Вінницький соціально-економічний інститут

Університету «Україна»

Кафедра соціальних технологій

# КУРСОВА РОБОТА

з дисципліни «Загальна психологія»

на тему: **«Соціально-психологічні умови успішності включення дитини з інвалідністю у загальноосвітній простір»**

Здобувача 2-го курсу, групи ПЛ-19-2

Галузь знань 05 «Соціальні та поведінкові науки»

Спеціальності 053«Психологія»

**Іванова Миколи Павловича**

Керівник: викл. Яремчук В.О.

Національна шкала \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Кількість балів: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Оцінка: ECTS \_\_\_\_\_

Члени комісії

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (підпис)

Вінниця 2021

**Зміст**

|  |  |
| --- | --- |
| **Вступ**………………………………………………………………………... | 3 |
| **Розділ І. Теоретичні підходи до проблеми включення дитини з інвалідністю в освітнє середовище**…………………………………….. | 6 |
| 1.1. Соціально-психологічні проблеми включення дитини з інвалідністю в загальноосвітній простір…………………………………. | 6 |
| 1.2. Структура освітнього простору дитини з інвалідністю……………. | 10 |
| ***Висновки до першого розділу***……………………………………………. | 16 |
| **Розділ ІІ. Емпіричне дослідження соціально-психологічних умов успішності включення дитини з інвалідністю в освітнє середовище**………………………………………………………………… | 18 |
| 2.1. Організація та методика дослідження………………………………. | 18 |
| 2.2. Аналіз структури сімейних взаємин у родинах…………………….. | 21 |
| ***Висновки до другого розділу***……………………………………………… | 42 |
| **Висновки**…………………………………………………………………… | 44 |
| **Список використаних джерел**…………………………………………... | 46 |
| **Додатки**……………………………………………………………………. | 49 |

**Вступ**

Актуальність теми дослідження. У сучасних реаліях інклюзивна освіта існує, як система, що свідчить про цивілізованість суспільства будь-якої держави, підкреслюючи можливість учнів навчатися в одному освітньому просторі, без сегрегації будь-якої групи дітей.

У передових країнах Західної Європи інклюзивне навчання дітей з інвалідністю визнано основною формою здобуття освіти недієздатними. Так, європейські вчені (Д.Андерс, Т.Джонсон, Г.Лефрансуа, Д.Лупарт, K.Рейзвейк), засвідчують, що більшість дітей з інвалідністю можуть навчатися у масових школах.

Педагогічні аспекти даної проблеми висвітлено у працях вітчизняних науковців. Зокрема, виокремлюють теорію включення (А.А.Колупаєва, Л.О.Савченко, Л.М.Шипіцина); технологію створення ситуації успіху (Н.О.Басюк, Т.І.Бут); поняття успіху у навчанні (Т.А.Євтухов, В.В.Засенко, І.Б.Іванова, Г.В.Нікішина, О.В.Рідкоус); розглядають інтеграцію в системі освіти, як створення єдиного освітнього простору (Г.В.Давиденко, А.М.Конопльова, С.В.Литовченко, Б.С.Мороз, Ю.М.Найда); зближення загальної i спеціальної освіти, навчання дітей з інвалідністю в умовах максимально наближених до звичайного середовища (В.А.Бондар, М.М.Малофєєва, Н.В.Назарова, Н.З.Софій, М.К.Шеремет, Н.Д.Шматко).

Психологічні аспекти розвитку системи спеціальної освіти дітей з інвалідністю представлені у дослідженнях змісту корекційного виховання у підготовці до шкільного навчання (Л.С.Виготський, А.І.Дьяченко, О.В.Запорожець, С.Д.Максименко, Є.М.Мастюкова, І.Ф.Муханова); механізмів формування їхньої соціально-комунікативної активності (О.В.Киричук, Г.С.Костюк, П.М.Таланчук, В.В.Тарасун, М.Д.Ярмаченко); особливостей сімейного виховання (І.В.Левченко, В.В.Ткачук, Н.С.Чорноусенко).

Однак, у вітчизняній психології проблеми інклюзивної освіти та умови успішності включення дитини з інвалідністю в навчальний процес досліджені недостатньо. Також існує потреба у перегляді традиційних форм організації навчальної діяльності та визначенні соціально-психологічних критеріїв її успішності, зокрема їх специфіки у контексті сімейних взаємин.

**Мета дослідження:** визначити соціально-психологічні умови успішності включення дитини з інвалідністю у загальноосвітній простір.

Відповідно до мети було визначено **завдання дослідження:**

1. Проаналізувати існуючі теоретико-методологічні підходи щодо включення дитини з інвалідністю у навчальний процес.
2. Охарактеризувати модель сімейної організації освітнього простору дитини з інвалідністю.
3. З’ясувати структуру і зміст соціально-психологічних умов включення дитини в освітнє середовище.

**Об’єкт дослідження** – процес включення дитини з інвалідністю у загальноосвітній простір.

**Предмет дослідження** – соціально-психологічні умови успішності включення дитини з інвалідністю в освітнє середовище.

**Теоретико-методологічну основу дослідження** становлять: загальнотеоретичні засади інклюзивного навчання (Х.Волкер, T.Джонсон, Н.Є.Завацька, Т.Д.Ілляшенко, А.А.Колупаєва, K.Рейзвейк, П.Тотора); соціальна теорія «включення» (Д.Андерс, Г.Лефрансуа, Д.Лупарт); теоретичні підходи до визначення поняття «діти з інвалідністю» (Л.С.Виготський, А.В.Гордєєва, В.Леповський); технологія створення ситуації успіху (А.С.Бєлкін), підходи до визначення освітнього простору особистості (Ю.М.Швалб, І.Г.Шендрик).

**Методи дослідження**. Для розв’язання поставлених завдань, досягнення мети були використані такі методи: а) теоретичні – аналіз, узагальнення, систематизація та інтерпретація наукових джерел стосовно проблем здобуття освіти дітьми з інвалідністю та умов успішності включення їх в загальноосвітні навчальні заклади; б) емпіричні – спостереження, бесіда, тестування, зокрема методика «Визначення батьківських установок та реакцій» (PARI) (К.Белл, Е.Шеффер); в) математично-статистичної обробки емпіричних даних – кількісні (кореляційний аналіз), якісні.

**Теоретичне значення** отриманих результатів полягає у розширені та поглибленні науково-теоретичних засад дослідження соціально-психологічних умов успішності включення дитини з інвалідністю в загальноосвітній простір.

**Практичне значення** дослідження полягає у тому, що розроблено та апробовано програму соціально-психологічної підтримки сімей, які виховують дітей з інвалідністю.

Надійність та достовірність отриманих результатів забезпечено методологічною обґрунтованістю його основних положень, застосуванням взаємодоповнюючих методів, адекватних меті, об’єкту, предмету та завданням дослідження, достатнім обсягом емпіричного матеріалу, його опрацюванням статистичними методами.

Надійність та достовірність отриманих результатів забезпечено методологічною обґрунтованістю його основних положень, застосуванням взаємодоповнюючих методів, адекватних меті, об’єкту, предмету та завданням дослідження, достатнім обсягом емпіричного матеріалу, його опрацюванням статистичними методами.

**База дослідження**. У дослідженні брали участь 27 сімей, в яких виховуються діти з інвалідністю, що навчаються у Дошкільному навчальному закладі № 24 «Вогник» м. Вінниці, Комунальному закладі «Загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів № 10 Вінницької міської ради» та Вінницькому обласному центрі соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій».

**Розділ І. Теоретичні підходи до проблеми включення дитини з інвалідністю в освітнє середовище**

**1.1. Соціально-психологічні проблеми включення дитини з інвалідністю в загальноосвітній простір**

Одним із новітніх напрямків реформування сучасної освіти в Україні є запровадження інклюзивного навчання дітей з інвалідністю в умовах загальноосвітнього навчального закладу, яке передбачає врахування потреб і можливостей кожної дитини незалежно від особливостей її психофізичного розвитку. І хоча «інклюзія» не є новим явищем для нашої країни, на шляху її ефективного запровадження існує багато перешкод та труднощів. Перш за все йдеться про різнобічний розвиток індивідуальності дитини на основі виявлення її задатків, здібностей, формування інтересів та потреб. Для того щоб інклюзивне навчання дитини з інвалідністю максимально впливало на можливий розвиток її особистості, необхідно формувати у неї позитивне ставлення до навчальної діяльності, мотивацію досягнення успіху. Це сприятиме підвищенню рівня самореалізації учнів, їхньої успішності, а також ефективності інклюзивного навчання. Інтеграція дітей з інвалідністю у загальноосвітній простір – завдання складне, яким західні фахівці давно переймаються. Інклюзивна освіта в Україні на разі перебуває на етапі становлення, при цьому вона робить повільні, але впевнені кроки.

Системне вивчення зарубіжного досвіду введення інклюзивної освіти у шкільну практику, виявлення й аналіз інноваційних механізмів освітньої інклюзії суттєво оптимізує трансформацію вітчизняної освітньої системи відповідно до потреб інноваційного розвитку та реалій Конвенції ООН «Про права дитини».

Термін «інклюзія» містить ідею того, що всі учні можуть навчатися в одному освітньому середовищі без сегрегації будь-якої групи учнів. Інклюзивна освіта розуміється як система, за якої учні з інвалідністю відвідують ті самі школи, що й нормативні учні; реалізовують індивідуальні, що відповідають їхнім потребам і можливостям освітні потреби; забезпечуються необхідною підтримкою і супроводом.

Ставлення до осіб з порушеннями психофізичного розвитку, включення їх до суспільного життя, інноваційні підходи до здобуття ними освіти, перш за все, виявляються у ствердженні нових понятійно-термінологічних визначень щодо дітей з психофізичними можливостями. Ці питання вирізняються багатоаспектністю та різноманітністю підходів, що зумовлено суспільно-історичним підґрунтям. В літературі ми часто зустрічаємо різні визначення щодо поняття «інвалідності», особливо коли мова йде про інклюзивне навчання, тому є необхідність у аналізі літератури що розкриває зміст даної термінології.

З розвитком демократичного суспільства, яке гарантує право кожного громадянина на активну участь у житті цього суспільства, приходить нове розуміння понять «інвалідність», «вади розвитку», «інтеграція» тощо. Нині всі згадані вище терміни щодо дітей поступаються новому – «діти з інвалідністю», що однаковою мірою стосується як інвалідності у важкій формі, так і помірних за ступенем порушень. Такий підхід пояснюється тим, що явище «недостатності» або «інвалідності» передбачає втрату або дефіцит фізичної та розумової спроможності. Однак спроможність вчитися залежить не лише від стану окремих органів або ж їх фізичної функціональності, а, радше, від психологічної функціональності. Таким чином, акцент зсувається від внутрішніх проблем дитини до системи освіти, яка надає їй підтримку у навчанні, визнає її сильні якості та задовольняє всі її індивідуальні потреби. У даному підході особливість передбачає відмінність, несхожість, можливо неповторність, індивідуальність, унікальність.

