

Мир науки. Социология, филология, культурология <https://sfk-mn.ru>
World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies

2023, Том 14, № 2 / 2023, Vol. 14, Iss. 2 <https://sfk-mn.ru/issue-2-2023.html>

URL статьи: <https://sfk-mn.ru/PDF/22SCSK223.pdf>

Ссылка для цитирования этой статьи:

Шестакова, Е. В. Применение диагностических инструментов определения компетентности родителей в комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов / Е. В. Шестакова // Мир науки. Социология, филология, культурология. — 2023. — Т. 14. — № 2. — URL: <https://sfk-mn.ru/PDF/22SCSK223.pdf>

For citation:

Shestakova E.V. The use of diagnostic tools to determine the competence of parents in the comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children. *World of Science. Series: Sociology, Philology, Cultural Studies.* 2023; 14(2): 22SCSK223. Available at: <https://sfk-mn.ru/PDF/22SCSK223.pdf>. (In Russ., abstract in Eng.)

Приношу искреннюю благодарность специалистам ГАУ «Областной центр реабилитации инвалидов» г. Екатеринбурга за творческий подход к осуществлению пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов

Шестакова Елена Васильевна

ГАУ Свердловской области «Областной центр реабилитации инвалидов», Екатеринбург, Россия
Директор
E-mail: shestakova.ev68@yandex.ru

Применение диагностических инструментов определения компетентности родителей в комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов

Аннотация. В статье представлен опыт функционирования реабилитационного центра, осуществляющего реабилитационные услуги детям-инвалидам и их родителям (законным представителям) в комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов в рамках пилотного проекта. Указывается, что большинство родителей, как матерей, так и отцов, занимают доминантную позицию, что снижает результативность реабилитационного процесса. Родители с наставнической позицией ориентированы на руководство ребенком-инвалидом, что зачастую переносится и на специалистов в реабилитационном процессе. Достаточно большой процент родителей с отвергающей позицией, когда родитель не интересуется актуальной ситуацией ребенка-инвалида. Мало родителей с партнерской позицией, отличающейся зрелостью и адекватностью взаимодействия с ребенком-инвалидом и специалистами в реабилитационном процессе.

Занимаемая родительская позиция коррелирует с психологическим типом родителя ребенка-инвалида. Большинство родителей имеет авторитарный тип взаимодействия с ребенком-инвалидом, что характеризуется стремлением руководствоваться своими собственными убеждениями, в том числе и по вопросам реабилитации. Родителям с психосоматическим психологическим типом свойственны более частые смены полярных настроений, у некоторых из них в большей степени прослеживается тенденция к доминированию, характерная для авторитарных родителей. Невротический психологический тип отличает пассивная личностная позиция, оправдание собственной бездеятельности в отношении развития ребенка-инвалида и непонимание того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а собственной личностной несостоятельности родителя.

Приведенные результаты исследования компетентности родителей детей-инвалидов указывают на низкий уровень понимания родителями своих задач в реабилитации детей-инвалидов.

Подчеркивается, что применение только диагностических инструментов в виде опросников и анкет как самооценочных инструментов всегда снижают достоверность получаемых данных. Поэтому автор считает, что применение наблюдения как дополнительного и качественного диагностического метода позволяет получить адекватную информацию, которая влияет на результативность реабилитационного процесса.

Ключевые слова: реабилитационный процесс; компетентность родителя ребенка-инвалида; позиция родителя; тип родителя ребенка-инвалида

Введение

В России, по данным Росстата и Пенсионного фонда, на 1 января 2023 года инвалидность имеют 10 933 550 человек, что составляет 7,49 % от всего населения нашей страны.¹ Вместе с общей тенденцией к увеличению, в России растет число детей-инвалидов. Так, если по данным Росстата, в 2014 году инвалидами было признано 579 574 ребенка, в 2020 г. — 687 718 детей², то на 1.01.2023 уже 716 962 ребенка до 18 лет.² В Свердловской области на 01.01.2023 г. был зарегистрирован 21 391 ребенок, имеющий категорию «ребенок-инвалид».² Понятно, что вопросы реабилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, как никогда актуальны.

