном труде и т.д., а с психологической точки зрения - формирование положительного Я-образа, адекватной самооценки, ощущений безопасности и психологического комфорта [30, с.15].

Программа реабилитации представляет собой систему мер, формирующих возможности ребенка-инвалида и всей его семьи, разрабатываемая командой специалистов совместно с родителями. Во многих странах мира такой программой руководит один специалист - это может быть врач, социальный работник, педагог или психолог, отслеживающий и координирующий реабилитационную программу. Такая система мер разрабатывается персонально для каждого конкретного ребенка-инвалида и

его семьи, принимая во внимание, как состояние здоровья и особенности развития ребенка-инвалида, так и возможности и потребности семьи. По истечении определенного срока специалист-куратор встречается с родителями ребенка-инвалида, чтобы обсудить достигнутые результаты, успехи и неудачи. Следует также провести анализ всех положительных и отрицательных незапланированных событий, случившихся в ходе реализации программы. После этого специалист совместно с родителями ребенка-инвалида разрабатывают программу реабилитации на следующий период (цикл). Детям-инвалидам получается добиться наиболее лучших результатов тогда, когда в реабилитационном процессе родители и специалисты становятся партнерами и совместно решают установленные задачи [29, с.29].

Взаимодействие с родителями предполагает некоторые сложности. Следует быть готовым к трудностям и разочарованиям. Известно, что в семьях детей-инвалидов случаются качественные изменения на трех уровнях:

- психологический уровень. Изменения происходят в виду хронического стресса, который вызван заболеванием ребенка-инвалида, постоянными и разными по своей природе психотравмирующими воздействиями;

- социальный уровень. На данном уровне семья сужает круг своих контактов, матери чаще всего оставляют работу; появление ребенка-инвалида деформирует отношения между супругами;

- соматический уровень. На данном уровне стресс, переживаемый родителями, проявляется в разных психосоматических заболеваниях. Это все осложняет социальную интеграцию ребенка-инвалида, который имеет ограниченные возможности в среде его здоровых сверстников. В данной ситуации социальный работник содействует семье в решении всех этих проблем. Снятие межличностных либо культурных барьеров, снижение социальной дистанции между родителем и социальным работником может потребовать определенных усилий. Тем не менее, необходимо помнить, что

при отсутствии взаимодействия специалистов и родителей результат работы с ребенком-инвалидом может быть не получен.

Что же означает работать с родителями? Сотрудничество, включение, участие, обучение, партнерство – обычно все эти понятия применяют с целью установления характера взаимодействий. Более подробно остановимся на понятии «партнерство», так как оно правильнее отражает идеальный тип совместной деятельности родителей и специалистов. Партнерство - это полное доверие, обмен знаниями, навыками и опытом помощи детям, которые имеют особые потребности в индивидуальном и социальном развитии. Партнерство представляет собой стиль отношений, позволяющий определять общие цели и достигать их с большей эффективностью, чем, если бы участники действовали изолированно друг от друга. Установление партнерских отношений требует времени и определенных усилий, опыта, знаний. Если ребенок-инвалид может участвовать в диалогах специалистов и родителей, то в этом случае он может стать еще одним партнером, мнение которого, возможно будет отличаться от мнения взрослых и который может внезапно предложить новое решение проблемы своей реабилитации. Получается, что представление о потребностях детей-инвалидов расширяются за счет мнения самих детей-инвалидов [37, с.79].

Существенное значение для программы реабилитации имеют групповая, семейная и трудовая терапия, а также терапия средой. Терапия как определенная форма вмешательства в интересы ребенка-инвалида может рассматриваться, во-первых, как метод лечения, который оказывает влияние на психические и соматические функции организма, во-вторых, как метод, влияния, который связан с обучением и профессиональной ориентацией, в-третьих, как инструмент социального контроля, в-четвертых, как средство коммуникации.

Специалист по социальной работе в личных беседах с родителями ребенка-инвалида посредством образовательной и посреднической помощи

достигает эффекта психологической поддержки, оказывая воздействие на чувства сомнения и страха, которые препятствуют контролю над ситуацией. Помимо этого, семья может быть вовлечена в программу семейной терапии и обучающих тренингов, целью которых является улучшение общения между членами семьи и решение скрытых проблем, которые обнаруживаются в кризисной ситуации. В своей деятельности он применяет такие методы как: контакт, консультирование, тренинги, патронаж [40,с. 253].

В социальной работе с семьей с детьми-инвалидами оказывается образовательная помощь, а именно: семье предоставляются сведения, имеющие отношение к этапам восстановительного лечения и перспектив ребенка-инвалида, подкрепляемые документальными фактами, фото и видеоматериалами, а также сообщается о возможности установления временной инвалидности и связанных с ней льгот.

Помимо этого, специалист по социальной работе выступает посредником между медицинским персоналом и семьей. В то время как медицинский персонал занят лечением, он помогает семье справиться с кризисом и начать действовать (установить связь с родственниками, с семьями, которые испытывают аналогичные проблемы, а также с организациями, которые могут оказать помощь).

Социальному работнику следует получать консультацию у родителей так же часто, как они консультируются у него. Это важно, во-первых, потому что родителям предоставляется возможность высказаться не только о недостатках и проблемах, но и об успехах и достижениях ребенка-инвалида. Очень часто, когда социальный работник спрашивает у родителей, что им нравится в их детях-инвалидах, это воспринимается ими как проявление интереса со стороны окружающих не к порокам, а к достоинствам их ребенка-инвалида. Во-вторых, такие сведения помогают разрабатывать и отслеживать личные реабилитационные планы. В-третьих, это способствует

проявлению уважения к родителям и тем самым создается атмосфера доверия, а это, в свою очередь, залог успешной коммуникации [32, с.89].

Таким образом, главным фактором, который обеспечивает социальную адаптацию детей-инвалидов, является их поддержка со стороны социальной службы. Ребенок-инвалид, имеет полное право на включение во все аспекты жизни общества, на независимую жизнь, самоопределение, свободу выбора, как другие люди. Основными целями социально-педагогической деятельности в работе с семьей ребенка с ограниченными возможностями являются: помощь семье справиться с трудной задачей воспитания ребенка-инвалида; способствовать оптимальному решению задачи по воспитанию ребенка-инвалида, несмотря на объективный фактор риска; воздействие на семью с целью мобилизовать ее возможности для решения задач реабилитационного процесса.

В Красноярском крае реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья уделяется большое внимание.

Дети с нарушениями слуха могут воспитываться в краевом государственном дошкольном учреждении «Детский сад компенсирующего вида».

Кроме этого дошкольники с ограниченными возможностями здоровья воспитываются в дошкольных учреждениях общеразвивающего вида в условиях интегрированного обучения при обязательной коррекционной поддержке.

Дошкольники с ограниченными возможностями здоровья, которые воспитываются в домашних условиях, могут обучаться в группах кратковременного пребывания при дошкольных общеобразовательных учреждениях.

Воспитание и обучение дошкольников с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в соответствии со специальными программами. В таких учреждениях образуется предметно развивающая

среда, которая отвечает особенностям развития дошкольников с какими-либо отклонениями в развитии. Воспитание и обучение детей производят специально подготовленные учителя-дефектологи, воспитатели, музыкальные руководители и инструктора по физическому воспитанию.

В Красноярском крае с целью создания благоприятных условий для развития доступной среды для инвалидов и интеграции их в общество, а также совершенствования системы реабилитации инвалидов была разработана долгосрочная целевая программа «Доступная среда для инвалидов» на 2014-2017 годы (далее – Программа). Объем финансирования составил 233,93 млн. рублей.

В соответствии с данной Программой создавался доступ инвалидов к информационным технологиям, транспортным услугам, социально значимым объектам и реабилитационным услугам.

Также с целью координации действий ведомств и учреждений, которые занимаются вопросами реабилитации инвалидов и исполнения индивидуальных программ реабилитации инвалидов (далее – ИПР), в Красноярском крае разработан инновационный проект под названием «Региональная информационно-аналитическая система поддержки процесса реабилитации инвалидов» (далее – РИАС).

В своем составе РИАС имеет информационно-аналитический модуль, который функционирует на основе информационного взаимодействия участников процесса реабилитации инвалидов, и информационно-справочный портал, который предназначен именно для инвалидов. Внедрение данного проекта в систему реабилитации инвалидов дает возможность, во-первых, создать единую информационную систему учета инвалидов, их потребностей и способов их ресурсного обеспечения в соответствии с ИПР, во-вторых, организовать межведомственный обмен информацией об исполнении ИПР, в-третьих, проводить анализ изменений показателей инвалидности.

РИАС позволил инвалидам и родителям, которые имеют детей-инвалидов, получать ответы на разные вопросы в рубриках «Экспертиза», «Реабилитация», «Сопровождение», «Доступная среда» и т.д. Показатель посещаемости этого портала увеличился с 200 человек в день в 2012 году до 700 человек в день в 2015 году.

В рамках РИАС образована система удаленного сопровождения семей, которые имеют детей-инвалидов: работает «Школа для родителей», показываются программы реабилитации детей-инвалидов в естественных условиях, регулярно пополняется список литературы для родителей. С участием РИАС в 2015 году социальным сопровождением охвачено 42% семей, которые имеют детей-инвалидов.

В Красноярском крае открыто 55 компьютерных классов в учреждениях социального обслуживания для обучения инвалидов основам компьютерной грамотности. Помимо этого, 377 человек из числа инвалидов, которые обучаются с применением дистанционных технологий, а также семей, которые воспитывают и обучают детей-инвалидов на дому, обеспечены компьютерной техникой.

В 11 учреждениях социальной сферы обеспечен свободный доступ с целью получения реабилитационных услуг.

Формируется доступ к транспортной инфраструктуре, куплено 46 единиц специального транспорта для перевозки лиц с ограниченными возможностями, для краевых и муниципальных учреждений социального обслуживания.

Все большее развитие получила служба «Социальное такси». С 2013 года введена услуга сопровождения инвалидов и иных маломобильных групп населения в ходе оказания автотранспортной услуги «Социальное такси».

По поручению Губернатора Красноярского края в рамках Программы начался процесс обучения вождению автомобиля категории «В» инвалидов с нарушениями опорно-двигательного аппарата. На базе Профессионального

лица № 9 в г. Красноярске сформированы специальные условия: куплены автомобиль с ручным управлением, автотренажер с ручным управлением, интерактивная автошкола, компьютерная техника и компьютерные столы, сканеры, кондиционер. Обучение создано инклюзивно среди граждан, которые не имеют ограничений здоровья. Ежегодно порядка 30 инвалидов обучаются вождению автомобиля в Профессиональном лицее № 9.