Діти з інвалідністю – поняття, яке широко охоплює всіх учнів, чиї освітні потреби виходять за межі загальноприйнятої норми. Воно стосується дітей з особливостями психофізичного розвитку, обдарованих дітей та дітей із соціально-вразливих груп [14].

Термін «інклюзія» є відмінним від терміну «інтеграція» за своїм концептуальним підходом. Зокрема в документі «Міжнародні консультації з питань навчання дітей з інвалідністю» вказується на те, що інтеграція визначається як зусилля, спрямовані на введення дітей у регулярний освітній простір. Інклюзія – це політика та процес, який дає змогу всім дітям брати участь у всіх програмах. Відмінність полягає у визнанні того факту, що ми змінюємо суспільство, аби воно враховувало й пристосовувалось до індивідуальних потреб людей, а не навпаки.

Поняття «інтеграції», «інклюзії» розглядаються як антонімічне щодо «сегрегації» і позначають відповідний поступ у розвитку системи одержання освіти особами з порушеннями. В одній із своїх робіт А.А.Колупаєва в узагальненому вигляді ці процеси зобразили схематично [16]. Це представлено на рис. 1.1.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Сегрегація |
|  | Інтеграція |
|  | Інклюзія |

**Рис. 1.1. Від сегрегації до інклюзії**

Розглядаючи дані поняття, варто погодитися з думками тих дослідників суспільно-соціальних стосунків (Д.Андерс, Г.Лефрансуа, Д.Лупарт та інші), які зазначають, що провідною моделлю сучасних суспільно-соціальних стосунків стосовно осіб з обмеженими можливостями, зокрема недієздатних дітей, визначено теорію включення, яка ґрунтується на визнанні та повазі індивідуальних людських відмінностей і передбачає збереження відносної автономії кожної суспільно-соціальної групи, а уявлення та стиль поведінки, притаманний традиційно домінуючій групі, мають модифікуватися на основі плюралізму звичаїв та думок. Водночас особливості не повинні сприйматися «як явище виняткове, приречене», наявність того чи іншого порушення не зумовлює маргінальність життєвого шляху людини.

В центрі уваги цієї моделі суспільної поведінки, на думку вчених, є: автономність; участь у суспільній діяльності; створення системи соціальних зв’язків; прийняття суспільством усіх без обмежень, кожної особистості.

Теоретико-практична суспільно-соціальна концепція включення стала основоположною в розробці сучасних моделей здобуття освіти дітьми з інвалідністю на основі їх повної соціалізації. І як зазначає Т.І.Бут, «в першу чергу ми повинні освітню систему зробити гнучкою, аби вона відповідала різноманітним запитам людей. Втім, якщо ми розуміємо включення як трансформацію, ми повинні докорінно змінити наше ставлення до розмаїття людського матеріалу, з яким має справу освітня система. Це розмаїття варто розглядати не як джерело труднощів, а, навпаки, – як атрибут реальності, який варто сприймати і, більше того, цінувати. Існування різних категорій учнів, кожна з яких має свої освітні потреби, стає основою, на якій вибудовується вся освітня система» [20].

Інклюзивна освіта за визначенням В.А.Бондаря, – це спільне перебування і навчання осіб, які потребують корекції фізичного або розумового розвитку, з їхніми здоровими однолітками. В основі інклюзивної освіти лежить ідеологія, яка виключає будь-яку дискримінацію дітей, забезпечує однакове ставлення до всіх людей, але створює спеціальні умови для дітей, що мають особливі освітні потреби. Інклюзивні підходи можуть підтримати таких дітей у навчанні і досягненні успіху, що дасть їм шанси і можливість для кращого життя.

Проблема соціалізації дітей з інвалідністю в системі сучасної спеціальної освіти посідає особливе місце та викликає багато суперечок і нарікань, оскільки заклади закритого типу, якими є спеціальні школи-інтернати, де навчаються і виховуються діти з інвалідністю, не є осередком їхньої соціалізації. Не заперечуючи наявність ресурсних можливостей спеціальних шкіл-інтернатів, відповідних умов, облаштування, висококваліфікованих спеціалістів, надання необхідних медичних і корекційно-педагогічних послуг, варто зауважити, що заклади закритого типу сприяють процесам сегрегації та маргіналізації. За повної інклюзії (включення) всі учні є повносправними членами дитячого колективу, забезпечуються безбар’єрним доступом, підтримкою, за необхідності медико-соціальним і психолого-педагогічним супроводом. Інклюзивна освіта, як зазначають у своїх дослідженнях T.Джонсон, K.Рейзвейк, на відмінну від інтеграції – це гнучка, індивідуалізована система навчання з психолого-педагогічною підтримкою дітей і молоді з особливостями психофізичного розвитку в умовах масової загальноосвітньої школи, яка знаходиться поблизу місця проживання [6].

Враховуючи аналіз теоретичних досліджень, ми бачимо, що ставлення до осіб з порушеннями психофізичного розвитку, а відповідно, і можливість здобуття освіти змінилося, від повного виключення із суспільного життя та неможливості здобувати освіту до повного включення.

**1.2. Структура освітнього простору дитини з інвалідністю**

Впродовж багатьох років дослідники, кажучи про навчальну діяльність і її успішність, перш за все мали на увазі провідну роль інтелектуального рівня учня. Але ряд фахівців сьогодні звертають увагу на те, що задовільна успішність частини здібних дітей у навчанні має у своїй основі не інтелектуальні труднощі, а відсутність позитивної мотивації і зацікавленості до процесу отримання академічних знань.

Психологи слушно зауважують, що при нинішньому темпі життя змінюється і спосіб отримання інформації та її засвоєння. Тому у навчанні також потрібно добирати відповідні моделі, форми, методи та підходи. Реалізації інклюзивної моделі освіти потребує розв’язання низки завдань, таких як: організація навчально-виховного процесу, який би задовольняв освітні потреби всіх дітей; розробка системи надання спеціальних освітніх і фахових послуг для дітей з інвалідністю; створення позитивного клімату у шкільному середовищі та поза його межами.

Інклюзивна освіта на сьогодні є альтернативою спеціальній освіті, але існують деякі перешкоди для її успішного впровадження: українське суспільство ще не усвідомило повністю ролі дітей та дорослих з інвалідністю в його житті; недостатнє фінансування освітньої галузі; існує необхідність у науковому супроводі, створенні програм, методичних рекомендацій, науково-методичних посібників [14].

Якість навчально-виховного процесу значною мірою визначається тим, наскільки враховуються та реалізуються потенційні можливості навчання й розвитку кожної дитини, її індивідуальні особливості. Якими б не були фізичні чи психічні обмеження, у дитини завжди є резерви для розвитку, використання яких може суттєво поліпшити якість її життя.

Адже, як зазначає Т.Д.Ілляшенко, інклюзія передбачає особистісно-зорієнтовані методи навчання, в основі яких – індивідуальний підхід до кожної дитини з урахуванням усіх її індивідуальних особливостей – здібностей, особливостей розвитку, типів темпераменту, статі, сімейної культури тощо [8].

На основі аналізу сучасних концепцій інклюзивної освіти нами проаналізовано структурну модель організації освітнього простору дитини з інвалідністю, яка виступатиме керуючою ланкою у процесі інтеграції таких дітей.

Модель містить три складові: а) соціально-освітній простір (спеціалізовані програми розвитку); б) домашній освітній простір; в) інклюзивний формально-освітній простір.

Перш ніж характеризувати кожну складову окремо, варто коротко розкрити зміст самого поняття «освітнього простору» у відповідності за ідеєю нашого дослідження.

Структура феномену «освітній простір» містить два основні компоненти: провідний – «простір» та поняття, яке характеризує його ознаку, – «освітній».

У зв'язку з цим освітній простір, складається в результаті спільної освітньої діяльності людей. Основою для виникнення процесів цілепокладання цієї діяльності є узгоджені потреби суб'єктів, при цьому цілі та засоби їх досягнення формуються і винаходяться самими суб'єктами завдяки освоюваним механізмам культури.

Ю.М.Швалб зазначає, що традиційна система освіти розглядає індивіда як об’єкт педагогічних впливів, як матеріал, що підлягає обробці та зміні відповідно до завдань освіти. Освіта як соціальна інституція є в ролі посередника, або, точніше, опосередкованої ланки, що забезпечує взаємозв’язок між виробничими потребами суспільства і можливостями розвитку індивіда. Якісною завжди вважалася така освіта, яка дозволяла особистості вийти за межі заданого стандарту, тобто здатність особистості вирішувати нестандартні завдання в тій чи іншій предметній чи професійній сфері діяльності. Так, традиційна освіта будується та функціонує як система, що прагматично орієнтована на систему суспільного виробництва, яка є джерелом замовлення на зміст освіти і споживачем кінцевого продукту діяльності системи освіти [32].

Таким чином, беручи до уваги поняття «освітній простір», ми можемо стверджувати, що для навчання людини необхідне включення її в цілеспрямований процес конструювання ним свого освітнього простору, шляхом діяльнісного освоєння можливостей освітнього середовища. Кожен учень будує свій простір навчання в процесі взаємодії з іншими дітьми та педагогами, тим самим будує простір освіти школи.

При включенні інклюзивної дитини в систему загального освітнього простору батьки повинні враховувати і те освітнє середовище, яке формується до вступу дитини в школу.

Отже, було проаналізовано модель, яка відображає освітній простір на різних етапах розвитку дитини. У нашому дослідженні, як уже було зазначено, освітній простір містить три складові: а) соціально-освітній простір (спеціалізовані програми розвитку); б) домашній освітній простір; в) інклюзивний формально-освітній простір.

Зупинимося окремо на кожній із складових, відповідно зобразимо модель схематично (рис. 1.2.).

Освітній простір дитини

Дитина

**Рис. 1.2. Модель організації освітнього простору дитини з інвалідністю**

Перший блок – соціально-освітній простір (спеціалізовані програми розвитку).

Соціальний простір – це передусім упорядкованість і взаємодія певних соціальних зв'язків і процесів, суспільних стосунків, їх насиченість, щільність.

У багатьох сім’ях у дітей вже до моменту вступу в школу формуються тенденції поведінки, що устоялися, засновані на таких нормах, які не відповідають правилам і вимогам, прийнятим у самій школі. Таке зіткнення може приводити до конфліктного типу соціального розвитку дитини і глибоких криз у її шкільному житті.

Проблеми інвалідності не можуть бути зрозумілі поза соціокультурним оточенням людини – сім'ї, інтернатного закладу. Інвалідність, обмежені можливості дитини не відносяться до розряду суто медичних явищ. Набагато більше значення для розуміння цієї проблеми та подолання її наслідків мають соціально-медичні, соціальні, економічні, психологічні, педагогічні та інші фактори.