Вопросы комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов широко обсуждаются в системе социального обслуживания населения. Так, принятое в конце 2021 года Распоряжение Правительства РФ «Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в т. ч. детей-инвалидов, на период до 2025 года»³ ориентирует всех участников реабилитационного процесса на активное вовлечение родителей детей-инвалидов в комплексную абилитацию и реабилитацию. В перечне приоритетных направлений, которые необходимо решить для организации комплексной реабилитации и абилитации, указано на необходимость «активного привлечения членов семей инвалидов к реабилитационному (абилитационному) процессу, оказание им всесторонней организационной и информационной поддержки».³

Положения данной концепции отражены в Постановлении Правительства РФ, в котором Свердловская область выступает одним из участников пилотного проекта по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.

Реализация пилотного проекта предполагает проведение обязательных реабилитационных мероприятий, отраженных в федеральных стандартах предоставления услуг по комплексной реабилитации и абилитации детей-инвалидов.⁴

¹ Федеральная служба государственной статистики (Росстат) // www.rosstat.gov.ru [Электронный ресурс] (дата обращения: 26.04.2023).

² Федеральный реестр инвалидов. Федеральная государственная информационная система // www.sfri.ru [Электронный ресурс] (дата обращения: 26.04.2023).

³ Распоряжение Правительства РФ от 18.12.2021 N 3711-р «Об утверждении Концепции развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года» [Электронный ресурс] // www.consultant.ru. (дата обращения: 16.03.2023).

⁴ Постановление Правительства РФ № 2339 от 17.12.2021 «О реализации пилотного проекта по оказанию услуг по комплексной реабилитации и абилитации детям-инвалидам» [Электронный ресурс] // www.consultant.ru. (дата обращения: 16.03.2023).

В данных стандартах есть обязательный показатель, в котором указывается уровень родительской компетентности после проведенных реабилитационных мероприятий по каждому направлению комплексной реабилитации и абилитации (социально-бытовой, социально-средовой, социально-психологической, социально-педагогической, социокультурной, адаптивной физической культуры, а также профориентации для детей-инвалидов с 14 лет). Привлечение родителей (законных представителей) детей-инвалидов к реабилитационному процессу осложняется актуальной социальной ситуацией. Социальные реформы, активно проводившиеся в нашем обществе на протяжении последних 30 лет, привели, в том числе и к негативным последствиям, выразившимся в видоизменении функций семьи и социальных ролей родительства.

Как указывали А.В. Старшинова и Е.А. Гоголева, «семья ребенка-инвалида занимает определенное место в общественной структуре, обладает системой ценностных ориентаций, мотивов и установок, формирующих тот или иной тип поведения в отношении больного ребенка» [1, с. 104]. Современные тенденции, связанные с ослаблением функций семьи, сказываются на вовлеченности родителей в сложные процессы развития детей. Противоречивое развитие родительства как социального института приводит к переориентации от «детоцентричной» модели семьи к «взрослоцентричной» модели. Проводимые многочисленные социологические исследования семей, имеющих детей-инвалидов, выявляют следующие тенденции: «основная роль в воспитании, реабилитации и обучении ребенка-инвалида ложится на мать, роль отца заключается, в основном, в материальном обеспечении семьи; отцовская позиция по отношению к ребенку-инвалиду отличается от материнской позиции; несмотря на отсутствие отвержения ребенка у обоих родителей, у матерей более сильно выражено принятие ребенка с ограниченными возможностями здоровья; матери обладают более сильной верой в будущее своего ребенка, чем отцы» [2, с. 206].

Выполнение родительских обязательств в условиях детской инвалидности осложняется не только снижением участия родителя в жизни ребенка, но и отсутствием способности адекватно действовать в соответствии с теми требованиями, которые предъявляются как ребенку-инвалиду, так и родителю в реабилитационном процессе.

