

ՀՀ ԿՐԹՈՒ ԹՅԱՆ ԵՎ ԳԻՏՈՒ ԹՅԱՆ ՆԱԽԱՐԱՐՈՒ ԹՅՈՒՆ
ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՀՈԳԵԲԱՆՈՒ ԹՅԱՆ ԵՎ ՍՈՑԻՈԼ ՈԳԻԱՅԻ
«ՈՒՐԱՐՏՈՒ» ՀԱՄԱԼՍԱՐԱՆ

ՄՆԱՑԱԿԱՆՅԱՆ ՆՈՒՆԵ ՍՏԵՓԱՆԻ

ՀԱՏՈՒ Կ ԿԱՐԻՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՀԱՆԴԵՊ ԾՆՈՂԱԿԱՆ
ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԻ ՍՈՑԻԱԼ-ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀ ԱՏԿՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

ԱՏԵՆԱԽՈՍՈՒ ԹՅՈՒՆ

ԺԹ.00.03 - «Սոցիալ ական հոգեբանություն (միջանձնային հարաբերություններ, ընտանեկան, տարիքային, մանկավարժական, խմբային գործունեություն)» մասնագիտություն ամբ հոգեբանական գիտությունների թեկնածուի աստիճանի հայցման

ԳԻՏԱԿԱՆ ՂԵԿԱՎԱՐ՝
ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԳԻՏՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ԴՈԿՏՈՐ,
ՊՐՈՖԵՍՈՐ **Ս.Ա ՍԵՂՐԱԿՅԱՆ**

ԵՐԵՎԱՆ 2019

ԲՈՎԱՆԴԱԿՈՒ ԹՅՈՒՆ

ՆԵՐԱԾՈՒ ԹՅՈՒՆ 3

ԳԼՈՒԽ 1. ՀԱՏՈՒ Կ ԿԱՐԻՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ
ՍՈՑԻԱԼ-ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀ ԱՏԿՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

1.1. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքների սոցիալ-հոգեբանական բնութագիրը	13
1.2. «Հաշմանդամություն» եզրույթի հիմնախնդիրը, առանձնահատկությունները և մոտեցումները	23
1.3. Ընտանիքում երեխայի հատուկ կարիքները որպես սթրեսային գործոններ, ծնողական ճգնաժամի էությունն ու առանձնահատկությունը	28
ԳԼՈՒԽ 2. ՀԱՏՈՒԿ ԿԱՐԻՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՀԱՆԴԵՊ ԾՆՈՂԱԿԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՍՈՒՆՔԻ ԱՌԱՋՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ	
2.1. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների անձնային առանձնահատկությունները	39
2.2. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ ծնողական վերաբերմունքի սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունները	50
2.3. Ծնող - երեխա փոխհարաբերությունները հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում	59
ԳԼՈՒԽ 3. ՀԱՏՈՒԿ ԿԱՐԻՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՀԱՆԴԵՊ ԾՆՈՂԱԿԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՍՈՒՆՔԻ ՍՈՑԻԱԼ-ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՋՆԱՀԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓՈՐՁԱՐԱՐԱԿԱՆ ՀԵՏԱՁՈՏՈՒԹՅՈՒՆԸ	
3.1. Հետազոտության կազմակերպումն ու մեթոդները	74
3.2. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների ինքնագնահատականի հետազոտության արդյունքները	89
3.3. Հատուկ կարիքներով երեխաների հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի հետազոտության արդյունքները	101
3.4. Ծնողների նկատմամբ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների վերաբերմունքի հետազոտության արդյունքները	123
ԵԶՐԱԿԱՑՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐ	128
ՄԵԹՈԴԱԿԱՆ ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՀԱՆՁՆԱՐԱՐԱԿԱՆՆԵՐ	130
ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅԱՆ ՑԱՆԿ	137
ՀԱՎԵԼ ՎԱԾ	143

ՆԵՐԱԾՈՒԹՅՈՒՆ

Հայաստանի Հանրապետության մուտքը ժողովրդավարական երկրների շարք անհրաժեշտաբար թելադրում է վերանայել հատուկ կարիքներին վերաբերող նախկին մոտեցումները, քննարկել և վերափմաստավորել դրա՝ որպես սոցիալ-մշակութային առանձին

կարգավիճակի առանձնահատկությունները, համապատասխան գործողություններ ծավալել հասարակական կյանքում հաշմանդամության հետ առնչվող բարոյահոգեբանական բարդությաների հաղթահարման ուղղությամբ:

Հատուկ կարիքներ ունեցող մարդկանց հիմնախնդիրների կարգավորման նպատակով 2005 թ. կառավարության կողմից ընդունված ռազմավարությունը նշյալ անձանց պաշտպանությանը նոր սոցիալական մոտեցում ցույց տալու միտում է: 2010 թվականին, «... ստորագրելով Հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքների մասին ՄԱԿ-ի կոնվենցիան՝ մեր երկիրը պարտավորություն է ստանձնել պաշտպանել հաշմանդամություն ունեցող անձանց իրավունքներն ու հիմնարար ազատությունները՝ հավասար պայմաններ ստեղծելով նրանց համար» [63]:

Հայաստանում ընդունվել են հատուկ կարիքներ ունեցողներին վերաբերող մի շարք օրենքներ և ենթաօրենսդրական ակտեր, որոնցից առավել ապես կարևորվում է «Հայաստանի Հանրապետության հաշմանդամների սոցիալական պաշտպանության մասին» ՀՀ օրենքը, որով տրվում են ՀՀ-ում հաշմանդամների սոցիալական պաշտպանության իրավական, տնտեսական ու կազմակերպական հիմքերը: Առաջընթաց կանանց կրթության ոլորտում. այսօր մտավոր և ֆիզիկական զարգացման սահմանափակ կարողություններ ունեցող երեխաները կարող են ստանալ ներառական կրթություն, հաճախել հանրակրթական դպրոցներ՝ այլ երեխաների հետ հավասար: Պետության, ինչպես նաև միջազգային և տեղական հասարակական կազմակերպությունների կողմից իրականացվում են հատուկ կարիքներով հիմնախնդիրների կարգավորմանն ուղղված բազմաթիվ ծրագրեր, կազմակերպվում միջոցառումներ՝ հասարակության մեջ հաշմանդամություն ունեցող մարդկանց մասին պատկերացումների նախկին կարծրատիպերը փոխելու ու նրանց հանդեպ ավելի մարդասիրական և ընդունող վերաբերմունք ձևավորելու նպատակով: «Հաշմանդամ» (invalid) բառը լատիներենից թարգմանաբար նշանակում է «ոչ պիտանի», «անլիարժեք» [8, էջ 23]: «Ներկայումս ավելի ընդունված է «հաշմանդամության» փոխարեն կիրառել «հատուկ կարիքներ» տերմինը, որը առաջադիմական է այն առումով, որ հաշմված անդամն

ընդգծելու փոխարեն այն ակնկալում է հատուկ վերաբերմունք, քանի որ խոսքը գնում է հատուկ կարիքների մասին» [1, էջ 7]:

Սակայն փորձը ցույց է տալիս, որ չնայած արտաբուստ դրական միտումներին՝ հատուկ կարիքներ ունեցող անձանց հանդեպ մերօրյա հասարակության վերաբերմունքում էական տեղաշարժեր չեն նկատվում: Դա է վկայում նաև 2012թ. ՄԱԿ-ի մանկական հիմնադրամի (UNICEF) կողմից հրատարակված «Հաշմանդամություն ունեցող երեխաների համար կրթական, առողջապահական և սոցիալական պաշտպանության ծառայությունների մատչելիությունը Հայաստանում» զեկույցը, որը նշված հիմնախնդիրների վերաբերյալ առաջին մեծամասշտաբ հետազոտությունն է Հայաստանում: Ըստ ներկայացված փաստերի՝ խնդիրներն ավելի լուրջ են, քան կարելի է պատկերացնել: Այս երեխաների 12%-ն ընկերներ չունեն, 1/3-ը չի մասնակցում միջոցառումների և երեկույթների, 4%-ն է հաճախում նկարչության, 3%-ը՝ պարի և ընդամենը 2%-ը՝ երաժշտության դասերի: Չեկույցում նշվում է, որ Հայաստանում վկայագրված հաշմանդամություն ունեցող երեխաները կազմում են երեխաների ընդհանուր թվի մեկ տոկոսը (8.000 երեխա), սակայն հավանական է, որ նրանցից շատերը ամենատարբեր պատճառներով վկայագրված չեն, և այդ կարգավիճակի երեխաների իրական թիվը կարող է հասնել 12.000-ի [63]:

ՀՀ ազգային վիճակագրական ծառայությունը տեղեկացնում է, որ Հայաստանի աշխատանքի և սոցիալական նախարարության Էլեկտրոնային տեղեկատվական բազայում (հաշմանդամության վարչական ռեգիստրում) 2012 թ. հունիսի 1-ի դրությամբ հաշմանդամ երեխաների քանակը նախորդ տարվա 7988-ի համեմատ ավելացել է՝ հասնելով 8156-ի [66]: Իսկ ըստ ՀՀ աշխատանքի և սոցիալական հարցերի նախարարության բժշկասոցիալական փորձաքննական գործակալության տեղեկատվության՝ 2015 թ. հունիսի 1-ի դրությամբ վերոնշյալ տեղեկատվական բազայում հանրապետությունում հաշվառված հաշմանդամություն ունեցողներից երեխա է ընդամենը 8047-ը [64]: Սակայն, մեր կարծիքով, այս ցուցանիշը չի կարող բավարարի հիմք ծառայել նվազման միտում գրանցելու համար, եթե հաշվի առնենք վերջին տարիներին մի շարք օբյեկտիվ և սուբյեկտիվ գործոններ (ազգաբնակչության մեծամասշտաբ

արտագաղթ, չվկայագրված հաշմանդամություներ ունեցող երեխաներ և այլն):

Աշխատանքի արդիականությունը: Հատկապես վերջին տասնամյակներում Հայաստանի հանրապետությունում և արտերկրում հատուկ կարիքներ ունեցող անձանց նկատմամբ հումանիտական վերաբերմունքի արմատական փոփոխությունները լուրջ հետաքրքրություն են առաջացնում մասնագետների շրջանում, ովքեր իրենց տեսական և գործնական հետազոտություններով առավելագույնս բացահայտում են հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների հետտարվող սոցիալ-հոգեբանական աշխատանքների բնույթը, պայմանները, միջոցները, առանձնահատկությունները սոցիալական տարբեր միջավայրերում: Այս ենթատեքստում խորքային ուսումնասիրություններ են կատարվել հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում: Այս ընտանիքներում առկա են մի շարք տնտեսական, կրթական, առողջական հիմնախնդիրներ (Ն. Հ. Վանյան, Ե. Ի. Խոլոստովա, Մ. Մ. Սեմազո, Լ. Ի. Ակատով, Ի. Յու. Լևչենկո, Վ. Վ. Տկաչյովա ևն), որոնց շարքում առանձնահատուկ տեղ է զբաղեցնում ծնողական վերաբերմունքի խնդիրը, քանի որ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողները գրեթե ամեն օր բախվում են երեխաների հետ շփվելու հոգեբանական դժվարությունների, որոնց հաղթահարումը պայմանավորված է այն իրողությամբ, թե որքանով են հոգեբանական առումով ընկալելի ու հասկանալի հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունները և ինչպես են դրանք արտահայտվում ծնողական վերաբերմունքում: Ուստի անհրաժեշտ է փորձարարական ուսումնասիրություններ իրականացնել՝ բացահայտելու ծնողական վերաբերմունքի դրսևորման առանձնահատկությունները հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում:

Ժամանակակից հայ ընտանիքում հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ դրսևորվող ծնողական վերաբերմունքը գրեթե չի ուղղվում երեխայի նպատակամետ զարգացման և սոցիալական հարմարման բարենպաստ պայմաններին, հետևաբար զգացվում է «ծնող – երեխա» հարաբերությունների խաթարումներ, որոնք ապակառուցողական ազդեցություն են ունենում հատուկ կարիքներ

ուևնեցող երեխայի վրա՝ վնասելով նրա անպաշտպան անձը (Մ. Անտոնյան, Վ. Միքայելյան, Լ. Միքայելյան Ն.Յ. Վանյան ևն): Յետագոտու թյուևներն իրավացիորեն փաստում են այն, որ այս ծնողները կրում են սոցիալ-հոգեբանական լուրջ դժվարություններ, որոնց տևականությունը հանգեցնում է հատուկ կարիքներ ուևնեցող երեխաների հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի խաթարման, որոնց արդյունքում հաճախ քայքայվում են ընտանիքները: Ծնողական վերաբերմունքով պայմանավորված նմանատիպ ընտանիքների ուսումնասիրությամբ զբաղվող վերլուծաբանները (Լ. Ֆ. Մայրամյան, Վ. Վ. Կոտովա, Ի.Վ. Դոբրյակով, Լ. Ժելեզյակ, Ի. Յուև. Լևչենկո, Վ. Վ. Տկաչյովա ևն) փաստում են, որ երեխայի հաշմանդամությամբ պատճառաբանվող երկարատև սթրեսային ազդեցության, մշտապես կրկնվող ճգնաժամերի հետևանքով ծնողները և ընտանիքի այլ անդամները հայտնվում են ընկճախտի վիճակում, ձեռք բերում հոգեմարմնական հիվանդություններ և հոգեախտաբանական այլ դրսևորումներ, աշխատունակության անկում, դառնում հոգեբանորեն ոչ արդյունավետ բոլորի համար: Կան նաև ուսումնասիրություններ, որոնք ծնողական վերաբերմունքի հիմնախնդիրը կապում են հատուկ կարիքներ ուևնեցող երեխաների ծնողների հոգեբանական աջակցության պետական համապարփակ համակարգի ներդրման անհրաժեշտության հետ, նկատի ուևնելով, որ դեռևս չեն ստեղծվել հատուկ կարիքներով երեխայի կենսագործունեության և զարգացման բավարար հնարավորություններ:

Յատուկ կարիքներ ուևնեցող երեխաների հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի ուսումնասիրությունները (Լ. Ի. Ակատով, Տ. Գ. Բոգդանովա, Ս. Դ. Չաբրամնայա, Ե. Ն. Լեկոմցևա, Օ. Ա. Ֆեդոսևևա, Վ. Վ. Տկաչյովա, Լ. Մ. Կոլպակովա, Ե. Մ. Մասոյուևկովա, Ե.Ա.ՍավինաԲ. Սփոքև ուրիշներ) մեծամասամբ իրականացվել են մայրերի շրջանում՝ կարևորելով մոր գերակա դերը որպես հատուկ կարիքներ ուևնեցող երեխայի հիմնական խնամակալի: Մինչդեռ հիմնախնդրի վերաբերյալ բազմաթիվ վերլուծությունների շարքում գրեթե անտեսվում է հատուկ կարիքներ ուևնեցող երեխայի և նրա հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի դրսևորման վրահոր ազդեցությունը:

Ծնողական վերաբերմունքի սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկություններն առավել ցայտուն են դրսևորվում նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքի հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների նկատմամբ, քանի որ այս տարիքում մնացած խնդիրներին ավելանում են նաև կրթության և հասարակության մեջ ներառման հիմնախնդիրները: Յարկ է նշել, որ հատուկ կարիքներով երեխաներին հասարակության մեջ ներառման գործընթացում առկա է այն իրողությունը, որ մի կողմից կարևորվում է քաղաքակիրթ աշխարհի հարգալից, մարդասիրական, ընդունող վերաբերմունքը հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ, մյուս կողմից անտեսվում է երեխայի ինքնավերաբերմունքն ու ինքնաընդունումը, որը մեծապես կախված է ծնողների վերաբերմունքից: Ստացվում է հակասություն, որը հնարավոր է հարթել հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հանդեպ ծնողական ընդունող և դրական վերաբերմունք ձևավորելու միջոցով: Նման պարագայում առավել ևս պահանջ է դառնում հիմնախնդիր ուսումնասիրության արդիականությունն ու հրատապությունը, որը հիմք է տալիս ձևակերպելու տեսափորձարարական ուսումնասիրության հետևյալ նպատակը:

Չետազոտության նպատակը հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի դրսևորման և նրանց անձնային առանձնահատկությունների միջև հոգեբանական օրինաչափությունների վերհանումն է, ծնողների կողմից՝ իրենց երեխայի նկատմամբ ընդունող վերաբերմունքի ձևավորման համապատասխան ուղիներ գտնելը:

Չետազոտության վարկածը: Ենթադրվում է, որ ծնողների կողմից երեխայի հատուկ կարիքների հանդեպ օբյեկտիվ և ընդունող վերաբերմունքը հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի ինքնաընդունման կարևորագույն գործոն է: Միևնույն ժամանակ, ընտանիքում հատուկ կարիքներով երեխայի հանդեպ ծնողների մերժողական վերաբերմունքը պայմանավորված է ծնողների ցածր ինքնագնահատականով:

Չետազոտության խնդիրներն են՝

1. Վերլուծել հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի սոցիալ-հոգեբանական

առանձնահատկությունների հիմնախնդրին վերաբերող մասնագիտական գրականությունը:

2. Ուսումնասիրել հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների ինքնագնահատականների մակարդակները:
3. Բացահայտել ծնողի ինքնագնահատականի ազդեցությունը հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի վրա:
4. Ուսումնասիրել հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների վերաբերմունքը ծնողների նկատմամբ:
5. Ուսումնասիրել «ծնող-երեխա» փոխհարաբերությունների համակարգը հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում:

Հետազոտության օբյեկտը` ծնող - հատուկ կարիքներ ունեցող երեխա հարաբերությունն է:

Հետազոտության առարկան հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունն է:

Հետազոտության գիտական նորույթը: Հոր ցածր ինքնագնահատականով է պայմանավորված հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հանդեպ ծնողների մերժողական վերաբերմունքը, որը փաստական առումով հատուկ կարիքների հանդեպ բացասական վերաբերմունքի փոխանցումն է երեխային, որն էլ անդրադառնում է հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի ինքնաընդունման ու ինքնավերաբերմունքի ձևավորման վրա:

Աշխատանքում հատուկ կարիքով երեխայի հանդեպ ծնողների ինքնագնահատականով պայմանավորված վերաբերմունքի ուսումնասիրմամբ սկիզբ է դրվում ընտանիքում հատուկ կարիքներով երեխայի հանդեպ վերաբերմունքի հետազոտման նոր մոտեցման:

Ելնելով վերոգրյալից` մեր կողմից կազմակերպվել և անցկացվել են հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների նկատմամբ ծնողական վերաբերմունքի սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունների մեթոդաբանական, տեսական և փորձարարական հետազոտություններ:

Առաջին անգամ հայ իրականության մեջ հետազոտվում և վերլուծության են ենթարկվում հատուկ կարիքներով երեխաների հայրերի և մայրերի ինքնագնահատականների ցուցանիշները, նրանց վերաբերմունքի դրսևորումներն իրենց հատուկ կարիքներով երեխայի նկատմամբ:

Ատենախոսության

տեսական

նշանակությունը:

Տեսափորձարարական աշխատանքում ներկայացված են այն հիմնական վերլուծության ու մոտեցումները, որոնցով լրացվում են առաջադրված խնդրի ուսումնասիրությունները սոցիալ-հոգեբանության ոլորտում:

Հատուկ կարիքներով երեխաները հայ ընտանիքներում իրականացված հետազոտության արդյունքները համալրում են ընտանիքի վերաբերյալ սոցիալ-հոգեբանական գիտելիքները:

Ստացված արդյունքներն ընդլայնում և խորացնում են պատկերացումները նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքի բնածին հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում միջանձնային հարաբերությունների, ծնողների հոգեբանական առանձնահատկությունների և իրենց հատուկ կարիքներով երեխաների հանդեպ վերաբերմունքի սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունների մասին:

Ատենախոսության

գործնական

նշանակությունը:

Ներկայացված գործնական առաջարկները, հետազոտության մեթոդներն ու մեթոդիկաները կարող են կիրառվել հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքների հետ խորհրդատվական, հոգեախտորոշման և սոցիալ-հոգեբանական վերականգնողական աշխատանքներում: Ծնողի անձնային առանձնահատկությունների և իր հատուկ կարիքներով երեխայի հանդեպ վերաբերմունքի միջև հոգեբանական օրինաչափությունների վերհանման մեր փորձը նոր հնարավորություններ կտա այս ընտանիքների հետ աշխատող հոգեբաններին՝ մշակելու հոգեբանական միջամտության նոր ուղիներ՝ ծնողների մեջ իրենց հատուկ կարիքներով երեխայի նկատմամբ ավելի դրական և ընդունող վերաբերմունք ձևավորելու նպատակով:

Աշխատանքի արդյունքները գործնականորեն կիրառելի են հետևյալ ոլորտներում՝

- հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների վերականգնողական և զարգացման կենտրոններում՝ բժշկական, հոգեբանական, սոցիալական և մանկավարժական հետևողական աշխատանքներ իրականացնելիս,

- բժշկասոցիալական և կրթական գնահատման կենտրոններում, ներառյալ կրթություն իրականացնող նախադպրոցական և դպրոցական հաստատություններում՝ հատուկ կարիքներով երեխաների անհատական զարգացման պլանների ձևավորման գործընթացում,

- հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքների խորհրդատվություն, նրանց անդամների հետ հոգեթերապևտիկ, հոգեշտկողական և սոցիալ-հոգեբանական վերականգնողական աշխատանքներ իրականացնելիս,

- ուսանողների և համապատասխան մասնագետների (սոցիալական, հատուկ և կլինիկական հոգեբաններ, հատուկ մանկավարժներ, սոցիալական աշխատողներ, բժիշկներ, լոգոպեդներ) պատրաստման և վերապատրաստման դասընթացներում:

Չեռազոտության տեսամեթոդաբանական հիմք են ծառայել Վ. Ն.