Організація соціальної роботи має стосуватися не лише дитини-інваліда, а й усього його соціального оточення, оскільки особливе значення для дітей-інвалідів має норма, яка стверджує, що за наявності фізичних чи розумових обмежень дитина повинна жити в своїй родині або з прийомними батьками та брати активну участь у житті суспільства.

Одним із основних факторів «входження» дитини з інвалідністю в систему суспільних відносин є сім’я. А для того, щоб цей вступ відбувся позитивно, враховуються в першу чергу індивідуальні особливості дитини, де головною ланкою виступають саме батьки таких дітей.

Другим блоком нашої моделі є домашній освітній простір.

Як зазначає Ю.М.Швалб, традиційно до системи освіти відносять ті ситуації навчання, які мають чітку організаційно-управлінську оформленість. Однак, якщо орієнтуватися не на формальні ознаки соціальної організованості, а на змістовні ознаки системи освіти, то стає очевидним, що можуть існувати й неінституційні педагогічні системи. Вони також характеризуються наявністю чітко усвідомлюваною метою освіти, специфічними навчально-методичними прийомами і особливим навчальним змістом. Водночас відсутність фіксованих нормативних вимог до процесу і результатів навчання, навчальних планів і програм задають певну специфіку неінституційної освіти, де найбільш розвиненою формою є домашня освіта [32].

Так, Ю.М.Швалб виокремлює дві провідні функції сім’ї в процесі домашньої освіти:

* допомога батькам, дітям при підготовці до навчальних занять (підготовка здійснюється як в дошкільний період, так і протягом шкільних років).
* забезпечення освіти і повноцінного розвитку тих дітей, які по тим чи іншим причинам недостатньо вписуються в інституційні форми освіти.

Розглядаючи психологічну структуру домашньої освіти, Ю.М.Швалб наголошує на тому, що діти, які не попадають в систему освіти в подальшому опиняються «загубленими» як в особистісних, так і в освітніх стосунках. Школа не хоче займатися дітьми, які мають відхилення, школою установлені норми, а батьки цього робити не вміють, та і не мають можливості, оскільки школа віднімає їх у сім’ї.

Домашня освіта є однією з найважливіших форм загальноосвітнього простору, оскільки саме в цих умовах діти, які мають вади, отримують перші освітні вміння і здатність до включення в інші соціальні форми освіти.

Третій блок моделі – інклюзивний формально-освітній простір.

Інклюзивний формально-освітній простір спрямований на реалізацію інклюзивних програм як у межах школи, так поза нею. Ефективність формально-освітнього простору полягає у задоволенні інтересів дитини через співпрацю педагогів з родиною. Співпраця батьків зі спеціалістами є тією об’єднувальною ланкою, яка зумовлює успішність включення.

Основним завданням інклюзивної школи є пошук відповідних способів забезпечення участі та співпраці батьків зі школою. Позитивне ставлення до цього батьків, безумовно, сприяє інтеграційним процесам як у школі, так і у суспільстві в цілому.

Таким чином, сучасний стан розвитку інклюзивної освіти в Україні розвивається повільно, але наближається до середньоєвропейської якості. Про це може свідчити той факт, що створюються соціальні умови для дітей з інвалідністю: на законодавчому рівні стали більш детально розглядати дану проблематику та вирішувати питання (підписано ряд законів та положень); почали з’являтися заклади, які працюють з такими дітьми, можливо, їх ще не достатньо, але вони наявні; безбар’єрне середовище почали приводити в належний стан.

Аналіз дослідження теоретичних підходів до інклюзивного навчання показав, що базовими рамковими умовами успішності включення дитини з інвалідністю в освітній процес є характер та наявність соціальних програм та умов, які визначають загальну орієнтацію суспільства на інклюзію чи ексклюзію.

***Висновки до першого розділу***

В результаті теоретичного аналізу вітчизняної та зарубіжної літератури із проблематики дослідження можна зробити висновки, що з огляду на досвід впровадження інтегрованого навчання в багатьох країнах світу, про інклюзивну освіту можна говорити, як про різноплановий та суперечливий процес. Інтеграцію дітей з інвалідністю більшість вчених розглядають через сегрегаційні форми навчання, в основі яких була медична модель. З розвитком суспільства все більшої форми навчання для дітей з інвалідністю стала набувати соціальна модель включення, яка передбачала повне включення таких дітей в освітній процес. Аналіз сучасних практичних та теоретичних досліджень розкриває зміст освітньої інтеграції, як можливість учням з інвалідністю навчатися у звичайних класах загальноосвітньої школи і отримувати всі освітні послуги.

Проблема інтеграції дітей з інвалідністю в системі сучасної спеціальної освіти полягає у забезпеченні їх соціально-психологічного захисту, виборі освітнього закладу та навчальної програми у відповідності до індивідуальних особливостей дитини; також здійснення стимулювання досягнень дітей у різних сферах діяльності. Ефективність інклюзивного навчання дітей з інвалідністю потребує перегляду традиційних форм організації навчальної діяльності, в основі яких має бути особистісно-орієнтований підхід. Однією з нових технологій навчання є технологія створення ситуації успіху, яка забезпечує не лише сприятливі умови для цілісного розвитку особистості дитини, але і сприяє позитивному ставленню та відповідної мотивації навчання. Успішність включення відбуватиметься тоді, коли центром взаємодії стане учень у системі, необхідними елементами якої є учителі, батьки та інші спеціалісти. Батьки є головним індикатором створення ситуації успіху для своєї дитини; привілейованими партнерами стосовно її особливих освітніх потреб.

Проблему включення дитини з інвалідністю в загальноосвітній простір слід розглядати через соціальну підтримку сім’ї: її особливостей, соціокультурного статусу, рівня соціально-інтеграційного потенціалу, готовності до інтеграції дитини в загальноосвітній навчальний заклад.

Обґрунтовано структурну модель організації освітнього простору дитини з інвалідністю, яка виступає керуючою ланкою у процесі інтеграції дитини до загальноосвітнього середовища та складається з трьох складових: соціально-освітній простір, який передбачає наявність спеціалізованих програм розвитку (індивідуальні, групові); домашній освітній простір, який є окремим соціальним інститутом освіти для дитини; інклюзивний формально-освітній простір, який передбачає реалізацію інклюзивних програм.

Базовими рамковими умовами успішності включення дитини з інвалідністю в освітній процес є характер та наявність соціальних програм та умов, які визначають загальну орієнтацію суспільства на інклюзію чи ексклюзію.

**Розділ ІІ. Емпіричне дослідження соціально-психологічних умов успішності включення дитини з інвалідністю в освітнє середовище**

**2.1. Організація та методика дослідження**

З метою реалізації визначення мети та завдань було організовано та проведено емпіричне дослідження соціально-психологічних умов успішності включення дитини з інвалідністю в загальноосвітній простір.

Емпіричне дослідження проводилося протягом 2020 р. У ньому брали участь сім'ї, в яких виховуються діти з інвалідністю, що навчаються у Дошкільному навчальному закладі № 24 «Вогник» м. Вінниці, Комунальному закладі «Загальноосвітня школа І-ІІІ ступенів №10 Вінницької міської ради» та Вінницькому обласному центрі соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Обрій». Установи не мають обмежень по нозологіях, але до них не можуть звертатись клієнти в період гострої хвороби. Центр розраховані на надання допомоги дітям та молоді з обмеженими функціональними можливостями віком до 35 років.

З 27 сімей, які брали участь у дослідженні, за ознакою статті вибірку склали 26 жінки (80 %) та 7 – чоловіків (20 %). Вікова категорія батьків-чоловіків становить від 30 до 39 років (20 %).

Вікова категорія матерів становить від 20 до 59 років з них: 20-29 років – 12 % опитаних; 30-39 років – 48 % опитаних; 40-49 років – 17 % опитаних; 50-59 років – 3 % опитаних.

З 27 опитаних сімей: 81 % сімей – повні, 13 % – розлучені, 6 % – сімей, де дитину виховує один із батьків.

Рівень освіти респондентів у нашому дослідженні склав: 17 % мають середньо-спеціалізовану освіту; вищу освіту мають 75 % респондентів, з них, 20 % батьків-чоловіків; незакінчену вищу освіту мають 8 % респондентів. Що стосується стажу сімейного життя, то в шлюбі від 1-9 років перебуває 56 % респондентів, від 10-19 років – 29 %, від 20-29 років – 12 %, і лише 3 % сімей перебуває в шлюбі від 30-39 років.

Середній вік дитини, яка має особливі освітні потреби становить, від 4 до 8 років, з них: 19 дітей (73 %) дошкільного віку, 5 дітей (17 %), які навчаються в спеціалізованому закладі та 2 дітей (10 %), які перебувають на домашньому навчанні.

Дослідження проводилося у декілька етапів:

На першому етапі – робота була спрямована на вивчення особливостей сімей, які виховують дітей з інвалідністю, зокрема розглянуто дитячо-батьківські стосунки та особливості психофізичного розвитку дитини з інвалідністю. Ми дослідили, які структурні одиниці надають підтримку таким сім’ям, яким чином надається підтримка, як часто такі сім’ї звертаються за допомогою.

На другому етапі – ми визначали основні критерії успішності включення дитини з інвалідністю в загальноосвітній простір за допомогою анкети (Додаток А). На цьому ж етапі ми проводили бесіду з батьками та педагогічними працівниками щодо їх освітніх установок.

Також, на даному етапі, ми досліджували причини відмови батьків від участі в емпіричному дослідженні.

На третьому етапі – організовано та проведено роботу з батьками, які виховують дитину з інвалідністю за опитувальником «Визначення батьківських установок та реакцій» (PARI) (Е.Шеффер, К.Белл), спрямовану на визначення батьківських позицій та установок стосовно виховання дитини з інвалідністю (Додаток Б).

Для розв’язання поставлених завдань, досягнення мети були використані такі методи:

а) теоретичні – аналіз, узагальнення, систематизація та інтерпретація наукових джерел стосовно проблем здобуття освіти дітьми з інвалідністю та умов успішності включення їх в загальноосвітні навчальні заклади; теоретичне моделювання, який дав можливість побудувати модель сімейної організації освітнього простору дитини з інвалідністю та визначити соціально-психологічні критерії успішності включення такої дитини в загальноосвітній простір;

б) емпіричні – спостереження (проведено спостереження за сім’ями, у яких виховуються діти з інвалідністю: які методи виховання застосовують батьки; яка взаємодія між членами родини; яка соціальна активність дітей, які мають особливі потреби. Спостереження проводилося з метою визначення соціально-психологічних критеріїв успішності включення таких дітей в загальноосвітній простір); бесіда (проведено бесіди з батьками, педагогічними працівниками (психолог, соціальний педагог, няня, вихователь, вчитель початкових класів, логопед, дефектолог) та фахівцями із соціальної роботи щодо успішності включення дитини з інвалідністю в загальноосвітній простір); тестування, зокрема методика «Визначення батьківських установок та реакцій» (PARI) (Е.Шеффер, К.Белл), яка спрямована на визначення батьківських реакцій та установок, які стосуються сімейного життя та виховання дітей з інвалідністю.