С целью своевременного и качественного оказания реабилитационных услуг 64 учреждения оборудованы современным реабилитационным оборудованием для проведения реабилитационных мероприятий разного вида.

В Красноярском крае работают 3 реабилитационных отделения для детей-инвалидов в краевых автономных учреждениях социального обслуживания «Комплексный центр социального обслуживания «Тесь» (далее – КГАУ «КЦСО «Тесь»), «Комплексный центр социального обслуживания «Жарки» (далее – КГАУ «КЦСО «Жарки») и «Реабилитационный центр для детей и подростков с ограниченными возможностями» (далее – Реабилитационный центр).

Главным из направлений деятельности краевых учреждений является социальная интеграция детей-инвалидов в общество здоровых сверстников. Проведение реабилитационных мероприятий происходит с учетом комплексного и индивидуального подхода к детям, при их активном участии в социальном реабилитационном процессе. В создании маршрута комплексной социальной реабилитации детей-инвалидов в учреждениях принимают участие врачи, специалисты по социальной работе, социальные педагоги, логопеды-дефектологи, психологи, инструкторы по адаптивно-лечебной физкультуре.

Детям-инвалидам в краевых учреждениях предоставляется полный комплекс услуг по социально-медицинским, социально-педагогическим, социально-психологическим и социально-культурным мероприятиям.

Совместно с мероприятиями по социальной реабилитации в КГАУ «КЦСО «Тесь» в соответствии со стандартами санаторно-курортной помощи детям-инвалидам с заболеваниями костно-мышечной системы, нервной системы, сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, детским церебральным параличом оказываются такие виды лечения, как: теплолечение; грязелечение; ванны; аэрофитотерапия; мануальная терапия при болезнях костной системы; посещение соляной пещеры; лечение аэрозолями раствора океанической соли; ингаляции; светолечение, электрофорез, магнитотерапия; аппаратное физиолечение; фитотерапия; водолечение, душ; механотерапия.

В реабилитационном центре работает стационарное отделение для особо тяжелых детей с диагнозом «детский церебральный паралич», дополнительно к мероприятиям по социальной реабилитации осуществляется психологическая диагностика и коррекция, курсы мануальной терапии, аэроионотерапии, фитотерапии, психотерапевтические тренинги, несколько видов массажа: ручной, механический, криомассаж, гидромассаж, процедуры с биологической обратной связью.

В КГАУ «КЦСО «Жарки» с целью эффективной работы с детьми-инвалидами проводятся индивидуальные и групповые занятия с логопедом-дефектологом, педагогом-психологом, социальным педагогом, диагностика и тренинги с применением технологии биологической обратной связи, проводится совместное участие детей-инвалидов и здоровых сверстников во всех общих культурно-досуговых, спортивно-массовых мероприятиях центра.

С целью увеличения уровня родительской компетентности в создании приемов организации социальной реабилитации ребенка в домашних условиях проводится «Школа для родителей».

На базе данных учреждений в 2015 году 886 детей-инвалидов прошли курс реабилитации, из них 755 детей вместе с родителями.

Правительством Красноярского края приняты распоряжение от 26.10.2012 № 844-р «О концепции межведомственного сопровождения семей, имеющих детей-инвалидов» и постановление от 09.11.2012 № 853-п «О порядке межведомственного взаимодействия по реализации индивидуальных программ реабилитации инвалидов (детей-инвалидов)».

Главным направлением работы с семьями, которые имеют детей-инвалидов, служит образование института социального сопровождения таких семей в Красноярском крае. Это модельная программа работы с семьями, которые имеют детей-инвалидов, детей с ограниченными возможностями здоровья, разработанная с учетом географических и климатических условий и включает в себя такие направления, как: домашнее визитирование, удаленное сопровождение, раннее вмешательство, школу для родителей.

С целью улучшения системы реабилитации детей-инвалидов в Красноярском крае в Программу добавлен раздел «Обеспечение межведомственного сопровождения семей, имеющих детей-инвалидов».

В рамках Программы в пилотном режиме в 5 муниципальных районах и городских округах края образованы базовые площадки для организации службы раннего вмешательства: куплено реабилитационное оборудование, шкалы развития и программы для их обработки, специальные средства для применения альтернативной коммуникации.

Одним из востребованных мероприятий Программы является оказание адресной единовременной материальной помощи на покупку кресла-коляски для ребенка-инвалида родителям (законным представителям) детей-инвалидов, которые получили компенсацию через структурные подразделения Государственного учреждения – Красноярского регионального отделения ФСС РФ, в размере не более 100,0 тыс. рублей. Адресная материальная помощь оказана 32 родителям детей-инвалидов.

Улучшение системы реабилитации, закупка современного реабилитационного оборудования требует наличия

высококвалифицированных специалистов. В связи с чем, в рамках Программы в Красноярском крае ежегодно повышают квалификацию 67 специалистов, которые работают с инвалидами в системе социальной защиты населения. В учреждениях, которые получили реабилитационное оборудование по адаптивной физической культуре, введено 35 ставок инструкторов по адаптивной физической культуре. Принимая во внимание внедрения в систему реабилитации детей-инвалидов современных методик, в Красноярском крае вводится новая технология подготовки специалистов на базе стажировочных площадок. В соответствии с приказом министерства социальной политики Красноярского края от 11.02.2014 № 38-ОД в 12 учреждениях социального обслуживания созданы стажировочные площадки для обучения специалистов в процессе собственной деятельности.

Выводы по первой главе

Проведя теоретический анализ по теме исследования, мы пришли к выводу, что ограничение возможности существенно дестабилизирует жизнедеятельность человека. Это в свою очередь проявляется в особенностях развития его личности и функционирования в обществе, характере взаимодействия с другими людьми, в связи с чем, инвалиды являются значимым объектом социальной работы. Проведенный анализ работ отечественных исследователей позволил нам сделать вывод о том, что целью общества является «максимально полно обеспечить возможность для всех людей, с их специфическими, в том числе ограниченными, возможностями социальное функционирование и развитие».

Главная особенность детей с ограниченными возможностями заключается в неспособности самостоятельно реализовать свои конституционные права на охрану здоровья, реабилитацию, труд и независимую жизнь. Ребенок-инвалид почти не имеет возможности

полноценных социальных контактов, достаточного круга общения, особенно со здоровыми сверстниками.

Основной целью социально-педагогической деятельности в работе с семьей ребенка-инвалида является помощь семье преодолеть тяжелую задачу воспитания ребенка-инвалида, содействуя ее оптимальному решению; воздействие на семью с тем, чтобы мобилизовать ее возможности для решения задач процесса реабилитации. Среди задач медико-педагогико-социальной реабилитации выделяют: обеспечение лиц с особыми потребностями возможностью вести как можно более соответствующий возрасту образ жизни; максимальное приспособление их к среде и обществу посредством обучения навыкам самообслуживания, накопления знаний, приобретения профессионального опыта, участия в общественно-полезном труде и т.д., а с психологической точки зрения - создание положительного Я-образа, адекватной самооценки, ощущений безопасности и психологического комфорта.

Глава 2. Изучение эффективности реализации программы детско-родительского клуба для семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их семьями в Центре семьи «Кежемский»

2.1 Диагностика проблем семей имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья

Изучение особенностей социальной работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья и их семьями проводилось на базе отделения реабилитации несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Центр социальной помощи семье и детям «Кежемский», расположенного в г. Козьмодемьянске Кежемского района. Отделение существует один год, его основная цель - комплексная социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Главная цель учреждения заключается в повышении уровня и качества оказания комплексных социальных услуг несовершеннолетним и их семьям, а также обеспечение и развитие государственных гарантий в сфере социального обслуживания несовершеннолетних детей с ограниченными возможностями здоровья.

В исследовании принимало участие 7 детей в возрасте от 11 до 12 лет с ограниченными возможностями здоровья и их семьи. Все дети с умственной отсталостью, обучаются по программе 8 вида в 5 Д классе при МКОУ «Козьмодемьянская средняя общеобразовательная школа № 4». Все дети социально адаптированы. Все, кроме М. 1. и Д.1., учатся с желанием. Классный руководитель Стреж О.С. тесно сотрудничает со специалистами КГБУСО «Центр семьи «Кежемский», часто приходит вместе с детьми на различные мероприятия, проводимые Центром семьи.

С целью выявления взаимоотношений в семье, вызывающих тревогу у детей и показывающих восприятие ребенком других членов семьи был

проведен тест для детей «Кинетический рисунок семьи» Бернса и Кауфмана. Содержание теста представлено в приложении А.

При изучении особенностей родительского отношения к ребёнку с ограниченными возможностями здоровья нами была использована методика диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина. Содержание методики см. в приложении Б.

А для диагностирования проблем семей имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья было проведено обследование условий жизни несовершеннолетних, в ходе которых с родителями проводилась беседа на изучение социально – бытовых и жилищных условий, в которых находятся несовершеннолетние дети с ограниченными возможностями здоровья. Бланки актов обследования условий жизни опекаемых см. в приложении В.

Свою семью детям было предложено нарисовать после уроков. Получены следующие результаты: фломастеры выбрали Д.2., М.2., Д.3. и Д.1. Цветными карандашами рисовали М.1., М.3. и М.4. Красками никто рисовать не захотел.

Самый яркий рисунок получился у Д.1. В центре девочка нарисовала себя, справа старшую сестру, еще правее – маму с коляской. Себя и сестру нарисовала одинакового роста, хотя сестра старше на семь лет и гораздо выше. Она нарисовала себя с сестрой в ярких тонах, красивых платьях, все черты лица прорисованы. На вопрос «Что ты делаешь?» ответила: «Мы идем с сестрой гулять». Мама нарисована чуть меньшего роста и размера, чем девочки, нарисована немного поодаль, ближе к правому краю листа. Раскрашена не так ярко. Она катает коляску с малышом; коляска прорисована очень схематично, раскрашена темно - синим карандашом. Малышу нарисована голова, на которой есть большой рот и глаза. Девочка считает, что им всем весело, кроме брата, тот постоянно орет. Самая счастливая, по мнению Д.1. в семье старшая сестра, она закончила учиться и

теперь сама зарабатывает деньги и покупает себе украшения. На вопрос «Кто самый несчастный?» ответила: «Я. Меня мама заставляет с братом водиться, а он постоянно орет». Про папу и бабушку, которая очень часто бывает у них дома и помогает маме, девочка ничего не сказала. Наверху Д.1. нарисовала солнце и раскрасила его ярко желтым цветом.

