

ОСОБЕННОСТИ СЕМЕЙНОГО ВОСПИТАНИЯ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для семьи, воспитывающей ребенка с ограниченными возможностями, важным являются такие функции, как коррекционно-развивающая, компенсирующая и реабилитационная, целью которой является восстановление психофизического и социального статуса ребенка, достижение им материальной независимости и социальной адаптации.

Воспитание – это процесс систематического и целенаправленного воздействия на человека, на его духовное и физическое развитие в целях подготовки его к производственной, общественной и культурной деятельности. Цели воспитания ребенка в семье - всестороннее развитие личности. В семье воспитание осуществляется постоянно при помощи авторитета взрослых, их примера, семейных традиций. Но в ней нет четких организационных форм. Воспитание осуществляется через жизнедеятельность семьи путем индивидуального воздействия на ребенка.

Семьи, имеющие детей с ОВЗ, можно дифференцировать на **четыре группы**.

Первая группа - родители с выраженным расширением сферы родительских чувств. Характерный для них стиль воспитания – **гиперопека**. Родители имеют неадекватные представления о потенциальных возможностях своего ребёнка, у матери отмечается гипертрофированное чувство тревожности и нервно-психической напряжённости. Стиль поведения взрослых членов семьи характеризуется сверхзаботливым отношением к ребёнку, мелочной регламентацией образа жизни семьи в зависимости от самочувствия ребёнка, ограничением от социальных контактов. Этот стиль семейного воспитания характерен для большинства семей матерей – одиночек.

Вторая группа характеризуется стилем холодного общения – **гипопротекцией**, снижением эмоциональных контактов родителей с ребёнком, проекцией на ребёнка со стороны обоих родителей или одного из них собственных нежелательных качеств. Родители фиксируют излишнее внимание на лечении ребёнка, предъявляя завышенные требования к медицинскому персоналу, пытаясь компенсировать собственный психический дискомфорт за счёт эмоционального отвержения ребёнка. Отношение к стрессовой ситуации накладывает сильный отпечаток на способ выхода из неё, который избирает семья.

Третья группа характеризуется стилем **сотрудничества** – конструктивная и гибкая форма взаимоотношений родителей и ребёнка в совместной деятельности. Как образ жизни, такой стиль возникает при вере родителей в успех своего ребёнка и сильные стороны его природы, при последовательном осмыслении необходимого объёма помощи, развития самостоятельности ребёнка в процессе становления особых способов его взаимодействия с окружающим миром.

Четвёртая группа - **репрессивный** стиль семейного общения, который характеризуется родительской установкой на авторитарную лидирующую позицию. Как образ отношений проявляется в пессимистическом взгляде на будущее ребёнка, в постоянном ограничении его прав, в жестоких родительских предписаниях, неисполнение которых наказывается. В этих семьях от ребёнка требуют неукоснительного выполнения всех заданий, упражнений, не учитывая при этом его двигательных, психических и интеллектуальных возможностей. За отказ от выполнения этих требований нередко прибегают к физическим наказаниям.

В отношении родителей к дефекту ребенка, определяющем стратегию и тактику его воспитания, можно выделить **несколько моделей**.

Модель «охранительного воспитания» связана с переоценкой дефекта, что проявляется в излишней опеке ребенка с отклонениями в развитии. В этом случае ребенка чрезмерно балуют, жалеют, оберегают от всех, даже посильных для него дел. Взрослые все делают за ребенка и, имея благие намерения, по существу делают его

беспомощным, неумелым, бездеятельным. Ребенок не овладевает простейшими навыками самообслуживания, не выполняет требования старших, не умеет вести себя в обществе, не стремится к общению с другими детьми. Таким образом, модель «охранительного воспитания» создает условия для искусственной изоляции ребенка-инвалида от общества и приводит к развитию эгоистической личности с преобладанием пассивной потребительской ориентации. В будущем такой человек из-за своих личностных особенностей с трудом адаптируется в коллективе.

