

УДК: 37.018.1:616-053.2-056.24
ББК: 60.561.51

Социальные науки

Влияние стилей семейного воспитания на реабилитацию ребенка-инвалида.

81

© *Н.А. Кетова*¹, *К.А. Мясникова*²

¹*Кетова Н.А.* - начальник социального центра, ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет" Минздрава России (КГМУ)
E-mail: natalek030573@mail.ru

²*Мясникова К.А.* - студент, ФГБОУ ВО "Курский государственный медицинский университет" Минздрава России (КГМУ)

Адрес: 305041 г. Курск, ул. К. Маркса, 3, Российская Федерация

АННОТАЦИЯ

В данной статье анализируется влияние стиля семейного воспитания на реабилитационный потенциал ребенка с ограниченными возможностями здоровья. Исследование проводилось в Центре функциональной реабилитации «АКВИЛА» г. Курска среди семей, воспитывающих детей, страдающих ДЦП, в возрасте 2-6 лет с помощью анкетирования и методик: «Стили воспитания» Овчаровой Р.В., «Анализ семейных взаимоотношений (Методика АСВ)» Э. Г. Эйдемиллера, оценки выраженности клинических показателей ДЦП НИИ травматологии и ортопедии им. Г. И. Турнера. По результатам проведенного исследования были сделаны выводы о влиянии стиля воспитания на реабилитацию ребенка с ОВЗ.

Ключевые слова: ребенок с ОВЗ, стили семейного воспитания, реабилитационный потенциал.

Семья выступает первичным агентом социализации. Именно в семье ребенок может получить психологическую поддержку, навыки первичной социализации, которые необходимы для становления и нормального функционирования личности. Для ребенка с ограниченными возможностями здоровья семья играет еще более значимую роль. Гармоничная семейная атмосфера, правильный стиль воспитания, партнерские отношения в семье один из основных элементов в поддержке реабилитации ребенка с инвалидностью. На реабилитационный потенциал ребенка влияет множество факторов внутри семьи, одним из них выступают родительские установки и стратегии воспитания, то есть стиль формирования взаимоотношений с ребенком, который выбирают родители [1]. Малашенкова Е.А., Орлова А.П. трактуют стиль семейного воспитания как систему представлений о роли родителей, их взаимодействии с ребенком, сущности и целях воспитания, а также о методах и средствах реализации педагогических стратегий [2]. Классификация стилей воспитания представлена в работах таких авторов, как А. Болдуин, Д. Боумринд, В.И. Гарбузов, Е.Т. Столин и В.В. Столин, Р.В. Овчарова, Э.Г. Эйдемиллер, В. В. Юстицкис. На основании выдвинутых авторами стилей воспитания мы выделили основные типы стилей семейного воспитания: авторитарный, демократический и попустительский, опекающий [3,4,6,7]. Мы предположили, что в семье, в которой родители прислушиваются к мнению ребенка, к его потребностям, развивают в нем самостоятельность, активность и ответственность, проявляют поддержку, реабилитационные мероприятия имеют большую результативность [5].

Нами было проведено исследование, целью которого стало выявление влияния стиля взаимоотношений в семье на реабилитацию ребенка с ОВЗ.

Генеральную совокупность составили 46 семей, из которых на основании тестирования были отобраны 21 семья. С помощью тестов «Стили воспитания» Овчаровой Р.В. и «Анализ семейных взаимо-

отношений» Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В. среди семей были определены наиболее популярные стили воспитания: демократический(33,3%), авторитарный(33,3%), опекающий(33,3%).

Выборочная совокупность включила в себя семьи, воспитывающие детей в возрасте 2-6 лет, страдающих детским церебральным параличом, имеющие категорию «ребенок-инвалид» на основании данного диагноза.

Для определения социального статуса семей было проведено анкетирование. Данные анкетирования показали, что возраст родителей исследуемых семей составляет 25-34 года (76,2%) и 35-44 года (23,8%), что говорит о сознательном возрасте рождения ребенка.

Значительная часть семей, в которых рождается ребенок с ОВЗ, распадается в силу высокого уровня стресса. В большинстве случаев из семьи уходит отец, чувствуя себя отвергнутым или испытывая чувство вины за случившееся. При распределении исследуемых семей по составу преобладающее число отмечается полных семей(71,4%), небольшая часть семей является неполными(28,6%). Это говорит о высоком моральном уровне родителей, а также об ответственном поведении отцов детей с ОВЗ.