Д.2. в центре рисунка вначале нарисовала бабушку, четко прорисовала ей все части на лице, дальше она нарисовала справа от бабушки себя, потом с другой стороны от бабушки – младшего брата. На вопрос «Чем занимается каждый из вас?» ответила: «Мы смотрим на солнышко». На заднем плане картины она нарисовала маму и сказала, что та идет к ним (мама с детьми не живет, лишена родительских прав, папы у девочки нет). Дальше Д.2. нарисовала солнышко и облака, травку под ногами, чуть подалее слева – дом. Считает, что им всем грустно, потому, что мама с ними не живет, и папы у нее нет. Самым счастливым считает младшего братишку, потому что он маленький и его бабушка любит сильнее.

Д.3. вначале нарисовала в центре листа крупную фигуру папы с немного большими руками и ногами, чем было бы нужно, он копает огород. Справа от него девочка нарисовала маму размером немного поменьше, она стирает у таза и развешивает стирку. У нее все части тела более пропорциональны. Еще правее нарисовала младшего брата, а потом себя. Дети размером примерно по грудь маме, они играют на улице в догоняшки. Дальше Катя нарисовала слева от папы старших сестер, которые ростом были примерно такие же, как и дети справа. Они сейчас будут помогать папе. Сначала девочка все рисовала черным фломастером, а потом раскрашивала цветными. Катя также нарисовала на небе небольшое солнышко и тучки, под ногами «травку» (горизонтальные зеленые линии).

М.2. вначале нарисовал в центре листа маму, которая сидит на лавочке, а по обе стороны от нее себя и брата. Вначале брата справа, а потом себя слева. Они все гуляют на улице, а мама сидит и отдыхает. Все люди на

рисунке мальчика практически одинакового размера, хотя брат старше М.2. на несколько лет. Все черты лица у людей прорисованы, дополнительных предметов на рисунке кроме лавочки (растянутой буквы П) нет. Мама – в желтом платье и с желтыми волосами, красными губами и коричневыми глазами. Мальчики – в темных тонах. Костя считает, что всем весело. Самой счастливой в семье считает маму, а почему – объяснить не смог. Несчастливых, по мнению мальчика в семье нет.

М.3. нарисовал в центре листа папу с удочкой, потом с правой стороны от папы себя с ведром, потом слева от папы нарисовал младшего брата. Они идут на рыбалку. Все члены семьи нарисованы в центре, от краев рисунка справа и слева примерно одинаковое расстояние. Вдали (левый верхний угол листа) нарисован дом, а рядом с домом маленькая фигура мамы, она дома порядки наводит. Внизу (под ногами) мальчик нарисовал собаку. Объяснив это тем, что она тоже живет с ними. Вначале он рисовал черным карандашом, но потом раскрасил всех на рисунке. По мнению мальчика, всем членам семьи весело. Маме немного грустно, что она с ними не пошла. Она поэтому самая несчастная в семье. А папа самый счастливый, потому что у него два сына, и он идет рыбачить.

М.4. вначале чуть правее от центра нарисовал бабушку, а справа от нее – себя. Мальчик прорисовал все части тела и лица и себе и бабушке. Раскрасил ей карандашами и кофту и юбку. Они с бабушкой идут в магазин за покупками. Фигуры людей на рисунке симметричны, пропорции соблюдены. Им так себе (и не скучно и не весело). Считает себя и бабушку несчастными, потому что мама с папой погибли и теперь они с бабушкой одни, а бабушка уже старая.

М.1. в центре листа нарисовал себя черным карандашом, а чуть правее маму и отдал работу. Детали не прорисовывал, хотя части лица все, кроме ушей есть и у него и у мамы. Оба человека нарисованы черным карандашом. Члены семьи смотрят куда идти. Им скучно, они пока еще не знают куда

идти. На вопросы «Кто самый счастливый из членов семьи?» и «Кто самый несчастный из членов семьи?» мальчик ответить не смог.

Как видим, рисунки детей в основном состояли из фигур членов их семей, у которых наблюдались все части тела и лица. Пропорции соблюдены не у всех в работах. Дополнительных элементов практически нет. Почти все мальчики и Д.1. прорисовывают детали рисунка четкими линиями с нажимом на карандаш. Почти на всех рисунках фигуры людей нарисованы рядом, но за руки они не держатся.

На вопросы, выявляющие позитивные и негативные отношения в семье, дети отвечали следующим образом:

Д.1. в кинотеатр возьмет с собой сестру и маму, только без брата. Заболел и вынужден остаться дома младший брат. Собрать пазл девочка попросит старшую сестру. На необитаемом острове девочка хотела бы жить с сестрой (они будут вместе гулять и играть) и мамой (она будет готовить кушать).

Д.2. в кинотеатр возьмет с собой брата (бабушка старая, идти не захочет). Заболела и вынуждена остаться бабушка (если бы заболел братик, то бабушка бы тоже осталась с ним). Пазл девочка предпочитает собирать сама, хотя, если бы была у нее мама, то девочка делала бы это вместе с ней. На необитаемом острове она бы не стала жить, она бы оттуда уплыла домой.

В кинотеатр Д.3. взяла бы с собой сестру. В гости по мнению девочки не пошла бы мама. Пазл девочка бы собирала с младшим братом. На необитаемом острове она хотела бы жить со своей сестрой, в обычной жизни у сестры много работы и им некогда играть. (Семья живет в частном доме с большим приусадебным участком).

М.2. в кинотеатр ходил бы вместе с братом. В гости по причине болезни по мнению мальчика могла бы не попасть мама. Пазл М.2. бы собирал вместе с братом. На необитаемом острове он бы оказался вместе с мамой и братом, и если можно было бы, то взял с собой еще двух друзей.

М.3. в кинотеатр пошел бы с братом. Заболела и осталась дома мама, а папа никогда не более, он потом, после гостей болеет. Пазл Саша бы собирал с братом. На необитаемом острове он бы хотел оказаться с братом. Но немного подумав, добавил: и с папой и с мамой.

М.4. в кинотеатр пошел бы с другом. В гости могла бы не пойти по причине болезни баба, она в последнее время часто болеет. Пазл мальчик бы стал собирать с кем -нибудь из друзей. На необитаемом острове он бы хотел жить вместе с папой (папа мальчика погиб вместе с мамой в автокатастрофе).

М.1. в кинотеатр ходил бы с мамой, если бы она захотела. Дома бы остался и не пошел в гости сам мальчик. Пазл он бы собрал самостоятельно. На необитаемом острове он бы тоже хотел оказаться сам.

Следовательно, почти у всех детей в ответах прослеживается «закрытая позиция» семьи. Рисунки М.1. следует показать педагогу - психологу.

При проведении методики диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина родителям было предложено ответить на 61 вопрос словами «да» или «нет». Все респонденты задавали уточняющие вопросы, переспрашивали. Можно было сделать вывод, что данный вид работы для родителей непривычен, они обеспокоены, количество увиденных вопросов их смутило.

Выявлено следующее: социальная желательность присуща всем опрошенным родителям; они все заинтересованы в делах и планах своего ребёнка, стараются во всём ему помочь, сочувствуют ему. Они поощряют инициативу и самостоятельность своих детей, доверяют своим детям.

Однако не все родители (законные представители) принимают своих детей такими, какие они есть и симпатизируют им. Трое из опрошенных, что составляет 42,9% принимают своего ребёнка (Д.2., М.3. и М.4.) неприспособленным. Им кажется, что дети могут не достичь в жизни успеха из-за низких способностей, предвзятого отношения к ним со стороны старших, педагогов.

Шесть из семи респондентов, что составляет 85,7% (Д.2., М.2., М.3., М.4., Д.3. и Д.1.) стремятся к симбиотическим отношениям с детьми. Они ощущают себя с ними единым целым, стремятся удовлетворить все потребности ребёнка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Они постоянно ощущают тревогу за своих детей. Причём это одинаково относится как к некоторым родителям девочек, так и к родителям мальчиков.

Гиперсоциализация не свойственна никому из опрошенных родителей, что даёт понять отсутствие авторитарного стиля в родительском отношении.

Стремление инфантилизировать ребёнка, приписать ему личную и социальную несостоятельность наблюдается у всех родителей. Они видят своё «чадо» более младшим по сравнению с реальным возрастом; его интересы, мысли, увлечения и чувства кажутся родителю детскими, несерьёзными. Ребёнок представляется не приспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний, в связи с этим так хочется оградить его от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

**Результаты обследования по методике диагностики родительского
отношения А.Я. Варга, В.В. Столина**

Ф.И. ребёнка	Принятие	Социальная желательность	Симбиоз	Гиперсоциализация	Инфантилизация
Девочки					
Д.1	+	+	+	-	+
Д.2	+	+	+	-	+
Д.1	+	+	+	-	+
Мальчики					
М.2	-	+	-	-	+
М.1	+	+	+	-	+
М.3	+	+	+	-	+
М.4	+	+	+	-	+
ИТОГ	6	7	6	0	7
О:					
%	85,7 %	100%	85, 7%	0%	100 %

Условные обозначения:

«+» - преобладает

«-» - не преобладает



Рис. 1. Результаты обследования по методике диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина

Обследование условий жизни несовершеннолетних проводилось непосредственно в месте проживания ребенка. Также в ходе заполнения актов обследования условий жизни несовершеннолетнего, проводилось наблюдение за детьми с ограниченными возможностями здоровья и их родителями.

В ходе диагностирования проблем семей имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья выявлено, что четыре семьи, что составляет 57,1% – неполные семьи. В двух семьях (28,6% от числа испытуемых) дети находятся под опекой.

Для большей наглядности полученные данные ниже представлены в диаграмме.

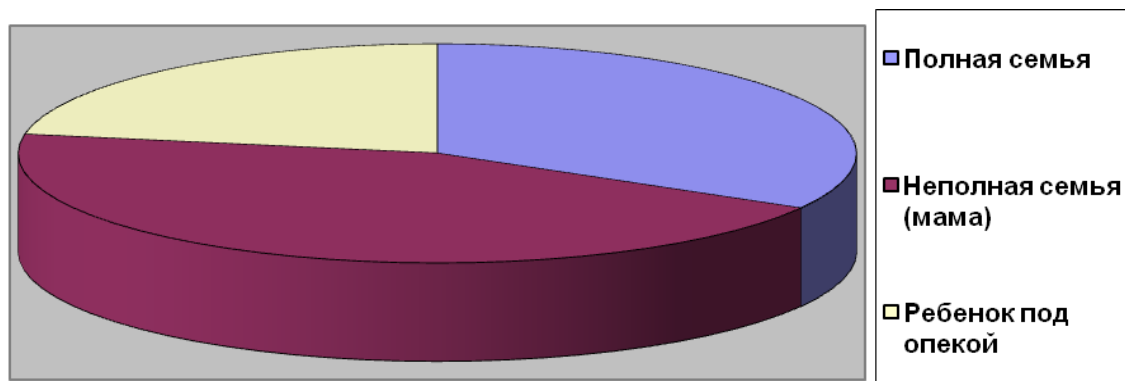


Рис. 2. Состав испытуемых семей детей с ограниченными возможностями

В шести семьях из семи обследованных, что составляет 85,7%, есть другие дети. У четверых детей по одному брату (у Д.2., М.2., М.3. и Д.1.) - 57,1%. У М.2. брат старше его на 4 года, у остальных ребят – младше их. Также в четырех семьях другие дети тоже имеют нарушения в интеллектуальном развитии.