Опитувальник «Визначення батьківських установок та реакцій» складається із 115 суджень, в яких відображають сутність сімейного життя і виховання дітей. У методику закладено 23 ознаки, які стосуються різних сторін ставлення батьків до дітей і життя в сім’ї. З них 8 ознак описують ставлення до сімейної ролі і 15 стосуються батьківсько-дитячих стосунків. Ці 15 ознак діляться на наступні 3 групи: оптимальний емоційний контакт, зайва емоційна дистанція з дитиною, надмірна концентрація на дитині;

в) математично-статистична обробка емпіричних даних – кількісні (кореляційний аналіз), якісні.

Емпіричне дослідження здійснювалось також методом анкетування. Інструментом дослідження є опитувальний аркуш з закритими питаннями оціночного типу. Обробка отриманих даних являє собою виведення відсотків та середньостатистичної зваженої.

Питання анкети були побудовані таким чином, аби стимулювати респондентів відтворити (пригадати) власні складні ситуації та варіанти включення дитини в загальноосвітній простір. Також їм була надана можливість зазначити критерії та аспекти навчання, які потрібно, на їхню думку, враховувати під час навчання дитини в шкільному закладі. При цьому батьки могли відзначити свій вибір щодо майбутнього навчального закладу для своєї дитини.

Використана нами стандартизована методика «Визначення батьківських установок та реакцій» (PARI) (Е. С. Шеффер, Р. К. Белл) та анкета є достатнім інструментом для отримання формалізованих даних, які дають можливість якісної оцінки результатів дослідження, але вони доповнюються нестандартизованим варіантом, бесідою. Тому саме бесіда є основним інструментарієм для отримання якісних даних.

Бесіда з батьками структурована за деякими ознаками, параметрами та показниками та спрямована на визначення освітніх установок батьків (Додаток Ґ).

**2.2. Аналіз структури сімейних взаємин у родинах**

Один із етапів емпіричного дослідження включав в себе застосування методики, спрямованої на визначення батьківських реакцій та установок, які стосуються сімейного життя та виховання дітей з інвалідністю.

Опитувальник «Визначення батьківських установок та реакцій» Е.Шеффера і К.Белла (PARI) призначений для визначення ставлення батьків (в першу чергу матері) до дітей взагалі, а також до різних сторін подружнього життя, сімейних ролей. За допомогою даної методики можна оцінити специфіку внутрішньосімейних стосунків, особливості організації сімейного життя.

Батьківські установки або позиції – один з найбільш вивчених аспектів дитячо-батьківських стосунків. У нашому дослідженні дитячо-батьківські стосунки ми будемо розглядати у сім’ях, де батьки виховують дитину з вадами розвитку. Під батьківськими установками розуміється система або сукупність батьківського емоційного ставлення до дитини, сприйняття дитини батьками і способів поведінки з нею. Дитячо-батьківські стосунки є основним предметом аналізу в методиці «Визначення батьківських установок та реакцій» (PARI) Е.Шеффера і К.Белла. За допомогою отриманих даних визначається переважний стиль батьківського виховання.

У нашому дослідженні батьками не було оцінено показників на низькому рівні. Це може свідчити про те, що, виховуючи дитину з інвалідністю, батьки віддають перевагу інтересам дитини, а ніж власним, при цьому у таких батьків більш вираженою є тривога та хвилювання щодо виховання дитини. Але деякі із показників, а саме: «подружні конфлікти» (матері – 12,2; батьки-чоловіки – 9,9), «ухиляння від конфліктів» (матері – 11,4; батьки-чоловіки – 11,5), «прагнення прискорити розвиток дитини» (матері – 11,7; батьки-чоловіки – 11,6) та «залежність від сім’ї» (матері – 12,1; батьки-чоловіки – 11,8) все ж таки мають низьку вираженість. Оцінка на такому рівні вищеназваних показників говорить нам про те, що у ставленні батьків та дитини до конфліктних ситуацій існує певна невідповідність. Варто також звернути увагу на те, що батьки не прагнуть розвивати у дитини самостійність, не розвивають у дитини навики самообслуговування.

Один показник є найбільш вираженим за відповідями обох батьків і таким показником є «товариські стосунки з дитиною» (матері – 16,5; батьки-чоловіки – 19,0). Але показники «вербалізація» (матері – 16,6; батьки-чоловіки – 17,2), «втручання у світ дитини» (матері – 14,6; батьки-чоловіки – 15,6) та «несамостійність матері» (матері – 15,2; батьки-чоловіки – 17,4) можна характеризувати як прояв даних ознак – вище середнього рівня. Результати дослідження показують, що за відповідями обох батьків майже всі показники оцінені на середньому рівні. Це говорить нам про невідповідність виховних функцій та сімейної ролі з боку батьків.

Якщо розділити окремо відповіді матерів та батьків-чоловіків, то за деякими показниками ми можемо простежити високий і низький рівні оцінки (таблиця 2.1).

*Таблиця 2.1.*

**Батьківські установки за відповідями усіх батьків**

**(у балах)**

|  |  |
| --- | --- |
| Батьківські установки | Середнє значення |
| Матері | Батьки |
| Вербалізація | 16,6 | 17,2 |
| Надмірна турбота | 12,5 | 12,6 |
| Залежність від сім'ї | 12,1 | 11,8 |
| Пригнічення волі дитини | 13,0 | 13,3 |
| Жертовність батьків | 14,1 | 14,0 |
| Побоювання образити | 14,0 | 12,5 |
| Подружні конфлікти | 12,2 | 9,9 |
| Суворість батьків | 12,2 | 13,2 |
| Роздратованість батьків | 13,0 | 13,7 |
| Залежність дитини від матері | 12,5 | 12,2 |
| «Надавторитет» батьків | 14,5 | 13,1 |
| Пригнічення агресивності дитини | 12,5 | 12,5 |
| Незадоволеність роллю господині | 13,7 | 15,3 |
| Партнерські стосунки | 14,1 | 14,3 |
| Заохочення активності дитини | 14,7 | 13,6 |
| Ухиляння від конфліктів | 11,4 | 11,5 |
| Байдужість чоловіка | 13,7 | 14,1 |
| Пригнічення сексуальності дитини | 12,4 | 12,0 |
| Домінування матері | 12,6 | 13,0 |
| Втручання у світ дитини | 14,6 | 15,6 |
| Товариські стосунки з дитиною | 16,5 | 19,0 |
| Прагнення прискорити розвиток дитини | 11,7 | 11,6 |
| Несамостійність матері | 15,2 | 17,4 |

Так, ми бачимо, що найбільш значущі показники у обох батьків співпадають, але на відмінну від відповідей матерів у батьків-чоловіків простежується суттєва різниця у балах.

Отже, найбільш значущими показниками усі батьки відзначили «вербалізацію» (надання дитини можливості висловитися) (матері – 16,6; батьки-чоловіки – 17,2) та «несамостійність матері» (необхідність сторонньої допомоги при вихованні дитини) (матері – 15,2; батьки-чоловіки – 17,4). Оцінка вербалізації на такому рівні показує, що батьки об’єктивно приймають рішення щодо вирішення сімейних питань, при цьому дозволяють дитині брати у цьому участь, у сім’ї дитина може мати свої погляди, довіряти батькам свої проблеми.

Варто взяти до уваги такий показник, як «товариські стосунки з дитиною», оскільки батьками він оцінений на високому рівні. Але на відмінну від матерів для батьків-чоловіків дружні стосунки з дитиною мають більше значення, матері більш відповідальні щодо своєї ролі господині.

Не менш важливим матері вбачають для себе страх завдати дитині шкоди, вони не застосовують суворість до дитини, без потреби їх не карають. Батьки-чоловіки навпаки притримуються думки, що діти повинні у певній мірі їх боятись, адже батько є авторитетом та головою в сім’ї.

Обоє батьків на низькому рівні оцінили показники: «залежність дитини від матері» (матері – 12,5, батьки-чоловіки – 12,2) та «пригнічення сексуальності дитини» (матері – 12,4, батьки-чоловіки – 12,0). В однаковій мірі батьки вважають, що саме матері повинні жертвувати своїм щастям заради дитини, оскільки саме вони можуть коректно поєднувати час задля сімейного комфорту.

Порівнюючи відповіді батьків, ми бачимо, що при вихованні дитини з інвалідністю для батьків важливим є спілкування, зокрема надання дитині можливості висловлюватися, але при цьому обоє батьків можуть проявляти контроль над дитиною. Для того, щоб зберегти вплив на дитину, батьки приймають роль самопожертви.

Аналізуючи далі результати дослідження, ми виділили окремо: розлучені сім’ї, повні сім’ї та сім’ї, де дитину виховує один із батьків, щоб перевірити, чи впливає стан сімейного життя на виховання дитини з обмеженими функціональними можливостями. Ми отримали наступні результати (таблиця 2.2).

*Таблиця 2.2.*

**Батьківські установки у повних сім’ях, розлучених та сім’ях, де дитину виховує лише матір (у балах)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Батьківські установки | Повні сім’ї | Розлучені сім’ї | Одинокі матері |
| Вербалізація | 16,7 | 15,8 | 16,3 |
| Надмірна турбота | 12,4 | 12,4 | 15,3 |
| Залежність від сім'ї | 11,8 | 12,5 | 14,6 |
| Пригнічення волі дитини | 13,0 | 12,5 | 15,3 |
| Жертовність батьків | 13,7 | 15,4 | 16,0 |
| Побоювання образити | 13,5 | 16,2 | 14,6 |
| Подружні конфлікти | 11,9 | 13,1 | 14,0 |
| Суворість батьків | 12,3 | 12,0 | 12,0 |
| Роздратованість батьків | 13,0 | 13,4 | 15,0 |
| Залежність дитини від матері | 11,9 | 14,2 | 14,3 |
| «Надавторитет» батьків | 14,2 | 16,2 | 15,6 |
| Пригнічення агресивності дитини | 12,4 | 12,1 | 14,3 |
| Незадоволеність роллю господині | 13,8 | 12,7 | 17,6 |
| Партнерські стосунки | 14,0 | 14,4 | 15,0 |
| Заохочення активності дитини | 14,3 | 16,7 | 16,6 |
| Ухиляння від конфліктів | 11,6 | 10,1 | 14,6 |
| Байдужість чоловіка | 13,6 | 13,8 | 15,0 |
| Пригнічення сексуальності дитини | 12,0 | 14,0 | 13,6 |
| Домінування матері | 12,4 | 13,2 | 16,6 |
| Втручання у світ дитини | 14,1 | 17,2 | 15,6 |
| Товариські стосунки з дитиною | 16,2 | 18,0 | 17,3 |
| Прагнення прискорити розвиток дитини | 11,6 | 12,0 | 11,6 |
| Несамостійність матері | 15,2 | 15,2 | 15,6 |

Варто зазначити, що відсоток сімей, які виховують дитину в повній сім’ї становить – 81 %, 13 % – розлучені сім’ї, але вихованням дитини переймаються обоє батьків, 6 % – сім’ї, де дитину виховує один із батьків.