Наличие высшего и среднего специального образования у членов семьи говорит об их высоком интеллектуальном уровне, усвоенности ими общественных норм и установок на развитие. Именно такая среда сможет оказать поддержку ребенку-инвалиду в реабилитации.

На основании данных, полученных с помощью анкетирования, мы можем сделать вывод о социальном благополучии исследуемых семей и схожем социальном статусе этих семей, что может говорить о том, что обследуемые дети воспитываются в схожих условиях.

По нашему мнению, еще одним важным фактором, определяющим успешность реабилитационных мероприятий, является стиль воспитания, используемый родителями.

Для определения влияния стиля

воспитания на реабилитацию ребенка с ОВЗ нами совместно с медицинскими сотрудниками было проведено два обследования детей, воспитывающихся в семьях с разными стилями воспитания. Первое обследование было проведено при первичном приеме пациентов. Второе – после окончания курса реабилитации. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий производилась с помощью методики НИИ травматологии и ортопедии им. Г. И. Турнера. Данная методика позволяет произвести оценку: состояния двигательной и рефлексорной сфер; уровня развития мелкой моторики; уровня развития умственной деятельности; развития речевых навыков.

При первичном обследовании детей, воспитывающихся в семьях с демократическим стилем воспитания были получены следующие результаты: у 71,4% обследуемых выявлено значительное нарушение способности к передвижению – (наблюдается возможность удерживаться в положении сидя, стоять с поддержкой в неправильной позе, отсутствие сформированности шага и возможности ходить); 28,6% обследуемых способны сидеть с круглой спиной, самостоятельно присаживается, вставать, стоять у опоры, ходить с поддержкой; у 57,1 % детей выявлено отсутствие или резкое снижение произвольных движений, отсутствуют хватательные реакции и реакции опоры, нет возможности удерживать предметы. Произвольные движения рук имеются, но им препятствует пронаторная установка предплечий и кистей, сгибательная пальцев у 14,3 % детей. Установка и движения рук неправильные, имеет место патологическая активность пронаторов и сгибателей предплечья и кисти наблюдается у 28,6% детей. Тяжелые нарушения по типу спастичности или ригидности мозжечковой дистонии, гипотонии выражены во всех мышцах тела выявлены у 71,4 %. Легкие нарушения того же характера обнаружены у 28,6% обследуемых. Гиперкинезы (патологические внезапно возникающие произвольные движения в различных группах мышц) у 57,1% обследуемых

значительно выражены; у 42,9% выражены незначительно. Атаксия (расстройство координации движений) верхних и нижних конечностей значительно выражена у 28,6% детей; у 71,4% детей – выражена незначительно. У всех обследуемых детей наблюдаются непонятная речь. Нарушения мышления выявлены: у 28,6% развито только конкретное мышление; уровень развития абстрактно-логического мышления отстает от возраста у 71,4% обследуемых. У всех обследуемых выявлена грубая задержка психо-речевого развития. Все обследуемые дети имеют умеренно выраженные эмоционально-волевые нарушения.

При обследовании после проведения реабилитационных мероприятий было выявлено: снижение проявлений нарушения способности к передвижению на 1-2 балла в соответствии с используемой шкалой- у 28,6% обследуемых наблюдается возможность удерживаться в положении сидя, стоять с поддержкой в неправильной позе, отсутствие сформированности шага и возможности ходить; 42,9% обследуемых способны сидеть с круглой спиной, самостоятельно присаживается, вставать, стоять у опоры, ходить с поддержкой; 28,6% приобрели способность стоять и ходить самостоятельно в костюме «Адели». У 42,9% обследуемых выявлены произвольные движения рук, но им препятствует пронаторная установка предплечий и кистей. Установка и движения рук неправильные, имеет место патологическая активность пронаторов и сгибателей предплечья и кисти наблюдается у 57,1% обследуемых. Показатель тонуса мышц снижен на 1балл: выявлены легкие нарушения по типу спастичности или ригидности мозжечковой дистонии у 28,6% обследуемых; повышение тонуса в отдельных группах мышц, который преодолевается при движении с трудом у 71,4%. Гиперкинезы (патологические внезапно возникающие произвольные движения в различных группах мышц) у 28,6% обследуемых незначительно выражены; 71,4% имеют гиперкинезы, которые могут подавляться произвольно. Атаксия