У всех детей, кроме М.1. есть свои комнаты. Д.2., М.2. и Д.3. делят свои комнаты с другими детьми.

В квартирах имеются вся необходимая мебель и бытовая техника. Есть все необходимое для полноценного сна, отдыха, выполнения домашних занятий. Безопасность подростков в быту обеспечена.

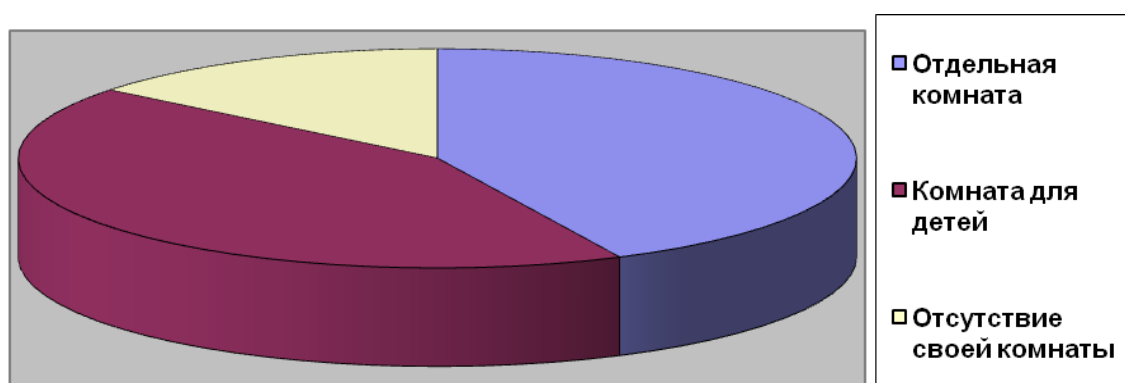


Рис. 3. Жилищные условия детей с ограниченными возможностями

У всех детей есть одежда и обувь, подходящая им по размеру, необходимая соответствующему сезону. Девочек их внешний вид не устраивает, все хотят одеваться еще лучше.

Доход семей складывается из: заработной платы родителей (опекунов), пенсий опекуна, социальных пособий и пенсий.

Также было отмечено, что не все родители считают, что у их детей есть серьезные проблемы, многие винят в неуспешности ребенка сложность современного образования, вспоминают о том, что раньше в их молодости коррекционных классов не было. Они обеспокоены тем, куда отправлять ребенка учиться после школы, на какую специальность, возьмут ли его в техникум. Так, из семи семей, только в одной, что составляет 14,3%, определились с будущей профессией.

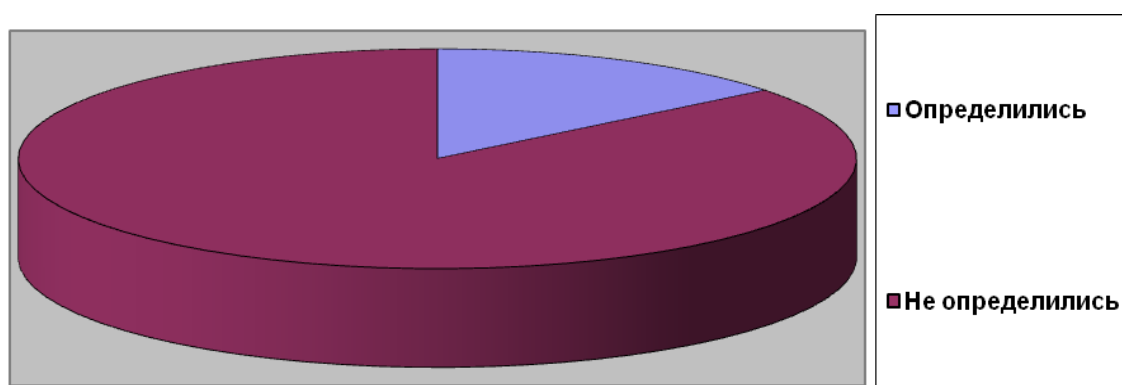


Рис. 4. Выбор будущей профессии

Из всего этого можно сделать вывод, что родители мало просвещены в области образования детей с нарушениями в интеллектуальном развитии.

2.2. Программа детско – родительского клуба для семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья в Центре семьи «Кежемский»

Актуальность. Социологами отмечено, что наибольших успехов добиваются дети, родители которых не только овладели педагогическими приемами и тактиками, но и сумели понять и принять особенности своего ребенка. Одна из самых уязвимых в данном аспекте категория семей – семьи, воспитывающие детей-инвалидов так как проблемы этих семей определяются, как личностными особенностями всех её членов и характером взаимоотношений между ними, так и большей занятостью решением проблем ребенка, закрытостью семьи для внешнего мира, дефицитом общения, частым отсутствием работы у матери, но главное — специфическим положением в семье ребенка-инвалида, которое обусловлено его болезнью.

Кроме этого, возможно, что присутствие ребенка-инвалида, совместно с иными факторами, может изменить самоопределение семьи, снизить возможности для заработка, отдыха, социальной активности.

Детско-родительский клуб для семей с особенными детьми, под руководством социального педагога, через совместную творческую деятельность, позволит налаживанию семейного микроклимата, раскрытию имеющихся у ребенка личностных, творческих и социальных ресурсов, созданию позитивного образа семьи, развитию толерантного отношения в семье, решению или предупреждению возможных проблем семьи. Кроме того, родители научатся на занятиях слушать своего ребенка, помогать ему в обретении уверенности в себе, быть готовым принять его как самостоятельную личность.

В данном случае систему социально-педагогической помощи необходимо направить на развитие ее собственных ресурсов и инициативы, поскольку лишь превращение семьи в активного субъекта социально-

педагогической деятельности является решающим фактором эффективности процессов реабилитации и интеграции ребенка. Главная цель — мобилизовать внутренние силы семьи на преодоление кризиса.

Целевая группа: родители и дети с ограниченными возможностями здоровья в возрасте 11-12 лет, нуждающиеся в социальной помощи и поддержке. Группа в количестве 7 человек.

Цель: гармонизация детско-родительских отношений и профилактика семейного неблагополучия.

Задачи:

1. Включение семьи в занятия в детско-родительской группе;
2. Организация совместного досуга родителей и детей;
3. Развитие творческих способностей родителей и детей;
4. Улучшение взаимоотношений в семье, детско-родительских отношений;
5. Создание мотивации на последующую профилактическую и коррекционную работу.

Теоретическое обоснование. В исследованиях В.В. Ткачева, И.Ю. Левченко, О.Г. Приходько и А.А. Гусейнова, качественные изменения, которые имеют место в семьях, воспитывающих детей-инвалидов, проявляются на психологическом, социальном и соматическом уровнях. Причиной сильного стресса, особенно со стороны матери, является факт рождения ребенка «не такого, как у всех». Зачастую семья не может справиться с эмоциональной нагрузкой и в этом случае последствия могут быть самыми непредсказуемыми, вплоть до распада семьи.

В связи с этим встает остро вопрос относительно оказания социально-психологической и коррекционно-педагогической помощи семьям, воспитывающим детей-инвалидов. В такой ситуации следует оказывать помощь посредством формирования доброжелательной среды, психологической поддержке родителей, личного сопровождения семей в

сложных жизненных ситуациях, вовлечение семей детей-инвалидов в коллективные формы взаимодействия.

Продолжительность программы - 3 месяца, периодичность занятий - 1 раз в неделю.

Методы сбора информации о динамике состояния (развития) лиц целевой группы

Для детей - тест «Кинетический рисунок семьи» Бернса и Кауфмана.

Для родителей – опросник родительских отношений Варги -

Сталина (ОРО).

Формы и методы работы с целевой группой: индивидуальные, групповые (занятия могут проходить как вместе, так и отдельно с родителями и детьми), самостоятельная работа.

Ожидаемый результат:

Дети:

- Знакомство с формами позитивного и развивающего досуга;
- - оптимизация детско-родительских отношений;
- формирование социальных навыков по эффективному творческому взаимодействию ребенка с родителями

Родители: формирование позитивных эмоциональных установок в сознании родителей, расширение их знаний о творческих возможностях своего ребенка, получение положительного опыта от общения с другими родителями. При необходимости психологическое, правовое консультирование.

Социальный педагог: накопление практических материалов, опыта; взаимодействие с семьями, для дальнейшей совместной работы по решению различных проблем.

Ресурсное обеспечение. КГБУ СО «Центр социальной помощи семье и детям «Кежемский» владеет развитой материально-технической базой и

собственными помещениями для организации мероприятий, два автомобиля, в учреждении созданы все необходимые условия для обеспечения комфортного нахождения. Для встреч с родителями и детьми имеется комфортный конференц-зал, оборудованный мультимедийным проектором, местом для выставки детских работ, выходом в интернет. В кадровом составе Центра семьи преобладают молодые специалисты-педагоги-психологи, специалисты по социальной работе, юрисконсульт, которых можно привлекать к работе в клубе.

При составлении программы использованы материалы Архиреевой Т.В., Валитовой И.Е., Железняковой З.Р. и Мастюковой Е.М.

2.3. Оценка эффективности реализации программы детско – родительского клуба для семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья в Центре семьи «Кежемский»

После проведения работы по гармонизации детско-родительских отношений и профилактике семейного неблагополучия с детьми с ограниченными возможностями и их семьями на базе отделения реабилитации несовершеннолетних с ограниченными возможностями здоровья краевого государственного бюджетного учреждения социального обслуживания «Центр социальной помощи семье и детям «Кежемский», расположенного в г. Козьмодемьянске Кежемского района было повторно проведено изучение детско-родительских отношений и профилактике семейного неблагополучия. В исследовании принимали участие те же семь семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья. Как и в начале экспериментальной деятельности, ведущими методами были тест для детей «Кинетический рисунок семьи» Бернса и Кауфмана, наблюдение и беседа.

Критерии оценки эффективности:

- улучшение детско-родительских отношений;
- принятие родителями ребенка с ограниченными возможностями;

- участие родителя в жизни своего ребенка;
- социальная желательность;
- восприятие и понимание ребенка родителями, конструктивное вмешательство при необходимости;
- стимулирование родителями самостоятельности и инициативы у детей.