Результати за відповідями респондентів, які виховують дитину самостійно (6%) та ті сім’ї, які розлучені (13%), мають більше точок перетину, значна різниця присутня у відповідях тих респондентів, які виховують дитину у повній сім’ї. У нашому дослідженні за результатами усіх опитаних респондентів 6% становлять одинокі матері, батьків-чоловіків, які виховують самостійно дитину з обмеженими функціональними можливостями у нашому дослідженні не виявилося.

Варто зауважити, що лише один із показників, який оцінений батьками вище середнього рівня, має спільну точку перетину, решта показників, які мають спільну точку перетину, оцінені батьками на середньому та нижче середньому рівнях. Спільну точку перетину має показник «заохочення активності дитини» за відповідями батьків, які розлучені (16,7) та батьків, які виховують дитину самостійно (16,6). Даний показник менш значущий для даної категорії батьків. Батьки, які виховують дитину в повній сім’ї, також не вбачають для себе цей показник значущим.

На середньому рівні був оцінений батьками показник «байдужість чоловіка» (повні сім’ї – 13,6, розлучені сім’ї – 13,8), це говорить нам про помірну значущість показника. Для одиноких матерів він є набагато важливішим, матері оцінили даний показник вище середнього рівня, 15,0 балів.

На низькому рівні батьки оцінили показник «надмірна турбота». Так повні та розлучені сім’ї оцінили даний показник однаково по 12,4 бали. Що стосується одиноких матерів за показником «надмірна турбота», то для них він навпаки є більш значущим і оцінений в 15,3 бали.

За цими показниками ми простежуємо, що при вихованні дитини з обмеженими функціональними можливостями найбільше допомоги потребують матері незалежно від того, в якій сім’ї виховується дитина. Також ми бачимо, що незалежно від стану сімейного життя для матерів важливим є увага та підтримка з боку чоловіка. За результатами дослідження ми бачимо, що найбільше опікуються своїми дітьми і проявляють надмірну турботу одинокі матері.

У нашому дослідженні показник «товариські стосунки з дитиною» виявився одним із найбільш значущих для усіх батьків. Батьками, які виховують дитину в повній сім’ї та одинокими матерями, даний показник був оцінений вище середнього рівня, розлучені сім’ї даний показник оцінили на високому рівні (повні сім’ї – 16,2, одинокі матері – 17,3, розлучені сім’ї – 18,0).

Батьки, які виховують дитину в повній сім’ї, найбільш значущими показниками для себе відзначили «вербалізацію» (16,7). Хоча, на високому рівні даний показник оцінений і одинокими-матерями та батьками, які розлучені.

Своєю чергою, розлучені сім’ї значущим показником для себе зазначили «втручання у світ дитини» (17,2), одинокими матерями даний показник був оцінений вище середнього рівня (15,6), лише батьки, які виховують дитину в повній сім’ї оцінили показник «втручання у світ дитини» нижче (14,1). Показники «надавторитет» батьків» (16,2) та «побоювання образити» (16,2) є значущими для батьків, які розлучені, і, як видно з результатів, є важливими в однаковій мірі.

На відмінну від повних сімей та сімей, де подружжя розлучене, одинокі матері значущими для себе вважають набагато більше показників, при цьому оцінюють їх вище середнього рівня. Для них значущими показниками є: «незадоволеність роллю господині» (17,6), «домінування матері» (16,6) та «жертовність» батьків» (16,0). Для батьків, які виховують дитину у повній сім’ї та для батьків, які розлучені, вищеназвані показники є одними із найменш значущих. Що стосується показника «жертовність» батьків», то для розлучених сімей даний показник є не менш важливим, як і для одиноких матерів, лише батьки, які виховують дитину в повній сім’ї, оцінюють даний показник на низькому рівні.

Усі батьки оцінюють показник «партнерські стосунки», як помірно значущий, при цьому для одиноких матерів даний показник більш виражений.

Показники «пригнічення волі дитини» та «пригнічення агресивності дитини» є більш важливими для одиноких матерів, вони оцінили дані показники, як помірно значущі. При цьому показник «пригнічення агресивності дитини» (15,3) більш виражений, ніж показник «пригнічення волі дитини» (14,3).

На відмінну від одиноких матерів батьки, які виховують дитину в повній сім’ї та розлучені сім’ї, дані показники оцінили нижче середнього рівня.

Варто зауважити, що незалежно від стану сімейного життя у всіх сім’ях чітко простежується несамостійність матері та суворість батьків. Усі батьки виховують своїх дітей відповідно до віку, прагнення прискорити розвиток дитини у них відсутнє, але вчити дітей до самообслуговування вони не поспішають. Батьки велику увагу приділяють дружнім стосункам з дитиною-інвалідом.

Формальний соціальний стан сім’ї значною мірою впливає на виховання дитини з інвалідністю. Особливо це представлено у сім’ях, де дитину виховує один із батьків та у сім’ях, де подружжя розлучене.

У цих сім’ях більшою мірою простежується залежність дитини від матері (одинокі матері – r=,328; розлучені сім’ї – r=,308), вони більше контролюють свою дитину (одинокі матері – r=,299; розлучені сім’ї – r=,279), проявляють суворість (одинокі матері – r=,301; розлучені сім’ї – r=,299) (p≤0,05). Повні сім’ї, віддають перевагу спілкуванню з дитиною (r=,279), дружнім стосункам (r=,305) та піклуються про активність дитини (r=,190) (p≤0,01).

Таким чином, можна стверджувати, що у повних сім’ях найбільш вираженою є вербальна комунікація з дитиною, у розлучених – емоційна сфера у спілкуванні з дитиною, причому в одиноких матерів є потреба у визнанні власної значущості.

Досліджуючи батьківські установки, ми звернули увагу окремо на ставлення батьків до дитини та їхнє ставлення до сімейної ролі. Розглядаючи ставлення батьків окремо до дитини, ми виокремили: оптимальний емоційний контакт, зайву емоційну дистанцію та зайву концентрацію на дитині.

Результати дослідження, де показано ставлення батьків до дитини представлено у таблиці 2.3.

*Таблиця 2.3.*

**Ставлення батьків до дитини з інвалідністю (у балах)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Групи | Батьківські установки | Значення |
| Ставлення батьків до дитини з інвалідністю | Оптимальний емоційний контакт | Вербалізація | 16,9 |
| Партнерські стосунки | 14,2 |
| Заохочення активності дитини | 14,2 |
| Товариські стосунки з дитиною | 17,7 |
| Зайва емоційна дистанція | Суворість батьків | 12,7 |
| Роздратованість батьків | 13,4 |
| Ухиляння від конфліктів | 11,4 |
| Зайва концентрація на дитині | Надмірна турбота | 12,6 |
| Пригнічення волі дитини | 13,2 |
| Побоювання образити | 13,2 |
| Залежність матері від дитини | 12,3 |
| Пригнічення агресивності дитини | 12,5 |
| Пригнічення сексуальності дитини | 12,2 |
| Втручання у світ дитини | 15,1 |
| Прагнення прискорити розвиток дитини | 11,7 |

Дані таблиці показують, що у батьків переважає оптимальний емоційний контакт з дитиною (15,4), наступним за результатами, проявляється зайва концентрація на дитині (12,9), найменш вираженим у дослідженні виявилася зайва емоційна дистанція з дитиною (12,2).

Оптимальний емоційний контакт, за результатами опитування батьків, проявляється у товариських стосунках з дитиною, наданні дитині можливості висловлюватися, особливо це простежується у повних сім’ях. Поряд з цим батьки враховують інтереси усіх членів сім’ї, рішення приймають максимально об’єктивно.

У розлучених сім’ях та сім’ях, де дитину виховує одинока матір, оптимальний емоційний контакт більше проявляється через рівність батьків з дитиною та заохочуванні активності дитини.

Зайва концентрація на дитині має також досить позитивний характер з боку батьків. Ознаки надмірної турботи, страх образити, залежність від сім’ї, втручання у світ дитини представлені середнім рівнем вираженості. Враховуючи відзначені складові, можна зробити висновок, що батьки оберігають дитину від розчарувань, тяжкої праці, складних ситуацій.

Зайва емоційна дистанція проявляється у суворості батьків до дитини та їхній роздратованості під час виховання, зокрема це простежується у сім’ях, де дитину виховує одинока мати.

На відмінну від матерів, які виховують дитину самостійно, батьки, які виховують дитину в повній сім’ї та в сім’ях, де батьки розлучені, уміння ухилятися від конфліктів більш виражене. Підкреслимо, що ухиляння від конфлікту батьками відзначено на низькому рівні, що говорить про певну невідповідність у ставленні батьків та дитини до конфлікту.

Щоб краще зрозуміти специфіку сімейних стосунків батьків, які виховують дитину з обмеженими функціональними можливостями при аналізі дослідження, ми врахували окремо ставлення батьків до сімейної ролі. За результатами нашого дослідження ми бачимо, що загальне ставлення батьків до сімейної ролі оцінюється набагато нижче, ніж ставлення до дитини. Усі батьки більше зусиль докладають на виховання дитини, господарські обов’язки для них є другорядними.

Сімейні позиції батьків можна розглянути детальніше, розділивши їх на групи, які характеризують окремі функції (таблиця 2.4), а саме: господарсько-побутові (організація побуту сім’ї); подружні функції, пов’язані з моральною та емоційною підтримкою, організацією дозвілля, створення середовища для розвитку особистості, як своєї, так і партнера (чоловіка); педагогічні, які забезпечують виховання дитини.

До господарсько-побутових функцій відносяться такі показники: «залежність від сім’ї» (обмеження матері роллю господині дому), «незадоволеність роллю господині», «домінування матері» та «несамостійність матері» (необхідність у сторонній допомозі у вихованні дитини). «Подружні конфлікти» та «байдужість чоловіка» (неуважність чоловіка до дружини) характеризує подружні функції; що стосується ставлення батьків до виховання дитини (педагогічні функції), то сюди входять такі показники, як: «жертовність» батьків» та «заохочування залежності дитини від батьків».

