

УДК 37.018.11.04-056.26:616.831/.832:37.018.15

## ДІАГНОСТИКА СІМЕЙ, ЩО ВИХОВУЮТЬ ДІТЕЙ З ІНВАЛІДНІСТЮ, ЯК ОСНОВА ЇХНЬОЇ ТИПОЛОГІЗАЦІЇ І СКЛАДОВА ЕФЕКТИВНОСТІ СОЦІАЛЬНО-ПЕДАГОГІЧНОЇ РОБОТИ З НИМИ В УМОВАХ РЕАБІЛІТАЦІЙНИХ ЦЕНТРІВ

**Н.В. Грабовенко<sup>1</sup>**

доцент, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри соціології та соціальної роботи,  
Міжрегіональна Академія управління персоналом  
e-mail: [natagrabovenko@ukr.net](mailto:natagrabovenko@ukr.net)

## ДИАГНОСТИКА СЕМЕЙ, КОТОРЫЕ ВОСПИТЫВАЮТ ДЕТЕЙ С ИНВАЛИДНОСТЬЮ, КАК ОСНОВА ИХ ТИПОЛОГИЗАЦИИ И СОСТАВЛЯЮЩАЯ ЭФФЕКТИВНОСТИ СОЦИАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С НИМИ В УСЛОВИЯХ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ ЦЕНТРОВ

**Н.В. Грабовенко**

доцент, кандидат педагогических наук, доцент кафедры социологии и социальной работы,  
Межрегиональная Академия управления персоналом

## DIAGNOSTICS OF FAMILIES WITH CHILDREN-INVALIDS, AS THE BASIS OF THEIR TYPOLOGY AND COMPONENT OF THE EFFICIENCY OF SOCIALLY PEDAGOGICAL WORK WITH THEM IN THE CONDITIONS OF REHABILITATION CENTER

**Nataliya Grabovenko**

PhD, Associate Professor, Assistant Professor of Sociology and Social Work,  
Interregional Academy of Personnel Management

У статті представлено типологію сімей, які виховують дітей з ДЦП, за інтегральним показником психолого-педагогічної адаптації сім'ї до проблем інвалідності дитини та рівнів його сформованості. Складовими цього показника є: педагогічна культура батьків; їх емоційна адаптація до проблем інвалідності дитини; психологічний клімат сім'ї; готовність/неготовність батьків співпрацювати із фахівцем; соціально-психологічна адаптація дитини до власних потреб і проблем, пов'язаних з інвалідністю, її соціальна інтеграція. Типологія сімей розроблена на підставі комплексної соціально-педагогічної діагностики.

**Ключові слова:** соціально-педагогічна діагностика, педагогічна культура батьків, психологічний клімат сім'ї, психолого-педагогічна адаптація сім'ї до проблем інвалідності дитини, соціально-психологічна адаптація дитини з ДЦП.

В статье представлена типология семей, которые воспитывают детей с ДЦП, на основе интегративного показателя психолого-педагогической адаптации семьи к проблемам инвалидности ребенка и уровней его сформированности. Составляющими этого показателя являются: педагогическая культура родителей; их эмоциональная адаптация к проблемам инвалидности ребенка; психологический климат семьи; готовность/неготовность родителей к сотрудничеству со специалистом; социально-психологическая адаптация ребенка к потребностям и проблемам, связанным с инвалидностью, его социальная интеграция. Типология семей составлена на основе комплексной социально-педагогической диагностики.

**Ключевые слова:** социально-педагогическая диагностика, педагогическая культура родителей, психологический климат семьи, психолого-педагогическая адаптация семьи к проблемам инвалидности ребенка, социально-психологическая адаптация ребенка с ДЦП.

In article research certainly of group of families on such signs: formed of pedagogical culture of parents; emotional adaptation of parents (productive/unproductive) to the problems of disability of child; psychological climate of family, which creates favourable/unfavourable environment for emotional development of child-invalid, readiness of parents to cooperate with social pedagogies. The typology of families is based on an integrated socio-pedagogical diagnostics.