Вначале детям было предложено еще раз нарисовать свою семью. Выявлено следующее: Д.1. и Д.2. нарисовали свои рисунки фломастерами. В рисунках обеих девочек много теплых тонов, на небе нарисовано яркое солнышко, несколько облаков, под ногами людей – трава, на заднем плане – дом. У Д.1. коляска маленького брата раскрашена синим цветом. У Д.2. к дому ведет тропинка.

У Д.3. также в рисунке появились дополнительные элементы: на небе солнце и небольшие светлые облака, трава, на заднем плане дом, а возле него дерево с качелей, рядом с деревом кошка. Фигуры членов семьи нарисованы в том же порядке. Рисунок девочки стал более ярким и «теплым».

М.2. также как и в первый раз нарисовал свою семью, а потом дорисовал солнце на небе, траву под ногами, слева – дерево, рядом с которым – «велосипед» (детали предмета порисованы плохо, мальчик объяснил что это). Людей рисовал цветными карандашами, траву, солнце и листья на дереве – фломастерами, велосипед – простым карандашом.

Остальные ребята членов своих семей нарисовали так же, как и в начале экспериментальной работы. Использовали при этом в основном цветные карандаши. Хотя потом брали фломастеры и сверху дорисовывали некоторые элементы ими повторно (губы у мамы, глаза). У всех ребят внизу нарисована трава, а на небе солнце. М.3. и М.4. раскрасили траву и солнце фломастерами.

Следовательно, члены семьи у детей нарисованы в таком же порядке, как и ранее, пропорции в частях тела соблюдены не у всех. Рисунки детей

стали более ярче, в них теперь есть дополнительные элементы. Нажим на карандаш в рисунках детей стал менее заметен.

На вопросы, выявляющие позитивные и негативные отношения в семье, Д.2., Д.3., М.2., М.3. и М.4. ответили примерно так же, как и вначале экспериментальной работы.

Д.1. в кинотеатр возьмет с собой сестру, а мама пусть побудет с братиком. Заболел и вынужден остаться дома младший брат, а мама останется с ним. Собрать пазл Женя попросит старшую сестру. На необитаемом острове девочка хотела бы жить с сестрой. Как видим, Д.1 стала более терпима к маленькому брату.

М.1. в кинотеатр ходил бы с мамой. Пазл он бы собирал вместе с мамой. На необитаемом острове он бы хотел оказаться с мамой, она бы там уделял ему больше внимания. Как видим, судя по ответам, отношения Кирилла с мамой стали более близкими.

После поведения формирующего эксперимента родителям (законным представителям) детей было повторно предложено ответить на 61 вопрос методики диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина словами «да» или «нет».

Выявлено следующее: социальная желательность присуща всем 100% респондентов; они заинтересованы в делах и планах своих детей, стараются им во всём помочь, сочувствуют им. Они поощряют инициативу и самостоятельность своих детей, доверяют им. Родители принимают своих детей такими, какие они есть и симпатизируют им.

Шесть из семи респондентов, что составляет 85,7% (Д.2., М.2., М.3., М.4., Д.1. и Д.3.) продолжают стремиться к симбиотическим отношениям с детьми. Они ощущают себя с ними единым целым, стремятся удовлетворить все потребности ребёнка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Они постоянно ощущают тревогу за детей, считают их маленькими и

беззащитными. Причём это одинаково относится как к некоторым родителям девочек, так и к родителям мальчиков.

Гиперсоциализация не свойственна никому из респондентов, что указывает на отсутствие авторитарного стиля в родительском отношении.

Стремление инфантилизировать ребёнка, приписать ему личную и социальную несостоятельность наблюдается у 57,1% родителей (законных представителей). Они видят своё «чадо» более младшим по сравнению с реальным возрастом; его интересы, мысли, увлечения и чувства кажутся родителю детскими, несерьёзными. Ребёнок представляется не приспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний, в связи с этим так хочется оградить его от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

Таблица №3

Результаты обследования по методике диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина

Ф.И. ребёнка	Принятие	Социальная желательность	Симбиоз	Гиперсоциализация	Инфантилизация
Девочки					
Д.1	+	+	+	-	-
Д.2	+	+	+	-	+
Д.3	+	+	+	-	+
Мальчики					
М.2	+	+	+	-	+

M.1	-	+	-	-	-
M.3	+	+	+	-	-
M.4	+	+	+	-	+
ИТОГ О:	6	7	6	0	7
%	85,7 %	100%	85, 7%	0%	57,1 %

Условные обозначения:

«+» - преобладает

«-» - не преобладает



Рис. 5. Результаты обследования по методике диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина

Если сравнить результаты, полученные до эксперимента и после, то получаем следующее:

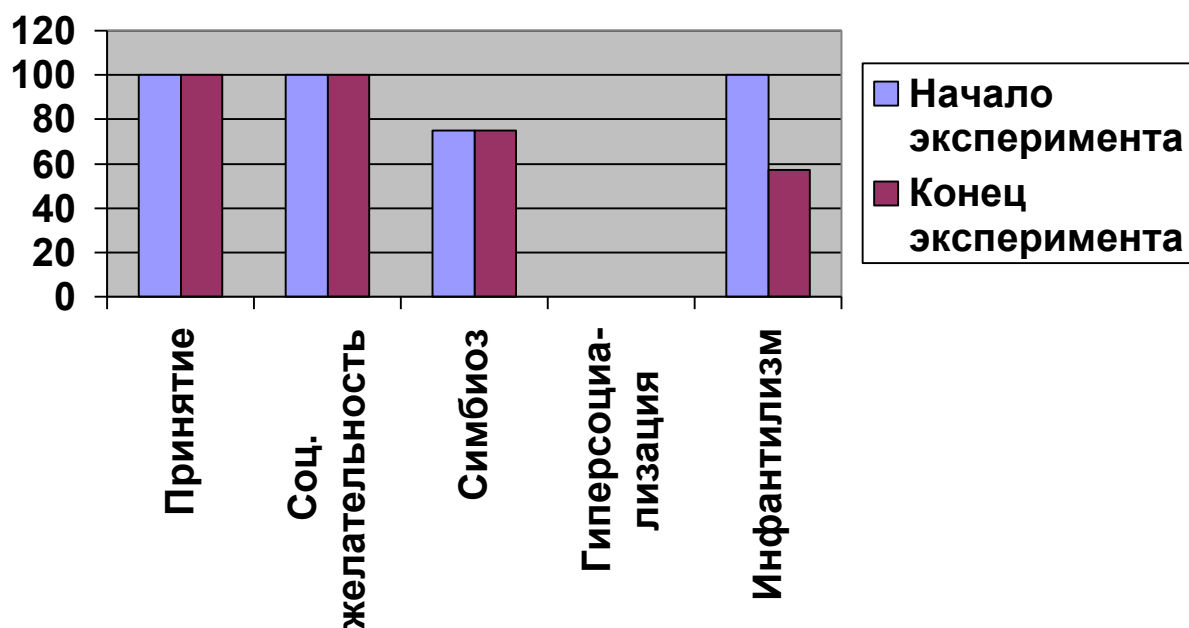


Рис. 6. Сравнительная диаграмма по результатам методики диагностики родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столина на начало и конец эксперимента

Из повторной беседы с родителями выявлено, что состав семей за этот период не изменился. Так же, как и в начале работы, все родители в меру своих материальных возможностей стараются обеспечить своих детей необходимой мебелью и бытовой техникой, одеждой и обувью. Доход семей продолжает складываться из: заработной платы родителей (опекунов), пенсий опекуна, социальных пособий и пенсий. В семье М.1. улучшились жилищно – бытовые условия. У мальчика появилась своя комната.

Все родители стали лучше понимать психофизиологические особенности своих детей, их возможности, интересы и желания. Они стали более заинтересованы в изучении опыта работы с такими детьми, в знакомстве с новыми дидактическими методами и приемами. В начале эксперимента таких родителей было только двое (мама М.2. и бабушка Д.2.).

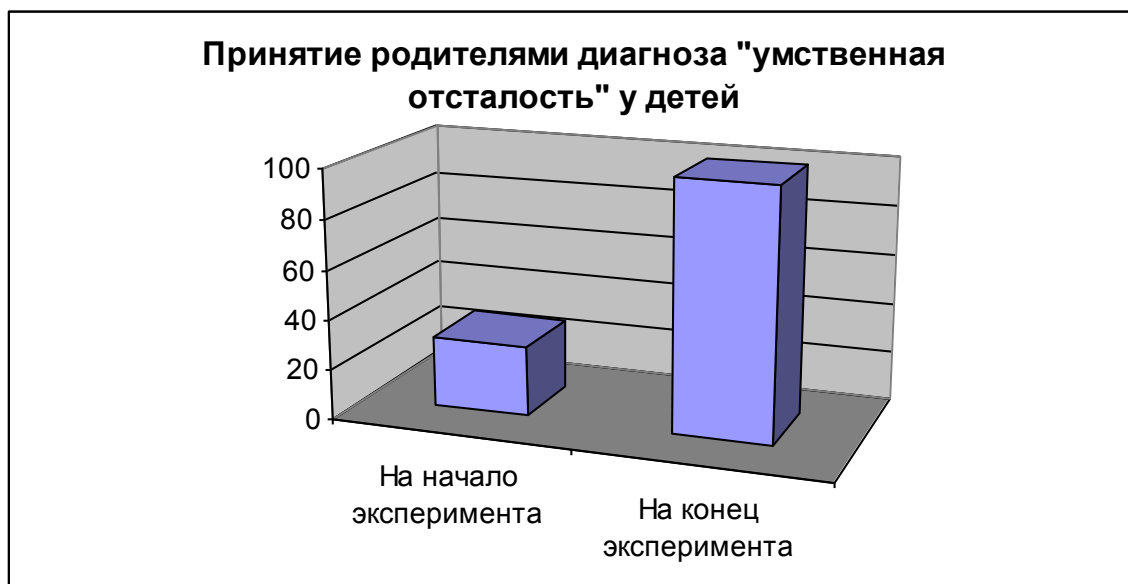


Рис. 7. Принятие родителями умственно отсталых детей, принявших участие в эксперименте, установленного их детям диагноза

Во время занятий абсолютно у всех родителей по направлению к детям открытые позы, они поддерживают их не только вербальными, но и невербальными способами (жестами и мимикой). Информацию педагога воспринимают позитивно, стараются проанализировать услышанное, задают уточняющие вопросы. На начало эксперимента таких родителей было двое (мама М.2. и бабушка Д.2.).