(расстройство координации движений) верхних и нижних конечностей незначительно выражена у 42,9% детей; у 42,9% детей наблюдается атаксия, которая может произвольно подавляться. У 71,4% та или иная форма дизартрии, задержка речевого развития; 28,6% - наблюдается нарушения речи, которые заметны, но речь понятна. Нарушения мышления выявлены: 42,9 % - развито только конкретное мышление; 57,1% обследуемых обладают уровнем развития абстрактно-логического мышления, которое отстает от возраста. Задержка психического развития: 71,4% обследуемых демонстрируют грубо выраженную задержку психического развития с пространственными нарушениями; 57,1% - ЗПР с одним или несколькими нарушениями корковых функций; 14,3 % испытывают трудности при освоении отдельных операций. Нарушения поведения и эмоционально-волевой сферы: у всех обследуемых сохранились умеренно выраженные нарушения.

Результаты обследования детей с ДЦП, воспитывающихся в семьях с авторитарным и опекающим стилем воспитания, до и после проведения реабилитационных мероприятий показывают небольшое снижение проявлений по всем показателям, в то время как в семьях, использующих демократический стиль воспитания, мы наблюдаем значительное снижение проявлений по всем показателям.

Для оценки достоверности полученных данных нами был использован критерий Стьюдента и были произведены следующие расчеты:

Первым этапом была рассчитана средняя арифметическая суммы баллов, полученных в ходе обследования детей, воспитывающихся в семьях с демократическим стилем до проведения реабилитационных мероприятий.

Расчеты были проведены по формуле:

$$M_{\text{дем1}} = \frac{\sum vp}{n} = 37,86$$

Следующим этапом было определено истинное отклонение вариант от истинной средней:

$$d = v - M$$

$$d_{36} = -1,86,$$

$$d_{37} = -0,86,$$

$$d_{38} = 0,14,$$

$$d_{39} = 1,14$$

Рассчитаем среднее квадратическое отклонение « $\delta_{\text{дем1}}$ »:

$$\delta_{\text{дем1}} = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}} = \pm 0,96$$

Для оценки достоверности результатов исследования необходимо найти ошибку репрезентативности:

$$m_{\text{Мдем1}} = \frac{\delta}{\sqrt{n}} = 0,36$$

Аналогичным способом были проведены расчеты средней арифметической суммы баллов, полученных в ходе обследования детей, воспитывающихся в семьях с демократическим стилем после проведения реабилитационных мероприятий:

$$M_{\text{дем2}} = \frac{\sum vp}{n} = 28,71$$

где $M_{\text{дем2}}$ - средняя арифметическая суммы баллов, полученных в ходе обследования детей, воспитывающихся в семьях с демократическим стилем после проведения реабилитационных мероприятий.

$$d = v - M,$$

где d - отклонение вариант от истинной средней).

$$d_{26} = -2,71,$$

$$d_{28} = -0,71,$$

$$d_{29} = 0,29,$$

$$d_{30} = 1,29$$

$$\delta_{\text{дем2}} = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}} = \pm 1,26$$

где $\delta_{\text{дем2}}$ - среднее квадратическое отклонение.

$$m_{\text{Мдем2}} = \frac{\delta}{\sqrt{n}} = 0,48$$

где $m_{\text{Мдем2}}$ - ошибка репрезентативности.

При сопоставлении двух сравниваемых величин возникает необходимость не только определения их разности, но и оценки ее достоверности. Оценка достоверности производилась с использованием критерия Стьюдента. При величине критерия $t > 2$ можно говорить о достоверности данных с вероятностью $p > 95\%$.

$$t = \frac{M_{дем1} - M_{дем2}}{\sqrt{m_{дем1}^2 + m_{дем2}^2}} = 15,25$$

где t – степень достоверности разности величин.

Таким образом при $t=15,25$ мы можем говорить о достоверности данных $>95\%$.