*Keywords:* socially pedagogical diagnostics, socialization of personality, pedagogical culture of parents, psychological climate of family, adaptation family to the terms of life.

### **Постановка проблеми та її зв'язок з важливими науковими та практичними завданнями.**

Актуальною проблемою сьогодення в нашому суспільстві є створення спеціальної моделі соціально-педагогічної роботи з сім'ями, які виховують дітей з інвалідністю, у тому числі з ДЦП, в умовах реабілітаційних центрів. У цих установах мають відбуватися рання адаптація, корекція комунікаційних навичок, фізична реабілітація, медична, психологічна, логопедична корекція, соціально-педагогічна та психологічна допомога сім'ї, яка виховує дитину з обмеженими фізичними можливостями. На ефективність соціально-педагогічної роботи з такими сім'ями можна очікувати за умови вивчення особливостей структури сім'ї, її виховного потенціалу, формування готовності батьків до участі в психосоціалній реабілітації хворої дитини, врахування її психофізіологічних особливостей, а також впливу на сім'ю соціального середовища. Одним із ключових етапів соціально-педагогічної роботи з сім'єю є діагностичний, тобто виявлення в життєдіяльності сім'ї тих порушень, що призводять до її дисфункції. На основі результатів діагностики можна визначити типи сімей та сформулювати стратегію подальшої соціально-педагогічної роботи з ними.

**Аналіз останніх публікацій по проблемі.** Типологія сімей і найважливіші аспекти соціально-педагогічної роботи з різними їх типами є достатньо розробленою у педагогічній теорії. Так, психолого-педагогічні й соціальні проблеми молоді та студентської сім'ї вивчалися Т. Алексеєнко, І.Дубровіною, Т. Журбицькою, В. Ігнатовським, Л. Михайловою, В. Постовим [1;5;6;7;8;13]. Особливості соціально-педагогічної роботи з неблагополучною сім'єю досліджувалися І. Трубавіною [14;15]. Соціально-педагогічні проблеми в роботі з сім'ями дітей-інвалідів розглядалися А. Маллером, І. Мамайчук, О.Мастюковою, Г. Мішиною, Н. Фінні [9;10;11;12;16].

Типологія сім'ї за певними критеріями розглядалася Д. Бомріндом, Л.Ваховським, О. Караман, М. Кратіновим, В. Кратіною, Д. Олсоном, О.Песоцькою, С. Харченко. Але, на наш погляд, є недостатньо розроблена типологія сімей, що виховують дітей з інвалідністю.

**Формулювання цілей дослідження.** Мета статті – визначити типи сімей, що виховують дітей з інвалідністю, в умовах реабілітаційних центрів на основі комплексної соціально-педагогічної діагностики.

**Виклад основних результатів та їх обґрунтування.** Типологія сімей, що виховують дітей з ДЦП, в умовах реабілітаційних центрів, визначається на основі проведення соціально-педагогічної діагностики. Діагностична робота має базуватися на принципах: індивідуальної роботи; професійності; конфіденційності й системності.

Для виявлення психолого-педагогічних проблем сім'ї застосовуються такі методи: діагностичне та оцінююче інтерв'ю, бесіди, анкетування, тести, соціологічне опитування, спостереження, методи експертних оцінок, творчих завдань, самоаналіз.

Основною метою *діагностичного інтерв'ю* є отримання різних даних про сімейні стосунки та індивідуальні особливості розвитку дитини, тому воно включає тестові прийоми обстеження. Результати діагностичного інтерв'ю використовуються в подальшому у розробці програми соціально-педагогічної роботи із сім'єю і є підставою для вибору методів впливу на членів сім'ї з метою подолання негативного сприйняття одним одного, нормалізації сімейних стосунків, поліпшення їхніх відносин із лікарем для ефективного медичного лікування дитини.

Проведення *оцінюючого інтерв'ю* із застосуванням комунікативної технології з акцентом на пошук різниці між членами сім'ї дає можливість членам сім'ї “відкрити” нову реальність у своїх відносинах і запустити механізм їх зміни.