Иной крайностью являются взаимоотношения в семье, основанной на **модели «равнодушного воспитания»**, которая приводит к возникновению у ребенка чувства ненужности, отвергнутости, переживания одиночества. В семье с подобной моделью воспитания ребенок становится робким, забитым, теряет присущие детям доверчивость и искренность в отношениях с родителями. У детей воспитывается умение приспосабливаться к окружающей среде, равнодушное недоброжелательное отношение к родным, взрослым и другим детям.

Следует отметить, что обе модели семейного воспитания в равной степени вредят ребенку. Игнорирование дефекта, воспитание, опирающееся на неоправданный оптимизм («все пути для тебя открыты») могут привести аномального ребенка к глубокой психической травме, особенно тогда, когда при выборе профессии подросток или юноша понимают ограниченность собственных возможностей.

В тех случаях, когда родители предъявляют ребенку непосильные требования, заставляя его прилагать чрезмерные усилия для их выполнения, ребенок перенапрягается физически и страдает морально, видя недовольство взрослых. Родители, в свою очередь, испытывают чувство неудовлетворенности, сердятся, что не оправдал их ожиданий. На этой почве возникает затяжной конфликт, в котором наиболее страдающей стороной является ребенок. Неконструктивные модели семейного воспитания ребенка с отклонением в развитии создают предпосылки для возникновения вторичных отклонений в его психическом развитии, которые оказывают значительные влияния на интеллектуальное и личностное развитие ребенка. Лишь адекватная оценка отклонений в развитии ребенка со стороны родителей служит основой и базисом для успешного воспитания его личности.

Отношения, которые устанавливает родитель с больным ребенком, осуществляются чаще всего в виде воспитательного процесса. Поэтому выбор формы контакта с ребенком и определяет модель его воспитания. Если родители принимают ребенка, то его дефект заставляет их приспосабливаться к особенностям ребенка и приспосабливать его к жизни и к своим требованиям. Отсюда преобладание гиперопеки как формы ухода за неприспособленным ребенком. Многочисленными примерами служат модели воспитания в семьях, воспитывающих детей с детским церебральным параличом, умственной отсталостью, ранним детским аутизмом. Факты свидетельствуют, что там, где рождается желание помочь (модель «сотрудничество»), чаще формируется гиперопека, а там, где возникает страх или неприятие недуга ребенка, вырастает отчуждение, гипоопека (модель «отказ от взаимодействия»).

Надо учитывать, что большинство семей, где воспитывается ребенок с отклонениями в развитии, имеют более низкий уровень образования и профессиональной квалификации, следовательно, не могут способствовать полноценному интеллектуальному и социальному развитию ребенка. К тому же, проблемы семьи ребенка с особенностями развития рассматриваются, как правило, через призму проблем самого ребенка. При этом считается, что достаточно ограничиться методическими рекомендациями по обучению и воспитанию ребенка с особенностями, исключая воздействие на самих родителей, не учитывая их личностные особенности.

Выделяется целый **ряд причин**, влияющих на результативность семейного воспитания:

1. Отсутствие у родителей программы воспитания, стихийный характер воспитания и обучения ребенка, отрывочность педагогических знаний, непонимание возрастных особенностей, потребностей ребенка, представление о школьнике как об уменьшенной копии взрослых; непонимание роли оценки в воспитании и обучении ребенка, стремление оценивать не поведение и деятельность ребенка, а его личность;

2. Однообразие и малосодержательность деятельности ребенка в семье, недостаток общения взрослых с детьми;

3. Неумение дать ребенку объективную характеристику, проанализировать свои методы воспитания.

Главная проблема семей, имеющих ребенка с ограниченными возможностями, заключается в нарушении их связи с миром, в ограниченной мобильности, бедности контактов как ребенка со сверстниками, так и родителей с другими категориями семей, в ограниченном общении с природой, недоступности ряда культурных ценностей, а иногда и элементарных психолого-педагогических знаний по воспитанию «особого» ребенка. Отсутствие достаточного круга общения приводит к изоляции семей и соответственно к недостаткам воспитания.