Поэтому вопросы адекватного взаимодействия родителя, ребенка-инвалида и специалистов, участвующих в реабилитационном процессе, определяют успех восстановления или компенсации ограничений жизнедеятельности ребенка. Характер этого взаимодействия определяется в том числе и компетентностью родителя, включенного в реабилитационный процесс.

Методики исследования

Для диагностики компетентности родителей существует несколько психодиагностических инструментов, в том числе Опросник И.Н. Галасюк и О.В. Митиной «Родительское отношение в семье с особым ребенком» [3, с. 109–129], Методика незаконченных ситуаций (МИС) для диагностики родительской компетентности Н.Д. Михеевой, Анкета «Определение воспитательских умений у родителей, имеющих детей с отклонениями в развитии» [4].

В целях отработки подходов к диагностике компетентности родителей в Областном центре реабилитации инвалидов было проведено исследование родителей. В выборку вошло 50 родителей (законных представителей), которые были сопровождающими ребенка-инвалида в реабилитационном процессе (привезли ребенка в реабилитационный центр, приезжали во время реабилитации, забирали ребенка либо проживали с ним в течение 21 дня). В качестве

диагностических методов выбраны: Опросник И.Н. Галасюк и О.В. Митиной, Анкета «психологический тип родителя» В.В. Ткачевой и наблюдение.

Опросник И.Н. Галасюк и О.В. Митиной позволяет выявить родительские позиции, которые прямо влияют на реабилитационный процесс. В данном опроснике выделено 4 позиции, которые может занимать родитель по отношению к ребенку: наставническая позиция предполагает, что родитель адекватно взаимодействует с ребенком, находясь в постоянном контакте со специалистами. Партнерская позиция характеризуется «способностью личности подниматься над уровнем требований ситуации, ставить цели, избыточные с точки зрения основной задачи, мотивироваться притягательностью действий с не предпрешённым исходом. Эта форма активности характеризуется тем, что открывает возможности для творческих решений трудных жизненных задач» [3, с. 141]. Индикаторами отвергающей позиции является «актуализация признаков различного рода личностной дезадаптации: отрицание диагноза ребенка, пассивное отношение к сложившейся тяжелой жизненной ситуации, отказ противостоять обстоятельствам, с которыми надлежит встретиться в будущем» [3, с. 140]. Доминантная родительская позиция отличается некоторыми формами дезадаптивной активности, «следствием чего является непринятие действительности (диагноза ребенка) и борьба с окружающей социальной средой» [3, с. 141]. Поведение доминантных родителей характеризуется высокой степенью активности, которая не приносит им удовлетворения, а напротив, приводит к нарастанию психологического стресса.

Опросник В.В. Ткачевой [4] «Психологический тип родителя», который позволяет выявить три типа родителей: авторитарный, невротический и психосоматический.

Результаты и их обсуждение

Критерием выделения различных позиций родителя, имеющего ребенка-инвалида, выступает направленность родительской активности, причем «качество этой активности способно приобретать различные формы, среди которых выделяются адаптивная и дезадаптивная активность» [3, с. 140]. Адаптивная активность предполагает наставническую и партнерскую позиции родителя. Наставническая позиция предполагает, что родитель адекватно взаимодействует с ребенком, находясь в постоянном контакте со специалистами. Партнерская позиция характеризуется «способностью личности подниматься над уровнем требований ситуации, ставить цели, избыточные с точки зрения основной задачи, мотивироваться притягательностью действий с не предпрешённым исходом. Эта форма активности характеризуется тем, что открывает возможности для творческих решений трудных жизненных задач» [3, с. 141]. Именно такую форму активности А.В. Петровский назвал надситуативной, указывая, что «феномен надситуативной активности заключается в том, что человек свободно и ответственно ставит перед собой цели, избыточные по отношению к исходным требованиям ситуации» [5, с. 37].