Соціально-педагогічна діагностика передбачає використання різних видів *бесіди*: психотерапевтична, стандартизована, вільна, керована, некерована тощо. Для того, щоб розмова мала

довірливий характер, фахівець має вміти користуватися методом емпатичного слухання. Суть методу, за визначенням К.Роджерса, полягає у створенні атмосфери зацікавленої розмови, спільного вирішення проблеми [18,14]. При цьому особливо важливим у спілкуванні є вміння побачити світ очима іншої людини при одночасному збереженні професійної об'єктивності.

За допомогою *методу спостереження* виявляються особливості взаємостосунків дорослого і дитини, по яких можна судити про ступінь їх емоційної близькості, специфіку комунікацій.

Відстеження стосунків у сім'ї та їх глибоке вивчення можливе за умов "проживання" фахівцем життя дитини, тому під час проведення соціально-педагогічної діагностики застосовуються *проективні методика* (кінетичний малюнок сім'ї, коментування картинок, незакінчених речень), які допомагають вивчати рівень сприйняття дітьми сімейних взаємостосунків [3;4]. Вивчити батьківські позиції допоможе написання батьками твору на тему "Моя дитина".

Можливість дізнатися про ціннісні орієнтації сім'ї, взаємостосунки батьків і дитини, про єдність або суперечливість вимог, що пред'являються дитині дорослими членами сім'ї, дають *ігрові завдання*.

Одночасно з проективними методиками і ігровими завданнями у роботі з дитиною фахівцями проводиться оцінка поточного рівня розвитку дитини, хворої на ДЦП, за різними функціональними сферами: загальною та тонкою моторикою, сприйняттям мовлення, соціальними навичками. За цими показниками визначається рівень соціально-психологічної адаптації дитини до власних проблем і потреб, пов'язаних з інвалідністю.

Крім того, у визначенні типу сім'ї, що виховує дитину з ДЦП, використано такі тестові методика:

- Методика діагностики соціально-психологічної адаптації (СПА) К.Роджерса і Р.Даймонда. За її результатами визначається емоційний стан батьків щодо інвалідності дитини. Обробка й інтерпретація результатів відбувається за показниками: адаптація, сприйняття самого себе, сприйняття інших людей, емоційна комфортність, інтернальність, прагнення до домінування.

- Методика експрес-діагностики рівня психоемоційної напруги (ПЕН) і її чинників (О. Копіна, О. Суслова, Є. Заїкін). Дозволяє вивчати рівень психоемоційної напруги людини, виявляє особливості усвідомлення кожним із батьків того, що відбувається в їх житті, як вони оцінюють ступінь задоволеності власних потреб. За означеною методикою вивчається емоційний стан батьків.

- Методика "Локус контролю" (О. Ксенофонтowa). Дозволяє виявити переконання батьків щодо локалізації тих сил, які впливають, управляють і контролюють події їхнього життя. За цією методикою визначається стан батьків за показником активності та його спрямуванням в складній ситуації.

- Тест К.Томаса визначає продуктивні й непродуктивні стилі поведінки членів сім'ї, вивчає особистісну схильність до конфліктної поведінки, за його допомогою виявляються такі способи регулювання конфліктів: змагання (суперництво); пристосування; компроміс; уникнення; співпраця. Кількість балів, набраних за п'ятьма шкалами, дає уявлення про вираженість у батьків тенденцій до прояву відповідних форм поведінки в конфліктних ситуаціях, що, в свою чергу, впливає на психологічний клімат сім'ї, емоційний розвиток дитини, її соціально-психологічну адаптацію.

- ОБС – тест-опитувальник ставлення батьків (А. Варга, В. Столін) вивчає сукупність різноманітних почуттів, що виявляють дорослі до дитини, стереотипи їхньої поведінки, особливості сприйняття, розуміння характеру та особистості дитини, її вчинків. За даною методикою визначається показник ставлення батьків до дитини, хворої на ДЦП.

- Методика АСВ діагностує стилі сімейного виховання: авторитарний, демократичний, попускаючий.