*Таблиця 2.4.*

**Ставлення батьків до сімейної ролі (у балах)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Групи | Батьківські установки | Повнісім’ї | Розлученісім’ї | Одинокіматері |
| господарсько-побутові | Залежність від сім'ї | 11,8 | 12,5 | 14,6 |
| Незадоволеність роллю господині | 13,8 | 12,7 | 17,6 |
| Домінування матері | 12,4 | 13,2 | 16,6 |
| Несамостійність матері | 15,2 | 15,2 | 15,6 |
| подружні | Подружні конфлікти | 11,9 | 13,1 | 14,0 |
| Байдужість чоловіка | 13,6 | 13,8 | 15,0 |
| педагогічні | Жертовність батьків | 13,7 | 15,4 | 16,0 |
| «Надавторитет» батьків | 14,2 | 16,2 | 15,6 |

З’ясовано певну відмінність між сімейними позиціями батьків. Педагогічні функції є більш характерними для розлучених сімей. Показник, що відображає їх рівень достовірності (p≤0,05), перевищив рівень аналогічних показників у решти батьків. Педагогічні функції проявляються через батьківські вказівки. Надмірний авторитет батьків відображений середнім рівнем у подружжя. Вони керуються уявленнями, що дитина в основному повинна довіряти батькам, поважати їх більше, ніж інших, вважати батьків взірцем мудрості, але без надмірної прихильності. Для одиноких матерів важливим є домінування матері, що може характеризувати господарсько-побутові функції. На відмінну від розлучених та повних сімей, одинокі матері незадоволенні роллю матері як господині (r=,189), також одинокі матері мають залежність від виконання сімейних обов’язків (r=,283). Найменш вираженими функціями для усіх сімей є подружні. При цьому варто зауважити, що для одиноких матерів подружні обов’язки є набагато важливішими, ніж для розлучених та повних сімей. Низький рівень оцінки говорить нам про те, що у сім’ях відсутня моральна та емоційна підтримка або знаходиться на низькому рівні. Для одиноких матерів в пріоритеті виступає спочатку їхня роль в сім’ї, а потім виховання дитини. Своєю чергою, розлучені сім’ї та одинокі матері мають низький рівень інтегрованості, оскільки вони на високому рівні оцінили наступні показниками: байдужість чоловіка (одинокі матері – r=,202; розлучені сім’ї – r=,287), домінування матері (одинокі матері – r=,289; розлучені сім’ї – r=,279) та необхідність у сторонній допомозі по вихованню дитини (одинокі матері – r=,203; розлучені сім’ї – r=,190).

Варто звернути увагу на те, що усі батьки не повною мірою переймаються організацією дозвілля своєї дитини та створенням середовища для розвитку особистості дитини. Конфлікти та проблеми у сім’ї вони сприймають менш загрозливо, інколи не помічаючи та уникаючи їх, чоловіки надають конфліктам дещо меншу значущість порівняно з жінками.

На основі отриманих даних ми можемо визначити домінуючий стиль батьківського виховання. Аналізуючи рівень оцінки батьків за показниками, які відносяться до стилів батьківського виховання, ми отримали наступні результати (таблиця 2.5).

*Таблиця 2.5.*

**Розподіл відповідей батьків щодо стилів сімейного виховання**

**(у балах)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Стилі сімейного виховання | Повні сім’ї | Розлучені сім’ї | Одинокі матері |
| Демократичний стиль виховання | 15,36 | 16,24 | 16,33 |
| Авторитарний стиль виховання | 12,83 | 12,76 | 14,73 |
| Гіперопіка | 12,59 | 14,02 | 14,66 |

Переважаючим стилем виховання в усіх батьків виступає демократичний (15,9), другим за значущістю батьки зазначили гіперопіку (13,7), найменш виражений – авторитарний (13,4).

Високі бали за показниками: «вербалізація», «партнерські стосунки», «заохочення активності дитини», «товариські стосунки з дитиною» говорять про перевагу демократичного стилю виховання, який є найоптимальнішим серед стилів виховання. За результатами дослідження ми бачимо, що батьки, виховуючи дитину з інвалідністю, формують у її поведінці самостійність, але водночас проявляють дисципліну. Батьки самі надають їй право бути самостійною у якихось сферах життя, не обмежуючи прав, одночасно вимагають виконання обов'язків. Як показує дослідження обоє батьків намагаються виховувати свою дитину без особливих переживань і конфліктів.

Авторитарний стиль виховання найменш виражений у батьків, які виховують дитину з обмеженими функціональними можливостями. Даний стиль виховання проявляється через суворість батьків та дратівливість. Авторитарному стилю притаманний надмірний контроль батьків за життям дітей, обмеження їхньої самостійності й ініціативності. Батьки будують взаємини в сім’ї на основі власної беззаперечної і неподільної влади, що супроводжується чіткими командами, завищеними вимогами, жорсткими заборонами і суворими покараннями. Незадоволеність роллю господині та подружні конфлікти виступають одними із показників, які притаманні даному стилю виховання. Сімейне спілкування, особливо це стосується вербальної комунікації, зазвичай зводиться до мінімуму, всі рішення приймаються лише батьками.

Варто зауважити, що за результатами нашого дослідження, ми простежуємо залежність стилів виховання від стану сімейного життя. Як уже зазначалося, батьківське ставлення до дітей засноване на домінуючій позиції, але у дослідженні ми простежуємо і мішаний стиль виховання, зокрема батьки поєднують гіперопіку з авторитарним стилем виховання. Мішаний стиль дуже чітко простежується у вихованні одиноких матерів. Розлучені сім’ї переважно застосовують у вихованні своєї дитини крім демократичного виховання гіперопіку, що стосується повних сімей, то такі сім’ї схильні поєднувати у вихованні дитини демократичний з авторитарним.

Встановлено, що у вихованні дитини з інвалідністю домінує матір, яка відчуває з боку чоловіка байдужість, при цьому намагаючись ухилятися від конфліктів. Чоловіки, своєю чергою, незадоволенні виконанням матерями ролі господині. Незважаючи на те, що основний час з дітьми проводять саме матері, освітньо-розвивальними програмами займаються більше батьки-чоловіки.

Отримавши загальні результати за опитувальником «Визначення батьківських установок та реакцій» (PARI) Е.Шеффера і К. Белла та за результатами анкетування щодо соціально-психологічних умов успішності включення дитини з інвалідністю в загальноосвітній простір, ми можемо розглянути, чи впливає інвалідність дитини на батьківські установки та стилі виховання (таблиця 2.6).

*Таблиця 2.6.*

**Батьківські установки щодо дітей**

**(за видами захворювання дитини)**

|  |  |
| --- | --- |
| Батьківські установки | Види захворювань |
| Психічні захворювання | Ураженняопорно-руховогоапарату | Вади зору | Вади слуху | Ураженнявнутрішніхорганів | Іншізахворювання |
| Вербалізація | 16,6 | 16,7 | 16,4 | 17,3 | 15,0 | 16,8 |
| Надмірна турбота | 12,6 | 14,4 | 12,0 | 13,2 | 10,7 | 12,3 |
| Залежність від сім'ї | 11,2 | 12,2 | 13,0 | 14,3 | 10,4 | 13,1 |
| Пригнічення волі дитини | 12,3 | 13,0 | 14,2 | 13,0 | 11,7 | 14,1 |
| Жертовність батьків  | 14,0 | 14,5 | 14,6 | 15,0 | 12,2 | 14,0 |
| Побоювання образити | 14,7 | 14,8 | 13,0 | 15,6 | 10,1 | 14,5 |
| Подружні конфлікти | 12,6 | 11,9 | 11,8 | 14,0 | 9,4 | 13,3 |
| Суворість батьків | 12,4 | 12,4 | 12,2 | 13,0 | 9,8 | 14,1 |
| Дратівливість батьків | 13,6 | 12,4 | 14,6 | 15,3 | 9,4 | 14,7 |
| Залежність дитини від матері | 12,6 | 13,0 | 13,0 | 13,0 | 10,7 | 12,0 |
| «Надавторитет» батьків | 14,1 | 16,1 | 13,4 | 16,0 | 12,0 | 15,2 |
| Пригнічення агресивності дитини | 12,3 | 13,5 | 14,2 | 14,0 | 10,1 | 12,1 |
| Незадоволеність роллю господині | 14,1 | 14,2 | 15,0 | 15,3 | 11,8 | 13,7 |
| Партнерські стосунки | 14,5 | 15,3 | 14,2 | 12,3 | 13,0 | 13,9 |
| Заохочення активності дитини | 15,3 | 14,9 | 13,6 | 16,6 | 13,0 | 16,4 |
| Ухиляння від конфліктів | 10,8 | 12,6 | 12,4 | 10,0 | 10,4 | 12,5 |
| Байдужість чоловіка | 14,5 | 13,0 | 15,2 | 13,3 | 11,5 | 14,3 |
| Пригнічення сексуальностідитини | 12,8 | 14,2 | 12,4 | 13,3 | 9,8 | 11,5 |
| Домінування матері | 13,0 | 13,0 | 13,6 | 13,5 | 10,4 | 12,4 |
| Втручання у світ дитини | 15,2 | 16,5 | 15,2 | 15,8 | 12,2 | 13,3 |
| Товариські стосунки з дитиною | 17,6 | 17,4 | 17,0 | 15,6 | 14,2 | 16,0 |
| Прагнення прискорити розвиток дитини | 11,5 | 11,7 | 11,6 | 12,7 | 10,1 | 12,6 |
| Несамостійність матері | 15,9 | 14,9 | 14,6 | 15,6 | 12,5 | 15,8 |

Результати дослідження показали, що у тих сім’ях, де дитина має ураження внутрішніх органів та вади слуху, простежується залежність стилів виховання від форми інвалідності дитини. Батьки, які виховують дитину з ураженнями внутрішніх органів, при вихованні дитини не виокремлюють окремі методи виховання, оскільки діти, які мають такі захворювання набагато швидше і легше проходять етапи соціалізації. На відмінну від дітей, які мають інші захворювання, ці діти легше сприймають свою інвалідність. Тому ми можемо припустити, що батьки виховують дитину, незважаючи на інвалідність. У таких батьків дратівливість та суворість на низькому рівні. Для них не є характерними і подружні конфлікти. Найбільш вираженим показником для батьків є «вербалізація», даний показник вони оцінили на середньому рівні. Але варто зауважити, що значущість даного показника знаходиться на найнижчому рівні серед відповідей усіх батьків.

Що стосується батьків, які виховують дітей з вадами слуху, то тут ми простежуємо навпаки високий або середній рівень оцінки. Ми бачимо, що батьки стурбовані розвитком своїх дітей, у них є страх образити чи заподіяти дитині шкоду, такі діти більш залежні від своїх сімей. У батьків, які виховують дитину з вадами слуху, є побоювання щодо дозвілля дитини, оскільки такі діти не завжди можуть зрозуміти своїх однолітків. «Надавторитет» виражений у таких батьків на високому рівні. При вихованні дитини батьки переймаються тим, що дитина самостійно не зможе адаптуватися до нових умов чи здійснювати певну діяльність. Найбільш вираженим показником у таких батьків також є «вербалізація».