По результатам диагностики с помощью Опросника типы родителей распределились следующим образом:

Таблица 1

Распределение родителей в соответствии с позицией (по методике И.Н. Галасюк и О.В. Митиной) (чел.)

Тип	Матери	Отцы	Σ
Партнерская	6	-	6 (12 %)
Наставническая	11	2	13 (26 %)
Доминантная	14	6	20 (40 %)
Отвергающая	10	1	11 (22 %)
Всего:	41	9	50 (100 %)

На первом месте — доминантная позиция, которая сформирована у 40 % родителей, в основном, мам детей-инвалидов. Именно эти родители занимают дезадаптивную позицию, зачастую споря со специалистами по поводу назначенных услуг, требуя дополнительных реабилитационных мероприятий, которые зачастую не показаны ребенку на данном этапе реабилитации и не указаны в федеральных стандартах (медицинский массаж и пр.). Присутствуя на реабилитационных мероприятиях, часто мешают специалистам выполнять свои функции. На втором месте — родители с наставнической позицией, которая отличается руководством ребенка, условной родительской любовью, и, как отмечает И.Н. Галасюк, «актуальной трансформацией образа ребенка от идеальных представлений (ребенок-мечта) к адекватному образу реального ребенка» [6, с. 632]. Отвергающую позицию, которая характеризуется отсутствием знаний о родительских функциях, активностью в других, зачастую в девиантных видах деятельности, признание себя только «биологическим» родителем, депривацией ребенка, отсутствием любви, занимает практически каждый пятый родитель (22 %). Партнерскую позицию, которая отличается зрелостью, адекватностью родительского взаимодействия с ребенком, любовью и близкими теплыми отношениями в семье, занимает только 12 % родителей, вошедших в выборку, причем среди них нет отцов.

Результаты, полученные с помощью Опросника И.Н. Галасюк, О.В. Митиной, коррелируют с психологическими типами родителей, выявленных с помощью методики В.В. Ткачевой:

Таблица 2

Распределение психологических типов родителей (по методике В.В. Ткачевой)

Тип	Матери	Отцы	Σ
Авторитарный	19	8	27 (54 %)
Невротический	3	1	4 (8 %)
Психосоматический	19	-	19 (38 %)
Всего:	41	9	50 (100 %)

Каждый второй родитель имеет авторитарный психологический тип (54 %), который отличает активная жизненная позиция, стремление руководствоваться своими собственными убеждениями вопреки уговорам со стороны, стойкое желание найти выход из создавшегося положения как для себя, так и для своего ребенка, неумение сдерживать свой гнев и раздражение, отсутствие контроля над импульсивностью собственных поступков, склонность к участию в ссорах и скандалах, холодность или отстраненность от проблем ребенка, неравномерный характер применения воспитательных мер: частое использование жестких форм наказания (окрик, подавление личности, избиение). На втором месте — родители с психосоматическим психологическим типом (38 %), который интерпретируется разработчиком данной методики как противоречивый тип, т. к. в нем проявляются черты как авторитарного, так и невротического типов. Таким родителям свойственны более частые смены полярных настроений, у некоторых из них в большей степени прослеживается тенденция к доминированию, характерная для авторитарных родителей.

Невротический психологический тип выявлен у 8 % родителей, которых отличает пассивная личностная позиция, оправдание собственной бездеятельности в отношении развития ребенка-инвалида и непонимание того, что некоторые недостатки, возникающие у ребенка, вторичны и являются результатом уже не биологического дефекта, а собственной личностной несостоятельности родителя, стремление оградить ребенка от всех проблем, даже от тех, которые он может решить собственными силами, проявление слабости или инертности при реализации поставленной воспитательной цели, постоянно тревожный фон настроения, наличие излишних опасений о чем-либо, что, в свою очередь, передается ребенку и может явиться причиной формирования у него невротических черт характера.