Аналогичным способом были проведены расчеты достоверности данных, полученных в ходе обследования детей, воспитывающихся в семьях с авторитарным стилем воспитания до и после проведения реабилитационных мероприятий.

$$M_{авт1} = \frac{\sum vp}{n} = 37,3$$

где $M_{авт1}$ – средняя арифметическая суммы баллов, полученных в ходе обследования детей, воспитывающихся в семьях с авторитарным стилем до проведения реабилитационных мероприятий.

$$d = v - M$$

где d – отклонение вариант от истинной средней.

$$|d_{35} = -2,39,$$

$$d_{38} = 0,7,$$

$$d_{39} = 1,7$$

$$\delta_{авт1} = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}} = \pm 1,202$$

где $\delta_{авт1}$ – среднее квадратическое отклонение.

$$m_{Мавт1} = \frac{\delta}{\sqrt{n}} = 0,45$$

где $m_{Мавт1}$ – ошибка репрезентативности.

$$M_{авт2} = \frac{\sum vp}{n} = 31,3$$

где $M_{авт2}$ – средняя арифметическая суммы баллов, полученных в ходе обследования детей, воспитывающихся в семьях с авторитарным стилем после проведения реабилитационных мероприятий.

$$d = v - M$$

где d – отклонение вариант от истинной средней.

$$d_{28} = -3,3,$$

$$d_{30} = -1,3,$$

$$d_{32} = 0,7,$$

$$d_{33} = 1,7,$$

$$d_{34} = 2,7$$

$$\delta_{авт2} = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}} = \pm 1,97$$

где $\delta_{авт2}$ – среднее квадратическое отклонение.

$$m_{Мавт2} = \frac{\delta}{\sqrt{n}} = 0,74$$

где $m_{Мавт2}$ – ошибка репрезентативности.

$$t = \frac{M_{авт1} - M_{дем2}}{\sqrt{m_{дем1}^2 + m_{дем2}^2}} = 7,9$$

где t – степень достоверности разности величин.

Таким образом, при $t=7,9$ мы можем говорить о достоверности данных $>95\%$.

Аналогичным способом были проведены расчеты достоверности данных, полученных в ходе обследования детей, воспитывающихся в семьях с опекающим стилем воспитания до и после проведения реабилитационных мероприятий.

$$M_{опек1} = \frac{\sum vp}{n} = 37,3$$

где $M_{\text{опек1}}$ - средняя арифметическая суммы баллов, полученных в ходе обследования детей, воспитывающихся в семьях с опекающим стилем до проведения реабилитационных мероприятий.

$$d = v - M$$

где d - отклонение вариант от истинной средней.

$$d_{35} = -2,3,$$

$$d_{38} = 0,7,$$

$$d_{39} = 1,7$$

$$\delta_{\text{опек1}} = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}} = \pm 1,202$$

где $\delta_{\text{опек1}}$ - среднее квадратическое отклонение.

$$m_{\text{Мопек1}} = \frac{\delta}{\sqrt{n}} = 0,45$$

где $m_{\text{Мопек1}}$ - ошибка репрезентативности.

$$M_{\text{опек2}} = \frac{\sum vp}{n} = 31,3$$

где $M_{\text{опек2}}$ - средняя арифметическая суммы баллов, полученных в ходе обследования детей, воспитывающихся в семьях с опекающим стилем после проведения реабилитационных мероприятий.

$$d = v - M$$

где d - отклонение вариант от истинной средней.

ЛИТЕРАТУРА

1. Молчанова Л.Н., Ситникова А.В. Особенности функционирования семей, воспитывающих детей с нарушением слуха. // Коррекционно-педагогическое образование. - 2015. - № 3 (3). - С. 16-27.
2. Малашенкова Е.А., Орлова А.П. Семья как социальная система. // Социально-психологические проблемы современного общества и человека: пути решения материалы международной научно-практической конференции. - 2015. - С. 94-97.
3. Пожидаева А.В., Шульгина Т.А. Проблемы семей, имеющих детей-инвалидов // Молодежная наука и современность 71-я итоговая

$$d_{28} = -3,3,$$

$$d_{30} = -1,3,$$

$$d_{32} = 0,7,$$

$$d_{33} = 1,7,$$

$$d_{34} = 2,7$$

$$\delta_{\text{опек2}} = \pm \sqrt{\frac{\sum d^2}{n-1}} = \pm 1,97$$

где $\delta_{\text{опек2}}$ - среднее квадратическое отклонение.

$$m_{\text{Мопек2}} = \frac{\delta}{\sqrt{n}} = 0,74$$

где $m_{\text{Мопек2}}$ - ошибка репрезентативности.

$$t = \frac{M_{\text{опек1}} - M_{\text{опек2}}}{\sqrt{m_{\text{опек1}}^2 + m_{\text{опек2}}^2}} = 7,9$$

где t - степень достоверности разности величин.

Таким образом при $t=7,9$ мы можем говорить о достоверности данных >95%.