Отже, за результатами соціально-педагогічної діагностики можна визначити такі *ознаки*, що характеризують сім'ї, де виховуються діти з ДЦП:

- педагогічна культура батьків, їх готовність до виховання хворої дитини;
- емоційна адаптація батьків (продуктивна/непродуктивна) до проблем інвалідності дитини;
- психологічний клімат сім'ї, який створює сприятливе/несприятливе середовище для емоційного розвитку дитини з обмеженими фізичними можливостями;
- готовність батьків (активна/пасивна життєва позиція) співпрацювати із фахівцем;
- соціально-психологічна адаптація дитини до власних проблем і потреб, пов'язаних з інвалідністю.

За сукупністю цих ознак визначено інтегральний показник – *психолого-педагогічна адаптація сім'ї до проблем інвалідності дитини*, який покладено нами в основу типологізації сімей з дітьми, хворими на ДЦП, за рівнем його сформованості.

До *I типу* увійшли сім'ї з високим рівнем педагогічної культури, продуктивним рівнем емоційної адаптації батьків до проблем інвалідності дитини, сприятливим психологічним кліматом у родині; активною життєвою позицією до вирішення проблем інвалідності дитини; відносно високим рівнем соціально-психологічної адаптивності дитини до власних проблем і потреб.

*II тип* склали сім'ї з середнім рівнем педагогічної культури, граничним рівнем емоційної адаптації до проблем інвалідності дитини, нестійким психологічним кліматом у родині; з невизначеною життєвою позицією, середнім рівнем соціально-психологічної адаптивності дитини до власних проблем і потреб.

*III тип* – це сім'ї з низьким рівнем педагогічної культури, непродуктивним рівнем емоційної адаптації до проблем інвалідності дитини, несприятливим психологічним кліматом у родині; із слабкою життєвою позицією, низьким рівнем соціально-психологічної адаптивності дитини до власних проблем і потреб.

На підставі існуючих наукових досліджень [2] *педагогічна культура* батьків визначається нами за такими показниками: наявність і якість психолого-педагогічних знань, поглядів, переконань; ступінь сформованості вмінь і навичок виховання дітей; ціннісне ставлення до хворої дитини; стабільність зацікавленості до процесу виховання в цілому.

У сім'ях *першого типу* батьки мають достатні психолого-педагогічні знання, використовують їх у процесі сімейного спілкування, систематично займаються вихованням дітей, орієнтуючись на їхній вік та індивідуальні особливості. Для цього типу сімей характерними є висока відповідальність батьків за позитивну соціалізацію хворої дитини, активна життєва позиція.

У сім'ях *другого типу* батькам бракує систематичних знань із педагогіки й психології, в них немає чітких уявлень про методи і засоби сімейного виховання, основним підходом до розв'язання проблем організації життя дитини з обмеженими фізичними можливостями є інтуїтивний. Розвитком дітей такі батьки займаються випадково, а функцію виховання підміняють доглядом і несистематичним контролем.

Сім'ї *третього типу* характеризуються відсутністю в батьків знань із питань сімейної педагогіки, пасивністю у виконанні своїх соціалізуючих функцій. У таких сім'ях частіше спостерігаються типові помилки у вихованні дітей: відсутні єдині вимоги, наявні грубощі та авторитарний стиль спілкування, застосування фізичних покарань, маніпулювання.

*Рівень емоційної адаптації* батьків до проблем інвалідності дитини визначався за кожним типом сімей за показниками продуктивна – гранична – непродуктивна адаптація до проблем інвалідності дитини.

Сім'ї *першого типу* характеризуються створенням нового кола спілкування чи вибірково відновленням старих дружніх зв'язків; позитивним ставленням до людей; здатністю до відкритого обговорення своїх проблем, готовністю поділитися досвідом, прийти на допомогу; проявом інтересу до навколишнього життя, відкриттям нових можливостей для самореалізації;

реальною оцінкою обмежень і можливостей розвитку дитини, перспектив її адаптації у соціальному оточенні і готовністю їх реалізувати; визнанням можливості бути щасливими.