Մյասիշչևի հարաբերությունների կոնցեպցիան, հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի ընտանիքի հետ աշխատանքի և ընտանիքի հոգեբանություն համակարգային մոտեցումն ըստ Վ. Վ. Տկաչյովայի, Լ. Ի. Ակատովի, Է. Գ. Էյդեմիլլերի, Վ. Վ. Յուստիցկու, ծնող - երեխա հարաբերությունների վերաբերյալ Ա. Յա. Վարգայի, Վ. Վ. Ստոլինի, Ա. Ս. Սափվակովսկայայի, Բ. Սփոքի, Լ. Մ. Կոլպակովայի, ինքնագնահատականի վերաբերյալ Կ. Ռոջերսի, Ս. Ռուբինշտեյնի, Լ. Վիգոտսկու, Վ. Սատիրի, Բ. Չեյգարնիկի, Լ. Բորոզդինայի, Ս. Կուլպերսմիթի և այլոց մոտեցումները:

Աշխատանքի տեսական ուսումնասիրման հիմք են ծառայել նաև Ռ. Ֆ. Մայրամյանի, Ի. Ս. Բաղդասարյանի, Ե. Մ. Մասոյուկովայի, Ա. Գ. Մոսկովկինայի, Ի. Ի. Մամայչուկի, Տ. Գ. Բոգդանովայի, Տ. Ա. Դոբրովոլսկու, Ի. Վ. Դոբրյակովի, Օ. Վ. Չաշիրինսկու, Մ. Մ. Սեմազոյի, Լ. Մ. Շիպիցինայի, Ի. Յ. Լևչենկոյի, Գ. Ա. Միշինայի, Օ. Ա. Տեդոսեևայի, Ա. Ֆրոմի, Ե. Ի. Խոլոստովայի, Ջ. Բոուլբիի, Ս. Լ. Ռուբինշտեյնի, Ա. Ռ. Մալլերի, Ե. Ն. Լեկոմցևայի, Ռ. Սկինների, Ա. Միլլերի, Լ. Բ. Շնեյդերի, Ս. Յարրիսի, Մ. Բրիստոլի և ուրիշ այլ

հեղինակների կողմից տարբեր համախառնիչներով հաշմանդամություն ունեցող երեխաների ընտանիքների, նրանցում երեխայի հատուկ կարիքներով պայմանավորված սթրեսի, այս երեխաների հանդեպ ծնողների վերաբերմունքի ու սուլմնասիրությունները:

Աշխատանքի տեսական և փորձարարական հետազոտությունների համար կարևոր նշանակություն են ունեցել նաև հայ գիտնականներից Ս. Ա. Սեդրակյանի, Ա. Ա. Նալչաջյանի, Ս. Ս. Խուրդոյանի, Մ. Պ. Մկրտումյանի, Ս. Մ. Փիլոսյանի, Ն. Ե. Ստեփանյանի, Ս. Արզումանյանի, Վ. Միքայելյանի և այլոց աշխատանքները:

Հետազոտության փորձագիտություն և տվյալների հոլսալիությունը: Մեր կողմից իրականացված փորձարարական հետազոտության տվյալների հոլսալիությունը պայմանավորված է առաջադրված խնդիրներին համարժեք հոգեբանական հետազոտման մեթոդների և մեթոդիկաների ընտրությամբ, որոնց արդյունքները ենթարկվել են մաթեմատիկական և վիճակագրական մշակման:

Հետազոտության մեթոդներն են թեմայի վերաբերյալ գիտական գրականության վերլուծությունը, փորձարարական տվյալների որակական և քանակական վերլուծությունը, հետազոտության արդյունքների մաթեմատիկական վերլուծությունը, հոգեբանական հետազոտության ավանդական մեթոդներից՝ դիտումը, զրույցը, թեստերի մեթոդը, ինչպես նաև սոցիոմետրիկ փորձի և սոցիոգրամի մեթոդը:

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ ծնողների վերաբերմունքն ու սուլմնասիրելու նպատակով կիրառել ենք՝

- Ա. Յա. Վարգայի և Վ. Վ. Ստոլինի «Ծնողական վերաբերմունքի թեստ-հարցարանը» [43, էջ 144], [2, էջ 252],
- «PARI» մեթոդիկան՝ ըստ Ե. Ս. Շեֆերի և Ռ. Կ. Բելի [19, էջ 44], [43, էջ 130], [70],
- Վ. Վ. Կազանի, Ի. Պ. Ժուրավլյովայի «Երեխայի հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունքի ախտորոշումը» մեթոդիկան [42, էջ 30]:

Ծնողների ինքնագնահատականն ու սուլմնասիրելու նպատակով կիրառել ենք՝

- 3. Այգենկի «Յոգեկան վիճակի ինքնագնահատականը» մեթոդիկան [40], [78],
- «Ինքնագնահատականի մակարդակի արագ ախտորոշումը» թեստը [51, էջ 38],
- «Ընտանեկան սոցիոգրամի» մեթոդը [17, էջ 173-176], [54, էջ 661]:

Ծնողների հանդեպ հատուկ կարիքներով երեխաների վերաբերմունքը, ներընտանեկան հարաբերություններում նրանց ինքնաընկալումն ու ինքնաընդունումը պարզելու նպատակով կիրառել ենք «Ծննդյան օր» սոցիոմետրիկ փորձը [19, էջ 50] և «Սանդուղք» պրոյեկտիվ մեթոդիկան [19, էջ 59]:

Յետազոտության արդյունքների փորձարկումներն ու ներդրումները: Յետազոտական աշխատանքի հիմնական դրույթները, իրականացման ընթացքն ու ստացված արդյունքները քննարկվել են Գործնական հոգեբանության և սոցիոլոգիայի «Ուրարտու» համալսարանի հոգեբանության ամբիոնի մեթոդական և տեսական սեմինարներում: Տեսական մոտեցումներն ու հետազոտության մեթոդական հանձնարարականները օգտագործվել են նաև ԳՀՍ «Ուրարտու» համալսարանի ուսումնական գործնական աշխատանքների ընթացքում: Ստացված արդյունքներն ու գործնական առաջարկները ներդրվել են Երևանի թիվ 2 հատուկ (օժանդակ) դպրոցի, Երևանի լսողության խանգարումներ ունեցող երեխաների հատուկ կրթահամալիրի, «Մանկական զարգացման հիմնադրամ» մանկական կենտրոնի և «Ֆիլանտրոպ» բարեգործական հասարակական կազմակերպության կենտրոնի՝ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների և նրանց ընտանիքների հետ իրականացվող սոցիալ-հոգեբանական աջակցման աշխատանքներում:

Թեմային վերաբերող տեսական մոտեցումներն ու հետազոտության արդյունքները լուսաբանվել են տպագրված 8 հոդվածներում:

Պաշտպանության ներկայացվող դրույթներ

1. Նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքի հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների՝ երեխայի հիվանդության հանդեպ վերաբերմունքում գերակշռում է հակվածությունը չափազանցելու կամ հերքելու (հիպերնոզոզևոզիա և անազոզևոզիա), որոնք հանգեցնում են

ընդհանուր լարվածության և երեխայի ակտիվության վերահսկման բարձր մակարդակի:

2. Յոթ ինքնագնահատականով է պայմանավորված հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների հանդեպ ծնողների վերաբերմունքը:
3. Յատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում սոցիալական միջավայրի հանդեպ ծնողների ազդեցիկության բարձր է:
4. Յայ ընտանիքներում հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հանդեպ հոր վերաբերմունքի առանձնահատկությունները պայմանավորված են այդ երեխայի սեռով:

Յետազոտության համակարգում ընդգրկվել են երևանում ապրող նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքի բնածին հատուկ կարիքներ ունեցող 76 երեխաներ, այդ երեխաների 152 ծնողներ, որոնք մասնակցել են հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունների բացահայտմանը:

Արեւախոսության կառուցվածքը: Աշխատանքը բաղկացած է ներածությունից, երեք գլուխներից, եզրակացությունից, գործնական հանձնարարականներից, օգտագործված գրականության ցանկից և հավելվածից: Աշխատանքում ներկայացված են 8 աղյուսակ, 11 հիստոգրամ, 2 դիագրամ և 2 նկար: Աշխատանքի ծավալը կազմում է 142 էջ (առանց հավելվածի):

ԳԼՈՒԽ 1. ՅԱՏՈՒԿ ԿԱՐԻՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ԸՆՏԱՆԻՔՆԵՐԻ ՍՈՑԻԱԼ-ՅՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՅ ԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ

1.1. Յատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքների սոցիալ-հոգեբանական բնութագիրը

«Ընտանիքը մարդկային կյանքի կազմակերպման թերևս ամենակենսունակ և արդյունավետ ձևն է: Լինելով սոցիալ-պատմական զարգացման արդյունք՝ այն շարունակ ենթարկվել է

ժամանակի «խմբագրումներին», բայց և իր հերթին «հարկադրել է» տարբեր հասարակարգերին հաշվի նստել իր հետ: Կյանքի պայմանները և արդի հասարակության բուռն ու «անհամբեր» փոխակերպումները պարտադիր են դարձնում այդ դիմացկուն ու քմահաճ երևույթի՝ ընտանիքի գիտական վերլուծությունն ու բազմակողմանի արժևորումը, դրա ինքնավարության ու վարքի գիտական կառավարման ապահովումը, քանզի անտարակույս է, որ ազատ ու ժողովրդավարական հասարակության ձևավորումն աներևակայելի է առանց առողջ ու ժողովրդավարական ընտանիքների» [17, էջ 15]:

Ընտանիքը յուրաքանչյուր ազգի դիմագիծն է՝ իր լեզվով, հոգեբանությամբ, ավանդույթներով, ծեսերով ու սովորույթներով: Այն սոցիալական միավոր է, որի գոյությունն ու պահպանումը խրախուսվում ու պաշտպանվում են պետության կողմից՝ որպես նրա ամրության հիմքերից մեկը: Ընտանիքին վերապահված են իրավունքներ և պարտականություններ՝ կատարելու վերարտադրողական, տնտեսական, սոցիալական, դաստիարակչական, սոցիալականացման, հանգստի, ժամանցի և այլ կարևորագույն գործառնույթներ [11, էջ 55]: Ընտանիքը մարդկանց այնպիսի խումբ է, որի անդամներն իրար հետ կապված են ամուսնական (կին և տղամարդ) և արյունակցական (ծնողներ - երեխաներ, երեխա – երեխա՝ եղբայր և քույր) կապերով: Այն հարաբերականորեն կայուն սոցիալական խումբ է, որի անդամների փոխհարաբերությունները երկարատև են և ամուր, որի մեջ գերակշռում են անմիջական, հուզականորեն հագեցած առաջնային մարդկային հարաբերությունները [17, էջ 17-19]:

Ընտանիքը բոլոր սոցիալական ինստիտուտներից ամենանշանակալի է, քանի որ այն հանդիսանում է սերունդներին փոխանցվող մշակութային չափանիշների կրողը: Ինչպես ցանկացած սոցիալական ինստիտուտում, ընտանիքում ևս առկա են իրավունքների ու պարտականությունների հաստատումը և դերերի բաժանումը: Ընտանիքում են ստեղծվում այնպիսի արժեքներ, ինչպիսիք են ամուսնական և ծնողական սերը, երեխաների սերն ու հարգանքը ծնողների նկատմամբ, անձի սոցիալականացման պայմանները [11, էջ 57]:

Դարերի ընթացքում ընտանիքն անցել է այնպիսի փուլեր, ինչպիսիք են խմբային ամուսնությունը, պլիզամիան, մոնոգամիան: Այսօր ընդլայնված ընտանիքին փոխարինել է երկու սերունդներից՝ ծնողներից և զավակներից բաղկացած նուկլեար (միջուկային) ընտանիքը: Կյանքի ընթացքում ընտանիքը համալրվում է, կորցնում և ձեռք բերում նոր անդամներ, վերահարմարվում է, ստեղծում և յուրացնում փոխհարաբերությունների նոր ձևեր ու մոդելներ: Իրականությանը համապատասխան փոխվում են ընտանեկան դերային հարաբերությունները, վերաբաշխվում են գործառույթները [11, էջ 58]:

Ըստ համակարգերի տեսության՝ ընտանիքը կենդանի համակարգ է, և բոլոր կենդանի համակարգերի նման այն ևս կազմված է անկախ մասերից, որոնց համագործակցությունն ապահովում է համակարգի այնպիսի հատկություններ, որոնք չունեն նրա առանձին մասերը: Այդ իսկ պատճառով հնարավոր է ճիշտ հասկանալ ընտանիքի անդամների պահանջմունքներն ու վարքը, եթե դրանք դիտարկենք շրջապատող միջավայրից առանձնացված [36, էջ 6]:

Ընտանիքն ավելի է, քան նրա կազմի հասարակ գումարը: Ընտանիքի առանձին հատկանիշները կարելի է հասկանալ, եթե ուսումնասիրվեն նրա անդամների միջև փոխհարաբերությունները և առանձին պարամետրերի փոխգործակցությունը: Համակարգային մոտեցման հայեցակարգին համապատասխան առանձնացվում են՝ ընտանիքի կառուցվածքը, ընտանեկան փոխգործակցությունը, ընտանեկան գործառույթները և ընտանեկան կյանքի փուլերը: Ընտանիքի կառուցվածքի մեջ մտնում են ընտանիքի ռեսուրսները և նրա առանձին անդամների բնութագրերը: Ընտանեկան փոխգործակցության արդյունքում իրականացվում են ընտանեկան գործառույթները՝ բավարարելու կոլեկտիվ և անհատական պահանջմունքները: Ընտանիքը, որպես ամբողջականություն, անընդհատ փոփոխվում է իր զարգացման տարբեր փուլերում [36, էջ 5]:

Ընտանիքի անդամները նույն համակարգի տարրերն են. եթե փոխվում է մի անդամը, ապա մյուսները ևս փոփոխության են ենթարկվում, որոնք իրենց հերթին հակադարձաբար ազդում են առաջինի վրա: Երբ ընտանիքում հայտնվում է երեխա, ապա ընտանիքը

փոխվում է: Իսկ երբ ընտանիքում հայ տնվում է հատուկ կարիքներով երեխա, ընտանիքն ավելի շատ է փոխվում. փոխվում է ընտանիքի անդամների ամենօրյա կյանքը, նրանց հոգեբանական վիճակը, արտաքին միջավայրի հետ շփումը և այլն: Փոխվում է նրանց կարգավիճակը, որը հավասար չէ նախկինին: Այս նոր կարգավիճակից ելնելով՝ նրանք երեխային վերաբերվում են այլ կերպ, քան՝ եթե նա առողջ լիներ: Յենց այս գաղափարներն էլ հոգեբանության մեջ առաջ բերեցին ընտանիքի համակարգային տեսությունը, որի մեթոդոլոգիական սկզբունքը շրջանառությունն է [73]:

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի ընտանիքը, համեմատաբար վերջերս՝ 20-րդ դարի երկրորդ կեսից սկսած, ուսումնասիրման առարկա է դարձել հարակից տարբեր բնագավառների մասնագետների համար՝ հոգեբույժներ, հոգեբաններ, դեֆեկտոլոգներ և այլն: Սակայն ընտանիքն ուսումնասիրվում է միակողմանիորեն, որպես հոգեբանական աջակցության կարիք ունեցող՝ կապված ընտանիքում հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայով պայմանավորված սթրեսով: Մյուս կողմից ընտանիքը դիտվում է որպես մի միջավայր, որտեղ աճում և զարգանում է հատուկ երեխա, որն օգնում կամ նպաստում է նրա հարմարմանը կամ սոցիալիզացիային: Այս երկու մոտեցումների սերտ կապակցվածությունը հաճախ ոչ բոլոր հետազոտողների կողմից է գիտակցվում: Մինչդեռ ակնհայտ է, որ միայն հոգեբանորեն բարենպաստ ընտանիքում կարող է հատուկ կարիքներ ունեցող երեխան ստանալ այն, ինչը նրան անհրաժեշտ է սոցիում մուտք գործելու և հետագա առավել լիարժեք կյանքի համար [73]: Բարենպաստ ընտանիքի հոգեբանական բնութագիրը ներառում է սոցիալ-հոգեբանական, մանկավարժական, տնտեսական և այլ գործոնները, որոնց ամբողջական ներգործությունը նպաստում է ընտանիքի դրական մթնոլորտի ստեղծմանը և անձի լիարժեք ձևավորմանը: Ընտանիքի անբարենպաստ գնահատականը բացառապես հոգեբանական է, իսկ ավելի ստույգ՝ սոցիալ-հոգեբանական: Ընտանիքի անբարենպաստությունը կարող է և՛ կապված լինել սոցիալ-տնտեսական գործոնների հետ, և՛ ոչ մի կապ չունենալ: Ընտանիքի նյութական վիճակը՝ ապահովված կամ անբարեկեցիկ լինելը, դեռ չի արտացոլում նրա հոգեբանական նկարագիրը, թեկուզ

միջևորդավորված ձևով իր ազդեցությունն է ունենում այդ նկարագրի վրա [11, էջ 70]:

Սակայն ընտանիքի իրավիճակն առավել բարդ է, երբ նրանում մեծանում է հատուկ կարիքներ ունեցող երեխա: Դժվարությունները, որոնք մշտապես կրում են այս ընտանիքները, զգալիորեն տարբերվում են այն ընտանիքների ամենօրյա խնդիրներից, որտեղ դաստիարակվում են նորմալ զարգացում ունեցող երեխաներ [31, էջ 4]: Այս ընտանիքները ռիսկային խմբերին են պատկանում. հայտնի է, որ հատուկ կարիքներով երեխաներ ունեցող ընտանիքներում հոգեկան, նյարդային և հոգեսոմատիկ խանգարումների քանակը 2,5 անգամ շատ է, քան առողջ երեխաներ ունեցող ընտանիքներում, և այս ընտանիքները զգալիորեն հաճախ են քայքայվում [71, էջ 82]:

20-րդ դարի 50-ական թվականներին ձևավորվեց համակարգային ընտանեկան թերապիան՝ որպես թերապևտիկ ուղղություն, որը հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող ընտանիքի հիմնախնդիրները հասկանալու համար տվեց այն, ինչը չէր բավարարում հետազոտողներին՝ մեթոդոլոգիական հարմար ապարատուրա և ամբողջական համակարգի տեսանկյուն: Այն հիմնված է Լ. Ֆոն Բերտալանֆիի համակարգի տեսության վրա: Թերապիայի համակարգային տեսության առումով հատուկ կարիքներով երեխաների ընտանիքների համեմատաբար լիարժեք հետազոտություններից է Միլտոն Սելիգմանի և Ռոզալին Բենջամին Դառլինգի 1989 թ. հրատարակած աշխատանքը, որտեղ ամփոփված են թերապևտիկ մոտեցումների ողջ փորձը և ԱՄՆ-ի նմանատիպ ընտանիքներում 1989 թ. իրականացված փորձարարական հետազոտությունները [36, էջ 6]:

Հատուկ կարիքներով երեխաներ ունեցող ընտանիքների ուսումնասիրությամբ զբաղվել են այնպիսի գիտնականներ, ինչպիսիք են Ե. Մ. Մաստյուկովան, Ի. Ի. Մամայչուկը, Ռ. Ֆ. Մայրամյանը, Ի. Ս. Բադդասարյանը, Տ. Գ. Բոգդանովան, Տ. Ա. Դոբրովոլսկին, Ա. Ի. Չախարովը, Մ. Մ. Սեմազոն, Լ. Մ. Շիպիցինան, Վ. Վ. Տկաչովան, Ի. Յ. Լևչենկոն, Ա. Ս. Սափվակովսկայան, Գ. Ա. Միշինան և ուրիշներ [25, էջ 118]: Արտասահմանյան գրականության մեջ այս խնդրին անդրադարձել են Ռ. Սկինները, Ա. Միլլերը, Լ. Բ. Շնեյդերը,

Դ. Խեյլիս, Մ. Փոուերը, Մ. Բրիսթոլը, Ս. Յարիսը, Մ. Գիլը, Մ. դե Մայերսը, Չ. Վոլֆը [68]:

Ըստ համակարգային մոտեցման հայեցակարգի առանձնանում են ընտանիքի կառուցվածքը, ընտանեկան փոխգործակցությունը, ընտանեկան գործառույթները և ընտանեկան կյանքի փուլերը: Ընտանիքի կառուցվածքի մեջ մտնում են ընտանիքի ռեսուրսները և նրա առանձին անդամների բնութագրերը: Ընտանեկան փոխգործակցության արդյունքում իրականացվում են կոլեկտիվ և անհատական պահանջմունքները բավարարելու ընտանեկան գործառույթները: Ընտանիքը, որպես ամբողջականություն, անընդհատ փոփոխվում է իր զարգացման տարբեր փուլերում [36, էջ 6]:

Ընտանիքի գործառույթները, հեղինակների կարծիքով, ընտանեկան փոխգործակցության արդյունք են: Դրանք արտացոլում են ընտանեկան փոխգործակցության արդյունքում ընտանիքի անդամների պահանջմունքների բավարարման ընդունակությունը: Ընտանեկան գործառույթների հաջող իրականացումը պահանջում է զգալի փոխկախվածություն՝ ինչպես միջընտանեկան (ընտանիքների միջև), այնպես էլ արտաընտանեկան (հանրության հետ): Միևնույն ժամանակ, ընտանիքները տարբերվում են նաև նրանով, թե ինչ կարևորություն են տալիս այս կամ այն գործառույթին և թե ումից են սպասում յուրաքանչյուր գործառույթի իրականացումը [73]:

Ընտանիքի հարցերին վերաբերող մասնագիտական գրականության վերլուծությունը թույլ է տալիս առանձնացնել սովորական ընտանիքներին բնորոշ հիմնական գործառույթները, որոնցից են.