Таким образом, на основании данных, полученных в ходе исследования, мы можем утверждать, что с достоверностью более 95% дети, воспитывающиеся в семьях с демократическим стилем воспитания, имеют более высокие результаты в реабилитации.

межвузовская конференция студентов и молодых ученых. - 2006. - С. 273.

4. Тимофеева И. В. Особенности родительско-детских отношений в семьях, имеющих детей с детским церебральным параличом с позиции теории семейных систем. // Известия Российского государственного педагогического университета им. А.И. Герцена. - 2011. - № 139. С. 59-66.

5. Шульгина Т.А., Кетова Н.А., Мясникова К.А. Ребенок с ОВЗ в семейной системе. // «Семья в современном мире», Сборник трудов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием под ред.

Лазаренко В.А., Шульгина Т.А., Василенко Т.Д. - Курск: КГМУ, 2017.

6. Шульгина Т. А. Особенности развития психики ребенка в юности. // Ярославский педагогический вестник. - 2001. - С. 19-27;

7. Шульгина Т. А., Черных А. М. Влияние семьи на формирование внутренней картины здоровья подростка. // Окружающая среда и здоровье населения. - 2010. - С. 38-43.

INFLUENCE OF FAMILY EDUCATION STYLES ON REHABILITATION OF THE CHILD WITH DISABILITY

Natalya A. Ketova¹, Ksenia A. Miasnikova²

¹**Ketova Natalya A.** - Head of social center, Kursk State Medical University.
E-mail: natalek030573@mail.ru

²**Miasnikova Ksenia A.** — Student, Kursk State Medical University (KSMU).
Address: 305041, K. Marks-st, 3, Russian Federation

Abstract

In this article analyzes the influence of the style of family education on the rehabilitation potential of a child with disabilities. The study was conducted at the Center for Functional Rehabilitation AKVILA in Kursk among families raising children suffering from cerebral palsy at the age from 2 to 6 years with the help of questionnaires and techniques: "Styles of upbringing" Ovcharova R.V., "Analysis of family relationships (DIA methodology)" E.G. Eidemiller, assessing the severity of clinical indicators of cerebral palsy. Research Institute of Traumatology and Orthopedics. G. I. Turner. Based on the results of the study, conclusions were drawn about the influence of the style of upbringing on the rehabilitation of the child with disability.

Keywords: a child with a disability, styles of family upbringing, rehabilitation potential.

REFERENCE

1. Molchanova L.N., Sitnikova A.V. Osobennosti funktsionirovaniya semey, vospityvayushchikh detey s narusheniyem slukha. // Korrektsionno-pedagogicheskoye obrazovaniye. - 2015. - № 3 (3). - S. 16-27.

2. Malashenkova Ye.A., Orlova A.P. Sem'ya kak sotsial'naya sistema. // Sotsial'no-psikhologicheskiye problemy sovremennogo obshchestva i cheloveka: puti resheniya materialy mezhdunarodnoy nauchno-prakticheskoy konferentsii. - 2015. - S. 94-97.

3. Pozhidayeva A.V., Shul'gina T.A. Problemy semey, imeyushchikh detey-invalidov // Molodezhnaya nauka i sovremennost' 71-ya itogovaya mezhvuzovskaya konferentsiya studentov i molodykh uchenykh. - 2006. - S. 273.

4. Timofeyeva I. V. Osobennosti roditel'sko-detskikh otnosheniy v sem'yakh, imeyushchikh detey s detskim tserebral'nym paralichom s

pozitsii teorii semeynykh sistem. // Izvestiya Rossiyskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta im. A.I. Gertsena. - 2011. - № 139. S. 59-66.

5. Shul'gina T.A., Ketova N.A., Miasnikova K.A. Rebenok s OVZ v semeynoy sisteme. // «Sem'ya v sovremennom mire», Sbornik trudov Vserossiyskoy nauchno-prakticheskoy konferentsii s mezhdunarodnym uchastiyem pod red. Lazarenko V.A., Shul'gina T.A., Vasilenko T.D. - Kursk: KGMU, 2017.

6. Shul'gina T. A. Osobennosti razvitiya psikhiki rebenka v yunosti. // Yaroslavskiy pedagogicheskij vestnik. - 2001. - S. 19-27;

7. Shul'gina T. A., Chernykh A. M. Vliyaniye sem'i na formirovaniye vnutrenney kartiny zdorov'ya podrostka. // Okruzhayushchaya sreda i zdorov'ye naseleniya. - 2010. - S. 38-43.