Рис. 8. Принятие родителями умственно отсталых детей, принявших участие в эксперименте, информации от педагогов

В ходе наблюдения за детьми с ограниченными возможностями и их семьями отмечается заинтересованность родителей деятельностью своих детей. В пяти семьях, что составляет 71,4%, определились с будущей профессией. Во всех семьях успокоились за будущее своих детей.

Если сравнивать полученные данные с данными на начало эксперимента, то отчетливо прослеживается динамика в сторону определения с выбором.

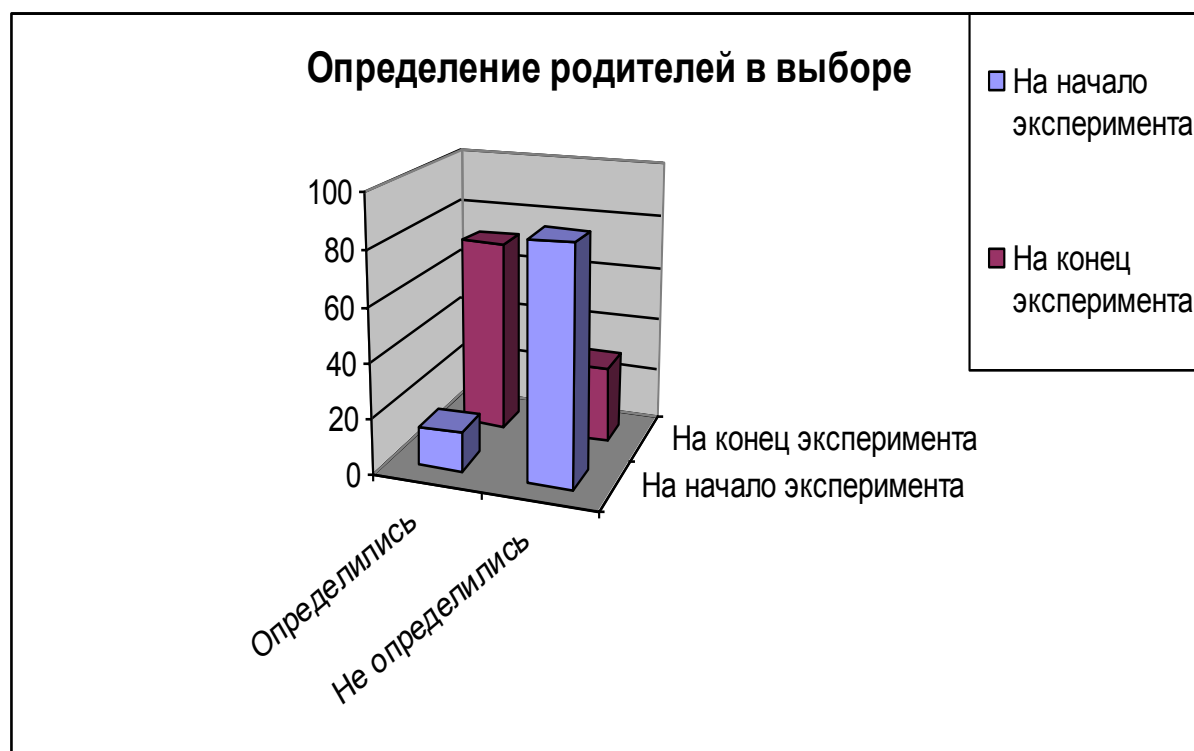


Рис. 9. Определение родителей в выборе будущей профессии их детей

Выводы по второй главе:

- родители за время посещения занятий в детско - родительском клубе «Лучики» овладели педагогическими приемами и тактиками, стали более заинтересованы в изучении опыта работы с детьми с ограниченными возможностями;

- они сумели понять и принять особенности своих детей, их возможности, интересы и желания;

- дети более оптимистично настроены, их рисунки семьи стали более «теплыми», а ответы позитивно настроенными;

- большинство семей определились с предварительным выбором будущей профессии для своего ребёнка.

Заключение

Проведя анализ роли семьи, как фактора развития ребенка-инвалида, можно сделать вывод о том, что семья становится тем социальным институтом, в котором совершается развитие вступившего в жизнь человека. Именно семья является тем первым домом, в котором человек вырастает и получает первые жизненные уроки. Именно в семье ребенок-инвалид заручается поддержкой и помощью, а также обучается любви, как к миру, так и к людям.

Проблема воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями является одной из наиболее важных и актуальных проблем коррекционной педагогики.

В настоящее время наука активно изучает особенности социальной работы с детьми с ограниченными возможностями и их семьями, принципы создания оптимальных условий для формирования и развития личности каждого ребенка, профилактики социально-психологической дезадаптации отстающих в развитии детей к жизни в условиях современного общества.

Только благодаря взаимодействию родителей с социальными педагогами, узкими специалистами возможна коррекция родительского отношения к ребенку с ограниченными возможностями. Что подтверждает нашу гипотезу.

Библиографический список

Нормативно-правовые акты

1. Всеобщая декларация прав человека (принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.) // «Библиотечка Российской газеты», выпуск № 22-23, 1999.
2. Декларация о правах инвалидов (утв. Резолюцией тринадцатой сессии Генеральной Ассамблеи ООН 3447 (XXX) от 9 декабря 1975 г.) // <http://www.allpravo.ru/library>.
3. Конвенция Международной организации труда № 159 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов (Женева, 20 июня 1983 г.) // <http://www.allpravo.ru/library>.
4. Рекомендация Международной Организации Труда от 20 июня 1983 г. № 168 о профессиональной реабилитации и занятости инвалидов // Международная Организация Труда. Конвенции и рекомендации. 1957-1990, том 2.
5. Конвенция о правах ребенка (Нью-Йорк, 20 ноября 1989 г.) // Конвенция по профессиональной реабилитации и занятости (инвалидов) от 1983 г. (№ 159) (МОТ)
6. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов (приняты Генеральной Ассамблеей ООН 20.12.1993) // <http://www.allpravo.ru/library>.
7. Международная классификация дефектов, инвалидности и нетрудоспособности (МСДИН), Всемирная организация здравоохранения, Женева, 1980 год // <http://www.allpravo.ru/library>.
8. Конституция Российской Федерации (принята на всенародном голосовании 12 декабря 1993 г.) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-

ФКЗ, от 05.02.2014 № 2-ФКЗ, от 21.07.2014 № 11-ФКЗ)//Собрании законодательства РФ, 04.08.2014, № 31, ст. 4398.

9. Семейный кодекс Российской Федерации» от 29.12.1995 № 223-ФЗ (ред. от 30.12.2015)// Собрание законодательства РФ, 01.01.1996, № 1, ст. 16.

10. Федеральный закон от 24.07.1998 № 124-ФЗ (ред. от 28.11.2015) «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ», 03.08.1998, № 31, ст. 3802.

11. Федеральный закон от 12.01.1995 № 5-ФЗ (ред. от 28.11.2015, с изм. от 14.12.2015) «О ветеранах» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2016)// Собрание законодательства РФ», 16.01.1995, № 3, ст. 168.

12. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 29.12.2015) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации»// Собрание законодательства РФ. - 1995. - № 48. - ст.4563.

13. Указ Президента РФ от 01.07.1996 № 1011 (ред. от 27.04.2000) «О мерах по обеспечению государственной поддержки инвалидов»// Собрание законодательства РФ», 08.07.1996, № 28, ст. 3359.

Список литературы

14. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья: психологические основы: учебное пособие. - М.: ВЛАДОС, 2004. - 368 с.

15. Альперович В.Д. Справочник социального работника. - М.: Гардарики, 2006.

16. Арефьева – Малафий Л. Чтобы стало немного теплее // Соционмия (социальная работа). – 2005. № 6. – С.23 - 27.

17. Бабинова Н.В., Жукова Л.А., Черникова Е.Г. «Родительская школа» - семинар для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья. Дошкольная педагогика // 2011.- №6 (71).- С.60 – 64

18. Безух С.М., Лебедева С.С. Психологическое и социальное сопровождение больных детей и детей-инвалидов. - СПб.: Речь, 2007. - 112 с.
19. Валитова И.Е. Концептуальные основы взаимодействия взрослого и ребенка// Проблема взаимодействия в исследованиях философов, психологов, педагогов. – Брест: БрГУ, 1997.-514 с.
20. Василькова Ю. В., Василькова Т.А. Социальная педагогика.- М.: АCADEMIA, 2003. – 350 с.
21. Варга А.Я. Структура и типы родительских отношений. – М.:ВЛАДОС, 2007. – 358с.
22. Верещагина Н.В. Если ребёнок отстает в развитии... - СПб.: ООО «ИЗДАТЕЛЬСТВО «ДЕТСТВО-ПРЕСС»,- 2012. – 64 с.
23. Верещагина Н.В. Особенности работы с семьёй и консультирования родителей детей с особыми образовательными потребностями Дошкольная педагогика. №5 (54) -2009.-С.29 – 32
24. Государственный доклад «О положении инвалидов в Российской Федерации». - М., 2007. - 235 с.
25. Дементьева Н.Ф., Багаева Г.Н., Исаева Т.Н. Социальная работа с семьей ребенка с ограниченными возможностями. - М.: Ин-т социальной работы, - 2006. - 121с.
26. Железнякова З.Р. Организация взаимодействия взрослого с ребенком в педагогическом процессе детского сада // Проблема взаимодействия в исследованиях философов, психологов, педагогов. – Брест: БрГУ, -1997.-114 с.
27. Завражин С.А., Фортова Л.К. Адаптация детей с ограниченными возможностями.- М.: Академический проект: Трикста, - 2005. – 400 с.
28. Зырянова С.И. О социализации детей с особыми образовательными потребностями// Дошкольная педагогика. №6 (63) -2010.- С.43 – 45

29. Иванова Н.Н. Социальные подходы к социальной адаптации и реабилитации детей с ограниченными возможностями здоровья // Социально гуманитарные знания. -2003.- № 4. - С. 30-38.
30. Испулова С. Комплексный центр социального обслуживания // Социальное обеспечение. -2005. -№ 11.- С. 17-20.
31. Ильина П.О. Организация социальной работы с семьей, имеющей детей с ограниченными возможностями.- М.- 2014. -98 с.
32. Куфтяк Е. Кризис родителей // Социология (социальная работа)-2005.- № 2.- С. 29-31.
33. Леонтьев А.Н. Избранные психологические произведения. В 2 т. Т 2. Деятельность. Сознание. Личность. – М.: Педагогика, 1983.-312 с.
34. Мардахаев Л.В.Социальная педагогика. - М.: Гардарики, 2005. 267 с.
35. Мастюкова Е.М. Ребенок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция. - М.: Просвещение, 1992. - 98с.
36. Машер Н. Гуманность без иллюзий // Семья и школа - 2005. - № 10.- С. 12 - 15.
37. Медникова С. Тепло, посемейному // Социальная защита - 2015. - № 8.- С. 29- 31.
38. Методика и технологии работы социального педагога: учеб. пособие для вузов, фак. соц. педагогики и соц. Работы. / Б.Н. Алмазова и др.; под ред. М.А. Галагузовой, Л.В. Мардахаева. - 4-е изд., стер. - М.: Academia, 2007. - 192с.
39. Настольная книга специалиста - Социальная работа с инвалидами / Под ред. Е.И. Холостовой, А. И, Осадчих. - М: Ин-т социальной работы, 2006. - 153с.
40. Общая психодиагностика / под ред. А.А. Бодалева, В.В. Столина. – М.: Изд-во МГУ, 1987.-318 с.