Полученные с помощью диагностических методик данные проверялись с помощью наблюдения за родителями детей-инвалидов, проходивших комплексную реабилитацию в нашем Центре. Наблюдение выступает источником дополнительных сведений, которые дают возможность непосредственного наблюдения за поведением родителей при их взаимодействии с ребенком-инвалидом, со специалистами, что позволяет провести качественный анализ компетентности родителей в реабилитационном процессе. Полученные в ходе наблюдения данные подтверждают выявленные с помощью диагностических процедур данные.

Участие родителя в реабилитационном процессе позволяет получить профессионально организованную поддержку, которая помогает справиться с трудной жизненной ситуацией. Большинство авторов, исследующих особенности семей, имеющих ребенка-инвалида, описывают широкий диапазон невротических и психотических расстройств у родителей. Например, западные психологи указывают, что родители испытывают «постоянное волнение, стремление уходить от решения конфликтов, желание быть сдержанными в своих реакциях, а также очень тяжело переживают критику. Они испытывают много отрицательных эмоций, но при этом считают, что им нельзя выражать свое раздражение, душевную боль и бессилие. Наблюдения показывают, что родители таких детей скрывают свою печаль, чтобы ее не истолковывали неправильно» [7, с. 357]. Отечественные авторы указывают на защитный характер поведения родителей детей-инвалидов: отсутствие открытости, непосредственности и непринужденности в общении, что трактуется результатами исследования эмоционального состояния матерей детей-инвалидов, проведенного Е.С. Грининой, как «выраженная деструктивность». Автор подчеркивает, что «у таких женщин отмечается склонность к депрессии, эмоциональные переживания носят преимущественно негативный характер, отмечается хроническая психическая напряженность, выраженность тревоги» [8, с. 207].

Результаты проведенного исследования позволили определить уровень компетентности родителей, представленных в таблице 3: 40 % родителей имеют низкий уровень компетентности, что подтверждается данными других исследователей.

Таблица 3

Уровень компетентности родителя в зависимости от позиции

Позиция	Уровень компетентности		
	высокий	средний	низкий
Партнерская	6	-	-
Наставническая	6	2	5
Доминирующая	2	14	4
Отвергающая	-	-	11
∑:	14 (28 %)	16 (32 %)	20 (40 %)

Например, В.В. Гагай и А.Ф. Берестовая указывают, что «30 % респондентов имеют средний уровень родительской компетентности, что означает способность родителей частично реализовать совокупность всех родительских реакций и повести себя компетентно в большинстве из представленных воспитательных ситуаций. 70 % матерей имеют низкий уровень родительской компетентности. Высокого уровня родительской компетентности не наблюдается ни у одного респондента» [9, с. 12]. Г.Ф. Сайтгалиева, обследовав 254 родителей, имеющих ребенка-инвалида, также пришла к выводу, что низкий уровень компетентности имеют 44 % родителей, средний — 43 %, и только у 13 % родителей сформирован высокий уровень компетентности [10, с. 790–791].

Так, все родители с отвергающей позицией имеют низкий уровень компетентности, тогда как все родители с партнерской позицией — высокий уровень.

Заключение

Применение вышеназванных диагностических инструментов позволяет сделать предварительные выводы: применение психодиагностических методик, с одной стороны, значительно облегчает взаимодействие специалистов с родителями ребенка-инвалида, давая возможность с начала реабилитационного процесса адекватно выстраивать отношения с родителями с разной позицией и психологическим типом. С другой стороны, результаты применяемых опросников и анкет как самооценочных инструментов всегда снижают достоверность. Родители, отвечая на вопросы, могут испытывать потребность в социальном одобрении либо быть мнительными по отношению к специалисту, проводящему диагностику, либо быть недостаточно мотивированными или не желать прилагать усилия для ответов. Поэтому считаем, что применение наблюдения как дополнительного и качественного диагностического метода позволяет получить адекватную информацию, которая влияет на результативность реабилитационного процесса.