«Психолого-педагогическая поддержка семей детей с ОВЗ»

Подготовила:

педагог-психолог

высшей квалификационной
категории

Еремкина Наталья Александровна

пгт.Псебай

2017г.

Слайд 1

Психолого-педагогическая поддержка семей детей с ОВЗ

Семья и дошкольное учреждение – два наиболее важных института социализации дошкольников.

Взаимодействие с семьей – важная задача образовательной системы.

Организация взаимодействия с семьей в ДОУ – работа трудная, не имеющая готовых технологий и рецептов.

Слайд 2

В федеральном законе «Об образовании в Российской Федерации» №273 от 29.12. 2012г. говорится о том, что:

- **ГЛАВНАЯ РОЛЬ** в воспитании, образовании и развитии детей **ПРИНАДЛЕЖИТ СЕМЬЕ**;
- определены права, обязанности и ответственность родителей за образование ребенка (статья 44).

Родители (законные представители) несовершеннолетних обучающихся имеют право на обучение и воспитание детей перед всеми другими лицами. Они обязаны заложить основы физического, нравственного и интеллектуального развития личности ребенка.

Слайд 3

В федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования говорится о том, что:

- ДОУ создает условия для участия родителей в образовательной деятельности;
- осуществляет поддержку родителей в воспитании детей, охране и укреплении их физического и психического здоровья, вовлечении семей в образовательную деятельность;
- поддерживает образовательную инициативу семей воспитанников.

Слайд 4

В нашем детском саду №11 «Теремок» воспитывается 35 детей с ОВЗ, это:

- Дети с ТНР (ОНР II и III уровня) – 17 воспитанников
- Дети с ЗПР – 9 воспитанников
- Дети - инвалиды – 9. Это дети аутисты, ДЦП.

Слайд 5

Социальный статус семей детей с ОВЗ свидетельствует о том, что:

- Высшее образование имеют 13 человек
- Среднее - специальное – 27 человек
- Среднее - 19 человек
- Неполное среднее - 2 человека.

Откуда, мы берем эти данные? Из социально-демографического паспорта семьи, который заполняется на дому, когда мы посещаем семью детей с ОВЗ.

Большинство семей не в состоянии самостоятельно справиться с проблемами, связанными с появлением ребенка с ОВЗ в семье, им требуется помощь и в первую очередь помощь специалистов образовательного учреждения.

Слайд 6

Основная цель психолого-педагогической работы:

Повышение педагогической компетенции родителей и помощь семьям по адаптации и интеграции детей с ОВЗ в общество.

Слайд 7

Задачи работы:

- Оказание квалифицированной поддержке родителям (законным представителям), воспитывающих детей с ОВЗ.
- Установление ответственных взаимозависимых отношений с семьями воспитанников, воспитывающих детей с ОВЗ.
- Создание атмосферы взаимопонимания, общности интересов, эмоциональной поддержки семей воспитанников.
- Активизация и обогащение педагогических умений родителей в сфере воспитания, обучения и развития детей с ОВЗ.
- Оказание квалифицированной психолого-педагогической помощи семьям воспитанников в вопросах воспитания и развития.

Слайд 8

С какими проблемами сталкиваются семьи, воспитывающие ребёнка с ограниченными возможностями здоровья

- Умышленное ограничение в общении
- Гиперопека
- Непринятие родителями своих детей
- Отсутствие у родителей знаний и навыков, необходимых для воспитания ребёнка с ОВЗ.

Слайд 9

На что же направлена психолого-педагогическая поддержка семей, воспитывающих детей с ОВЗ в нашем детском саду. В первую очередь на:

- Снижение эмоционального дискомфорта в связи с психофизическими и возрастными особенностями ребенка;
- Укрепление уверенности родителей в возможностях ребенка с проблемами развития;
- Формирование у родителей адекватного отношения к ребенку с ОВЗ;
- Установление адекватных детско-родительских отношений и стилей семейного воспитания.