- երեխաների ծնունդն ու դաստիարակությունը,
- սերունդների միջև կապը, ընտանեկան արժեքների և ավանդույթների պահպանումն ու փոխանցումը երեխաներին,
- հոգեբանական հարմարավետության և հուզական աջակցության, սիրո և ջերմության պահանջմունքների բավարարումը,
- ընտանիքի բոլոր անդամների անձի զարգացման համար պայմանների ապահովումը,
- սեքսուալ-երոտիկ պահանջմունքների բավարարումը,
- մտերիմ մարդկանց հետ շփման պահանջմունքի բավարարումը,

- հայրու թյան կամ մայրու թյան անհատական պահանջմունքի բավարարումը երեխաների հետ շփման և դաստիարակման ժամանակ, ինքնառեալ իզացումը երեխաների միջոցով,
- ընտանիքի անդամների առողջության պահպանումը, հանգստի կազմակերպումը, սթրեսային իրավիճակի հաղթահարումը [31, էջ 4]:

Ժամանակի ընթացքում տեղի է ունենում ընտանեկան գործառույթների փոփոխությունը. որոշները վերանում են, որոշներն էլ փոխվում են սոցիալական նոր պայմաններին համապատասխան: Ժամանակակից ընտանիքում նշանակալիորեն մեծացել է այնպիսի գործառույթների նշանակությունը, ինչպիսիք են հուզական, հոգևոր-մշակութային շփման, սեքսուալ-երոտիկ և դաստիարակչական: Ամուսնությունն ավելի շատ դիտվում է որպես միություն՝ հիմնված հուզական կապերի վրա, քան՝ նյութական և կենցաղային: Ընտանեկան գործառույթների խաթարումը նրա այնպիսի առանձնահատուկ գործունեությունն է, որը դժվարացնում կամ խանգարում է ընտանիքին՝ իրականացնելու իր գործառույթները [55, էջ 10]:

Ծնողների հետգրույցներից և այլ տվյալներից պարզվում է, որ գործնականում բոլոր գործառույթները, շատ քիչ բացառությամբ, չեն իրականացվում կամ ոչ լիովին են իրականացվում հատուկ կարիքներով երեխա դաստիարակող ընտանիքներում [31, էջ 5]: Հասկանալու համար, թե նմանատիպ երեխայի գործունեությունն ինչպես է ազդում ընտանիքի վրա, հարկավոր է հետևել, թե ինչպես է այն անդրադառնում ընտանիքի յուրաքանչյուր գործառույթի վրա [73]:

Ընտանիքի գործառույթները կարող են խախտվել ընտանիքի վրա բազմակի գործունեների ներգործության հետևանքով, այդ թվում նրա անդամների անձնային առանձնահատուկությունների, նրանց փոխարաբերությունների, ընտանիքի կյանքի որոշակի պայմանների, ընտանիքի կառուցվածքի փոփոխությունների և այլն: Ընտանիքի գործառույթներն ու կառուցվածքը կարող են փոփոխվել՝ պայմանավորված կենսագործունեության փուլերով: Առողջության սահմանափակ կարողություններով երեխա ունեցող ընտանիքների կյանքի հիմնական փուլերն են.

- Երեխայի ծնունդը, ախտաբանական վիճակի տեղեկության ստացումը, հուզական ընկալումը և տվյալ խնդրին ընտելանալը, ընտանիքի այլ անդամներին և մոտիկ մարդկանց տեղեկացնելը,
- Երեխայի նախադպրոցական տարիքը, մասնագետների հետ փոխգործունեությունը, հետագա կենսագործունեության ձևի որոշման ընդունումը, բուժման կազմակերպումը, վերականգնումը, երեխայի կրթությունն ու դաստիարակությունը,
- Երեխայի դպրոցական տարիքը, փոխգործակցությունը մասնագետների հետ, դպրոցական կրթության ձևի որոշման ընդունումը, ուսման կազմակերպումը, մեծերի և հասակակիցների հետ շփման խնդիրների կարգավորումը,
- դեռահասության շրջանում մասնագետների հետ փոխգործակցումը, երեխայի հիվանդության քրոնիկ բնույթի նկատմամբ ընտելացումը, հասակակիցներից մեկուսանալու խնդրի հաղթահարումը, երեխայի հետագա զբաղվածության խնդրի որոշումը,
- «ավարտելու» շրջանում մասնագետների հետ փոխգործակցումը, ընտանեկան շարունակական պատասխանատվության ճանաչումն ու ընդունումը, երեխայի ապրելու հարմար տեղի որոշման ընդունումը,
- հետձնողային շրջանում ամուսինների փոխհարաբերությունների վերակառուցումը («Եթե երեխան տեղավորված է») և փոխգործակցությունը նոր ապրելավայրի մասնագետների հետ [49]:

Ըստ ընտանիքի համակարգային տեսության՝ ընտանիքի համակարգման կարևոր բաղադրիչներ են համարվում ընտանիքի կառուցվածքն ու ընտանեկան փոխգործունեությունը: Ընտանիքի կառուցվածքը նկարագրվում է ընտանիքի կազմով, մշակութային և գաղափարախոսական ոճերով: Ընտանիքի կազմի առանձնահատկությունն են հեռու բարեկամների առկայությունը, որոնք կարող են և չապրել ընտանիքի հետ նույն բնակարանում, միայնակ ծնողի ընտանիքը, գործազուրկ կերակրողներով ընտանիքը, ընտանիքը, որն

ուևնի ալ կոհուլից կամ թմրանյութերից կախվածություև ուևեցող անդամ, ընտանիքը, որի արժեքները երկար ժամանակ գտնվում են ընտանիքի մահացած անդամի ազդեցության տակ: Այս ամենի ազդեցություևնից է կախված, թե ընտանիքն ինչպես կհաղթահարի հատուկ կարիքներով երեխայի առկայությամբ պայմանավորված դժվարություևները: Մշակութային համոզմուևքները կարևոր դեր են խաղում գաղափարախոսության ձևավորման, փոխգործակցության ձևերի և գործառույթների առաջնահերթության որոշման համար: Մշակութային ոճի վրա ազդում են էթնիկական, ռասայական, կրոնական գործոնները, ինչպես նաև սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակը: Գաղափարական ոճը հիմնվում է ընտանիքի արժեքների, հավատալիքների, հաղթահարման ռազմավարություևների և մշակութային համոզմուևքների վրա: Չնայած ընտանիքում հատուկ կարիքով երեխայի նկատմամբ հակազդումը պայմանավորված է ընտանիքի գաղափարախոսությամբ, բայց կարող է տեղի ուևեևալ նաև հակառակը, այսինքն՝ հատուկ կարիքներով երեխան կարող է փոխել ընտանիքի նախկին համոզմուևքներն ու պատկերացումները \$իզիկապես և հոգեպես անլիարժեք մարդականց հանդեպ: Բնածին արատը կախված է ռասայից, ենթամշակույթից, սոցիալ-տնտեսական կարգավիճակից [56, էջ 142-143]:

Ընտանիքում զարգացման բնածին արատներով երեխայի ծնունդը ծնողների առջև դնում է սոցիալ-հոգեբանական բարդ և հաճախ անհաղթահարելի մի շարք խնդիրներ: Երեխայի հաշմանդամության փաստը հոգեբանական ցնցում է ծնողների համար և հանգեցնում է հուսալքության: Այդ իրավիճակում հայտնված ծնողների համար մտերիմների, ծանոթների վերաբերմուևքը, ուշադրություևնն ու խղճահարություևնը ավելի են խորացնում անհանգստություևնը՝ սևեռելով երեխայի արատի վրա: Երբեմն անգամ շրջապատված հոգատարությամբ և ուշադրությամբ՝ հաշմանդամ երեխայի ծնողները հայտնվում են անօգնականության, միայնակության, հոգեբանորեն անելանելի իրավիճակում, որից «պաշտպանվելու միակ ճանապարհը» հաճախ գտնում են մեկուսանալու, «իրենց ցավով առանձնանալու» և արդյուևքում՝ հասարակություևնից ու մարդկանցից օտարվելու մեջ [8, էջ 164]: Ծնողները շատ հաճախ մեկուսանում են շրջապատից, հատկապես սկզբնական շրջանում, երբ

դեռևս ոչ բոլորը գիտեն իրենց երեխայի հատուկ խնդիրների մասին, և իրենք էլ դեռ չեն հարմարվել երեխայի խնդիրների առկայությանը: Որոշ մայրեր չեն ցանկանում դուրս գալ երեխայի հետ զբոսնելու, քանի որ չգիտեն, թե ինչպես պետք է պահեն իրենց ծանոթներին հանդիպելիս: Որոշ ծնողներ նախընտրում են մեկուսանալ, քանի որ համարում են իրենց միայնակ, չհասկացված [20, էջ 9]:

Այս ընտանիքներում միջանձնային հարաբերությունների զարգացման դիտումների վերլուծությունը թույլ է տալիս բացատրել ստեղծված իրավիճակի պատճառները: Չարգացման շեղումներով երեխայի ծնունդը խեղաթյուրում է հարաբերություններն ընտանիքի ներսում և շփումները շրջապատող սոցիոլոմի հետ: Խանգարումները պայմանավորված են ինչպես հիվանդ երեխայի հոգեբանական առանձնահատկություններով, այնպես էլ ահռելի հուզական ծանրաբեռնվածությամբ, որը կրում են ընտանիքի անդամները՝ պայմանավորված սթրեսի երկարատև ազդեցությամբ: Ծատ ծնողներ ստեղծված իրավիճակում իրենց զգում են անօգնական: Նրանք հայտնվում են ներքին՝ հոգեբանական, և արտաքին՝ սոցիալական փակուղում [31, էջ 4]:

Հատուկ կարիքով երեխայի ծնունդը հանկարծակիի է բերում ընտանիքի անդամներին, առաջացնում տարբեր հակազդումներ՝ շոկ, անկումային տրամադրություն, մեղավորության զգացում [61]: Ընտանիքի համար լուրջ խնդիր է դառնում երեխայի հետագա խնամքի կազմակերպման վերաբերյալ որոշման կայացումը: Հաճախանշուկելի ախտաբանությամբ ծնված երեխաներից ընտանիքները հրաժարվում են և նրանց տեղավորում հատուկ մասնագիտացված տուն-ինտերնատներում, մշտական սպասարկում իրականացնող հատուկ մասնագիտական հաստատություններում [8, էջ 18]:

Հաշմանդամ երեխաների զգալի մասը ապրում է ընտանիքներում: Երեխային ընտանիքում պահելը կապված է դաստիարակության և խնամքի չափազանց մեծ դժվարությունների հետ [8, էջ 152]: Այս դեպքում անհրաժեշտ է պարզել, թե երեխայի առկայությունը ինչպես է ազդում ընտանիքի բարոյահոգեբանական մթնոլորտի, ներընտանեկան փոխհարաբերությունների, նրա առանձին

անդամների հոգեբանության և կյանքի որակի վրա: Սեմագոյի կատարած ուսումնասիրություններից պարզվել է, որ հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող ընտանիքներն ունեն հետևյալ առանձնահատկությունները.

- Խանգարվում է այս ընտանիքների շփումը սոցիումի հետ: Նրանք պարփակվում են ընտանիքի մեջ, խուսափում են ծանոթներից, հարազատներից, տարբեր մասնագետների հետ փոխհամագործակցությունից:
- Չաճախ խանգարվում են ներընտանեկան, ամուսնական փոխհարաբերությունները: Նման դեպքերում կտրուկ փոխվում է հայրերի կարգավիճակը: Նրանք հատկապես հիվանդագին են ապրում այն, որ իրենց երեխան ունի հատուկ կարիքներ և որ իրենք ու ընտանիքի մյուս անդամները գտնվում են «լքված» վիճակում: Նմանատիպ իրավիճակների ծայրահեղ դրսևորումները հանգեցնում են ամուսնալուծության:
- Սահմանափակվում են այս ընտանիքների վերարտադրողական (ռեպրոդուկտիվ) գործառույթները, քանի որ նորից երեխա ունենալը խիստ ռիսկային են համարում:
- Ոչ բոլոր ծնողներն են ընդունում իրենց երեխայի հատուկ կարիքների ախտորոշումը: Նրանք չեն կորցնում հույսը, որ երեխայի ախտորոշումը կհերքվի: Չաճախ նրանցից մեծ ջանքեր են պահանջվում՝ այցելելու մասնագետներին: Շատերն ունեն սխալ պատկերացումներ երեխայի զարգացման խանգարումների, նրանց խնամքի և դաստիարակության վերաբերյալ [20, էջ 9]:

Չայտնի է, որ զարգացման անոմալիաներով երեխայի ծնունդը արմատականորեն փոխում է ընտանիքի կյանքի հեռանկարները և տևական հոգեպաթոզ են ազդեցություն ունենում ընտանիքի անդամների (հատկապես երեխայի մոր) վրա: Չաճախ անդամությունն ունեցող երեխայի ընտանիքը կրում է որակական փոփոխություններ երեք մակարդակներում՝

- հոգեբանական՝ երեխայի հիվանդության հետ կապված քրոնիկ սթրեսի ու ժգնությունից, տևականությունից և բազմաթիվ հոգեվնասվածքային ազդեցությունից,

- սոցիալական՝ այս կատեգորիայի ընտանիքները կրճատում են շփման շրջանակը, մայրերը հիմնականում թողնում են աշխատանքը, երեխայի ծնունդը խաթարում է ամուսինների հարաբերությունները,
- մարմնական՝ երկարատև սթրեսի վերապրումը ծնողների կողմից դրսևորվում է տարբեր հոգեմարմնական հիվանդություններով [68]:

Բնածին հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի խնամքը անհամատեղելի է ծնողի տնից դուրս աշխատանքի հետ, ուստի այս երեխաների մայրերը հիմնականում չեն աշխատում, ստիպված են թողնել աշխատանքն ու բավարարվել նպաստով: Նրանցից շատերը հաճախ մենակ են հաղթահարում ողջ հիմնախնդիրները, քանզի քիչ չեն դեպքերը, երբ հայրերը, չդիմանալով դժվարություններին, հեռանում են ընտանիքից: Պետք է նշել նաև, որ ընտանիքում հատուկ կարիքներով երեխային մեծացնելու հիմնական կողմնակիցները մայրերն են, որոնք ընտանիքի մյուս անդամների հետ տարածայնությունների արդյունքում մշտական հալածանքի են ենթարկվում, հայտնվում անել անելի վիճակներում (ստիպված գիջում են կամ լքվում են ընտանիքի կողմից)՝ ընկնելով խոր հուսալքության մեջ [31]:

Չարգացման շեղումներով երեխաների ծնողների համար այս կամ այն զարգացման անոմալիայից բխող հոգեբանական, զգայական, խոսքային, հենաշարժողական, հուզակամային և անձնային խանգարումների բնույթը հոգեվնասքային գործոն է հանդիսանում: Ծնողների ապրումների վրա հատկապես ներգործում է խանգարման արտահայտվածությունը, կայունությունը, տևողությունը և անդառնալիությունը: Դրանք առավել հոգեվնասվածքային են և ավելի խորն են ներգործում այն ծնողների վրա, որոնք ունեն կրթական և սոցիալական բարձր ստատուս, հոգեպես առողջ են և չունեն հոգեֆիզիոլոգիական շեղումներ, ինչպես նաև օժտված և տաղանդավոր երեխաներ ունենալու մեծ սպասումներ ունեն [71, էջ 82]: Իսկ այն ծնողները, որոնք ունեն զգայական, շարժողական, առավել ևս ինտելեկտուալ շեղումներ, հոգեբանորեն ավելի հեշտ են հարմարվում իրենց երեխայի խանգարումներին, և այդ իրողությունն առանձնապես նրանց չի վնասում: Այս դեպքում

ծնողները նույնականացնում են երեխայի արատը իրենց շեղման հետ, ընդունում այն որպես իրենց սեփականը, որն իրենց գիտակցության կողմից ընկալվում է որպես նորմա [31, էջ 10]: Կրթական ցածր մակարդակով, սահմանափակ հետաքրքրություններով և ինտելեկտուալ ոչ բարձր ընդունակություններով ծնողները երեխայի խնդիրների լուծումը թողնում են մասնագետների որոշմանը: Սրանք երկու ծայրահեղ և պաթոլոգիկ դիրքորոշումներ են, որոնք շտկման կարիք ունեն [71, էջ 82]:

Ժամանակակից մոտեցմամբ հատուկ կարիքներով երեխաները ընտանիքը դիտարկվում է որպես վերականգնողական կառույց, որն ի սկզբանե օժտված է երեխայի զարգացման և դաստիարակման համար առավել բարենպաստ պայմաններ ապահովելու արտենցիալ հնարավորություններով: Այդ առումով հատկապես կարևոր է երեխայի զարգացման վրա մերձավորների դրական ազդեցությունը, որոնց դաստիարակությունը կարող է ձևավորել նրա մեջ դրական բարոյական որակներ և բարյացակամ վերաբերմունք աշխարհի նկատմամբ [48, էջ 5]:

1.2 «Հաշմանդամություն» եզրույթի հիմնախնդիրը, առանձնահատկությունները և մոտեցումները

Հաշմանդամության երևույթը միշտ եղել է և ուղեկցում է մարդկությանն իր զարգացման պատմության ողջ ընթացքում: Այսինքն՝ հաշմանդամության երևույթը նույնքան հին է, որքան մարդկության պատմությունը: Մարդկության պատմության տարբեր փուլերում հաշմանդամության ընկալումները տարբեր են եղել [1, էջ 6]:

Ե. Ի. Խուլոստովան, ուսումնասիրելով հաշմանդամությունը որպես սոցիալական խնդիր, նշում է, որ հաշմանդամության հիմնախնդրի զարգացման պատմությունը վկայում է անցած դժվարին ուղու մասին՝ ֆիզիկական ոչնչացումից, մերժողականությունից, հասարակությունից «անլիարժեք» անդամների մեկուսացումից մինչև սահմանափակ կարողություններով անձանց հասարակության մեջ ինտեգրման անհրաժեշտությունն ու լիարժեք կենսագործունեության համար անհրաժեշտ պայմանների ստեղծումը [53, էջ 6]:

Մ. Դանիելյանը, ուսումնասիրելով հատուկ կարիքներով երեխաների նկատմամբ հասարակության վերաբերմունքը, ներկայացնում է պատմության ընթացքում հատուկ կարիքներով անձանց նկատմամբ հասարակության վերաբերմունքի գերակշռող չորս մոտեցումներ.

1. անհանդուրժողական-քամահրական, որի հիմքում ընկած է նմանատիպ մարդկանց հասարակությունից առանձնացնելու միտումը, անհանդուրժողական վերաբերմունքը զարգացման թերություններ ունեցողների նկատմամբ, որը հատուկ էր հատկապես հասարակության զարգացման ավելի վաղ փուլերին,

2. հանդուրժողական, երբ հասարակությունը սկսել է հոգ տանել հատուկ կարիքներով մարդկանց մասին, և ֆիզիկական թերությունների հանդեպ հանդուրժողականությունն ավելի մեծ է եղել, քան մտավոր թերության դեպքում,

3. բարեհոգի, որը հաճախ հանգում է խղճահարության,

4. ինտեգրատիվ, երբ հասարակությունն ընդունում է հատուկ կարիքներ ունեցող մարդկանց որպես հասարակության լիիրավ անդամի, փորձում զարգացնել նրանց ընդունակությունները և նպաստում հնարավորության սահմաններում ինքնուրույն կյանքով ապրելու և ներգրավվելու հասարակության մեջ [3, էջ 133]:

Հաշմանդամության հիմնախնդիրն ընկալվում է երկու տեսանկյունով՝ բժշկական և սոցիալական: Բժշկական տեսանկյունից հաշմանդամություն ունեցող մարդիկ ընդունվում են որպես հիվանդ և անառողջ, որոնք չեն կարող լինել հասարակության լիարժեք և օգտակար անդամներ: Այս դեպքում առաջնային է համարվում բժշկական օգնությունը: Սոցիալական տեսանկյունից հաշմանդամությունն ընդունվում է որպես հասարակության անդամների անհավասար հնարավորությունների սոցիալական հիմնախնդիր: Ըստ այս մոտեցման՝ հաշմանդամություն ունեցող մարդիկ հասարակության անդամներ են, ովքեր հայտնվել են անհավասար պայմաններում և ճնշված են: Հաշմանդամության սոցիալական ընկալումը ենթադրում է երկկողմանի զուգահեռ աշխատանք, երկուստեք փոփոխություն, որի ընթացքում հասարակության հաշմանդամ և ոչ հաշմանդամ անդամները պետք է

երկուստեք փորձ են հասնել «ընդունելի չափով» հավասարության [1, էջ 6-7] [18, էջ 32-33]:

«Հաշմանդամության» հասկացության հարաբերական ու անկայուն լինելը, որը կախված է մշակութային, սոցիալական, քաղաքական զարգացումներից, հասարակության մեջ հաշմանդամության մասին պատկերացումների և համոզմունքների փոփոխություններից, հանգեցնում է մշտական վերափոխման անհրաժեշտության, հաշմանդամության կարգի որոշման հիմքում ընկած իմաստի փոփոխության [8, էջ 10]:

Համաշխարհային առողջապահական կազմակերպությունը հաշմանդամությունը բացատրում է այսպես.