41. Олиференко Л.Я. Социально-педагогическая поддержка детей группы риска. - М: ВЛАДОС, 2009. - 345с.
42. Особенности социальной помощи семьям с детьми с ограниченными возможностями жизнедеятельности. – М. 2014. – 314 с.
43. Подшибякина Г.В. Белая трость помогает слепым // Библиотека. - 2004. - № 10.- С. 15 - 16.
44. Психология социальной работы с детьми – инвалидами и их семьями в России// Социальная защита - 2016. -№ 1.- С. 29- 31.
45. Реабилитация инвалидов: новый взгляд на старые проблемы // Учительская газета.- 2003. -№ 4. -С.89.
46. Романова Е.В. Годовой план работы педагога психолога с «проблемными» семьями// Справочник педагога – психолога - 2011. -№2. - С.27 – 31
47. Рыженко И.В., Карданова М.С. Особенности реагирования родителей на присутствие в семье ребенка-инвалида // Мир психологии. – 2003.- № 3. – С. 24 - 22.
48. Социальная работа с детьми с ограниченными возможностями// Социальная защита - 2016. -№ 1.- С. 29- 31.
49. Социальная работа с семьями имеющими детей–инвалидов. // Социальная защита - 2016. -№ 1.- С. 34- 35.
50. Социальная сплоченность // Социальное обеспечение. – 2015. № 16. – С. 32 - 33.
51. Ялпаева Н.В. Социально-психологическая работа с семьями детей с ограниченными возможностями– М: Просвящение,- 2012.- 480 с.
52. Стребелева Е.А. Специальная дошкольная педагогика.- М., Академия, - 2002.-612 с.
53. Чернецкая А.А. Технология социальной работы: Учебник. - Ростов н/Д: «Феникс», -2014 – 400с.

54. Технология социальной работы: Учебник / Под ред. Е.И. Холостовой. М.: ИНФРА – М, 2015. – 400 с.
55. Технология социальной работы: Учеб. пособие для студентов вузов / Под ред. И.Г. Зайнышева. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2015. 240 с.
56. Федеральная служба государственной статистики Российской Федерации. Защита прав детей в Российской Федерации // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ.2016.- № 7 (324).
57. Фирсов М. В., Студенова Е. Г. Теория социальной работы: учеб. пособие для студ. Высш. учеб. заведений.- М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, - 2010.- 432 с.
58. Холостова Е.И. Социальная работа с семьей: Учебное пособие / Е.И.Холостова. – М.: Издательско – торговая корпорация «Дашков и К°», 2010. – 244с.
59. Шакурова М.В. Методика и технология работы социального педагога: учебник. – М., 2012.- 514 с.
60. Шохина Л.Н. Правовые основы государственной поддержки детей-сирот / Гражданин и право. № 1. 2012 г. С. 33-35.
61. Черняева Т.И. Социальная реабилитация «нетипичных» детей // Социологические исследования. – 2015. № 6. – С.85- 94.
- 62.** Эффективность технологии социальной работы с семьями детей с ограниченными возможностями здоровья// Социальное обеспечение. – 2005. № 16. – С. 32 - 33.

Тест «Кинетический рисунок семьи» Бернса и Кауфмана

Инструкция: «Необходимо нарисовать свою семью таким образом, чтобы все ее члены были чем-то заняты».

Реализация.

Нам понадобится чистый лист бумаги, цветные карандаши и ластик.

В протокол необходимо вносить следующие данные: время реализации задания, вопросы, задаваемые испытуемым, а также его высказывания, стирания, исправления и т.д.

После того, как рисунок будет выполнен, испытуемому предлагается ответить на следующие вопросы:

1. Кто изображен на рисунке?
2. Чем занимается каждый из членов семьи?
3. Где находится каждый из членов семьи?
4. Членам семьи весело либо скучно?
5. Кто самый счастливый из членов семьи? Почему?
6. Кто из членов семьи самый несчастный? Почему?

Далее с целью определения позитивных и негативных отношений в семье, испытуемому предлагается решить несколько ситуаций. Например:

1. У тебя есть два билета в кинотеатр. Кого из членов своей семьи ты возьмешь с собой?
2. Вы всей семьей собрались в гости, но один из членов семьи заболел и вынужден остаться дома. Кто он?
3. Ты собираешь пазл, но у тебя не получается. Кого из членов семьи ты попросишь помочь?
4. Представь, что ты попал на необитаемый остров. С кем из членов семьи ты бы хотел там жить?

Расшифровка результатов.

1. Проведение анализа структуры рисунка. На первом этапе необходимо провести сравнение состава нарисованной семьи с реальной.

Так, если семья изображена в полном составе, то это является признаком эмоционального благополучия семьи.

Если семья нарисована в не полном составе, то это может свидетельствовать о недовольстве семейной ситуацией.

Если на рисунке вообще отсутствуют люди, либо нарисованы люди не имеющие отношение к семье, то это может говорить, как о травматических переживаниях по поводу семьи, так и об отсутствии контакта между ребенком и психологом.

2. Анализ месторасположение членов семьи, а также особенностей их взаимодействий.

Так, если семья изображена в полном составе, с соединенными между собой руками, либо семья нарисована занятая одним делом, то это говорит о единстве и эмоциональном благополучии семьи.

Если члены семьи нарисованы на большом расстоянии друг от друга, а также если между ними изображены разные предметы быта или станы, то это свидетельствует о низком уровне эмоциональных связей в семье.

Если члены семьи изображены играющими, например, в мяч, то это означает, что ребенком признается наличие связи, взаимного интереса между ними, а также, наличия соперничества за влияние в семье.

3. Анализ порядка рисования членов семьи, а также их особенностей.

Так, самый главный член семьи, во-первых, всегда рисуется первым, во-вторых, он более крупного размера, чем все остальные, в-третьих, его рисуют дольше всех.

Изображение члена семьи, например, без каких-либо частей тела, может говорить о негативном отношении ребенка к этому человеку.

4. Анализ символики изображения.

Нарисованная грязь означает внутреннее беспокойство ребенка в виду неприятных для него моментов.

Изображение воды, льда, дождя, звезд, холодильника и всего, что относится к холоду, означает депрессивный настрой в настоящий момент или в потенции.

Изображение спортивных игр либо оборудования, а также дерущихся кошку с собакой являются символом соперничества.

Символами реального либо желаемого спокойствия и безмятежности являются цветы и бабочки.

Изображение воздушных шариков и бумажных змеев означает имеющееся чувство давления, от которого ребенок старается избавиться.

Изображение предметов, представляющих опасность для жизни, является символом агрессии, а также наличия фактора соперничества.

Опросник родительских отношений Варги-Сталина (ОРО)

Опросник родительских отношений - это диагностический инструмент, направленный на установление родительского отношения у взрослых, которые обращаются за помощью по вопросам воспитания детей и трудностей в общении с ними.

Опросник родительских отношений включает в себя пять шкал:

Первая шкала – шкала принятие/отвержение. Данная шкала показывает интегральное эмоциональное отношение к ребенку и включает в себя два полюса. Содержание одного полюса заключается в том, что родителю нравится ребенок таким, какой он есть. Содержание второго полюса состоит в том, что родитель воспринимает своего ребенка как плохого, неприспособленного, неудачливого.

Вторая шкала – шкала кооперация. Содержание этой шкалы можно раскрыть следующим образом: родителю интересны дела и планы ребенка, он пытается во всем ему помочь. Интеллектуальные и творческие способности ребенка оцениваются родителем очень высоко.

Третья шкала – шкала симбиоз. Данная шкала показывает межличностную дистанцию в общении с ребенком. Содержание этой шкалы может быть расшифровано, как: родитель чувствует себя с ребенком единым целым, старается удовлетворить все его потребности, уберечь от трудностей и неприятностей жизни.

Четвертая шкала – шкала авторитарная гиперсоциализация. Данная шкала показывает форму и направление контроля за поведением ребенка. Содержание этой шкалы: родитель призывает ребенка к безоговорочному послушанию и дисциплине. Он пытается во всем навязать ребенку свою волю, не в состоянии принять его точку зрения. За проявление самостоятельности ребенка строго наказывают.

Пятая шкала – шкала маленький неудачник. Данная шкала показывает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. Содержание шкалы маленький неудачник: родитель видит ребенка младше, чем его настоящий возраст. Родитель пытается уберечь ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

Текст опросника ОРО

1. Я всегда сочувствую ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать, о чем думает мой ребенок.
3. Я уважаю своего ребенка.
4. Мне кажется, будто поведение моего ребенка сильно отклоняется от нормы.
5. Необходимо пытаться уберечь ребенка от жизненных проблем, которые его травмируют.
6. Я ощущаю к своему ребенку чувство расположения.
7. Хорошие родители оберегают своего ребенка от жизненных трудностей.
8. Мой ребенок очень часто мне неприятен.
9. Я всегда пытаюсь оказать помощь своему ребенку.
10. Иногда бывает, что издевательское отношение к ребенку приносит ему пользу.
11. Я чувствую досаду по отношению к своему ребенку.
12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
13. Мне кажется, что другие дети издеваются над моим ребенком.
14. Мой ребенок зачастую делает поступки, достойные только презрения.
15. Для своего возраста мой ребенок немного незрелый.
16. Мой ребенок сознательно ведет себя плохо, чтобы досадить мне.
17. Мой ребенок впитывает в себя все дурное, как губка.
18. При всем старании моего ребенка сложно научить хорошим манерам.
19. Из ребенка вырастет порядочный человек, если его держать в жестких рамках.
20. Мне нравится, когда друзья моего ребенка приходят к нам в гости.
21. Я принимаю участие в своем ребенке.
22. К моему ребенку «липнет» все дурное.
23. Мой ребенок не добьется успеха в жизни.