Батьки, які виховують дитину з ураженням опорно-рухового апарату, вадами зору, психічними захворюваннями мають тісний зв'язок зі своїми дітьми, стосунки з дитиною більш наближені до товариських, такі батьки намагаються враховувати думку дитини. Але у батьків, які виховують дитину з психічними захворюваннями, простежується несамостійність матері, у батьків, які виховують дитину з ураженням опорно-рухового апарату, простежується «надавторитет» батьків та «втручання у світ дитини». Батьки, які виховують дитину з вадами зору, теж виокремлюють «втручання у світ дитини», але у таких сімей на високому рівні зазначені також показники: «байдужість чоловіка» та «незадоволеність роллю господині». Що стосується батьків, які виховують дітей з іншими захворюваннями (психічний інфантилізм, нейрофіброма та заяча губа), то для них в пріоритеті «заохочування активності дитини», «вербалізація» та «товариські стосунки з дитиною». Найменш вираженим показником для таких батьків є «пригнічення сексуальності дитини». Батьки, де діти мають вади зору та ураження опорно-рухового апарату, найменш значущими для себе зазначили такі показники, як:«подружні конфлікти» та «прагнення прискорити розвиток дитини». «Прагнення прискорити розвиток дитини» є найменш вираженим і для батьків, які виховують дитину з психічними захворюваннями. У таких батьків ми також можемо простежити низькі бали за показником «залежність від сім’ї».

Аналізуючи результати дослідження щодо ставлення батьків до дитини, враховуючи її інвалідність, ми отримали наступні результати (таблиця 2.7).

*Таблиця 2.7.*

**Ставлення батьків до дитини** (у балах)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Групи | Види захворювання | Значення |
| Оптимальний емоційний контакт | Психічні захворювання | 16,1 |
| Ураження опорно-рухового апарату | 15,0 |
| Вади зору | 15,3 |
| Вади слуху | 15,4  |
| Ураження внутрішніх органів | 14,2 |
| Інші захворювання | 16,0 |
| Зайва емоційна дистанція | Психічні захворювання | 13,2 |
| Ураження опорно-рухового апарату | 12,5 |
| Вади зору | 12,7 |
| Вади слуху | 12,7 |
| Ураження внутрішніх органів | 9,9 |
| Інші захворювання | 13,4 |
| Зайва концентрація на дитині | Психічні захворювання | 12,6 |
| Ураження опорно-рухового апарату | 13,2 |
| Вади зору | 13,2 |
| Вади слуху | 12,3 |
| Ураження внутрішніх органів | 12,5 |
| Інші захворювання | 12,2 |

Виховуючи дітей з різними нозологіями, у всіх батьків переважає оптимальний емоційний контакт. Найбільш виражений оптимальний емоційний контакт у батьків, які виховують дитину з психічними захворюваннями, психічним інфантилізмом та вадами слуху. Емоційний контакт у таких батьків проявляється через вербалізацію та партнерські стосунки з дитиною, у таких батьків на високому рівні несамостійність матері.

У батьків, які виховують дитину з ураженням опорно-рухового апарату, оптимальний емоційний контакт проявляється в більшості через партнерські стосунки з дитиною, а у батьків, діти яких мають вади зору через вербалізацію.

У батьків, діти яких мають ураження внутрішніх органів, оптимальний емоційний контакт найбільше проявляється і через партнерські стосунки, і через вербалізацію.

Зайва концентрація на дитині простежується у батьків, які виховують дитину з ураженням опорно-рухового апарату, вадами зору та ураження внутрішніх органів. Зайва концентрація на дитині найменш представлена у сім’ях, які мають дітей з психічним інфантилізмом. Здебільшого це проявляється через пригнічення волі та агресивності дитини. У батьків, які мають дітей з вадами зору, концентрація на дитині проявляється через прагнення прискорити розвиток дитини. У батьків, які виховують дітей з психічними захворюваннями, концентрація на дитині проявляється через втручання у світ дитини.

У батьків, які виховують дитину з вадами слуху, психічними захворюваннями та захворюваннями, які у нашому дослідженні віднесені до інших (психічний інфантилізм, заяча губа та нейрофіброма) найбільш вираженою є емоційна дистанція з дитиною. Варто звернути увагу на те, що батьки, які виховують дитину з ураженням внутрішніх органів, на низькому рівні оцінили зайву емоційну дистанцію. Такі батьки інколи застосовують у вихованні своєї дитини суворість та подекуди проявляють дратівливість. Серед усіх батьків вони найвище оцінили показник «ухиляння від конфліктів». Найбільш вираженою є емоційна дистанція у батьків, які виховують дитину з психічним інфантилізмом. У таких батьків часто спостерігається суворість та дратівливість до дітей.

Результати дослідження показують, що найбільше переймаються вихованням дитини батьки, які виховують дитину з вадами слуху. Хвилювання супроводжуються через захворювання дитини. У таких батьків хоч і виражений оптимальний емоційний контакт з дитиною, але при цьому у них спостерігається «надавторитет», страх образити дитину на високому рівні, втручання у світ дитини для батьків є нормою. Подекуди батьки проявляють дратівливість. Варто зауважити, що батьки, у яких діти мають вади слуху, підтримують партнерські стосунки з дитиною, намагаються виховувати її без конфліктів. При цьому домінує демократичний стиль виховання.

Виховуючи дітей з ураженням опорно-рухового апарату та з психічним інфантилізмом, батьки теж враховують нозологію дитини. Батьки, які виховують дитину з психічним інфантилізмом, намагаються постійно підтримувати товариські стосунки з дитиною, контакт налагоджують через вербалізацію, намагаються постійно залучати дитину до активності. У таких батьків на високому рівні знаходиться «надавторитет». У вихованні інколи простежується авторитарний стиль виховання. Батьки ж, які виховують дитину з ураженням опорно-рухового апарату, мають товариські стосунки з дитиною, але при цьому, як і інші батьки, проявляють «надавторитет» щодо дитини. У таких батьків дуже виражений оптимальний емоційний контакт з дитиною. У її вихованні батьки поєднують демократичний стиль виховання з гіперопікою.

Батьки, які виховують дитину з вадами зору, не так звертають увагу на нозологію дитини. За результатами нашого дослідження такі батьки більше переймаються господарськими функціями. На високому рівні матері зазначають байдужість чоловіка та свою жертовність. Батьки-чоловіки часто бувають дратівливими. У виховані батьки поєднують демократичний стиль виховання з авторитарним.

Оптимальний емоційний контакт дуже чітко простежується у батьків, діти яких мають загальні психічні захворювання. Але у таких батьків дуже вираженою є несамостійність матері та байдужість чоловіка. На високому рівні партнерські стосунки з дитиною. Більш вираженою є зайва емоційна дистанція з дитиною. У вихованні дитини можуть поєднувати гіперопіку та авторитарний стиль виховання.

При вихованні дитини велику роль відіграє специфіка інвалідності, адже батьківські установки та стилі виховання зазвичай будуються виключно з урахуванням захворювання дитини, а саме: демократичний переважає у сім’ях, де дитина має захворювання внутрішніх органів (r=,245), психічні захворювання (r=,401) та психічний інфантилізм (r=,428); гіперопіка – у сім’ях, де дитина має ураження опорно-рухового апарату (r=,501); авторитарний – у сім’ях, де дитина має вади слуху (r=,431) та психічний інфантилізм (r=,295). Мішаний – спостерігається у сім’ях, де дитина має вади зору, інколи батьки однаковою мірою застосовують гіперопіку та авторитарний стилі (r=,595).

Отримані дані підтверджуються кореляційними зв’язками на рівні значущості (p≤0,05).

Таким чином, структуру соціально-психологічних умов успішності включення дитини з інвалідністю в освітній простір утворюють: готовність соціального середовища до інклюзивного навчання і виховання; готовність закладів освіти соціально-психологічного спрямування; професійна компетентність фахівців освітньої сфери; батьківські установки на інклюзію та отримання дитиною високого рівня освіти; рівень соціальної компетентності і психологічної готовності самої дитини до інклюзії; соціальна підтримка сім’ї, яку надають центри соціальних служб.

З одного боку, це передбачає організовану систему психолого-педагогічних заходів закладів освіти (як формальних, так і неформальних), які мають спеціальні програми для навчання, відповідних спеціалістів (соціальний працівник, психолог, соціальний педагог, логопед, дефектолог тощо). З іншого боку, соціальне середовище теж має бути готовим прийняти таких дітей, що виявляється у наявності відповідної законодавчої бази, соціальних проектів, програм, архітектурного і фізичного оздоблення середовища (візуальні і аудіальні засоби інформування, пандуси, з’їзди, транспортні засоби тощо).

***Висновки до другого розділу***

Узагальнюючи отримані результати проведеного емпіричного дослідження, можна зробити висновки, що проведене емпіричне дослідження показало, що освітніми установками батьків є: соціальні установки в сфері освіти (установки на якісну освіту та розвиток дитини (свідомий вибір батьків щодо закладів освіти; установки на повноцінний розвиток дитини); орієнтація на інклюзію (дошкільна підготовка дитини; обізнаність про інклюзивну систему); готовність освітнього середовища до інклюзії (територіальна розгалуженість закладів, політика керівництва інституцій психолого-педагогічного спрямування).

У плануванні й реалізації успішних інклюзивних процесів важливу роль відіграє психологічна готовність дитини до навчання. Особливої значущості набувають такі параметри соціального та психологічного розвитку: необхідний мінімальний рівень загальних соціальних здібностей (компетенцій); сформованість вмінь з самообслуговування (одягатися, самостійно їсти, догляд за особистими речами тощо); вміння опановувати та долати стан соціальної тривоги, яка виникає у дитини при взаємодії з іншими людьми; мінімальний рівень сформованості навчальних вмінь.

Серед соціально-психологічних особливостей становлення образу сім’ї у дітей, які мають особливі потреби, вагоме місце належить ставленню батьків до дитини та сімейної ролі. Емоційна дистанція батьків знаходиться на низькому рівні, зокрема це простежується у сім’ях, де дитину виховує одинока мати. Більшою мірою вихованням дитини переймаються матері. Своєю чергою, чоловіки, незадоволенні виконанням матерями ролі господині. Конфлікти та проблеми у сім’ях, які виховують дітей з вадами розвитку сприймаються менш загрозливо, інколи не помічаючи та уникаючи їх. Чоловіки надають конфліктам дещо меншу значущість у порівнянні з жінками. В усіх батьків переважає демократичний стиль виховання, деякі сім’ї застосовують мішаний стиль.

Загальні соціально-психологічні умови включення дитини з інвалідністю в загальний освітній простір включають в себе: загальні соціальні установки в сфері освіти; готовність закладів освіти (формальних, неформальних та позаформальних) до роботи з інклюзивними дітьми; професійна компетентність фахівців освітньої сфери до роботи з дітьми з інвалідністю; батьківські установки на інклюзію та отримання дитиною високого рівня освіти; рівень соціальної компетентності і психологічної готовності самої дитини до інклюзії; соціальна підтримка сім’ї.