- Ֆունկցիայի հոգեբանական, ֆիզիոլոգիական կառուցվածքի ցանկացած խանգարում,
- Ֆունկցիայի իրագործման ընդունականության սահմանափակություն կամ բացակայություն,
- դժվարություններ, որոնք առաջանում են վերը նշված թերություններից և մարդուն ամբողջովին կամ մասնակիորեն խանգարում են կատարել ինչ-որ դեր:

Այս ամենը բերում է կենսագործունեության սահմանափակման, որը թույլ չի տալիս մարդուն լիարժեք մասնակցել հասարակական կյանքին [53, էջ 7]:

«Մանուկ հասակի «հաշմանդամությունը» կարելի է սահմանել որպես ապահարմարման քրոնիկ, ախտաբանական կայուն սոցիալական վիճակ, երբ տարիքին համեմատ երեխային դաստիարակչական և մանկավարժական ընթացքի մեջ ներգրավումը կտրուկ սահմանափակվում է: Սրահետկապված մշտական լրացուցիչ խնամքի, օգնության, հսկողության անհրաժեշտություն է առաջանում» [8, էջ 23]:

Ինչպես արդեն նշել ենք վերևում, «հաշմանդամ» (invalid) բառը լատիներենից թարգմանաբար նշանակում է «ոչ պիտանի», «անլիարժեք»: Ժամանակակից հասարակության մեջ հաշմանդամների նկատմամբ արդարացի սոցիալական քաղաքականության իրականացումը պահանջում է խուսափել «հաշմանդամ» բառի և այնպիսի «պիտանների» օգտագործումից, ինչպիսիք են «կոլյր», «խուլ», «կակազող», «համր» և դրանք փոխարինել «թույլ

տեսողութայամբ», «թույլ լսողութայամբ» արտահայտություններով: Անհրաժեշտ է նկատել, որ ինչպես արտերկրում, այնպես էլ մեր հանրապետությունում տեղի է ունեցել անցում առավել մարդասիրական և ճկուն եզրաքանութայան: «Հաշմանդամ» տերմինը դուրս է եկել կիրառությունից և համարվում է «արտառոց արտաքինով և կարիքներով մարդկանց իրավունքների ոտնահարում» [8, էջ 23]:

Ներկայումս ավելի ընդունված է «հաշմանդամություն» փոխարեն կիրառել «հատուկ կարիքներ» տերմինը, որը առաջադիմական է այն առումով, որ հաշմված անդամն ընդգծելու փոխարեն այն ակնկալում է հատուկ վերաբերմունք, քանի որ խոսքը գնում է հատուկ կարիքների մասին»: «Հատուկ կարիքներով են համարվում այն երեխաները, ովքեր խնամքի, բուժման, տուժած գործառույթների վերականգնման, հոգեբանական աջակցության, կրթական, զարգացման և/կամ սոցիալական երկարատև կարիքներ ունեն, որոնք չեն կարող լիարժեք բավարարվել ընդհանուր բնույթի ծառայությունների համակարգում և ընդունված միջին չափորոշիչներով, պահանջում են հատուկ ծրագրային մոտեցում, հատուկ առողջապահական, կրթական, սոցիալական և հարակից ծառայություններ» [1, էջ 7]: Առողջապահության տեսանկյունից տարբերակվում են հատուկ կարիքներով երեխաների հետևյալ խմբերը.

- Հաշմանդամ (սահմանափակ կարողություններով), այդ թվում նաև ֆիզիկական և/կամ մտավոր զարգացման սահմանափակ կարողություններ ունեցող, եթե հայտնի է համապատասխան ախտորոշումը: Այս խմբի մեջ են մտնում համեմատաբար ծանր նյարդաբանական և ժամանգական (քրոմոսոմային, նյութափոխանակային) հիվանդություններով, ախտաբանական վիճակներով, տեսողական, լսողական արտահայտված անբավարարվածությամբ տառապող երեխաները:
- Ռիսկի խմբի երեխաներ (զարգացման հնարավոր հապաղում կամ թեթև շեղումներ ունեցող, բժշկական, կենսաբանական կամ միջավայրային-ընտանեկան անբարենպաստ գործոնների ազդեցությանը նախկինում ենթարկված կամ այն շարունակաբար կրող):

- Չարգացման անկարողությունը անձի կարողությունների երկարատև սահմանափակման, երբեմն էլ լրիվ անկարողությամբ ուղեկցվող վիճակն է:
- Չարգացման խանգարումներ: Չարգացման անկարողության հիմքում ընկած են զարգացման խանգարումները: Դրանք առանձին նոզոլոգիական միավորներ են (հիվանդություն, համախտանիշ) կամ դրանց խմբեր, որոնց հիմքում ընկած է զարգացող կենտրոնական նյարդային համակարգի ախտահարումը կյանքի տարբեր (սաղմնային, պտղային, պերինատալ, նորածնային, վաղ հասակ) փուլերում:

Չատուկ կարիքներով երեխաների թվին են պատկանում նաև օժտված կամ տաղանդավոր երեխաները [6, էջ 56-57]:

Չնայած հատուկ կարիքներով երեխաների օգնությունը վաղեմի պատմություն ունի, այնուամենայնիվ, մինչև 20-րդ դարի առաջին կեսը չի գործել այս երեխաների օգնության որևէ համակարգ: Այնուհետև բացվել են հատուկ հաստատություններ, դպրոցներ, ուսումնարաններ, վերականգնողական կենտրոններ, որոնք գործում են նաև մեր օրերում: Օգնության նման համակարգը հանգեցնում է հասարակությունից հատուկ կարիքներով երեխաների մեկուսացման: Ներկայումս այս երեխաների նկատմամբ սոցիալական նոր քաղաքականություն է իրականացվում, որի վերջնական նպատակը նրանց ներառումն է հասարակության մեջ [8, էջ 11]: Դեռևս 30-50 տարի առաջ արտասահմանյան որոշ երկրներ անդրադարձան հատուկ կարիքներով երեխաների ներառական ուսուցմանը, իսկ Սալամանկայի հայտնի հռչակագիրը 1994 թ.-ին կոչ արեց բոլոր երեխաներին ներգրավել հանրակրթական դպրոցներում՝ առանց որևէ խորականության, անկախ նրանց ֆիզիկական, մտավոր, սոցիալական, լեզվական, հոգևական և այլ կարողություններից [65, էջ 20]: Ինչպես Ն. Տիգրանյանն է նշում, «ներառական կրթության գաղափարախոսության և փիլիսոփայության հիմքում ընկած է այն դրույթը, որ բոլոր մարդիկ, անկախ իրենց կենսաբանական-ֆիզիոլոգիական վիճակից, կարող են ստանալ կրթություն, հասարակական կյանքում դրսևորվել իբրև քաղաքացիներ» [4, էջ 42]: Ներառական կրթության կարևորագույն առավելությունն այն է, որ հատուկ կարիքներով երեխային հնարավորություն է տալ իսկառանց

ընտանիքից հեռանալու համատեղ ուսում ստանալ իր հասակակիցների հետ: Հատուկ կարիքներով երեխաների՝ հասարակության մեջ ներառման, ինքնասպասարկման, անձի և հոգեկան զարգացման, ներառական կրթության հատուկ պայմաններին են անդրադարձել արտասահմանյան գիտնականներ Ջոն Սվենը, Քարոլ Թոմասը, Ջոն Դեյվիսը [57], Չինտամանի Կարը [58], Մարգարետ Հարրիսը [59], Ալեն Ս. Նադին և Լ. Քոֆմանները [60], Ռ. Ջ. Սիմենսոնը, Ս. Լ. Ռոզենտալը [62] և այլք:

ՄԱԿ-ի կողմից առաջադրված «Հաշմանդամների համար հավասար հնարավորությունների ապահովման ստանդարտ կանոններում» նշված է, որ սահմանափակ կարողություններով մարդկանց նկատմամբ վարվող այժմյան քաղաքականությունը վերջին երկու հարյուր տարիների ընթացքում հասարակության զարգացման արդյունք է: «Տգիտությունը, արհամարհանքը, նախապաշարմունքը և վախը այն սոցիալական գործոններն են, որոնք ամբողջ պատմության ընթացքում խոչընդոտել են հաշմանդամների ընդունակությունների զարգացմանն ու նրանց մեկուսացրել հասարակությունից: Հարյուրամյակներ շարունակ հասարակության անկարող անդամների նկատմամբ վերաբերմունքը եղել է խուսափողական՝ մերժման, չնկատելու, առանձնացնելու» [18, էջ 32]: Որպես կանոն, այդ քաղաքականությունը կյանքի ընդհանուր պայմանների արտացոլումն է: Սակայն հաշմանդամության հանդեպ վերաբերմունքն ազդել է սահմանափակ կարողություններով անձանց կյանքի որակի վրա: Դեռ քրիստոնեության ընդունման ժամանակից սկսած հայ հասարակությունում նկատվում էր դրական վերաբերմունք և հատուկ ուշադրություն հաշմանդամների նկատմամբ: 356 թվականից սկսեցին բացվել անկելանոցներ, հիվանդանոցներ, դպրոցներ, վանքեր՝ սահմանափակ կարողություններով և մի շարք այլ խնդիրներ ունեցող անձանց համար: Այդ բոլոր հաստատությունները օրենքի ուժ են ստացել 12-13-րդ դարերում, ինչի մասին վկայում է Մխիթար Գոշի «Դատաստանագիրքը»: Ուշագրավ է այն իրողությունը, որ ուշադրության կենտրոնում էր ոչ միայն հաշմանդամ անձանց խնամքը, այլ նաև նրանց կրթությունն ու դաստիարակությունը [3, էջ 129-130]:

**1.3. Երեխայի հաշմանդամությունը որպես սթրեսային գործոն
ընտանիքում, ծնողական ճգնաժամի էությունը
առանձնահատկությունը**

Ըստ ընտանիքի համակարգային տեսության՝ ցանկացած երեխայի ծնունդն ընտանիքի համար սթրեսային է: Յատուկ կարիքներով երեխայի ծնունդն ավելի մեծ սթրես է, քանի որ հիմնական փոփոխություններին ավելանում են նաև փտորոշումից առաջացած շոկը, երեխայի խնամքի հետ կապված լրացուցիչ հոգսերը, ամոթի զգացումը հասարակության առաջ, մեղքի զգացումը, լրացուցիչ նյութական միջոցների կարիքը և այլն: Յաճախ երկարատև սթրեսը հանգեցնում է ներընտանեկան հարաբերությունների խաթարման, հոգեբանական և հոգեսոմատիկ խանգարումների, ընտանեկան գործառույթների մասնակի կորուստների, այլ կերպ ասած՝ այն ամենին, ինչն համակարգային ընտանեկան հոգեթերապիայում անվանում են ապագործառույթային [73]:

Ընտանիքում զարգացման խնդիրներով երեխայի ծնունդը արմատապես փոխում է ընտանիքի և նրա անդամների կյանքի ռիթմը և որակը: Այն կարող է հոգեվնասվածքային լինել ընտանիքի անդամների և հատկապես ծնողների համար: Յաճախ երեխայի առկայությունը երկարատև սթրեսային գործոն կարող է դառնալ ողջ կյանքում: Ծնողների վրա նմանատիպ սթրեսի ազդեցության խորությունը կախված է մի շարք պատճառներից (երեխայի զարգացման շեղման աստիճանից և բնույթից, արտաքին որակական նշանների փոփոխություններից և այլն) [25, էջ 118]:

Ընտանիքի հարմարվողականությունը կախված է սթրեսային իրավիճակին համապատասխան փոխվելու կարողությունից, ճկունությունից: Ընտանիքի ճկունությունը բնութագրվում է ընտանիքի ղեկավարման, ընտանեկան դերերի և կանոնների փոփոխության քանակով, որոնցով պայմանավորված են ընտանեկան փոխհարաբերությունները: Տարբերում են ընտանեկան փոխհարաբերությունների ճկունության (հարմարվողականության) չորս մակարդակ՝

- կոշտ (ռիգիդ) - շատ ցածր,
- համակարգված - չափավոր ցածր,

- ճկուն - չափավոր,
- քառսային - չափազանց բարձր:

Կոշտ (ռիզիդ) ընտանիքները դժվարությամբ են կրում նոր իրավիճակին հարմարվելիս՝ կապված զարգացման խանգարումներով երեխային անհրաժեշտ խնամքի հետ: Օրինակ, ընտանիքին «կերակրող հայրը» թույլ չի տալիս իրեն ստանձնել «կնոջ դեր», այսինքն՝ կիսել կնոջ հետ ընտանեկան հոգսերը, երեխայի հետ պարամունքները: Այս դեպքում մայրը, զբաղված լինելով երեխայի խնամքով, ստիպված է ողջ ուժերը ներդնել նրա վրա՝ անուշադրության մատնելով ընտանիքի մյուս անդամներին: Նման ընտանիքները հայտնվում են ապագործառույթային վիճակում: Քառսային ընտանիքները, ապրելով առանց հատուկ կանոնների և սկզբունքների, հաճախ անցում են կատարում հուզական մտերմությանից և միասնականությանից դեպի թշնամության և պառակտում: Քառսային վիճակ կարող է առաջանալ ընտանեկան ճգնաժամի պահին, որը սպասելի է ցանկացած ընտանիքում, սակայն այն դառնում է խնդրահարույց, երբ համակարգը տևական ժամանակ մնում է այդ վիճակում [36, էջ 13]:

Մանկական ուղեղային կաթվածով, ինչպես նաև զարգացման այլ խանգարումներով (մտավոր հետամնացություն, տեսողության, խոսքի խանգարումներ, աուտիզմ, Դաունի համախտանիշ և այլն) երեխաների ծնողները հայտնվում են «ծնողական սթրեսի» իրավիճակում, որի փուլերն ու բովանդակությունը նկարագրվում են մի շարք գիտնականների կողմից (Ռ. Ֆ. Մայրամյան (1976), Օ. Բ. Չարովա (2003), Վ. Վ. Տկաչյովա (1999), Ի. Ս. Բադդասարյան (2000), Վ. Վ. Կոտովա (2003) և ուրիշներ), նշվում են ծնողների մոտ հոգեբանական ճգնաժամերի առանձին փուլեր, որոնք դրսևորվում են «հատուկ ծնողավարության» ընթացքում [25, էջ 224]:

Ծնողների հոգեբանական սթրեսի առաջին փուլը սկսվում է երեխայի հիվանդության մասին տեղեկանալու պահից: Այս փուլի հոգեբանորեն հաղթահարումը բարդ է, քանի որ նրանք ի վիճակի չեն լինում ադեկվատ գնահատելու իրավիճակը, վերլուծելու և հասկանալու իրենց երեխայի մոտ առկա հիվանդության կամ զարգացման առանձնահատուկ խնդիրների մասին ստացած ինֆորմացիան: Այս շրջանում մայրերն ապրում են սեփական անձի

անլիարժեքության չմեղմացող, ծանր զգացումներ, մեծանում է ինքնաքննադատությունը, ինքն իրենից անբավարարվածության զգացումը: Մեղքի զգացումն աստիճանաբար վերածվում է պարփակված տառապանքի, որին ուղեկցում են ծանր ապրումները՝ թույլ տրված այն մեղքերի և սխալների համար, որոնք, իրենց կարծիքով, հանգեցրել են երեխայի հիվանդությանը [68], [26, էջ 113-125]:

Հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ զարգացման շեղումներով երեխաների ծնողների (հատկապես մայրերի) մոտ, անկախ երեխայի հիվանդության բնույթից, առկա են ընդհանուր հակազդումներ: Երեխայի զարգացման շեղումների մասին լուրը մայրերի մեջ առաջացնում է սուր հուզական ապրումներ: Այդ տեղեկության նկատմամբ առաջին հակազդումը կարող է շատ սուր դրսևորում ունենալ [68]: Հաճախ ծննդաբերությունից անմիջապես հետո ծնողը տեղեկանում է, որ երեխայի մոտ հայտնաբերված են ակնառու խանգարումներ (օրինակ՝ ողնուղեղի բաց ճողվածք) կամ ֆունկցիոնալ խանգարումներ (օրինակ՝ Դաունսի համախտանիշ): Այդ լուրը հոգեցնցող է, քանի որ ծնողները չեն հասցնում պատրաստվել այն նորությանը, որ իրենց երեխայի մոտ ամեն ինչ այնպես չէ, ինչպես որ սպասում էին: Հղիության և ծննդաբերության լարվածության ֆոնի վրա անսպասելի լուրն առաջացնում է շոկային վիճակ: «Որոշ ծնողներ այդ իրավիճակը նկարագրում են՝ որպես երջանիկ սպասումների բարձունքից վայր ընկնելը դեպի հիասթափության անդունդ» [20, էջ 9]:

Ըստ Ռ. Ֆ. Մայրամյանի՝ 65,7 տոկոս մայրերի մոտ, որոնց հայտնում են երեխայի մտավոր թերզարգացման մասին, առաջանում են ծանր հուզական ապրումներ, աֆեկտիվ-շոկային և հիստերիկ հակազդումներ, ինքնասպանության մտքեր ու փորձեր, տարաբնույթ հոգեսոմատիկ խանգարումներ [33]: Նրանք հաճախ ճնշված են, մեղքի զգացում են ապրում անոմալ երեխա ծնելու համար, ձգտում են սոցիալական մեկուսացման: Երեխայի դաստիարակությամբ ծանրաբեռնված լինելը հանգեցնում է հիմնային պահանջմունքների ֆրոստացիայի: Մշտական դեպրեսիաները, միջանձնային կոնֆլիկտները, ներոտիկ և հոգեպաթոլոգիկ հակազդումները վկայում են հիվանդ երեխայի ծնունդի հետ

կապված բարդ իրադրությունը հարմարման խանգարումների մասին: Ուստի զարգացման խնդիրներով երեխաների մայրերի մեծ մասը որակավորված հոգեբանական օգնության անհրաժեշտություն ունի [25, էջ 224]:

Ե. Մ. Մաստրյուկովը և Ա. Գ. Մոսկովկինան, նկարագրելով աուտիկ երեխայի ընտանիքը, նշում են, որ երեխայի ախտորոշումը հայտնելու պահին ընտանիքը ծանր սթրես է ապրում, և որ ողջ աշխարհում աուտիկ երեխա դաստիարակող ընտանիքներն ավելի տուժած են, քան ցանկացած այլ առանձնահատուկ երեխաներինը, այդ թվում նաև մտավոր հետամնացներինը: Հեղինակների կողմից նշվում է նաև, որ սթրեսն առավել արտահայտված է մայրերի մոտ, որոնք երեխայից չափից ավելի կախվածության հետևանքով կրում են անձնային ազատության և ժամանակի ծայրահեղ սահմանափակումներ: Նրանք ունեն ցածր ինքնագնահատական, քանի որ իրենց համարում են վատդաստիարակներ: Այս մայրերի մոտ խիստ արտահայտված է ասթենոնևրոտիկ բնույթի դեպրեսայնությունը [36, էջ 79]:

Սթրեսի հաղթահարման երկրորդ փուլը հետազոտողների կողմից դիտվում է որպես հերքման, բացասման շրջան (Ռ. Ֆ. Մայրամյան (1976), Տ. Տ. Բոգդանովա, Ն. Վ. Մազուրովա (1998), Օ. Բ. Չարովա, Ե. Լ. Սավինա (1999), Դ. Ն. Իսան (2002), Վ. Վ. Կոտովա (2003), Մ. Ն. Գուսլովա (2004): Ծնողների կողմից երեխայի հիվանդության հերքումը պաշտպանական նշանակություն ունի: Այն հուզական ճնշվածության և տագնապի հաղթահարման ինքնատիպ մեխանիզմ է, որով փորձում են պահպանել ընտանեկան կայունությունը, որը վտանգված է փաստի առկայությամբ: Այս փուլում կասկածի տակ է դրվում բժշկի կողմից դրված ախտորոշումը: Ծատդեպքերում ուղղակի չեն ընդունում այն: Փնտրում են նույն բնագավառի այլ մասնագետներ՝ այն հույսով, որ առաջնային ախտորոշումը կարող է և սխալ լինել: Ծնողներն ընկնում են փնտրտուքի մեջ, ամենուր փնտրում են լավացման «հրաշք միջոցներ, հրաշագործ հեքիմներ, բախտագուշակներ»: Ծարունակելով առաջնորդվել հերքման, բացասման պաշտպանական մեխանիզմներով՝ նրանք չեն կարողանում ադեկվատ ձևով հարմարվել անոմալ երեխայի ծննդյան փաստի հետ: Երեխայի հիվանդության հանդեպ ծնողի անոգոգնոգտիկ հակազդումը

հանգեցնում է հուզական անկայունության, տագնապայնության մակարդակի բարձրացման, շրջապատի նկատմամբ հարաբերության ունեների լարվածության: Չեն կարողանում վերահսկել սեփական հույզերը, անկարող են դառնում կառավարել կաշուն բնույթի մտքերն ու ապրումները, ամենաչնչին առիթից կորցնում են վերահսկողությունը: Արդյունքում նվազում են ծնողի բարդ և լարված իրավիճակներում ճիշտ վարվելակերպի սոցիալական և հոգեբանական կարողությունները, որն էլ հանգեցնում է սոցիալական մեկուսացման [23], [68]:

Չարգացման շեղումներով երեխաների ծնողների կողմից սթրեսի հաղթահարման երրորդ փուլը սուգն է, վշտի ապրումը: Չայրույթն ու բռնկվածությունը ոչ միայն մղում են սոցիալական մեկուսացման, այլ և նպաստում «արդյունավետ սգալուն»: Անոմալ երեխայի մշտական խնամքին զուգահեռ՝ ծնողի մեջ առաջանում են ամբիվալ ենտզգացումներ, որոնք ժամանակի ընթացքում վերածվում են խրոնիկական տառապանքի: Երեխայի ֆիզիկական և հոգեբանական արատի դրական փոփոխության բացակայությունը, սոցիալականացման դժվարությունները կամ այդ արատի վերացման անհնարինությունը հանգեցնում են ծնողի խրոնիկ ֆրոստրացիայի, չմեղմացող ցավի: Այս էտապը բնութագրվում է ծնողների խորը դեպրեսիայի վիճակով (S. S. Բոգդանովա, Ն. Վ. Մազուրովա (1998), Ի. Վ. Սալոմատինա (2000) [23]:

Չորրորդ փուլը, հուզական վերակարգավորման արդյունքում հիվանդ երեխայի ընդունման և իրադրությանը հարմարման շրջանն է: Ծնողն սկսում է ռեալ գնահատել իրավիճակը, փնտրում է տարբեր ծառայություններ, որոնք կարող են օգտակար լինել երեխային: Էներգիայի ճիշտ ուղղորդման շնորհիվ ծնողն ու շարժությունն է դարձնում երեխայի դաստիարակության առանձնահատուկ, ռեալ խնդիրների վրա: Նա սկսում է իրատեսորեն դիտել իր երեխայի արատը և հոգեբանորեն պատրաստ է ընդունել ու իրեն բաժին ընկած դժվարությունը՝ թեկուզև երկարատև հետևանքներով: Հուզական վերակարգավորման հետևանքով ձևավորվում են դրական դիրքորոշումներ և հնարավորություններ՝ հաղթահարել ու սոցիալական կարծրատիպերը: Այս փուլում ծնողին ոչ միայն հաջողվում է սեփական հետաքրքրություններ գտնել իր և իր

երեխայի համար, այլ նաև օգնել նմանատիպ այլ ընտանիքների, մշակել շրջապատի հետ շփման յուրօրինակ ոճ (Օ. Բ. Չարովա, Ե. Ա. Սավինա (2003) [23]):

Այն փաստը, որ իրենց երեխան հաշմանդամ է և կարիք ունի հատուկ խնամքի ու դաստիարակության, ծնողները գիտակցում են աստիճանաբար: Ի. Յ. Լևչենկոն և Օ. Գ. Պրիխոդկոն առանձնացնում են երեխայի հիվանդության նկատմամբ հարմարման երեք փուլ [26, էջ 261]: *Առաջինը* շոկի, ագրեսիայի, ժխտման փուլն է: Ծնողները փնտրում են մեղավորներ՝ երեխայի հիվանդանալու համար: Որոշ դեպքերում ագրեսիան ուղղվում է երեխային, մայրը դժվարությամբ է ուժ գտնում իր մեջ՝ ընդունելու հատուկ կարիքներով իր երեխային, որը շատ է տարբերվում ուրիշ երեխաներից: Այս փուլում հարաբերություններն ընտանիքում դառնում են այնքան լարված, շոկային վիճակներն այնքան սուր, որ քիչ չեն լինում դեպքեր ընտանիքների բաժանության, և նման իրավիճակում մայրերը մնում են միայնակ իրենց վշտի հետ: *Երկրորդը* վշտի ապրման փուլն է: Հասկանալով, որ երեխան, ամենայն հավանականությամբ, երբեք չի բուժվելու և, հնարավոր է, չի կարող ինքնուրույն քայլել, ծնողները գիտակցում են նրա հանդեպ ունեցած և, առավել ևս, ունենալիք անհեղինակ պատասխանատվությունը: Ծնողների մեջ, հատկապես մայրերի, առաջանում են բազում հարցեր՝ հիվանդ երեխայի խնամքի, բուժման և դաստիարակության վերաբերյալ: Այս փուլում ծնողների մոտ հասունանում է որակավորված մասնագետների օգնության պահանջը: *Երրորդը* հարմարման փուլն է: Ծնողներն ընդունում են իրենց երեխայի իրական վիճակը: Հարմարման աստիճանը կարող է լինել տարբեր, բայց այսպես կամ այնպես ծնողները հաշվի են առնում իրենց դրության առանձնահատկությունը և կյանքն սկսում են կառուցել իրականությանը համապատասխան: Միաժամանակ ի հայտ է գալիս հետաքրքրությունն շրջապատող աշխարհի նկատմամբ, նեգատիվ հոլյզերը դառնում են պակաս հաճախական, դրսևորվում է պատրաստակամություն՝ լուծելու դեպի ապագան ուղղված հիմնախնդիրներ [26, էջ 113-137]:

Ամերիկացի գիտնական Դ. Լյուտեմանը, երկար տարիներ աշխատելով լսողության խանգարումներով երեխաների ծնողների

հետ, նրանց հույզերի զարգացումը ներկայացնում է հինգ փուլով, որոնք ընդհանուր առմամբ համընկնում են նախորդ հետազոտությանը ունենեի հետ: Դրանցից հատկապես ուշագրավ է հինգերորդը՝ որպես կառուցողական գործողությունների փուլ, երբ ծնողները փոխում են իրենց կենսակերպը՝ նորովի իմաստավորելով կյանքը և ձեռք բերելով նոր արժեքներ [27, էջ 1-3]:

Ծնողներից շատերին տարիներ են հարկավոր հաղթահարման ու հարմարման այս փուլին հասնելու համար: Իսկ մի մասին երբեք էլ չի հաջողվում դա: Վերոհիշյալ փուլերի հաղթահարման ողջ գործընթացը չափազանց դժվար է ու տառապանքով լեցուն: Այն կարող է մեղմանալ և կրճատվել ընտանիքի անդամների փոխադարձ հոգեբանական աջակցության և բարենպաստ փոխհարաբերությունների դեպքում [25, էջ 226]: Մինչդեռ երեխայի զարգացման խանգարումը կամ լուրջ հիվանդությունն ընտանիքում առաջ է բերում ուժեղ լարվածություն, գործնական ամենատարբեր խնդիրներ, աշխատանքային ծանրաբեռնվածություն, աշխատունակության անկում, քնի խանգարում, տրամադրության անկում, երկարատև թափփժ, անհանգստություն, մեղքի զգացում, անզորության զգացում: Դիզոնկոնկրետ ախտանիշները դրսևորվում են ինչպես ծնողների, այնպես էլ ընտանիքի այլ անդամների մոտ: Ուստի այն, ինչ կարող է օգնել թեթևացնելու ծնողների կյանքը, տալիս է նրանց լրացուցիչ ուժ և ժամանակ, որպեսզի հաղթահարեն երեխայի և իրենց հիմնախնդիրները [41, էջ 355]:

Հոգեբանական ճգնաժամը (krisis) «հոգեկան ամբողջական համակարգի հավասարակշռության կտրուկ և խոր խախտում է, ծանր անցումային վիճակ՝ սուր և ընդգծված դժվարությունների դրսևորմամբ» [39, էջ 23]: Չարգացման շեղումներով երեխա ունեցող ընտանիքն ապրում է ոչ թե մեկ, այլ մի շարք ճգնաժամային փուլեր, որոնք ունեն ինչպես օբյեկտիվ, այնպես էլ սուբյեկտիվ պատճառներ: Այդ փուլերը ծնողների կողմից նկարագրվում են որպես իրար հերթագայող վերելքների և ավելի խոր անկումների շրջաններ: Ընտանեկան ճգնաժամերի այս փուլերն առավել ապես կապված են հիվանդ երեխայի տարիքային զարգացման առանձնահատկությունների հետ [68]:

Ընտանիքի համար առավել սթրեսային են մշտապես կրկնվող ճգնաժամերը, որոնք ի հայտ են գալիս երեխայի զարգացման տարիքային տարբեր շրջաններում: Սահմանափակ կարողություններով երեխաների ծնողներն առավելապես ծանր են վերապրում երեխայի զարգացման այն փուլերը, որոնք առողջ երեխաների պարագայում համարվում են տիպային (երբ երեխան սովորում է քայլել, խոսել, պատրաստվում է դպրոց գնալ, սեռահասունացման տարիքը և այլն) [29, էջ 621]:

Ծնողական ճգնաժամի *առաջին փուլը* կապված է երեխայի մոտ հիվանդության հայտնաբերման, ախտորոշման հստակեցման և ընտանիքի անդամների կողմից հիմնախնդրի գիտակցման և դրան կառավարելու հուզական հարմարման ընթացքի հետ: Երեխայի զարգացման շեղումները՝ կախված հիվանդության բնույթից, ծնողները պարզում են տարբեր ժամանակներում: Գենետիկորեն պայմանավորված շեղումները (Դաունի համախտանիշ) պարզ են դառնում անմիջապես երեխայի ծնվելուց հետո, իսկ լսողության, տեսողության, խոսքի և այլ խանգարումները կարող են ախտորոշվել երեխայի մեծանալու և զուգընթաց: Բացի դրանից, երեխան կարող է հաշմանդամություն և ձեռք բերել դժբախտ պատահարի կամ ծանր հիվանդության հետևանքով: Երբ հաստատվում է երեխայի զարգացման անոմալիայի կամ քրոնիկական հիվանդության ախտորոշումը, ընտանիքը հայտնվում է ծանր ճգնաժամի մեջ և սկսում է ակտիվացնել սեփական ռեսուրսները: Այդ իրավիճակում սկզբնական հակազդումները կարող են լինել շոկը, ֆրոստրացիան, դեպրեսիան: Ծնողական ճգնաժամի *երկրորդ փուլը* պայմանավորված է կյանքի առաջին տարիների ընթացքում երեխայի զարգացման յուրահատկություններով: Ծնողներն անհանգիստ հետևում են, թե իրենց երեխան ինչպես է հաղթահարում այդ տարիքին հատուկ պահանջները, որքանով են դրանք տարբերվում առողջ երեխաների ցուցանիշներից: Այս փուլում ընտանիքի պահվածքը կախված է հիվանդության բնույթից և ծանրության աստիճանից [68]:

Ընտանիքի փորձության երրորդ փուլը սկսվում է երեխայի դպրոցական տարիքին հասնելու, ուսումնական ձևերի և ուսուցման միջոցների որոշման ժամանակ: Գնաժամն ավելի զգալի է դառնում այն պահին, երբ ծնողները համոզվում են, որ երեխան ի վիճակի է

սովորելու սովորական դպրոցում, այլ կարիք ունի ուսուցման հատուկ ծրագրի: Այդ փուլը ծանր է նաև ընտանիքի մյուս անդամների համար, քանի որ նրանց դասընկերները կարող են իմանալ իրենց սահմանափակ կարողություններով քոջ կամ եղբոր մասին: Այս շրջանում ընտանիքը կարծես դուրս է գալիս «հանդիսատեսի առջև», և ծնողները սկսում են գիտակցել երեխայի կրթության վերաբերյալ իրենց նախնական պլանների անիրական լինելը: *Չորրորդ փուլը* սկսվում է երեխայի դեռահասության ժամանակ: Ընտանիքն աստիճանաբար հարմարվում է հիվանդության խրոնիկական վիճակին, ի հայտ են գալիս խնդիրներ՝ կապված երեխայի սեքսուալության, հասակակիցների կողմից մերժվածության և օտարվածության, երեխայի հետագա զբաղվածության պլանավորման հարցերի հետ: Ընտանիքը շատ սուր է զգում դեռահասի մերժվածությունն ու օտարվածությունը և կրկին գիտակցում է, որ երեխան չի կարող հաղթահարել անցումը կյանքի հաջորդ փուլ և որ նակշարունակի մնալ ծնողներից կախվածության մեջ: Ծնողական ճգնաժամի *հինգերորդ փուլը* ընտանիքի սահմանափակ կարողություններ ունեցող անդամի՝ հասուն կյանքի անցնելն է: Սա արժեքների հոռետեսական վերաբեքավորման և սահմանափակ հնարավորությունների վերագնահատման հետ կապված ծանր վերապրումների հերթական շրջան է: Չբաղվածության հեռանկարների անհուսալիությունը հանգեցնում է տագնապի և մտավախության: Ընտանիքի այս փուլը ընտանիքի համար ամենածանրերից մեկն է: *Վեցերորդ շրջան*ն ընտանեկան փոխհարաբերությունների զարգացումն է ընտանիքի սահմանափակ կարողություններով անդամի հասուն կյանքի ընթացքում: Ծնողներն անհանգստանում են այն ժամանակի համար, երբ իրենք այլևս անկարող կլինեն վերահսկելու իրենց երեխայի խնամքը: Ընտանիքների վրա այս կրիտիկական պահերի ազդեցությունը մեղմացնելու համար անհրաժեշտ է հաշվի առնել երեխայի զարգացման յուրահատկությունները և այդ պահերին ընտանեկան հարաբերությունների հնարավոր զարգացումները [68]:

Լ. Ֆ. Մայրամյանի և Մ. Մ. Սեմազոյի կողմից նշվել է նման ընտանիքների քայքայման բարձր հավանականությունը, քանի որ նրանք չեն կարողանում հաղթահարել զարգացման ծանր

խանգարումներով երեխայի ծնունդով պայմանավորված ճգնաժամերը: Ըստ Մայրամյանի տվյալների՝ մտավոր հետամնաց երեխաների ընտանիքների 24,5%-ը քայքայվել է հիվանդ երեխայի ծնվելու համար փոխադարձ մեղադրանքների պատճառով [68]:

Ճգնաժամ հասկացությունը սովորաբար կիրառվում է անձի նկատմամբ, չնայած որ այն օգտագործվում է նաև մեծ և փոքր խմբերի, ընտանիքների, միջանձնային փոխհարաբերությունների հակամարտությունները մեկնաբանելիս: Այն կիրառվում է ոչ միայն որպես բացասական հուզական վիճակների հետևանք, այլև որպես անձի հոգեբանական աճի հնարավոր դրսևորում: Մ. Պ. Մկրտումյանը նշում է ճգնաժամերի երկու հիմնական ձև. մի դեպքում այն փորձություն է, որից դուրս գալուց հետո մարդը պահպանում է իր կյանքին առնչվող կարևորագույն մտադրությունները, իսկ մյուս դեպքում՝ հնարավորությունների կորստի վիճակ, որն անձից պահանջում է ակտիվորեն վերականգնվել, կյանքի նոր իրադրությանը համապատասխան նոր կողմնորոշումներ ընդունել [13, էջ 141]: Այստեղ անհրաժեշտ է իրականացնել ճգնաժամային միջամտություն (krizis intervention), որը համեմատաբար նոր ուղղություն է կիրառական հոգեբանության բնագավառում: Այն վնասվածք տարած անձին, ընտանիքին, խմբին անհետաձգելի հուզական աջակցություն ցուցաբերելն է: Ինչպես իրավացիորեն նկատում է Ն. Չարությունյանը, «մասնագիտական արդյունավետ միջամտությունը օգնում է կանխելու ծանր ճգնաժամային իրավիճակները, լավագույն հնարավորություն է տալիս գործունեությունը վերականգնելու և հասցնելու մինչ ճգնաժամային մակարդակին» [9, էջ 52]:

Ընտանիքի կյանքի փուլերի փոփոխությունը կատալիզատորի դեր է խաղում՝ փոխելով ընտանեկան հարաբերությունների բնույթն ու որակը: Փորձը ցույց է տալիս, որ առավել հաջող են գործառնում այն ընտանիքները, որոնց հաջողվում է խուսափել ծայրահեղություններից, պահպանել կայունություն և փոփոխությունների, հուզական միասնության և անկախության, պարփակված և անմիջական հաղորդակցման միջև հավասարակշռությունը [36, էջ 13]:

Այս սահմանում՝ մասնագիտական գրականության մեր կողմից կատարած վերլուծության նկատմամբ եզրակացություններին:

➤ «Հատուկ կարիքներով» են համարվում այն երեխաները, որոնք խնամքի, բուժման, տուժած գործառույթների վերականգնման, հոգեբանական աջակցության, կրթական, զարգացման և/կամ սոցիալական երկարատև կարիքներ ունեն, և այս դասակարգման մեջ մտնում են նաև հաշմանդամություն (սահմանափակ կարողություններով), զարգացման խանգարումներ ունեցող երեխաները:

➤ Հաշմանդամության հիմնախնդիրն ընկալվում է երկու տեսանկյունով՝ բժշկական և սոցիալական: Բժշկական տեսանկյունից հաշմանդամություն ունեցող մարդիկ դիտվում են որպես հիվանդ և անառողջ, ոչ լիարժեք և հասարակության համար ոչ օգտակար անդամներ: Այս դեպքում առաջնային է համարվում բժշկական օգնությունը: Իսկ սոցիալական տեսանկյունից հաշմանդամությունն ընդունվում է որպես անհավասար հնարավորություններով և հատուկ խնդիրներով հասարակության անդամների սոցիալական հիմնախնդիր: Ներկայումս հաշմանդամությանն ուղղված քաղաքականությունը բժշկական մոտեցումից անցում է կատարել դեպի սոցիալական մոտեցում, ըստ որի՝ հաշմանդամություն ունեցող մարդիկ հասարակության անդամներ են, ովքեր հայտնվել են անհավասար պայմաններում և ճնշված են:

➤ Ըստ համակարգային տեսության՝ ընտանիքի անդամները նույն համակարգի էլեմենտներն են, և նրանցից մեկի փոփոխությունից մյուսները ևս փոփոխության են ենթարկվում, որոնք իրենց հերթին հակադարձաբար ազդում են առաջինի վրա: Երբ ընտանիքում ծնվում է երեխա, ապա ընտանիքը փոխվում է: Իսկ երբ ընտանիքում հայտնվում է հատուկ կարիքներով երեխա, ապա ընտանիքն ավելի մեծ փոփոխության է ենթարկվում:

➤ Ընտանիքի համակարգային տեսության համաձայն ցանկացած երեխայի ծնունդն ընտանիքի համար սթրեսային է: Հատուկ երեխայի ծնունդը ավելի մեծ սթրես է, քանի որ հիմնական փոփոխություններին ավել անում են նաև փտորոշումից առաջացած շոկը, երեխայի խնամքի հետ կապված լրացուցիչ հոգսերը, ամոթի զգացումը հասարակության առաջ, մեղքի զգացումը, լրացուցիչ

նյութական միջոցների կարիքը, փոխվում է ընտանիքի անդամների կյանքը, նրանց հոգեվիճակը, արտաքին միջավայրի հետ նրանց շփումները, փոխվում է նաև նրանց ստատուսը: Այս նոր ստատուսից ելնելով՝ ընտանիքի անդամները երեխային վերաբերվում են այլ կերպ, քան կվերաբերվեին առողջ երեխային:

➤ Երկարատև սթրեսը հանգեցնում է ներընտանեկան հարաբերությունների խաթարման, հոգեբանական և հոգեսոմատիկ խանգարումների, ընտանեկան գործառույթների մասնակի կորուստների, այն ամենին, ինչը համակարգային ընտանեկան հոգեթերապիայում անվանում են ապագործառույթային: Շատ ծնողներ ստեղծված իրավիճակում իրենց զգում են անօգնական և հուսալքված: Երեխայի հաշմանդամության փաստը հանգեցնում է ծնողների ցածր ինքնագնահատականի, ու նրանք հայտնվում են ներքին՝ հոգեբանական, և արտաքին՝ սոցիալական փակուղում:

**ԳԼՈՒԽ 2. ՀԱՏՈՒ Կ ԿԱՐԻՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵՒԱՅԻ ՀԱՆԴԵՊ
ՃՆՈՂԱԿԱՆ ՎԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԻ ԱՌԱՋՆԱՅՐԱՏԿՈՒԹՅՈՒՆՆԵՐԸ**

**2.1. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների
անձնային առանձնահատկությունները**

Մարդու կյանքում տեղի ունեցող շրջադարձային իրադարձություններն առաջացնում են սոցիալական իրադրությունների փոփոխություններ՝ մարդու սոցիալական դերերի, փոխհարաբերությունների շրջանակների, ապրելակերպի, որոնք հանգեցնում են անձնային փոփոխությունների, «ես» համակարգի վերակառուցման: Մարդը հաճախ հիվանդագին կերպով է վերապրում այդ փոփոխությունները, որը պայմանավորված է «ես» կերպարի վերակառուցման, «իրեն կորցնելու» և «վերագտնելու» գործընթացի դժվարություններով, սեփական անձի մասին ունեցած պատկերացումների կայունության և ամբողջականության խախտումով, որոնք հանգեցնում են մի շարք հակասությունների [5, էջ 28]:

Կյանքի փոփոխվող պայմաններում մարդն անընդհատ նոր նպատակներ է դնում, փորձում է կարգավորել հակասությունները, կանխատեսում է մոտ կամ հեռու ապագան և դրան համապատասխան

վարքագիծ մշակում: Կենսական նոր խնդիրներ լուծելիս մարդը հաճախ գործում է լարվածության պայմաններում, որտեղ առանձնակի նշանակություն է ստանում ինքնակառավարումը: Այն սերտորեն կապված է ինքնագնահատականի հետ, քանի որ առանց սեփական գործողությունների և հոգեկան հատկությունների գնահատման, մարդը չի կարող կառավարել իր վարքը [21, էջ 190]:

Չարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաների ծնողների մոտ դրական լիցքերի հոսքը զգալիորեն նվազած է: Անոմալիաներ ունեցող երեխայի ծնունդը դեֆորմացնում է ընտանիքի գործառույթները. ֆիզիկական, սոցիալական և հոգեբանական գոյատևումը ընտանիքի անդամների միջև փոխկապակցված է, և հարաբերությունների կամ առողջության վատթարացումը մեկ անդամի մոտ անմիջականորեն առաջ է բերում փոփոխություններ նաև մյուսների կյանքում: Ծնողներից շատերը ստեղծված սթրեսային իրավիճակում դառնում են անօգնական: Ապրումները, որոնք ունենում են այս երեխաների ծնողները, բացասաբար են անդրադառնում նրանց գիտակցության վրա: Դա է պատճառը, որ նրանք ավելի նյարդային են ու խոցելի [31, էջ 5]:

Հատուկ կարիքներով երեխաների ծնողների հուզական բնութագրերի ուսումնասիրման առաջին փորձերն արվել են արտասահմանյան հեղինակների կողմից: Արևմտյան հեղինակներից շատերը զարգացման շեղումներ ունեցող երեխաների ծնողների մոտ նկարագրում են ներոտիկ և հոգեբանական մի շարք խանգարումներ (B. Caldwell, S. Guze (1960), B. Goldberg (1962), O. J. J. Leeson (1961), H. Molony (1971), K. Stevenson (1968) և ուրիշներ): Հետազոտողների կողմից դիտարկվող հիմնախնդիրներից հատկապես ուսումնասիրվել են հուզական սթրեսի տևողությունն ու արտահայտվածության աստիճանը, սոցիալական մեկուսացման միտումները և նման ընտանիքների կանխատեսումները, ընտանիքի կայունության հիմնախնդիրներն ու ծնողների սոցիալական ստատուսի փոփոխությունները (H. Stone (1948): Արտասահմանյան գրականության մեջ նշվում է, որ անոմալիաներ ունեցող երեխա դաստիարակող յուրաքանչյուր ընտանիք ենթարկվում է խրոնիկական սթրեսի (S. Harris, M. Power (1989): Իր ուսումնասիրություններում Հարրիսը կարևորում է այն գործոնները, թե ինչպես է ընտանիքն ընդունում

«հատուկ» երեխայի փաստը, ինչ առանձնահատուկ կարիքներ և հեռանկարներ է կանխատեսում իր համար: Ըստ Յարրիսի՝ որոշ ծնողներ երեխայի հիվանդությունը ընդունում են որպես աղետ ընտանիքի համար և ինքնամեղադրման մտքեր են արտահայտում [46]:

Մ. Բրիսթոլի և Մ. Գիլի աշխատանքներում (1990) բացահայտվում է հստակ կապ ընտանիքի կողմից երեխայի ընդունման և ընտանիքի հարմարման հնարավորությունների միջև: Մ. Բրիսթոլը նշում է, որ սթրեսը մայրերի մոտ ավելի բարձր է արտահայտված, որ նրանք ոչ միայն կրում են անձի ազատության և ժամանակի չափազանց սահմանափակում, այլ նաև ցուցաբերում են շատ ցածր ինքնագնահատական՝ կապված, իրենց կարծիքով, ընտանիքում նյութական միջոցների ապահովման մեջ իրենց անբավարար դերակատարության հետ: Խրոնիկական սթրեսը մայրերի մոտ առաջացնում է դեպրեսիա, դյուրագրգռություն, հուզական և արվածություն (M. De Myers (1979), Z. Wolf (1989) [68]: Յարրերը, որպես կանոն, խուսափում են ամենօրյա սթրեսից՝ ժամանակի մեծ մասն անցկացնելով աշխատավայրում, բայց, ամեն դեպքում, նրանք վերապրում են մեղքի զգացում: Նրանց անհանգստացնում է սթրեսի ծանրությունը, որ կրում են իրենց կանայք: Նրանց վրա է ընկնում զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխայի դաստիարակման համար առանձնահատուկ կարիքների նյութական ծանրությունը, որը տևում է երկար ժամանակ, գործնականորեն՝ ողջ կյանքի ընթացքում (Zamb (1983) [68]:

Յետազոտությունները ցույց են տալիս, որ զարգացման շեղումներով երեխաների մայրերի մոտ, անկախ երեխայի մոտ առկա ախտաբանության բնույթից, առկա են որոշակի ընդհանուր հոգեբանական անձնային խնդիրներ: Նրանք մեծամասամբ ճնշված են և մեղքի զգացում են ապրում անոմալ երեխա ծնելու համար, իրենք իրենց ենթարկում են սոցիալական մեկուսացման, իսկ հիվանդ երեխայի դաստիարակության ծանրաբեռնվածությունը հանգեցնում է հիմնային պահանջմունքների ֆրոստացիայի [25, էջ 224]: Վերջինս դրսևորվում է ագրեսիայով, թշնամությամբ, որը կարող է ուղղված լինել ուրիշներին (ագրեսիվ ֆրոստացիա) կամ ինքն իրեն (ռեգրեսիվ ֆրոստացիա): Յաճախակի ֆրոստացիաներն անձի մոտ կարող են ամրապնդել բնավորության որոշակի դրևորումներ՝ ագրեսիվություն, նախանձ, թշնամություն, ոմանց մոտ էլ՝

անտարբերություն, իր հանդեպ հավատի կորուստ, անլիարժեքություն քարոզում, նախաձեռնողականության բացակայություն: Եթե մարդը երկար ժամանակ գտնվում է այս վիճակում, նրա մոտ ձևավորվում է ներոզ, հիվանդություն՝ որպես մարդու և միջավայրի կոնֆլիկտի արդյունք, որպես բախում ցանկությունների և իրականության, որն իրեն չի գոհացնում [76]:

Դեպրեսիան, ներանձնային կոնֆլիկտները, ներոտիկ և հոգեպաթոլոգիկ հակազդումները, ծնողական դիրքորոշման խեղաթյուրումները և երեխայի նկատմամբ վերաբերմունքը վկայում են հիվանդ երեխայի ծննդի հետ կապված բարդ իրադրությանը հարմարման խանգարումների մասին: Մայրերի ճնշող մասը որակավորված հոգեբանական օգնության խիստ պահանջ է զգում (Վ. Ա. Վիշնևսկի (1995), Վ. Վ. Տկաչյովա (1999), Ի. Ս. Բադդասարյան (2000), Օ. Բ. Չարովա (2003), Ե. Վ. Կոտովա (2003) և ուրիշներ) [25, էջ 224]:

Հատուկ կարիքներով երեխաների ընտանիքների և նրանց մերձակասոցիալական միջավայրի ուսումնասիրությանը բազմիցս անդրադարձել են Ա. Ի. Չախարովը, Վ. Ն. Մյասիշչևը, Վ. Ե. Ռոժնովը, Ա. Ս. Սափվակովսկայան, Վ. Վ. Ստոլինը և ուրիշներ: Նրանք նշում են անոմալ զարգացմամբ երեխայի ծնողներին բնորոշ մի շարք անձնային ընդհանուր առանձնահատկություններ, որոնք հիմնականում դրսևորվում են սենզիտիվության և հիպերսոցիալիզացիայի ձևով: Սենզիտիվությունն արտահայտվում է բարձր հուզական զգայունությամբ, ամեն ինչ սրտին մոտ ընդունելու ընդգծված հակվածությամբ: Հիպերսոցիալիզացիան դրսևորվում է պարտքի և պատասխանատվության սուր զգացումով, զիջելու դժվարությամբ: Սենզիտիվության և գերսոցիալիզացիայի համադրությունը նշանակում է զգացմունքի և պարտավորվածության ներքին հակադրություն, որը նպաստում է ներքին բարոյաէթիկական կոնֆլիկտի առաջացմանը [25, էջ 76]:

Վ. Վ. Տկաչյովան ուսումնասիրությունների արդյունքում առանձնացնում է մայրերի երեք խումբ, որոնցից յուրաքանչյուրին հատուկ է անհատական-տիպոլոգիական առանձնահատուկ բնութագիր: Դրանք են՝

- ներոտիկ տիպ,
- ավտորիտար տիպ,

- հոգե սոմատիկ տիպ:

Ներոտիկ տիպի մայրերին բնորոշ է՝

- պասիվ անձնային դիրքը,

▪ երեխայի զարգացման համար սեփական անգործունակության արդարացումը և չհասկանալը, որ ի հայտ եկող որոշ թերություններ կրորդային են, և դրանք ոչ թե կենսաբանական արտի արդյունք են, այլ իր իսկ անձնային անկատարելիության,

▪ ձգտումը՝ երեխային բոլոր դժվարություններից զերծ պահելու, նույնիսկ նրանցից, որոնք նա կարող է լուծել սեփական ուժերով,

▪ թուլության կամ իներտության ցուցաբերում դաստիարակչական նպատակի ռեալ իզացման ընթացքում,

▪ տրամադրության մշտական տագնապային ֆոն, ինչ-որ բանից չափից ավելի զգուշանալու արտահայտվածություն, որն իր հերթին փոխանցվում է երեխային և կարող է պատճառ դառնալ նրա մոտ բնավորության ներոտիկ գծերի ձևավորման:

Ավտորիտար տիպի ծնողներն ունեն ներոտիկ տիպի հակադիր պատկերը՝

▪ ակտիվ կյանքի դիրքորոշում, ձգտում ղեկավարվելու սեփական համոզմունքներով՝ անտեսելով կողքինների համոզումներն ու խորհուրդները, կայուն ցանկություն՝ իր և երեխայի համար ելք գտնելու ստեղծված իրավիճակից,

▪ բարկությունն ու գրգռվածությունը զսպելու անկարողություն, սեփական իմպուլսիվ արարքների վրավերահսկողության բացակայություն, վեճերի և ընդհարումների մասնակցելու հակվածություն, երեխայի խնդիրների նկատմամբ սառնություն և անտարբերություն նրա հետ կոնտակտի ժամանակ,

▪ հաճախակի չկշռադատված բնույթի դաստիարակման մեթոդների, պատժի դաժան ձևերի կիրառում:

Հոգե սոմատիկ տիպի ծնողների մոտ դրսևորվում են ինչպես ավտորիտար, այնպես էլ ներոտիկ տիպերին բնորոշ գծեր: Նրանց հատուկ են հաճախակի տրամադրության բևեռային փոփոխությունները (անզուսպ ուրախությունից մինչև խորը դեպրեսիա՝ աննշան առիթով) [46]:

Խոր անոմալ իաներով երեխաների մայրերի հոգեբանական վիճակների կլինիկական հետազոտության արդյունքում տարբերակվում է նրանց անձնային առանձնահատկություններով պայմանավորված երկու խումբ [25, էջ 88]:

Առաջին խմբի մայրերը աչքի են ընկնում ակտիվությամբ, զարգացվածությամբ, վարքի հիստերոիդ դրսևորումներով: Երեխայի հիվանդության լուրը նրանց մոտ առաջացնում է ընդգծված դեպրեսիվ հակազդում՝ մի քանի շաբաթից մինչև մի քանի ամիս տևողությամբ: Որոշ մայրերի մոտ դրսևորվել է հոգեծին ստուպոր, որը մի քանի րոպեից վերափոխվում է բուռն լացի, հուսալքության ու թախժոտ տրամադրության: Կատարվածի համար իրենց են մեղավոր համարում: Երբեմն ունենում են նաև ինքնասպանության մտքեր: Նրանց քունը խանգարվում է, խորանում է դեպրեսիան: Ժամանակի ընթացքում այս մայրերի մոտ ձևավորվում է կայուն դեպրեսիվ տրամադրություն, որը հաճախ ընդհատվում է լացով ու տագնապով՝ կապված երեխայի ներկայի ու ապագայի հետ: Այդ վիճակը սրվում է հատկապես այն պահերին, երբ նրանք զբաղված չեն որևէ գործով, հատկապես՝ քնելուց առաջ: Այս խմբի կանանց մոտ զգալիորեն ուժգնանում է գրգռվածությունը, փոքր առիթներից առաջանում են զայրույթի բռնկումներ: Դեպրեսիային զուգահեռ՝ նրանց մոտ դրսևորվում են ասթենիկ երևույթներ՝ գլխացավեր, ծանրության և ճնշող ցավեր կրծքավանդակում, արյան ճնշման տատանումներ, որոնք ժամանակի ընթացքում բարդանում են: Տարիների ընթացքում այս խմբի մայրերի անձնային առանձնահատկությունները ձեռք են բերում զարգացման յուրատիպ դինամիկա: Կանայք դառնում են պարփակված, կորցնում են հետաքրքրությունը շրջապատի նկատմամբ, խզում են նախկին կապերը: Նրանք դառնում են կարծես ավելի հանգիստ, բայց միևնույն ժամանակ՝ անտարբեր: Յետազոտության ներքին ժամանակ նշվում են մշտական թուլություն, գրգռվածություն, նեղացկոտություն, անսրտություն, երբեմն նաև լաց՝ երեխայի մասին զրուցելու ժամանակ: *Երկրորդ խմբին* պատկանում են այն մայրերը, որոնց հատուկ է սակավ ակտիվությունը, առանձնանալու ձգտումը, ծանոթների նեղ շրջանակը: Երեխայի հիվանդության համար նրանք մեղադրում են բժիշկներին: Երեխայի հիվանդության բնույթի մասին

տեղեկությունը ընդունում են համեմատաբար հանգիստ, որի պատճառը հավանաբար հիվանդության մասին սխալ, ոչ իրական պատկերացումն է: Նրանք չեն պատկերացնում երեխայի վիճակի ծանրությունը: Ժամանակի ընթացքում գիտակցում են իրավիճակը, որում հայտնվել են, բայց դրան զուգահեռ նրանց մեջ արթնանում է այսօրով ապրելու միտումը՝ առանց ապագայի հետկապված պլաններ կառուցելու: Նրանցից շատերի մոտ ի հայտ են գալիս դեպրեսիվ վիճակներ. տրամադրության զգալի անկում, հուսալքության նոպաներ: Տրամադրության անկումը կարող է ձգվել օրեր շարունակ՝ ուղեկցվելով վշտով ու տառապանքով: Այսպիսով՝ երկու խմբի մայրերի մոտ էլ, չնայած սկզբնական շրջանում հոգեբանական տարբեր վիճակներին, վերջնական արդյունքում ձևավորվում է կայուն դեպրեսիա [25, էջ 88]:

Վ. Վ. Տկաչյովան նշում է, որ ծնողների վրա երեխայի հաշմանդամությամբ պայմանավորված սթրեսի դեֆորմացնող ազդեցության խորությունը կախված է տարբեր պատճառներից (երեխայի զարգացման շեղումների բնույթից և բարդությունից, արտաքին նշանների արտահայտվածության աստիճանից, քանակից և այլն): Այդպիսի պատճառներից մեկը հեղինակը համարում է ծնողների անձնային առանձնահատկությունները [47, էջ 4]:

Մոր հոգեբանության, նրա անձնային առանձնահատկությունների և երեխայի նկատմամբ վերաբերմունքի վրա հատկապես բացասաբար է ազդում պաթոլոգիկ սիմբիոզը (հուզական կապը)՝ որպես առավել հաճախ հանդիպող անցանկալի ծնող-երեխա հարաբերության տեսակ, որը ձևավորվում է ընտանիքում հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի առկայությամբ: Նորմայում, երեխայի ինքնուրույնությունն ձեռք բերելուն զուգընթաց, սիմբիոզն աստիճանաբար վերափոխվում է: Մինչդեռ հատուկ կարիքներ ունենալու դեպքում տևական ժամանակ երեխան խիստ կախվածություն է ունենում մորից, և սիմբիոտիկ հարաբերությունը ձգվում է անորոշ ժամանակով՝ պայմանավորված արտի ծանրությամբ: Երեխայի հետ նույնականացումը (իդենտիֆիկացիան) հանգեցնում է նրան, որ մայրը երեխայի անհաջողությունները վերագրում է իրեն, ցանկացած անարդարություն՝ նույնիսկ իր իսկ սուբյեկտիվ ընկալմամբ

ծնված, վերագրում է սեփական «ես»-ին: Արդյունքում իջնում է մոր ինքնագնահատականը, ձևավորվում են ընդդիմացող հակազդումներ, և մեծանում է պաշտպանական մեխանիզմների մակարդակը: Այնուհետև կարծր խոցելիությունը, վիրավորվածությունը, անլիարժեքությունը, ձևավորվում է մեղքի բարդույթ [25, էջ 226]: «Անձի որևէ մասնավոր գծին տրվող առանձնահատուկ գնահատականն ազդում է նրա ընդհանուր ինքնագնահատականի վրա, ողջ անձին տրվող ինքնագնահատականը և ես-կոնցեպցիան ամբողջությամբ» [16, էջ 114]:

Ինքնահարգանքն ինքնագիտակցության կարևորագույն բաղադրիչներից է: Այն բազմանշանակ հասկացություն է, որը ենթադրում է և՛ ինքնաբավարարվածություն, և՛ դրական վերաբերմունք սեփական անձի նկատմամբ, և՛ սեփական «ես»-ի ընդունում: Որքան ցածր է ինքնահարգանքի մակարդակը, այնքան մեծ է անձի միայնակությունից տառապելու հավանականությունը, քանի որ շրջապատի հետ հաղորդակցվելիս իրեն խիստ կաշկանդված է զգում և նախապես համոզված է, որ շրջապատողներն իր մասին վատ կարծիք ունեն: Ցածր ինքնահարգանքը ցածր ինքնագնահատականի հետևանք է և հանգեցնում է հաղորդակցման լուրջ դժվարությունների, իջեցնում սոցիալական ակտիվությունը [5, էջ 29]:

Պատկերացումներն իր մասին՝ որպես անընդունակի, անհաջողակի, տգեղի, անբախտի, հիվանդի, հատուկ են տագնապային և պեդանտ բնավորության շեշտվածություն ունեցող անձանց: Արդյունքում առաջանում է տրամադրության անկում, ամրապնդվում է անլիարժեքության բարդույթ: Կայուն, չափից ավելի ցածր ինքնագնահատականը չափից ավելի կախման մեջ է դնում ուրիշներից, դարձնում ոչ ինքնուրույն, ստրկամիտ: Ինքնահարգանքն ընդհանրացված վերաբերմունքն է ինքն իր հանդեպ: Ցածր ինքնահարգանքը նշանակում է անբավարարվածություն իրենից, բացասական գնահատական իր անձի վերաբերյալ, հակվածություն ներոգի, դեպրեսիայի [76]:

Վ. Սատիրը գրում է, որ բարձր ինքնագնահատական ունեցող անձն իր շուրջը ստեղծում է մաքրության, ազնվության, պատասխանատվության, սիրո և կարեկցանքի մթնոլորտ: Նա զգում է, որ իրեն սիրում և հարգում են, որ իր ներկայությունից շրջա-

պատող աշխարհն ավելի լավն է դառնում: Նա ինքնավստահ է և, միևնույն ժամանակ, պատրաստ է դիմել օգնության: Նա գնահատում է իրեն, ուստի և պատրաստ է գնահատել նաև ուրիշներին: Նա իրեն և ուրիշներին պատրաստ է ընդունել այնպես, ինչպես որ կան: Վ. Սատիրը նշում է, որ չնայած բոլորն ունենում են հոգնածության և հիասթափության պահեր, բայց բարձր ինքնագնահատական ունեցող մարդիկ դրանք ընդունում են որպես ճգնաժամային պահեր, որոնցից կարելի է դուրս գալ՝ առանց վնասվելու: Մինչդեռ որոշ անձիք իրենց կյանքի հիմնական մասն ապրում են՝ տառապելով իրենց ցածր ինքնագնահատականի պատճառով: Չգալով իրենց ցածրարժեք՝ նրանք մշտապես իրենց խաբված, վիրավորված և չգնահատված են զգում: Վատագույնի սպասումով՝ նրանք հաճախ փորձանքի են ենթարկվում: Կառուցելով անվստահության և պաշտպանական պատ՝ նրանք մեկուսանում են մարդկանցից, մատնվում միայնության՝ միևնույն ժամանակ նսեմացնելով շրջապատողներին [44, էջ 30]:

Չարգացման խնդիրներ ունեցող երեխաների հայրերի հոգեբանական կերպարը ավելի հազվադեպ է ուսումնասիրված: Տվյալները հիմնականում վերցվում են մոր տված տեղեկություններից: Հիվանդ երեխայի հայրը հիմնականում ապահովում է ընտանիքի նյութատնտեսական բազան: Հատուկ կարիքով երեխայի ծննդի պատճառով նա չի թողնում և չի փոխում իր աշխատանքի ուղղվածությունը: Ի տարբերություն մայրերի՝ հայրերը չեն զրկում իրենց նախկին սովորություններից, սոցիալական հարաբերություններից: Նրանց կյանքային կարծրատիպերը շատ մեծ փոփոխության չեն ենթարկվում, քանի որ ժամանակի մեծ մասն անց են կացնում նույն սոցիալական միջավայրում (աշխատավայրում, ընկերների հետ և այլն): Ի տարբերություն մայրերի՝ հայրերն ավելի քիչ ժամանակ և ջանքեր են վատնում երեխայի վրա՝ զբաղված լինելով աշխատանքով և առաջնորդվելով ընտանեկան պարտականությունների մասին ավանդական պատկերացումներով: Ուստի նրանց հոգեկանը ավելի քիչ է ենթարկվում հոգեախտածին ազդեցության՝ քան մայրերինը: Այս բնութագրումը համարվում է առավել տարածված, բայց կան ի հարկե նաև բացառություններ [31, էջ 6]:

Այս տեղ նույնպես գործ ունենք երկու խմբի հետ: Առաջին խմբի դեպքում, հայրերը, իմանալով անոմալ երեխայի ծննդի մասին, ենթագիտակցորեն հրաժարվում են նրանից: Եթե մայրերը երեխային սիրում են ոչ թե նրա համար, թե ինչ պիսին է նա, այլ նրա համար, որ նա կա, ապա հայրերին ավելի շատ հուզում է երեխայի ապագան: Նրանք կարող են նույնիսկ հեռանալ ընտանիքից: Երկրորդ խմբի հայրերը ավելի ծայրահեղ վարք են ցուցաբերում: Նրանք ավելի ուժեղ դեպրեսիայի մեջ են ընկնում, քան մայրերը: Չայրույթի արդյունքում՝ նրանք կարող են խիստ կոպիտ վերաբերմունք ունենալ ընտանիքի մյուս անդամների հանդեպ: Այս վարքը պայմանավորված է նրանով, որ այսպիսի հայրերը սոցիալապես շատ ավելի խոցելի են [25, էջ 88]:

Չայրույթյան ժամանակակից մոդելը պայմանավորված է հասարակության դեմոկրատական, հումանիստական զարգացման միտումներով, ամուսինների իրավունքների և ընտանեկան պարտականությունների իրավահավասարությանը: Փաստացի, բավականին կարճ ժամանակահատվածում, վերջին երկու սերունդների կյանքի ընթացքում էապես փոխվել են հայրույթյան մասին պատկերացումները: Ժամանակակից ընտանիքում կինը և տղամարդը հանդես են գալիս որպես հավասար գործընկերներ: Փոխվել են նաև գիտական և տեսական այն պատկերացումները, թե հատկապես ինչ գործառույթներ պետք է իրականացնի հայրը երեխաների վերաբերյալ: Եթե նախկինում մտածում էին, թե մայրը բնագոյների թելադրանքով ավելի լավ է փոխգործակցում նորածնի հետ, գենետիկորեն ավելի շատ է հակված նրա խնամքին, ապա ներկայումս գիտնականները գտնում են, որ սկզբունքորեն տարբերություն չկա հոր կամ մոր խնամքի միջև՝ անգամ ամենափոքր երեխայի դեպքում: Չետագոտույթյամբ ապացուցված է, որ հայրը կարող է դա նույնքան լավ անել, որքան մայրը: Ներկայումս նկատվում է այն հայրերի քանակի աճի միտում, ովքեր ակտիվորեն մասնակից են իրենց երեխայի կյանքին՝ ծնվելու պահից սկսած: Չետևաբար, չի կարելի բացառել անձի հոգեբանական օրինաչափ փոփոխությունների առկայությունը հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող հայրերի մոտ: Նրանց մեջ տեղի են ունենում որակական փոփոխություններ հոգեբանական և սոցիալական մակարդակներում:

Յոգեբանական մակարդակ. Երեխայի ծնունդով հասնում են անձնային, տղամարդու ներքին նպատակներին՝ ցանկանալով ինքնակայանալ երեխայի միջոցով: Է. Ֆրոմը նկարագրում է, որ հոր սերը երեխայի նկատմամբ հիմնված է որոշակի պայմանների վրա և ղեկավարվում է հետևյալ կարգախոսով՝ «Ես քեզ սիրում եմ, որովհետև դու արդարացնում ես իմ երագանքները, որովհետև դու կատարում ես քո պարտքը, որովհետև դու նման ես ինձ»: Երեխայի զարգացման շեղումները թույլ չեն տալիս արդարացնել հայրական սպասումները: Երկարատև բնույթ կրող սթրեսները ծնողների հոգեկանի վրա ձևախեղող ազդեցություն են ունենում և դրանից բխող սուր հոգեվնասվածքային իրավիճակներ ստեղծում ընտանեկան կյանքի ճանապարհին: Փոփոխվում են ներընտանեկան փոխհարաբերությունները, շրջապատող միջավայրի հետ ընտանիքի անդամների հարաբերությունները, ծնողներից յուրաքանչյուրի աշխարհընկալումներն ու արժեքային կողմնորոշումները:

Սոցիալական մակարդակ. միանգամայն ակնհայտ է, որ հայրությունը բնութագրող կարևոր կողմերից մեկը համարվում է սոցիալական դետերմինացիան: Սոցիումը հոր սոցիալական ստատուսին որոշակի տարիքային, տնտեսական, մասնագիտական պահանջներ է ներկայացնում: Երեխայի գոյությունը թույլ է տալիս խոսել տղամարդու ստատուսի մասին: Մի կողմից հայրությունը կապված է սոցիալական ստատուսի հետ, այսինքն՝ տղամարդու համար, ի տարբերություն կնոջ, հայր դառնալ հանարավոր է միայն որոշակի ստատուս ձեռք բերելուց հետո, իսկ մյուս կողմից հայրությունն ինքը բարձրացնում է տղամարդու՝ որպես հասարակության անդամի ստատուսը [32]:

Տղամարդկանց ինքնագնահատականը երեխայի ծննդից հետո բարձրանում է: Այս եզրակացությանն են եկել Կալիֆոռնիայի Սանտա-Բարբարա համալսարանի գիտնականները: Նրանք պնդում են, որ դա պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ տղամարդիկ հպարտանում են, որ ստեղծել են իրենց միևնույնի տարբերակը, իր կերպարով ու նմանությամբ մարդու կի: Գիտնականները հետազոտել են 26 տարեկան, ամուսնացած 182 երիտասարդ տղամարդկանց ինքնագնահատականը և նույնը կրկնել մեկ տարի հետո: Պարզվել է, որ այն երիտասարդների մոտ, ովքեր երեխա են ունեցել, բարձրացել

Ե ինքնագնահատականը, իսկ ում ընտանիքը չի համալրվել, ինքնագնահատականը մնացել է անփոփոխ: Կոննեկտիկուտ նահանգի ընտանիքների հետազոտության համալսարանի պատվավոր պրոֆեսոր Ռոնալդ Ռոները հայտնում է, որ եթե երիտասարդ մայրը հետճննդաբերական դեպրեսիա է ապրում, ապա հայրն ապրում է հետճննդաբերական ցնժոթյուն [79]: Սակայն միանգամայն այլ է բնածին արատով երեխայի ծննդյան դեպքում: Ե. Ն. Լեկոմցևան նշում է, որ զարգացման շեղումներով երեխայի ծննդյան հետևանքով պակասում է տղամարդու շփումը սոցիումի հետ: Պատճառը հատուկ կարիքներով երեխայի վիճակն է և զարգացման առանձնահատկությունները, ինչպես նաև տղամարդու անձնային դիրքորոշումները՝ վախ, ամոթ, անլիարժեքության զգացում որպես հասարակության տղամարդ անդամ՝ իր առնականությամբ և վերարտադրողական ունակություններով [32]:

Վ. Ն. Մյասիշչևը գտնում էր, որ անձնառավել վառ է դրսևորվում սոցիալական հարաբերություններում: Նա անձը բնութագրում էր որպես «հարաբերությունների համույթ»: Հարաբերությունների կառուցվածքում կարևորը ինքնագնահատականն է: Իր նկատմամբ վերաբերմունքն ինքնագիտակցության (ինքնահասկացում, ինքնագնահատական, ինքնակարգավորում) բաղադրամասերից մեկն է [37]: Բ. Գ. Անանևը (1980) մարդու վերաբերմունքն ինքն իր նկատմամբ համարում էր ավելի ուշ ձևավորվող գոյացություն (անձի մնացած հատկությունների համեմատ), այն առաջանում է իրավիճակների, առարկաների և մարդկանց հանդեպ վերաբերմունքի ձևավորումից հետո: Սակայն հատկապես ինքնավերաբերմունքն է, որ, անկախ մնացած բոլորից, ավարտին է հասցնում բնավորության կառուցվածքի կայացումը և ապահովում նրա ամբողջականությունը [28, էջ 16]:

Ծնողական ինքնագիտակցությունը կապված է անձի հասունության հետ: Ս. Խուդոյանը, անդրադառնալով տարիքային հոգեբանության մեջ 25-32 տարեկանում ինքնագիտակցության վերականգնման հիմնախնդրին, նշում է, որ վերականգնումը բնութագրում է սոցիալապես ակտիվ սուբյեկտի (կենցաղային արտահայտությամբ՝ հասուն մարդու) ինքնագիտակցության ձևավորման գործընթացը, ինչպիսին, օրինակ, ծնողական

ինքնագիտակցությունն է: Յեղիակը նշում է, որ ծնողական ինքնագիտակցությունը, այսինքն՝ սեփական Ես-ը որպես ծնողական ակտիվության սուբյեկտ ընկալելը հիմնականում ձևավորվում է երկու հանգամանքների ազդեցությամբ. առաջինը ծնողական պահանջմունքի արթնացումն է, երկրորդը՝ երեխայի ծնունդը: Ծնողական ինքնագիտակցությունը, առկայության պարագայում, դրսևորվում է իր կոգնիտիվ և աֆեկտիվ բաղադրիչներով, «այսինքն մարդը ոչ միայն գիտի, որ ինքը ծնող է, այլև զգում է իր ծնող լինելը»: Յեղիակը նշում է, որ պատանի հայրերը կամ մայրերը, որոնց մեջ զարգացած է ծնողական ինքնագիտակցությունը, երեխա ունենալուց հետո էլ չեն զգում իրենց ծնող լինելը [7, էջ 195-196]:

Ռոջերսի տեսանկյունով՝ մարդու վարքի հիմնական շարժառիթը ինքնակայացման ձգտումն է, այսինքն՝ սեփական Ես-ի հնարավորությունների և ընդունակությունների կայացումը, որը բերում է ինքնաբավարարվածության, անկախության, սոցիալական պատասխանատվության, հասունության և փորձառունակության [76]: Մինչդեռ Ես-ը պարունակում է ոչ միայն Ես-իրականը, այլ նաև Ես-ի դեպի ականը, որոնց միջև եղած տարբերությունը Ռոջերսը դիտում էր որպես անձի առողջ գործառնության և զարգացման խոչընդոտ: Պաշտպանական մեխանիզմերը թույլ են տալիս պահպանել ոչ իրական Ես-ը՝ դառնալով պատնեշ հասուն անձի կայացման ճանապարհին [72]:

2.2. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ ծնողական վերաբերմունքի սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունները

Վ. Ն. Մյասիշչենն ընգծում էր վերաբերմունքի և փոխհարաբերության կապը, որոնց էությունն իրականում նույնը չէ: Գիտնականը որպես օրինակ է բերում ծնողների վերաբերմունքը՝ երեխայի և տղամարդու վերաբերմունքը կնոջ հանդեպ: «Սերը կարող է լինել փոխադարձ, կարող է լինել միակողմանի, վերջապես, մի կողմի դրական վերաբերմունքը կարող է հանդիպել մյուս կողմի թշամական վերաբերմունքին»: Մարդը ուրիշ մարդու, իրադրության, երևույթի հանդեպ բացասական վերաբերմունքով հանդերձ կարող է ցուցաբերել բարյացակամություն, համակերպում և նույնիսկ հարգանք, կառուցել բարի փոխհարաբերություններ՝ ձգտելով արտաքին միջոցներով լուծել իր որևէ խնդիրը: Դա կարող

Ե հանգեցնել կեղծավորության կամ սուբյեկտի հարմարվել ուն կամ կարող է լինել չգիտակցված՝ որպես կյանքի փորձով ձեռք բերված պահվածքի տեսակ: Վ. Ն. Մյասիշչևը գտնում էր, որ անձի և հասարակության համար առաջնահերթ նշանակություն ունեն մարդու այնպիսի բարոյահոգեբանական գծեր, ինչպիսիք են բարյացակամ վերաբերմունքը հասարակության և մարդկանց հանդեպ, համերաշխությունն ու բարեկամությունը, հավատարմությունը բարձր արժեքների, ազնվության, մարդկանց մեջ լավագույնի, պարտքի գիտակցման, կոլեկտիվիզմի, մարդասիրության հանդեպ: Այս բոլորը «միաժամանակ հասարակական, գաղափարական, բարոյական և հոգեբանական սկզբունքներ են»: Գիտնականը գտնում էր, որ հարաբերության և փոխգործակցության միջև գոյություն ունի որոշակի կախվածություն, բայց այդ կապը անփոփոխ է, քանի որ փոխգործակցությունն արտաբուստ կարգավորվում է ճշգրտված սոցիալական պահանջներով՝ կարգուկանոնով, վարվեցողության հասարակական նորմերով, որոնք հաճախ արգելափակում և քողարկում են իրական հարաբերությունները [77], [37]:

Չատուկ կարիքներով երեխաների նկատմամբ վերաբերմունքը պայմանավորված է զարգացման արտի նկատմամբ սոցիոլոմի վերաբերմունքով, որին միանում են նաև երեխայի ծնողները, ընտանիքի անդամներն ու խնամակալները [25, էջ 9]: Չնայած հաշմանդամի նկատմամբ հասարակության արտաբուստ դրական վերաբերմունքին՝ նրանց հանդեպ անցյալից եկած կարծրակերպ պատկերացումները հայկական իրականության մեջ շատ քիչ են փոփոխություն կրել. առողջ մարդիկ դեռևս խուսափում են հաշմանդամների հետ շփումից [8, էջ 11]: Չաշմանդամ երեխայի ծնողը, լինելով նույն հասարակության անդամ, կրելով նույն պատկերացումներն ու համապատասխան դիրքորոշումը հաշմանդամի նկատմամբ, հոգեբանական ծանր վիճակում է հայտնվում: Նրան այդ պահին հուզում են ոչ այնքան երեխայի խնդիրները, որքան այն, թե ինչպես կվերաբերվի իրեն հասարակությունը, ծանոթ շրջապատը, և ինչպես կանդրադառնա դա ընտանիքի այլ անդամների, հատկապես առողջ երեխաների հետագահարաբերությունների վրա [15]:

Չատուկ կարիքներով երեխա ունեցող ծնողների հետ հոգեբանական աշխատանքի երկարատև փորձը ցույց է տալիս, որ

ծնողների մեծ մասը հոգեբանորեն պատրաստ չէ ընդունելու իր երեխային՝ թերություններով հանդերձ: Նրանցից շատերը խուսափում են նոր ծանոթություններից, հատուկ կարիքներ ունեցող իր երեխայի մասին մարդկանց հետ խոսելուց: Ավելին՝ եղել են բազմաթիվ դեպքեր, երբ ծնողը, գիտակցելով հանդերձ իր երեխայի խնդիրները և նրա համար համապատասխան մասնագիտական ծառայություններից օգտվելու կարևորությունը, հրաժարվել է նրան համապատասխան կենտրոն բերելուց, որովհետև չի ցանկանում, որ իր երեխան շփվի նմանատիպ կամ այլ խնդիրներով երեխաների հետ: Ծնողի համար հոգեբանորեն դժվար է հարմարվել իր երեխայի հաշմանդամ լինելու փաստին. նրանցից շատերը հերքում են երեխայի մոտ առկա զարգացման սահմանափակումների փաստը, կասկածի տակ են դնում բժիշկների և այլ մասնագետների կողմից դրված ախտորոշումներն ու երեխայի հետագա զարգացման մասին եզրակացությունները: Առաջնորդվելով հոգեբանական պաշտպանական մեխանիզմներով՝ նրանք դրսևորում են ոչ արեկվատ վերաբերմունք իրենց երեխայի նկատմամբ, չեն ուզում տեսնել նրա իրական խնդիրները, հրաժարվում են համապատասխան մասնագիտական ծառայություններից [15]:

Մի խումբ հոգեբանների ուսումնասիրություններից պարզվել է, որ հատուկ կարիքով երեխայի նկատմամբ ծնողներն ունենում են հուզական, իմացական և վարքային տարբեր վերաբերմունքներ: *Ծնողական վերաբերմունքի հուզական դրսևորում.* ուսումնասիրությունները ցույց են տվել, որ հատուկ կարիքով երեխա ունեցող ծնողներն ավելի հակված են հուզական մերժման կամ ունեն երկակի վերաբերմունք՝ սեր և ատելություն միաժամանակ: Հատուկ կարիքով երեխան հասկացված և ընդունված է, եթե ծնողները գիտակցում են երեխայի հատուկ կարիքների առանձնահատկությունները, և վերաբերմունքը համապատասխանում է երեխայի խնդիրներին և առողջությանը: *Ծնողական վերաբերմունքի իմացական բաղադրամաս.* հաճախ այն ծնողները, որոնք խնամում են հատուկ կարիքով երեխա, դրսևորում են իրականությանն անհամապատասխան վերաբերմունք, միակողմանի են վերաբերվում իրավիճակին (դրական կամ բացասական): Ծառ դեպքերում նրանց գիտելիքներն ու պատկերացումները չեն

համապատասխանում երեխայի առողջության իրական վիճակին: *Ծնողական վերաբերմունքի վարքային դրսևորում*. մյուս ծնողների համեմատ՝ հատուկ կարիքներով երեխաների ծնողներն ավելի են հակված իրենց երեխային ընդունել որպես «փոքրիկ անհաջողակի», որը մանկամիտ է ու անկարող ամեն ինչում: Ելնելով այս տեսակետից՝ նրանք սահմանափակում են նաև երեխայի շփումը ընտանիքից դուրս [20, էջ 12]:

Երկարատև ուսումնասիրությունների արդյունքում Ն. Յ. Սինյագինան բարենպաստ և անբարենպաստ ընտանիքներում առանձնացրել է ծնողական վերաբերմունքի խմբեր:

Բարենպաստ ընտանիքներում դրսևորվում են վերաբերմունքի հետևյալ ձևերը՝

- հասկացող,
- հովանավորող,
- անտարբեր:

Անբարենպաստ ընտանիքներում դրսևորվող ձևերն են՝

- ճնշող,
- տագնապային,
- առանձնացված,
- մերժողական:

Հասկացող ծնողը լավ է ճանաչում իր երեխային, ռեալ է գնահատում նրան և նրա արարքները: Իրադրություններում կողմնորոշվում է ճկուն և ադեկվատ, ընդունում է երեխայի տեսակետը, ընդունում է նրան այնպես, ինչպես կա: Այս ծնողները զգայուն են, հաճախ են խոսում երեխայից, վերապրում նրա հետ, ընդունակ են պաշտպանել նրան ցանկացած իրավիճակում: *Հովանավորող* ծնողը լավ գիտի իր երեխային, ռեալ է համարում նրա արարքները, արձագանքում է ադեկվատ: Բայց երեխայի հետ հարաբերություններում ընդունում է ավագի դիրք, չի ընդունում երկխոսությունները, իր տեսակետը համարում է միակ ճիշտը: *Անտարբեր* ծնողները լավ չեն ճանաչում և չեն էլ ձգտում ճանաչել իրենց երեխային: Ավելի շատ մտահոգվում են արտաքին արդյունքների և փաստերի համար, քան պատճառների և ապրումների: Հուզական վերաբերմունքը երեխայի նկատմամբ թույլ է արտահայտված: Հաճախ

Նման ծնողները զբաղված են սեփական խնդիրներով: Բայց նրանց երեխաները սովորաբար լավ են հագնվում, խնամված են և լավ վարք են դրսևորում, ընդունված են հասարակության կողմից [30, էջ 17]:

Անբարենպաստ ընտանիքներում երեխայի նկատմամբ ճնշող վերաբերմունքն արտահայտվում է երեխայի նկատմամբ հուզական մերժվածությամբ, մեծաքանակ զրկանքներով ու հրամաններով: Ծնողները համոզված են, որ լավ են ճանաչում իրենց երեխային, սակայն սովորաբար չեն կարող կանխատեսել նրա վարքը տարբեր իրավիճակներում: Հարաբերությունները լարված են: *Մտահոգ* վերաբերմունքով ծնողները տարբերվում են բարձր տաղանապայ նությամբ, անվստահությամբ: Իրականում նրանք վատ չեն ճանաչում իրենց երեխաներին, զգայուն են նրանց նկատմամբ, բայց վստահ չեն իրենց պահվածքում: Այդ իսկ պատճառով երբեմն դաժան են երեխայի հանդեպ: Հարաբերություններն անկայուն են և հակասական: *Մեկուսացված* հարաբերությունների ժամանակ ծնողների դիրքը չափազանց կոշտ է, բացակայում է երկխոսությունը երեխայի հետ, մեծ են պահանջներն ու սպասումները: *Մերժողական* վերաբերմունքով ծնողներն օտարված են երեխայից, չեն ուզում մխրճվել նրա խնդիրների մեջ, ուշադրություն դարձնել, տեսնել փոփոխությունները: Հուզական վերաբերմունքը վառ արտահայտված չէ, օտարության մասնիկներ են կրում: Երեխայի զգացմունքներն ու ապրումները փակ են նրանց համար, նրանք վատ գիտեն իրենց երեխային: Միևնույն ժամանակ նրանց պատկերացումները երեխայի նկատմամբ ադեկվատ են [30, էջ 18]:

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի ընտանիքում մեծ վտանգ է ներկայացնում երեխայի նկատմամբ առանձնահատուկ վերաբերմունքի դրսևորումը՝ նրան որպես «հատուկ» երեխայի ընդունելը: Ծնողներից շատերը ձգտում են իրենց հատուկ կարիքով երեխային ազատել բոլոր տեսակի ֆիզիկական ջանքերից, նրա փոխարեն իրենք են կատարում շատ գործողություններ, նույնիսկ այնպիսիք, որոնք նա ի վիճակի է ինքնուրույն հաղթահարել, կատարում են երեխայի բոլոր քմահաճույքները և զրկում նրան տարրական ինքնուրույնությունից: Լ. Ի. Ակատովը նշում է, որ հատուկ կարիքով երեխային ուղղված դաստիարակությունը պետք է լինի ճիշտ այնպիսին, ինչպիսին է առողջ երեխայի

դաստիարակությունը: Երեխայի «առանձնահատկությունների» վրա ուշադրության անընդմեջ կենտրոնացումը կախյալ, անկայուն, աննպատակալաց անձնավորություն ձևավորելու ռեալ ճանապարհն է [22, էջ 172]:

Ամեն տեսակի դժվարություններից զերծ պահող, երեխայի բոլոր ցանկությունները կատարող սերը երեխային դարձնում է անօգնական, ինքնուրույնությունից զուրկ, մշտապես մեծերից կախման մեջ գտնվող: Յետագայում գերխնամված երեխան կանգնում է սեփական ուժերով իր համար ճանապարհ հարթելու անկարողության փաստի առաջ: Նա անվերջ պահանջողի դերում է՝ գտնելով, որ ինքը «մեղք չունի», «անմեղ զոհ է»: Երբեմն երեխան չի կարողանում հասկանալ իր գոյության կարևորությունը, հաճախ նրան տանջում են այն մտքերը, թե ինչու՞ է ծնվել, ինչու՞ են ծնողներն իրեն լույս աշխարհ բերել, զգում է իրեն ավելորդ՝ մեղադրելով ծնողներին: Չստանալով իր հարցերի պատասխանը՝ երեխան դառնում է ներանձնացած, շփման համար անմատչելի [14, էջ 82]:

Անձի ինքնագնահատականի ձևավորման մասին խոսելիս Կ. Ռոջերսը նշում է, որ փոքր երեխաների ինքնագնահատականը ենթագիտակցական է, այն ավելի շատ ինքնացգացողություն է, քան ինքնագնահատական: Երեխաներն ավելի ուշ տարիքում են սկսում հասկանալ իրենց, իրենց ձգտումներն ու ընդունակությունները և կառուցել իրենց կյանքը՝ իրենց իսկ մասին ունեցած գիտակցված գնահատականին համապատասխան: Ռոջերսի գաղափարներն այն մասին, թե ինչպիսին պետք է լինեն փոխհարաբերությունները ծնողների և երեխաների միջև, հիմք հանդիսացան ճանաչված գիտնական Բ. Սփոքի աշխատանքների համար, որը գրում էր այն մասին, թե ծնողները պետք է խնամեն իրենց երեխաներին՝ չխախտելով նրանց իրական ինքնագնահատականը, և օգնեն նրանց սոցիալիզացվել [35, էջ 394]:

Այս առումով հետաքրքրական են Ս. Կուլպերսմիթի իրականացրած լայնածավալ ուսումնասիրությունները երեխայի ինքնագնահատականի ձևավորման վրա ընտանիքի ազդեցության վերաբերյալ: Յարերի դաստիարակության անուղղակի ուսումնասիրությունը (մայրերի և երեխաների պատասխանների վրա հիմնվելով) ցույց է տալիս, որ բարձր ինքնագնահատականով հայրերը ուշադիր և հոգատար են երեխաների նկատմամբ, նրանց և

Երեխաների միջև վստահություն է տիրում: Ս. Կուպերսմիթի կարծիքով՝ երեխայի բարձր ինքնագնահատականը պայմանավորված է դաստիարակության այնպիսի առանձնահատկություններով, ինչպիսիք են՝

1. ծնողի կողմից երեխայի ընդունումը,

2. պարտականությունների հստակ սահմանումն ու սահմանափակումը,

3. ինքնուրույն գործելու լայն շրջանակը, որը գոյություն ունի այդ որոշակի սահմանների ներսում [67]:

Ամերիկացի հայտնի մանկավարժ Բենջամին Սփոքը հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող ընտանիքներում առանձնացնում է երեխայի նկատմամբ ծնողների վերաբերմունքի հետևյալ ձևերը.