До сімей *другого типу* відносяться ті, де батькам бракує контактів з іншими людьми, члени родини не готові до відкритого спілкування і обговорення сімейних проблем, у дорослих немає чітких уявлень про можливості для самореалізації і розвитку дитини, основним підходом до розв'язання сімейних проблем є інтуїтивний. Такі сім'ї дотримуються життєвої стратегії, яка ухвалює все, що відбувається, – “на все воля Божа”. Вони виключають можливість змін на краще, підтримують ситуацію, що склалася, і, таким чином, зберігають труднощі і заглиблюють стрес.

Сім'ї з деструктивним емоційним станом, що змушує їх жити в ізоляції і конфронтації із суспільством, відносяться до сімей *третього типу*. В них батьки скаржаться на долю і постійну емоційну пригніченість, що призводить до конфліктів у мікросоціальному середовищі. Цей стан, невідкоригований вчасно, поглиблюється, стає домінуючим і визначає всю поведінку батьків. У них формується егоцентризм, який призводить до відчуження й соціальної ізоляції.

Батьківський егоцентризм відбивається й на характері дітей, які також стають неспроможними до співчуття й допомоги іншим. Це чимдалі перешкоджає налагодженню їхніх стосунків із ровесниками, спілкуванню й співпраці, прирікає їх на самотність та ізольованість.

Надмірні сподівання батьків, які покладали великі надії на видатні досягнення дитини в майбутньому, не дозволяють їм подолати почуття розчарування, сорому і приниження за народження хворої на ДЦП дитини, з якої “нічого не вийде”. Про її існування намагаються забути, хоча вона й залишається вдома, про неї ніколи не говорять, її нікому не показують і за можливості віддають під опіку няньок, вихователів, бабусь. Емоційна холодність, відчуженість батьків від дитини практично робить її сиротою.

Розвитку такого ставлення до дитини в деяких батьків сприяють недостатні її комунікативні прояви в ранньому дитинстві: відсутність посмішки, слабкий комплекс поживлення, що перешкоджає формуванню відповідної емоційної реакції в батьків. При цьому деякі сім'ї досягають стабільного життя, батьки самореалізуються і зовні вони вважаються благополучними, однак психологічна напруга, пов'язана зі страхом, що про їхню хвору дитину дізнаються знайомі і це вплине на їхні взаємостосунки, залишається. Такі сім'ї емоційно нестабільні, вони не здатні до позитивного розв'язання життєвих проблем.

*Характер психологічного клімату сім'ї* визначався за показниками: сприятливий – нестійкий – несприятливий стосовно до емоційного розвитку дитини з обмеженими фізичними можливостями.

Сім'ї *першого типу* – це сім'ї, які характеризуються сприятливим для емоційного розвитку дитини психологічним кліматом, де перевалює авторитетний стиль батьківської поведінки, який передбачає рівномірну участь усіх членів родини в керівництві й побудові внутрішньосімейної життєдіяльності. За типом сімейних взаємостосунків вони є структурованими або гнучкими (Д.Олсон). У таких сім'ях панує колегіальна атмосфера. Тут панує демократичне керівництво, коли враховуються думки всіх членів родини, в тому числі і дітей, ролі і внутрішньосімейні правила стабільні, але з можливістю їх зміни; розподіл ролей відбувається між усіма членами сім'ї, які легко спілкуються між собою (ролі змінюються за необхідністю). Типом батьківської поведінки є “прийняття і любов”, що породжують у дитини відчуття безпеки і сприяють нормальному розвитку особистості. Це сім'ї з відкритою комунікацією (О.Мастюкова), коли члени родини вмюють активно слухати один одного, мають здатність вільно висловлювати свої думки і надавати емоційну підтримку співрозмовнику.