ЛИТЕРАТУРА

1. Старшинова А.В., Гоголева Е.А. Активность семей как фактор доступности медицинской помощи // Дискуссия. 2015. — № 5(57) май. — С. 103–109.
2. Ефимова О.С. Исследование внутрисемейных отношений в семьях, имеющих детей с ограниченными возможностями здоровья // Педагогическая психология образования. 2019. — № 1. — С. 196–208.
3. Галасюк И.Н., Митина О.В. Разработка и апробация опросника «родительская позиция в семье с особым ребенком» // Вестник РГГУ. Серия Психология. Педагогика. Образование. 2017. — № 4(10). — С. 137–154.
4. Ткачева В.В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья: диагностика и консультирование. М.: Национальный книжный центр, 2014. — 160 с.
5. Петровский А.В., Петровский В.А. Всегда ли правы родители: психология воспитания. М.: АСТ, 2003. — 397 с.
6. Галасюк И.Н. Родительство особого ребенка: специфика смыслов и зрелость родительской позиции // Современные исследования социальных проблем. 2015. — № 9(53). — С. 627–643.
7. Лагерхейм Б., Гиллберг К. Ситуация семьи, где есть ребенок с нарушениями различных функций // Психиатрия детского и подросткового возраста. М., 2004. С. 355–358.
8. Гринина Е.С. Особенности эмоционального состояния женщин, воспитывающих детей с нарушениями развития // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Психология и педагогика. 2019. Т. 16. № 2. С. 196–212.
9. Гагай В.В., Берестовая А.Ф. Зависимость типа взаимодействия родителей и детей с ограниченными возможностями здоровья от уровня родительской компетентности // Мир науки. Педагогика и психология. 2021. — Т. 9. — № 5. URL: <https://mir-nauki.com/PDF/23PSMN521.pdf>.
10. Сайтгалиева Г.Г. Формирование родительской компетентности в вопросах сопровождения детей-инвалидов в инклюзивном образовании // Медико-фармацевтический журнал. 2016. — № 2. — Т. 18. — С. 788–793.

Shestakova Elena Vasilyevna

Regional Center for the Rehabilitation of the Disabled, Yekaterinburg, Russia
E-mail: shestakova.ev68@yandex.ru

The use of diagnostic tools to determine the competence of parents in the comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children

Abstract. The article presents the experience of functioning of a rehabilitation center providing rehabilitation services to disabled children and their parents (legal representatives) in the comprehensive rehabilitation and habilitation of disabled children within the framework of a pilot project. It is indicated that the majority of parents, both mothers and fathers, occupy a dominant position, which reduces the effectiveness of the rehabilitation process. Parents with a mentoring position are focused on the guidance of a disabled child, which is often transferred to specialists in the rehabilitation process. A fairly large percentage of parents with a rejecting position when the parent is not interested in the current situation of a disabled child. There are few parents with a partner position that differs in maturity and adequacy of interaction with a disabled child and specialists in the rehabilitation process.

The parental position taken correlates with the psychological type of the parent of a disabled child. Most parents have an authoritarian type of interaction with a disabled child, which is characterized by a desire to be guided by their own beliefs, including on rehabilitation issues. Parents with a psychosomatic psychological type are characterized by more frequent changes of polar moods, some of them have a greater tendency to dominance, characteristic of authoritarian parents. The neurotic psychological type is distinguished by a passive personal position, justification of one's own inactivity in relation to the development of a disabled child and a lack of understanding that some of the shortcomings that arise in a child are secondary and are no longer the result of a biological defect, but of the parent's own personal insolvency.

The results of the study of the competence of parents of disabled children indicate a low level of understanding by parents of their tasks in the rehabilitation of disabled children.

It is emphasized that the use of only diagnostic tools in the form of questionnaires and questionnaires as self-assessment tools always reduce the reliability of the data obtained. Therefore, the author believes that the use of observation as an additional and qualitative diagnostic method allows to obtain adequate information that affects the effectiveness of the rehabilitation process.

Keywords: rehabilitation process; competence of the parent of a disabled child; position of the parent; type of parent of a disabled child