Слайд 10

В нашем детском саду №11 «Теремок» есть определенный алгоритм психолого-педагогической работы с семьей, воспитывающей ребенка с ОВЗ.

1. Исследование семьи: изучение особенностей функционирования семьи, выявление ее скрытых ресурсов, сбор информации о ее социальном окружении, изучении потребностей родителей и ребенка и пр.
2. Установление контакта, работа на преодоление реакций психологических защит, мотивирование на сотрудничество.
3. Оценка путей оказания психолого-педагогической помощи.
4. Выбор направлений работы в зависимости от результатов диагностики.
5. Работа специалистов по оказанию психолого-педагогической помощи семье, направленной на активизацию социальной позиции родителей, восстановление и расширение социальных связей, поиск возможностей членам семьи опираться на свои собственные ресурсы.
6. Анализ эффективности достигнутых результатов в работе с семьями воспитанников с ОВЗ.

Слайд 11

Схема работы с семьями детей с ОВЗ

- Оказание помощи в формировании коррекционно-развивающей среды.
- Работа с эмоциональными состояниями членов семьи, формирование родительской позиции. (Индивидуальное психологическое консультирование).
- Актуализация ресурсов семьи, оказание помощи в проживании кризисов, трудных ситуаций. (Семейное консультирование).
- Оказание помощи в установлении и расширении семей с социумом, адаптация ребенка.

Слайд 12

Основными формами работы с родителями детей с ОВЗ в ДОУ являются:

- Взаимопознание и взаимоинформирование
- Непрерывное образование воспитывающих взрослых
- Совместная деятельность педагогов, родителей, детей.

Слайд 13

Что же в себя включает **первая форма работы «Взаимопознание и взаимоинформирование»**. Сюда входит непосредственное общение и опосредованное общение.

Слайд 14-17

Непосредственное общение происходит вербально:

- в ходе бесед (индивидуальных и групповых);
- консультаций (индивидуальных и групповых);
- на родительских собраниях в нетрадиционной форме (круглый стол, тренинг);
- конференциях;
- по телефону.

Слайд 18-20

Опосредованное общение происходит невербально, при получении информации из различных источников:

- стендов-групповых, информационных «Психолог советует»;
- журналов (рукописных, электронных)
- разнообразных буклетов
- интернет-сайтов (детского сада, органов управления образованием)
- переписки (в том числе электронной).

Нашей изюминкой в опосредованном общении с семьями детей ОВЗ является выпуск газеты центра ответственного родительства «Верные руки». **Слайд 21**. Через нее родителю узнают новости, которые произошли в ближайшее время в ДОУ связанных с инклюзивным образованием. Специалисты дают родителям разнообразные рекомендации по воспитанию и развитию детей с ОВЗ.

Слайд 22-26

Вторая форма это «Непрерывное образование воспитывающих взрослых». Проходит в виде:

- лекций,
- семинаров-практикумов,
- мастер-классов,
- круглых столов,
- тренингов.

Опираясь на новые методические рекомендации по организации инклюзивного образования обучающихся с ОВЗ в муниципальных образовательных организациях, письмо министерства образования от 09.01.17г. 347-26/17-11 необходимо организовать работу Школ для родителей ребенка с ОВЗ, в этом направлении мы уже делаем первые шаги, подбираем весь необходимый материал.

Слайд 27-33

Третья форма – «Совместная деятельность педагогов, специалистов, родителей, детей». Это разнообразные:

- акции
- ярмарки
- конкурсы
- индивидуальные и групповые занятия с детьми с участием родителей
- праздники (в том числе семейные)
- проектная деятельность
- дни психологического здоровья.

В нашем детском саду стало традицией отмечать День инвалида, который мы называем День Дружбы. **Слайд 34.**

Слайд 35

Такое сотрудничество со специалистами ДООУ помогает родителям применять полученные знания и умения в работе со своими детьми дома и уметь принимать своего ребёнка таким, какой он есть – во всех его проявлениях.

Слайд 36

Спасибо за внимание!