Сім'ї, що відносяться до *другого типу*, характеризуються нестійким психологічним кліматом, використовують попускаючий стиль поведінки у вихованні дитини, коли батьки приймають певні рішення в залежності від ситуації, в них немає універсальної стратегії виховання, система вимог до дитини є лабільною і гнучкою. В таких сім'ях взаємостосунки є хаотичними, члени



родини живуть без чітко визначених правил і принципів, часто переходять від відчуття емоційної близькості і згуртованості до ворожості і роз'єднаності, а дитина з обмеженими фізичними можливостями відчуває себе тягарем для батьків. Це сім'ї з випадковою комунікацією, коли всі без виключення проблеми бурхливо обговорюються, втім подружні стосунки зовні виглядають рівними й узгодженими.

Сім'ї *третього типу* з нестійким психологічним кліматом для розвитку дитини характеризуються авторитарним стилем батьківської поведінки і відзначаються тим, що в них керівництво й організація всіх функцій здійснюється одним із її членів, де між дорослими, дорослими і дітьми встановлюються безапеляційні й тоталітарні взаємини, в родині панує жорстокість, агресія, холодність. Сімейні взаємостосунки є ригідними: батько займається лише фінансовим забезпеченням, а мати, піклуючись про дитину, присвячує їй увесь свій час, залишаючи поза увагою інших членів родини. Це сім'ї із закритою комунікацією, відсутністю відкритого спілкування між собою і емоційною холодністю. Дисгармонія в подружніх стосунках створює несприятливе середовище для емоційного розвитку хворої дитини і може стати джерелом виникнення психоневрологічних порушень у неї.

У таких сім'ях існують численні випадки невиправданого і невмілого використання методу примушування, однак зрідка фіксуються й випадки гіперопіки, коли батьки всіляко догоджають дитині, попереджаючи всі бажання, що наносить їй непоправну шкоду. Особливо тяжким наслідком гіперопіки хворої дитини є вороже ставлення до неї братів і сестер, які позбавляються материнського тепла і турботи. Зрештою, в міру дорослішання дитини наростає конфлікт між нею й батьками через її бажання до самостійності й неспроможністю дорослих його задовольнити.

*Соціально-психологічна адаптація дитини* до власних проблем і потреб, пов'язаних з інвалідністю, визначається як відносно висока, середня і низька.

У дітей, що виховуються в сім'ях *першого типу*, розвинута більшість груп умінь, які відповідають їх віковому рівню. Дитина сприймає мовлення і розуміє те, що їй говорять, в неї активніше йде процес формування категорій та сполучень, розуміння символічного значення слів, оволодіння соціальними навичками (приймає їжу, користується туалетом, одягається, роздягається; здатна налагоджувати контакти (зоровий, тактильний, мовленнєвий), вільно спілкується з однолітками, батьками і іншими дорослими). Вона здатна поводитися цілком адекватно і висловлювати логічні судження, позитивно і спокійно ставиться до себе і своїх фізичних недоліків, із зацікавленістю сприймає навколишній світ, її увагу привертають різні предмети і явища. Показники сенсорного, емоційного, фізичного й інтелектуального розвитку дитини мають високу позитивну динаміку.

Діти, що виховуються в сім'ях *другого типу*, характеризується недостатнім рівнем розвиненості в неї навчальних навиків і груп умінь, які відповідають їх віковому рівню, процес пізнавальної діяльності, оволодіння соціальними навичками йде повільніше. Дитина не здатна без допомоги дорослих налагоджувати контакти і спілкуватися з однолітками й іншими людьми. В неї часто спостерігаються невпевненість, сором'язливість, замкненість, пригнічений настрій; різноманітні знання та уявлення про взаємозв'язки між предметами і явищами навколишнього світу, про взаємини між людьми і про себе мають несистемний характер. Показники сенсорного, емоційного, фізичного й інтелектуального розвитку дитини змінюються повільніше.