**Висновки**

У курсовій роботі наведено узагальнені результати теоретико-емпіричного дослідження соціально-психологічних умов успішності включення дитини з інвалідністю в загальноосвітній простір, що дало змогу дійти висновків, що аналіз наукових досліджень розкриває зміст освітньої інтеграції як процес переходу від сегрегаційної моделі до моделі соціального включення. В основу теорії включення було покладено твердження, що учні з особливими потребами можуть навчатися у звичайних класах загальноосвітньої школи і отримувати всі освітні послуги. Включення дитини в освітній простір передбачає спеціалізований розвиток індивідуальності дитини на основі виявлення її задатків, здібностей, формування інтересів та потреб. Однак, для широкої громадськості ідеї впровадження інклюзивної освіти й досі є дискусійними, оскільки існують перешкоди та труднощі, які потребують реального вирішення для успішної її реалізації. Проблема інтеграції дітей з інвалідністю в системі сучасної спеціальної освіти може бути вирішена через базові рамкові умови успішності включення дитини з інвалідністю в освітній процес, в основі яких є наявність соціальних програм та умов, які визначають загальну орієнтацію суспільства на інклюзію чи ексклюзію.

В основу емпіричного дослідження було покладено уявлення, що сімейна організація освітнього простору дитини з інвалідністю є визначальною ланкою у процесі інтеграції дитини до загальноосвітнього середовища та складається з трьох складових: соціально-освітній простір, який передбачає наявність спеціалізованих програм розвитку (індивідуальні, групові); домашній освітній простір, який є окремим соціальним інститутом освіти для дитини; інклюзивний формально-освітній простір, який передбачає реалізацію інклюзивних програм.

Проведене емпіричне дослідження показало, що структура умов успішності включення дитини з інвалідністю в освітній простір має містити першою чергою, психологічну готовність самої дитини з урахуванням батьківських та соціально-психологічних установок та наявності формальних і неформальних установ освіти, які є орієнтованими на підтримку. Ця готовність передбачає наявність спеціальної фахової підготовки педагогів та вчителів до роботи з такими дітьми. Соціальне середовище у самому широкому сенсі теж має бути готовим до прийняття таких дітей, що виявляється у наявності відповідної законодавчої бази, соціальних проектів, програм, архітектурного і фізичного оздоблення середовища тощо.

На основі результатів емпіричного дослідження доведено, що загальними соціально-психологічними умови включення дитини з інвалідністю в загальний освітній простір є: загальні соціальні установки в сфері освіти; готовність закладів освіти (формальних, неформальних та позаформальних) до роботи з так званими інклюзивними дітьми; професійна компетентність фахівців освітньої сфери до роботи з дітьми з інвалідністю; батьківські установки на інклюзію та отримання дитиною високого рівня освіти; рівень соціальної компетентності і психологічної готовності самої дитини до інклюзії; соціальна підтримка сім’ї.

Показано, що критеріями успішності включення дитини до середовища загальноосвітньої школи може бути комплекс умов: загальні соціальні умови доступності інклюзивної школи; соціально-психологічні (встановлення довірливої взаємодії з педагогом, адаптація до класу, батьківська підтримка); психолого-педагогічні (загальна готовність дитини до школи, динаміка навчальної успішності дитини).

**Список використаних джерел**

1. Акатов Л.И. Социальная реабилитация детей с ограниченными возможностями здоровья. Психологические основы: учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. / Л.И.Акатов. – М.: Гу-манит. узд. центр ВЛАДОС, 2013. – 368 с.
2. Бех І.Д. Почуття успіху у вихованні особистості / І.Д.Бех // Початкова школа. – 2014. – № 12. – С. 1–3.
3. Бойко М. Д. Право соціального забезпечення України : навч. посіб. / М.Д. Бойко. – [Вид. 3-те, доп. та переробл.]. – К.: Атіка, 2016. – 380 с.
4. Браун А. Супервізор у соціальній роботі: Супервізія догляду в громаді, денних та стаціонарних установах / А.Браун, А.Боурн; [пер. з англ. Т.Семигіної]. – К.: Унів. вид-во «Пульсари», 2013. – 240 с.
5. Выготский Л.С. К психологии и педагогике детской дефектологи / Л.С.Выготский // Основы дефектологии. – СПб., М.: Лань, 2013. – 654 с.
6. Волошина В. В. Психологічні детермінанти навчальної успішності молодших школярів: дис. канд. психол. наук: 19.00.07 / Волошина Валентина Віталіївна. – К., 1999. – 165 с.
7. Волошина В. До школи зі стійкими пізнавальними інтересами / В.Волошина, Л.Лохвицька // Початкова школа. – 2003. – № 4. – С. 5–7.
8. Гарькавець С.О. Психологія підліткової віктимності: [монографія]. / С.О.Гарькавець. – Луганськ: Ноулідж, 2013. – 175 с.
9. Гарькавець С.О. Система соціально-психологічних впливів і проблема формування просоціальних установок школярів / С.О.Гарькавець // Освіта на Луганщині. – 2015. ‒ № 2 (41). – С. 34–39.
10. Гарькавець С.О. Соціально-нормативний конформізм особистості у психологічному вимірі: [монографія] / С.О.Гарькавець. – Луганськ: Ноулідж, 2013. – 343 с.
11. Дети с задержкой психического развития / Под ред. Т.А.Власовой, В.И.Лубовского, Н.А.Цыпиной. – М.: Педагогика, 2014. – 256 с.
12. Діти з особливими потребами та організація їх навчання. – вид. доп. та перероб.: наук. метод. посіб. / А.А.Колупаєва, Л.О.Савчук. – К.: АТОПОЛ, 2016. – 274 с.
13. Дробинская А.О. Школьные трудности «нестандартных детей» / А.О.Дробинская. – М.: Школа-Пресс, 2011. – 142 с.
14. Життєва компетентність особистості: від теорії до практики. Науково-методичний посібник / За наук. ред. І.Г.Єрмакова. – Запоріжжя: Центріон, 2015. – 640 с.
15. Звєрєва І.Д. Оцінка потреб дитини та її сім’ї: від теорії до практики: навч. посіб.: У 2–х част. / І.Д.Звєрєва, З.П.Кияниця, В.О.Кузьмінський, Ж.В.Петрочко. – К.: Задруга, 2015. – Ч. ІІ. – 286 с.
16. Іванова І.Б. Соціальна робота з людьми з особливими потребами: навч. посіб. для студ. вищих навч. закладів / І.Б.Іванова. – К.: Задруга, 2017. – 416 с.
17. Ілляшенко Т.Д. Аномальна дитина в школі: навчально -методичний посібник / Т.Д.Ілляшенко, Н.М.Стадненко. – К.: ІСДО, 1995. – С. 120.
18. Коваленко О. Інклюзивна освіта для дітей з особливими потребами / О.Коваленко // Освіта України. – 2018. – № 90. – С. 1–2.
19. Коломинский Я.Л. Психическое развитие детей в норме и патологии / Я.Л.Коломинский, Е.А.Панько, С.А.Игумнов.–СПб.: Питер, 2014.– 211 с.
20. Колупаєва А.А. Діти з особливими потребами в загальноосвітньому просторі: початкова ланка. Путівник для педагогів: навчально-методичний посібник / А.А.Колупаєва, О.М.Таранченко. – К., 2016. – 96 с.
21. Левченко И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: методическое пособие / И.Ю.Левченко, В.В.Ткачева. – М.: Просвещение, 2018. – 239 с.
22. Мастюкова Е.М. Ребёнок с отклонениями в развитии: Ранняя диагностика и коррекция / Е.М.Мастюкова. – М.: Просвещение, 1992. – 95 с.
23. Методика PARI (Е. С. Шефер, Р. К. Белл; адаптация Т.В.Нещерет) / Ред. А.А.Карелин // Психологические тесты. – М., 2012. ‒ Т. 2., ‒ С. 130–143.
24. Методичний посібник з організації професійного навчання за робітничими професіями та його соціально-психологічного супроводу в умовах центрів професійної реабілітації інвалідів / О.В.Бабак, Н.М.Маліновська, Н.О.Мирошніченко, Ю.О.Мазур та ін. // За заг. ред. М.Л. Авраменка. – К.: Університет «Україна», 2016. – 112 с.
25. На допомогу батькам, що мають дітей з особливими потребами / Л.В.Борщевська, Л.В.Зіборова, І.Б.Іванова (керівник авт. кол.) та ін. – К.: Укр. ін-т. соціальних досліджень, 1999. – 79 с.
26. Основи інклюзивної освіти. Навч.‐метод. посібник / За заг. ред. А.А.Колупаєвої. – К.: А. С. К., 2012. – С. 38–49.
27. Підготовка до школи дітей з особливими потребами в умовах сім’ї: поради батькам. Книга 2. / В.І.Бондар, В.І.Берзінь, Л.С.Вавіна та ін. / За ред. В.І.Бондаря, В.В.Засенка. – К.: Наук. світ, 2019. – 256 с.
28. Практическая психодиагностика. Методики и тесты / Под ред.Д.Я.Райгородский. – Самара : БАХРАХ-М, 1999. – 591 с.
29. Психологія соціальної роботи: підручник / За ред. Ю.М.Швалба. – К.: Основа, 2014. – 448 с.
30. Софій Н. Діти з особливими освітніми потребами / Н.Софій, Ю.Найда // Підручник для директора. – 2017. – №5. – С. 61–71.
31. Таланчук П.М. Супровід навчання студентів з особливими потребами в інтегрованому освітньому середовищі: навч.-метод. посібник / П.М.Таланчук, К.О.Кольченко, Г.Ф.Нікуліна; Відкритий Міжнар. ун-т розвитку людини «Україна». – К.: Соцінформ, 2014. – 128 с.
32. Швалб Ю.М. Майбутнє і сьогодення студентів з обмеженими функціональними можливостями: психологічні аспекти: [монографія] / Ю.М. Швалб, Л.В.Тищенко. – К.: Основа, 2015. – 240 с.
33. Швалб Ю.М. Психологические механизмы целеполагания в учебной деятельности: дис. доктора псих. наук: 19.00.07 «Педагогічна та вікова психологія» / Швалб Юрий Михайлович. – К., 1998. – 388 с.
34. Ярмощук І. Інклюзивне навчання в системі освіти / І.Ярмощук // Шлях освіти. – 2015. – № 2. – С. 24–28.
35. Ярмощук І. На шляху до інклюзивного навчання / І. Ярмошук // Математика в школі. – 2017. – № 1/2. – С. 51–54.
36. Educación de niños y jóvenes con discapacidades Principios y práctica / S. Hegarty. – UNESCO, 1994. – 64 p.
37. Shea T. An Introduction to special Education. A Social systems perspective / Т. Shea, А. Bauer. – 2ndedition – Madison. – 1997. – 167 p.
38. Silver H. Understanding Social Inclusion and Its Meaning for Australia / Н. Silver // Australian Journal of Social Issues. – 2010. – Vol. 45. – № 2. – P. 183–211.
39. Vitello S. Inclusive Schooling National and International Perspective / S. Vitello, D. Mithaug. – Mahwah, NJ : Lawrence Erlbaum. – 1998. – 78 p.
40. Waldfogel J. Early childhood interventions and outcomes / CASE paper. London Center for Analysis of Social Exclusion; London School of Economics / J. Waldfogel. – London. – 1998. – 27 p.