24. Когда в компании заходит разговор о детях, то мне становится стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как мне хотелось бы.
25. Я жалею своего ребенка.
26. Сверстники моего ребенка кажутся мне взрослее моего ребенка и по поведению, и по суждениям.
27. Свое свободное время я с большим удовольствием провожу со своим ребенком.
28. Я очень часто жалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким.
29. Я часто ловлю себя на агрессивном отношении к своему ребенку.
30. Я хочу, чтобы мой ребенок добился всего того, что мне нравится и кажется необходимым.
31. Родителям необходимо приспосабливаться к ребенку, а не только требовать этого от него.
32. Я пытаюсь выполнять все просьбы моего ребенка.
33. При принятии семейных решений, необходимо принимать во внимание мнение ребенка.
34. Я интересуюсь жизнью своего ребенка.
35. В конфликте с ребенком я могу признать, что он по-своему прав.
36. Дети рано узнают, что родители могут ошибаться.
37. Я всегда считаюсь со своим ребенком.
38. К своему ребенку я испытываю дружеские чувства.
39. Эгоизм, упрямство и лень являются главными причинами капризов моего ребенка.
40. Во время отпуска нельзя хорошо отдохнуть вместе с ребенком.
41. Самое главное — чтобы у ребенка было спокойное и беззаботное детство, все остальное приложится.
42. Мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.
43. Я разделяю увлечения моего ребенка.

44. Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.
45. Я понимаю огорчения своего ребенка.
46. Мой ребенок часто раздражает меня.
47. Воспитание ребенка — это сплошная нервотрепка.
48. Сильный характер в ребенке развивает строгая дисциплина в детстве.
49. Я не доверяю своему ребенку.
50. В будущем дети будут благодарны за строгое воспитание.
51. Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.
52. У моего ребенка больше недостатков, чем достоинств.
53. Я разделяю интересы своего ребенка.
54. Мой ребенок не может сделать что-либо самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.
55. Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни.
56. Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.
57. Я слежу за состоянием здоровья своего ребенка.
58. Я часто восхищаюсь своим ребенком.
59. У ребенка не должно быть секретов от своих родителей.
60. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.
61. Желательно, чтобы ребенок дружил с теми детьми, которые нравятся его родителям.

Ключи к опроснику

Шкала первая - шкала принятие/отвержение: 3, 4, 8, 10, 12, 14, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60.

Шкала вторая – шкала кооперация: 6, 9, 21, 25, 31, 33, 34, 35, 36.

Шкала третья – шкала симбиоз: 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

Шкала четвертая – шкала авторитарная гиперсоциализация: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

Шкала пятая - шкала маленький неудачник: 9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61.

Порядок подсчета тестовых баллов

При подсчете тестовых баллов по всем шкалам учитывается ответ «верно».

Высокий тестовый балл по соответствующим шкалам интерпретируется как:

I — отвержение;

II — социальная желательность;

III — симбиоз;

IV — гиперсоциализация;

V — инфантилизация (инвалидизация).

**Акт
обследования условий жизни опекаемого**

Ф.И.О. опекаемого, дата рождения:

Домаш. адрес:

Состав семьи: ____ чел.

Жилищно-бытовые условия:

Вывод:

Подписи:

Методические рекомендации по реализации программы

Занятие 1. Тема «Знакомство»

Цель: создание детско-родительской группы, создание положительной мотивации на сотрудничество.

Задачи:

1. Познакомить родителей и детей с основными правилами функционирования группы: целями и задачами встреч.
2. Способствовать созданию доброжелательной атмосферы на занятиях.
3. Диагностика: Для детей - тест «Кинетический рисунок семьи» Бернса и Кауфмана. Для родителей – опросник родительских отношений Варги - Сталина (ОРО).

Занятие 2,3.

Тема «Декорирование открыток: «Подсолнух из гофрокартона».

Цель: сплочение детско-родительской группы, ощущение чувства единства и ответственности.

Задачи:

1. Научить родителей и детей приёмам скручивания бумаги и гофрированного картона и формированию различных элементов («ролл», «замкнутая спираль», «свободная спираль», «капля», «глаз», «стрелка», «треугольник», «овал»).
2. Расширять знания родителей о возможностях детей.
3. Побудить участников найти и выразить одобрительные слова и отношение друг к другу.

Занятие 4,5. Тема «Создание картин из разноцветного риса и других круп».

Цель: сплочение детско-родительской группы через эмоциональную поддержку и бесконфликтное общение.

Задачи:

1. Научить родителей и детей изготовлению поделок из семян и круп, выполненных в разных техниках.
2. Продолжать расширять знания родителей о возможностях детей.
3. Побудить участников оказывать помощь друг другу, эмоциональную поддержку.
4. Обучение навыкам бесконфликтного общения.

Занятие 6-7. Тема «Создание картин из комочков гофрированной бумаги».

Цель: сплочение детско-родительской группы через эмоциональную поддержку и бесконфликтное общение.

Задачи:

1. Научить родителей и детей работать с гофрированной бумагой и изготовлению различных картин.
2. Продолжать расширять знания родителей о возможностях детей.
3. Обучение навыкам бесконфликтного общения.

Занятие 8, 9. Тема: «Создание объёмной аппликации из полосок цветной бумаги «Букет радости».

Цель: сплочение детско-родительской группы через эмоциональную поддержку и бесконфликтное общение.

Задачи:

1. Научить родителей и детей созданию различных картин из полосок цветной бумаги.
2. Продолжать расширять знания родителей о возможностях детей.
3. Продолжать развивать партнерские отношения родителя и ребенка в совместной деятельности.

Занятие 10, 11. Тема: «Изготовление рамочки для фотографий в технике оригами».

Цель: улучшение понимания родителями собственного ребенка, особенностей закономерностей его развития

Задачи:

1. Научить родителей и детей изготовлению модулей из бумаги, пошаговому процессу изготовления рамочки в технике оригами.
2. Продолжать развивать отношения партнерства и сотрудничества «родитель-ребенок»
3. укреплять отношения между родителями и ребенком, учитывать потребности своих детей и относиться к ним с пониманием,

Занятие 12, 13. Тема: «Обучение техники торцевания из гофрированной бумаги».

Цель: развитие способности к эмпатии, к пониманию переживаний, интересов друг друга;

Задачи:

1. Продолжать учить работать с гофрированной бумагой. Научить родителей и детей изготовлению объемных картин в технике торцевания.

2. формирование эффективных способов внутрисемейной коммуникации
3. гармонизация отношений родителей и детей;

Занятие 14, 15. Тема: «Создание объёмной игрушки из бумаги «Кувшинка - булавочница»

Цель: выработка навыков адекватного и равноправного общения, способности предотвращению и разрешению межличностных конфликтов;

Задачи:

1. Научить приемам выполнения технологических операций выполнения объёмных фигур, формирование умений и навыков работы с инструментами.

Занятие 16. Тема: «Выпускной вечер».

Подведение итогов, организации выставки, анкетирование, вручение дипломов. Мини развлечение, чаепитие.

Цель: Сплочение семьи

Задачи:

Воспитать чувство коллективизма и сопереживания за свою семью;

Повышение взаимопонимания детей и родителей.

Необходимые материалы: измерительная лента, музыкальная подборка; альбомные листы для каждой семьи, цветные карандаши, десять луковиц, корзина, макароны, нитки, дипломы, призы.

Предварительная подготовка: каждой семье заранее дается задание составить свою визитную карточку, подобрать пословицы о семье, вспомнить детские песни, приготовить фирменное семейное блюдо.

Ход работы:

1. Конкурс «Визитная карточка».
2. Конкурс «Что нам стоит дом построить!».

3. Конкурс «Шустрый портняжка».
4. Конкурс «Сказка на новый лад».
5. Конкурс «Самая стройная семья».
6. Конкурс «Пословица недаром молвится» (домашнее знание).
7. Конкурс «Попади в мишень».
8. Конкурс «Песенный».

Каждой семье вручается диплом, призы. Мероприятие заканчивается чаепитием с фирменными семейными блюдами.

Основные категории и понятия, употребляемые в программе

Семья представляет собой сложное социальное образование. Многие исследователи понимают под семьей систему взаимоотношений между супругами, между родителями и детьми, как малую группу, члены которой связаны брачными либо родственными отношениями, общностью быта и взаимной моральной ответственностью, как социальную необходимость, обусловленную потребностью общества в физическом и духовном воспроизводстве населения.

Дети с ОВЗ - подразумевает наличие у ребенка временного либо постоянного отклонения в физическом либо психическом развитии. Здесь имеется необходимость формирования для него специальных условий для обучения и воспитания. В эту группу могут быть отнесены не только дети-инвалиды, но и не признанные инвалидами, но при наличии ограничений жизнедеятельности.

Детско-родительские отношения представляют собой систему межличностных установок, ориентаций, ожиданий в вертикальном направлении по возрастной лестнице: снизу вверх («ребенок-родители») и сверху вниз («родители – ребенок»), которые определяются совместной деятельностью и общением между членами семейной группы.

Семейный клуб - групповая форма работы, направленная на формирование отношений сотрудничества родителей и специалистов (педагогов, психологов и т.д.), формирование взаимодействия между семьями, повышения знаний родителей в вопросах воспитания подростка, их информированности.

Анкета для родителей

Уважаемые родители!

В целях повышения качества предоставляемых услуг и улучшения условий работы, просим Вас поучаствовать в опросе.

Ваш пол: Мужской Женский

Ваш возраст: _____

Состояние жилищных условий (нужное подчеркнуть):

У ребенка имеется отдельная комната;

Приспособлены жилищные условия для потребностей ребенка.

Не приспособлены жилищные условия для потребностей ребенка.

Можете ли с ребенком пользоваться услугами общественного транспорта?

Как часто Вы посещаете с ребенком культурные мероприятия?

Оцените медицинское обслуживание

Испытываете ли вы необходимость в консультациях психолога, семейного терапевта, юриста?

Оцените социальное обслуживание

Оцените образовательные услуги?

Имеете ли Вы возможность проведения отдыха и занятием спортом с ребенком?

Достаточно ли вы информированы о правах ребенка?

Оцените деятельность неправительственных организаций.

Насколько часто вы испытываете стресс, напряженность из-за проблем, связанных с вашим ребенком?

Что вам кажется самым трудным в организации жизни ребенка?

Что вас беспокоит в поведении вашего ребенка?

Как оценивают родители отношение других детей к их детям?

Ваше отношение к возможности вашего ребенка в будущем жить самостоятельно, работать и обеспечивать свое существование.

Что вызывает наибольшее беспокойство, когда вы думаете о будущем своего ребенка?

Что, по мнению вас, нужно сделать, чтобы ваши дети могли в будущем самостоятельно жить, получить профессию, работу?

Какую помощь Вы бы хотели получить для того, чтобы вырастить своего ребенка?

Спасибо за сотрудничество!