Діти, що виховуються в сім'ях *третього типу*, не здатні розв'язувати практичні й пізнавальні завдання, мають низький рівень розвиненості навчальних навиків і умінь, які відповідають їх віковому рівню. Застосуванню наявних знань і вмінь суттєво перешкоджає нестійка увага і малий обсяг оперативної пам'яті, зумовлені великою виснаженістю нервових процесів, низькою працездатністю. Емоційні реакції на батьків і інших дорослих слабко виражені або відсутні. У дитини знижена орієнтовна реакція на спілкування, вона погано наслідує міміку й звуки, її мало цікавлять

іграшки. Під час спілкування з близькими та малознайомими людьми переважають негативні емоційні реакції – крик, плач, переляк. Для таких дітей характерні підвищена дратівливість, вередливість у поведінці, риси тривожності та негативізму, що зумовлюють низьку здатність до найпростіших форм саморегуляції. Вони тяжко переживають ставлення з боку оточуючих, пасивні, безініціативні, зі слабкою комунікативною мотивацією, що гальмує процес їхньої інтеграції в суспільство, стає перепорою на шляху самореалізації. Показники сенсорного, емоційного, фізичного й інтелектуального розвитку дитини мають нестабільну динаміку.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** Отже, діагностична робота з сім'єю, що виховує дитину з ДЦП, має базуватися на принципах індивідуальної роботи з сім'єю, професійності, конфіденційності й системності. Фахівець, який здійснює соціально-педагогічну діагностику сімей, має володіти певним арсеналом діагностичних засобів для вивчення психологічних особливостей сімейних стосунків, в яких виховується дитина з ДЦП, та обставин, що погіршують чи покращують становище дитини, забезпечують її соціальну адаптацію. Організація соціально-педагогічної роботи з сім'ями, що виховують дітей з ДЦП, має відбуватися з урахуванням типів сімей за рівнем психолого-педагогічної адаптації до проблем інвалідності дитини, що обумовлює вибір і застосування необхідних форм і методів у роботі з ними, завдяки чому підвищуватиметься її ефективність.

Розроблена типологія сімей дозволяє більш чітко спрямувати роботу фахівців реабілітаційного центру з сім'ями кожного типу, успішно впливати на ситуацію в родині з метою створення сприятливих умов для психолого-педагогічної адаптації сім'ї до проблем інвалідності дитини, виконувати індивідуальну програму її реабілітації, зважено підходити до вирішення проблем сім'ї.

#### Список використаних джерел

1. Алексеенко Т. Педагогічні проблеми молодшої сім'ї: Навчальний посібник. – К.: ІЗМН, 1997. – 116 с.
2. Алексеенко Т.Ф. Формирование педагогической культуры современной молодой семьи: Дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.01 / Институт педагогії АПН України. – К., 1994. – 151 с.
3. Бернс Р.С. Кинетический рисунок семьи: введение в понимание детей через кинетические рисунки: Метод. руководство/ Р.С.Бернс, С.Х.Кауфман; пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Смысл, 2003. – 146 с.
4. Венгер А.Л. Психологические рисуночные тесты: Иллюстрированное руководство. – М.: Владос, 2005. – 159 с.
5. Дубровина И.В., Юферова Т.И. Психологический климат семьи. – М.: Педагогіка, 1991. – 103 с.
6. Журбицька Т.С. Молода сім'я. – К.: Політвидав України, 1985. – 101 с.
7. Игнатовский В.И. Нравственно-психологические основы молодой семьи. – Л.: Лениздат, 1976. – 138 с.
8. Михайлова Л.М. Основні напрямки соціально-педагогічної роботи зі студентськими сім'ями // Освіта на Луганщині. – 2007. - №1 (26). – С.114-117.
9. Маллер А.Р. Ребенок с ограниченными возможностями. – М.: Педагогіка, 1996.
10. Мамайчук И.И. Помощь психолога ребенку с задержкой психического развития: Научно-практическое руководство. – СПб.: Речь, 2006. – 352 с.
11. Мастюкова Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. Учебное пособие для вузов. – М.: Владос, 2004. – 408 с.
12. Мишина Г.А. Формы организации коррекционно-педагогической работы специалиста-дефектолога с семьей, воспитывающей ребенка раннего возраста с нарушениями психофизического развития. // Дефектология. – 2001. – №1.
13. Постовий В.Г. Сучасна сім'я і її педагогіка. – К.: Освіта, 1994. – 64 с.
14. Трубавіна І.М. Соціально-педагогічна робота з неблагополучною сім'єю: Навч. посібник. – К.: ДЦССМ, 2002. – 132 с.
15. Трубавіна І.М., Бугаєць Н.А. Методи вивчення сім'ї. – К.: УДЦССМ, 2001. – 76 с.
16. Финни Н. Ребенок с церебральным параличом. Помощь. Уход. Развитие. Книга для родителей. – М., 2001.
17. Olson D.H., Russell C.S. Circumflex model of marital and family systems II: Empirical studies and clinical intervention. In J.P. Vincent, 1980.
18. Rogers K. On becoming a person. – Boston, USA, 1994. – 267 p.

## References

1. Aleksjeenko T. Pedagoghichni problemy molodoji sim'ji: Navchalnyj posibnyk. – K.: IZMN, 1997. – 116 s.
2. Alekseenko T.F. Formyrovanye pedagoghicheskoy kultury sovremennoj molodoj semjy: Dyss. ... kand. ped. nauk: 13.00.01 / Instytut pedagoghiky APN Ukrainy. – K., 1994. – 151s.
3. Berns R.S. Kynetycheskyj rysunok semjy: vvedenye v ponymanye detej cherez kynetycheskye rysunki: Metod. rukovodstvo/ R.S.Berns, S.Kh.Kaufman; per. s anghl. – 2-e yzd. – M.: Smysl, 2003. – 146 s.
4. Vengher A.L. Psykhologhicheskye rysunochnye testy: Ylljustryrovannoe rukovodstvo. – M.: Vlados, 2005. – 159 s.
5. Dubrovyna Y.V., Juferova T.Y. Psykhologhicheskyj klymat semjy. – M.: Pedagoghika, 1991. – 103 s.
6. Zhurbycja T.S. Moloda sim'ja. – K.: Polityvdav Ukrainy, 1985. – 101 s.
7. Yghnatovskij V.Y. Nravstvenno-psykhologhicheskye osnovy molodoj semjy. – L.: Lenydat, 1976. – 138 s.
8. Mykhajlova L.M. Osnovni naprjamky socialjno-pedagoghichnoji roboty zi studentsjkymy sim'jami // Osvita na Lughanshyni. – 2007. - #1 (26). – S.114-117.
9. Maller A.R. Rebenok s oghranychennyjmy vozmozhnostjamy. – M.: Pedagoghyka, 1996.
10. Mamajchuk Y.Y. Pomoshhj psykhologha rebenku s zaderzhkoj psykhicheskogho razvytyja: Nauchno-praktycheskoe rukovodstvo. – SPb.: Rechj, 2006. – 352s.
11. Mastjukova E.M. Semejnoe vospytanye detej s otklonenyjamy v razvytyi. Uchebnoe posobyje dlja vuzov. – M.: Vlados, 2004. – 408 s.
12. Myshyna Gh.A. Formy orghanyzacyu korrekcyonno-pedagoghicheskoy raboty specyalysta-defektologha s semj'ej, vospytывajushhej rebenka rannegho vozrasta s narushenyjamy psykhofyzycheskogho razvytyja. // Defektologhyja. – 2001. – #1.
13. Postovij V.Gh. Suchasna sim'ja i jiji pedagoghika. – K.: Osvita, 1994. – 64s.
14. Trubavina I.M. Socialjno-pedagoghichna robota z neblaghopoluchnoju sim'jeju: Navch. posibnyk. – K.: DCSSM, 2002. – 132 s.
15. Trubavina I.M., Bughajecj N.A. Metody vycchennja sim'ji. – K.: UDCSSM, 2001. – 76s.
16. Fynny N. Rebenok s cerebral'nyjmy paralychom. Pomoshhj. Ukhod. Razvytye. Knygha dlja rodytelej. – M., 2001.
17. Olson D.H., Russell C.S. Circumflex model of marital and family systems II: Empirical studies and clinical intervention. In J.P. Vincent, 1980.
18. Rogers K. On becoming a person. – Boston, USA, 1994. – 267 p.