1. Ամաչում են իրենց երեխայի տարօրինակությունների համար, անհարկի պաշտպանում են նրան: Երեխան իրեն հանգիստ և ապահով չի զգում, պարփակված է, դժգոհ է իրենից:

2. Անտեղի մեղավոր են զգում երեխայի վիճակի համար, դիմում են բուժման ոչ ավանդական, ոչ բանական մեթոդների, որոնք ավելի են վատթարացնում երեխայի վիճակը՝ չբերելով ոչ մի օգուտ:

3. Աստիճանաբար գալիս են այն հետևություն, որ իրենց երեխան անհուսալի է, հրաժարվում են ուշադրության ու սիրո ինչ-որ նշաններ դրսևորելուց:

4. Չեն նկատում երեխայի զարգացման խնդիրները և փորձում են ապացուցել իրենց և ողջ աշխարհին, որ նա ավելի վատը չէ, քան ուրիշները:

5. Երեխային իրական են ընդունում, թույլ են տալիս լինել ամեն տեղ՝ ուշադրություն չդարձնելով հայացքներին ու նկատողություններին: Երեխան զգում է իրեն վստահ, երջանիկ, ընդունում է իրեն այնպես, ինչպես բոլորը [30, էջ 28]:

Ծնողների հուզական անձնային վերաբերմունքի վրա էական ազդեցություն են ունենում սոցիալ-դեմոգրաֆիկ, ստատուսային նախադրյալները և երեխայի հիվանդության բնույթը: Չայտնի է, որ մոր և երեխայի միջև հուզական կապը երեխայի համար հիմք է դառնում՝ իր, ուրիշների և շրջապատող աշխարհի նկատմամբ գնահատականի և վերաբերմունքի ձևավորման համար: Չուզական վիճակը երեխայի անձնային առողջության ցուցանիշն է, որով

պայմանավորված է նրա սոցիալական վարքը: Գոյություն ունի որոշակի կախվածություն մոր անձնային հուզական վերաբերմունքի և երեխայի անձնային հուզական բնութագրի միջև: Բացի դրանից, հայտնաբերված է բարձր փոխհարաբերակցություն մոր տազնապայնության ցուցանիշի և երեխայի ամաչկոտության, քաջության և տազնապայնության ցուցանիշների միջև [25, էջ 80]:

Ուշագրավ է Լ. Լ. Բալանդինայի կատարած հետազոտությունը միակ երեխա ունեցող ընտանիքներում՝ ծնող-երեխա փոխգործակցության և նախադպրոցական տարիքի տղաների ու աղջիկների ինքնագնահատականի ձևավորման վերաբերյալ: Հետազոտողի կողմից առաջ է քաջված այն գաղափարը, որ ծնողի և երեխայի սեռերով են պայմանավորված ծնող-երեխա փոխգործակցության առանձնահատկությունները և այդ հարաբերությունների ազդեցությունը երեխաների ինքնագնահատականի ձևավորման վրա: Հետազոտության արդյունքները ցույց են տվել, որ հայրերի համար ավելի ընդունելի են տղաների անձնային որակներն ու վարքային դրսևորումները, քան՝ աղջիկներինը: Հավանական է, որ նման հարաբերությունները պայմանավորված են սեռային և գենդերային ընդհանրություններով: Աղջիկների հայրերի մոտ տազնապայնության ցուցանիշն ավելի բարձր է: Նրանք հուզական վերաբերմունք են ցուցաբերում աղջիկների նկատմամբ (ի տարբերություն տղաների հանդեպ ռացիոնալ վերաբերմունքի), ավելի շատ են անհանգստացած աղջկա համար, ձգտում են պաշտպանել և ապահովել նրան վտանգներից: Որքան մեծ է հուզական մտերմությունը հոր և աղջկա միջև, որքան հայրը խիստ չեն երկայացվող պահանջներով և նորմերով, այնքան աղջիկը բարձր է գնահատում հարաբերությունները ոչ միայն հոր, այլ նաև մոր հետ: Հոր կողմից աղջկա նկատմամբ փափուկ ու ջերմ վերաբերմունքը բարենպաստ հիմք է ստեղծում ընտանիքում ծնող - երեխա հարաբերությունների համար: Տղայի ինքնագնահատականը բարձր է, երբ մոր կողմից տղայի ընդունումը նվազում է, իսկ հոր կողմից ընդունումը մեծանում է: Հոր հսկողությունը նվազեցնում է աղջկա ինքնագնահատականը, իսկ մոր հսկողությունը բարձրացնում է տղայի ինքնագնահատականը [74]:

Լ. Մ. Կոլ պակովան և Գ. Ն. Մուխախմետովան, ուսումնասիրելով մոր և հաշմանդամ երեխայի հուզանձնային հարաբերությունները, առանձնացնում են մայրերի՝ երեխայի նկատմամբ վերաբերմունքի երեք տեսակ՝ ընդունող, ամբիվալենտ և մերժողական, որոնցից առավել հաճախ դրսևորվում են ամբիվալենտ և մերժողական վերաբերմունքները: Որպես մայրերի՝ հաշմանդամ երեխայի հետ հուզանձնային հարաբերությունների բնութագրիչներ, հեղինակների կողմից նշվում են ընտանեկան կոնֆլիկտների բարձր մակարդակը, ընտանեկան անբարենպաստ մթնոլորտը, ընտանիքում անլիարժեքության զգացումի գերակայությունը, տագնապայնություն զգացումը, որոշակի թշնամություն և ընտանեկան իրավիճակներում: Երեխայի կողմից հուզանձնային վերաբերմունքը, բացի վերը նշված բնութագրիչներից, ներառում է նաև մոր նկատմամբ օտարության զգացումի բարձր մակարդակը [25, էջ 81]:

Ա. Յ. Վարգայի աշխատանքում նկարագրվում է երեխայի նկատմամբ ծնողական վերաբերմունքի ախտաբանական երեք տիպ՝

1. սիմբիոտիկ,
2. ավտորիտար,
3. հուզականորեն մերժողական:

Վերջինի դեպքում երեխային համարում են հիվանդոտ, թուլլ, անկարող, ընդունում են որպես «փոքրիկ անհաջողակի» [36, էջ 17]:

Օ. Ա. Ֆեդոսեևան նշում է, որ ծնողների անձնային առանձնահատկություններով է պայմանավորված նրանց վերաբերմունքը երեխայի արատի նկատմամբ. ծնողների մի մասը լրջորեն մտահոգված է երեխայի զարգացման արատով, մյուս մասը, արտահայտելով ուժեղ անհանգստություն, ոչինչ չի ձեռնարկում նրան օգնելու համար, մնացածն էլ ընդհանրապես ուշադրություն չեն դարձնում երեխայի թերություններին [50]:

Հատուկ կարիքներով երեխաների ընտանիքների հետգործնական աշխատանքները ցույց են տալիս, որ այս ընտանիքների վերաբերմունքը երեխայի կարիքների նկատմամբ պայմանականորեն կարելի է բաժանել երկու խմբի: Ընտանիքները, որոնց վերաբերմունքը երեխայի խնդրի նկատմամբ կառուցողական է, ձգտում են առավել արդյունավետ ձևով ընտելանալ նոր

պայմաններին, կարգավորել ընտանիքի կենցաղը, շփումը, փոխել վերաբերմունքը խնդիրների նկատմամբ: Կառուցողական վերաբերմունքը ընտանիքի բոլոր անդամների հուզական հարմարման արդյունքն է. նրանք ընդունում են հիմնախնդիրը: Ճգնաժամեր այս ընտանիքներում էլ են լինում, բայց ծնողներն արդեն հասցրել են ընտրել դրական դիրքորոշում իրենց և իրենց երեխայի նկատմամբ, որը թույլ է տալիս ձևավորել այնպիսի հմտություններ, որոնք կօգնեն հարմարվել և՛ ընտանիքին, և՛ երեխային: Սակայն նմանօրինակ ընտանիքներն ավելի քիչ են, քան այն ընտանիքները, որոնց վերաբերմունքը երեխայի հատուկ կարիքների նկատմամբ ոչ կառուցողական բնույթ է կրում և որտեղ անտեսվում են խնդիրները («Դա իմ խնդիրը չէ, դա իր խնդիրն է, թող ինքն էլ հաղթահարի»), արտահայտվում կոպիտ վերաբերմունք և երեխայի հուզական մերժում [52, էջ 73]:

Կարելի է առանձնացնել երեխայի արատի հանդեպ ծնողների վերաբերմունքի մի քանի մոդելներ, որոնք տարբերվում են դաստիարակության իրենց ռազմավարությամբ և մարտավարությամբ: «Խնամակալական դաստիարակության» մոդելը պայմանավորված է արատի գերազնահատմամբ: Այն դրսևորվում է զարգացման խանգարում ունեցող երեխային ցուցաբերվող ավելորդ խնամակալությամբ: Այս դեպքում երեխային չափից ավելի են փայփայում, խղճում, զգուշորեն հետ են պահում են ամեն ինչից, նույնիսկ իր համար հաղթահարելի գործերից: Մեծերն ամեն ինչ իրենք են անում երեխայի փոխարեն՝ բարի տրամադրվածությամբ դարձնելով երեխային անօգնական, անկարող, անգործունյա: Երեխան չի տիրապետում ինքնասպասարկման հասարակ հմտությունների, չի կարողանում կատարել մեծերի պահանջները, չի կարողանում դրսևորել իրեն հասարակության մեջ, չի ձգտում շփվել ուրիշների հետ: Այսպիսով, «խնամակալական դաստիարակության» մոդելը պայմաններ է ստեղծում հատուկ կարիքներով երեխային արհեստականորեն մեկուսացնելու համար և հանգեցնում է պասիվ, սպառողական կողմնորոշում ունեցող եսասեր անձի ձևավորման: Յետագայում նման անձն իր անձնային առանձնահատկությունների պատճառով հարմարման դժվարություններ կունենա: Ընտանիքում փոխհարաբերությունների մյուս ծայրահեղությունը

պայմանավորված է «անտարբեր դաստիարակության» մոդելով, որը երեխայի մեջ առաջացնում է ավելորդության, լքվածության, միայնակության զգացում: Դաստիարակման այս մոդելն ունեցող ընտանիքներում երեխան դառնում է երկչոտ, հուսահատ, կորցնում է վստահությունը մյուս երեխաների և անկեղծությանը՝ ծնողների հանդեպ: Երեխայի մեջ ձևավորվում է անտարբեր և ոչ բարյացակամ վերաբերմունք շրջապատի նկատմամբ: Ընտանեկան դաստիարակության այս երկու մոդելների դեպքերն էլ հավասար չափով վնասում են երեխային: Ընտանեկան դաստիարակության ոչ կառուցողական մոդելները ստեղծում են նախադրյալներ զարգացման շեղումներ ունեցող երեխայի հոգեկանի զարգացման երկրորդային շեղումների առաջացման համար, որոնք էական ազդեցություն են գործում երեխայի ինտելեկտի և անձի զարգացման վրա [49], [24, էջ 70]:

2.3. Ծնող - երեխափոխարաբերությունները համուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում

Ծնող - երեխա փոխարաբերությունն անձի սոցիալականացման գործընթացում միջանձնային հարաբերությունների առաջին դրսևորումն է, որը շարժուն ու զարգացող գործընթաց է, տևում է մինչև կյանքի վերջը և պահանջում է երկկողմանի փոխըմբռնում: Ընտանիքի կառուցվածքը սահմանվում է իր անդամների սոցիալական դերերով, որոնց հիման վրա էլ ձևավորվում են ներընտանեկան միջանձնային հարաբերությունները [5, էջ 55]:

Անձի գլխավոր բնութագիրը Վ. Ն. Մյասիշչևը համարում էր նրա հարաբերությունների համակարգը, առաջին հերթին հարաբերությունները մարդկանց հետ, որոնք ձևավորվում են օնտոգենեզի ընթացքում, որոշակի սոցիալ-մշակութային, տնտեսական և կենցաղային պայմաններում: Հարաբերությունները ներկայացնում են գիտակցված, փորձի վրա հիմնված մարդու ընտրողական հոգեբանական կապը կյանքի տարբեր կողմերի հետ: Այն դրսևորվում է գործողություններով, հակազդումներով, ապրումներով: Հարաբերությունները բնութագրում են հետաքրքրությունների աստիճանը, հույզերի ու ժգնությունը,

ցանկությունը կամ պահանջմունքը, այդ պատճառով էլ հանդես են գալիս որպես անձի շարժիչ ուժ [28, էջ 16]:

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաներն ապրում և զարգանում են ընտանիքներում, որի անդամներից մեկի հետ տեղի ունեցող ցանկացած իրադարձություն անմիջականորեն ազդում է մյուսների վրա: Ընտանեկան փոխհարաբերությունները կարելի է դիտել որպես չորս հասկացությունների համակարգ՝ ենթահամակարգերի, համախմբվածության, հարմարվածության և հաղորդակցության: Յուրաքանչյուր ընտանիքի ներսում առանձնանում է չորս ենթահամակարգ՝

1. ամուսնական (կին և ամուսին),

2. ծնողական (ծնող - երեխա),

3. քույր – եղբայր

4. ընդլայնված (ընտանիքի արտաընտանեկան՝

փոխգործակցությունը բարեկամների, մասնագետների հետ և այլն):

Չարգացման խանգարումներով երեխան խախտում է բոլոր չորս ենթահամակարգերը: Այս դեպքում անգամ մեկ ենթահամակարգի խանգարումն առաջացնում է փոփոխություններ բոլոր մնացածներում [36, էջ 9]: Ենթահամակարգերը ներկայացնում են, թե ով ում հետ է փոխգործակցում ընտանիքում, իսկ համախմբվածությունն ու հարմարվածությունը պարզում են, թե ինչպես է տեղի ունենում փոխգործակցությունը [36, էջ 10-11]:

Նորմալ գործառու ընտանիքները բնութագրվում են համախմբվածության և տարանջատման հավասարակշռությամբ: Այս ընտանիքների անդամներին հատուկ են և՛ ամուր կապերը, և՛ որոշակի ինքնուրույնությունը: Առանձնացվում է համախմբվածության չորս մակարդակ, որոնք արտացոլում են ընտանիքի անդամների միջև հուզական մտերմության աստիճանը՝

- ցածր - պառակտված,
- չափավոր ցածր - բաժանված,
- չափավոր բարձր - կապված,
- չափազանց բարձր - խառնված (միաձուլված):

Համախմբվածությունը սովորաբար նկարագրվում է երկու հակադիր վիճակներով՝ միաձուլվածության և պառակտվածության: Ընտանիքները, որոնց ենթահամակարգերի միջև սահմանները թույլ

են, չափազանց միաձուլված են և բնութագրվում են գերխնամքով, մեկը մյուսի կյանքի մեջ չափազանց ներգրավվածությամբ: Այս ընտանիքները, ունենալով հատուկ կարիքով երեխա, ուժեղ վախ են ապրում երեխայի ինքնուրույն գործողություններին: Պառակտված ընտանիքներում ենթահամակարգերի միջև սահմանները և ընտանիքի որոշ անդամների ներգրավվածությունը հիվանդ երեխայի ու նրան շրջապատողների կյանքում կարող են հասցված լինել նվազագույնի (օրինակ, հայրը, որը երեխայի զարգացման շեղումների պատճառով խուսափում է ամուսնական և ծնողական փոխամագործակցությունից) [36, էջ 10]:

Ընտանեկան դաստիարակության արակտիկայում պատմականորեն մշակվել է ծնողների և երեխաների միջև հարաբերության երկու տեսակ՝ ենթարկվողական և համագործակցող: *Ենթարկվողական* ձևը նկարագրվում է հետևյալ բանաձևով. «Ես մեծ եմ, երեխան փոքր է, ես գիտեմ՝ ոնց ապրել, իսկ նա՝ չգիտի: Ես նրան առաջնորդում, տանում եմ իմ հետևից»: Մինչդեռ երեխաները ոչ միշտ են հասկանում մեծերի «վեհ» ձգտումները, սկսում են հակադրվել, չենթարկվել, իսկ մեծերն իրենց իշխանությունն են գործադրում երեխային ենթարկեցնելու համար: Այսինքն՝ այս դեպքում իշխանությունը դաստիարակման գործում դառնում է առաջին անհրաժեշտություն, պարտադիր պայման, իսկ դաստիարակությունը վերածվում է երեխային ենթարկեցնելու գործընթացի: Դաստիարակման այս ձևը, ըստ Ս. Սոլովեյչիկի, նշանակում է, որ երեխաները մեծանում են այնտեղ, որտեղ տիրում են ստորացնող հարաբերություններ, որտեղ լիարժեք բարոյական դաստիարակություն իրականացնել հնարավոր չէ, քանի որ իշխանության պայքարը մեծերի ու երեխաների միջև անարդարության և հոգեզրկության առաջին նշաններն են: Զարաբերությունների մյուս ձևը *համագործակցությունն* է: Զամագործակցել երեխայի հետ՝ նշանակում է հարգել, գնահատել նրան, կարողանալ զոհաբերել քո ցանկությունները, զգալ նրա կարիքը և պետք լինել նրան: Դաստիարակությունը՝ որպես համագործակցում, առկա է յուրաքանչյուր համերաշխ ընտանիքում: Այս երեխաներն իրենց ինքնուրույն են զգում դեռ երեք տարեկանից [22, էջ 171-172]:

Չատուկ կարիքներով երեխա ունեցող ընտանիքներում փոխարարությունը ունեցողի հիմնական խնդիրներն են՝

- դաստիարակությունը, որն ուղեկցվում է ծնողական պարտականությունների ծանրաբեռնվածության զգացումով,
- երեխայի նկատմամբ պահանջների ցածր մակարդակը՝ պայմանավորված նրա պոտենցիալ հնարավորությունների չիմացությամբ,
- ավտորիտար դաստիարակության հարկադրված կիրառումը՝ պայմանավորված երեխայի սահմանափակ կարողություններով և անբավարար շփումով,
- մոր ճարտահատված գոհողությունը և նրան մշտական աջակցելու կարիքը,
- ապրումների մշտական զսպվածությունը՝ կապված ծնողական չիրականացված հնարավորությունների հետ:

Ներընտանեկան հարաբերությունների խնդրահարման մակարդակը ուղղակիորեն կախված է նաև հիվանդության բնույթից, որն ինտելեկտուալ ախտահարման արտահայտվածությունն է: Երեխայի մոտ հայտնաբերված ախտաբանական գործոնի ազդեցությունն ընտանիքի վրա էապես միջնորդավորված է մեծերի անձնային առանձնահատկություններով, նրանց դիրքորոշումներով, ընտանեկան հոգեբանական մթնոլորտի բնույթով և այլ փոփոխական գործոններով [30, էջ 33]:

Իր առանձնահատկությունների շնորհիվ ընտանիքը, որպես փոքր խումբ, հուզական դրսևորումների և հուզական պահանջմունքների բավարարման համար ստեղծում է այնպիսի պայմաններ, որոնք օգնում են մարդուն զգալ իր տեղը հասարակության մեջ, ուժեղացնում նրա ապահովության զգացումը և հանգիստը, ցանկությունն առաջացնում օգնելու և աջակցելու ուրիշ մարդկանց [30, էջ 7]:

Անձի կերպարի ձևավորումը կախված է ընտանեկան փոխարարություններից, կախված է այն հանգամանքից՝ արդյո՞ք մարդն զգում է սեր և հարգանք, թե՞ սովոր է, որ իրեն չնկատեն, իսկ շփումներն ուղեկցվեն վիճաբանություններով ու բարձրացված

տոնով [30, էջ 6]: Ընտանիքում մեծ դեր են խաղում տարբեր սերնդի ներկայացուցիչների միջև փոխհարաբերությունները, այդ թվում նաև նույն սերնդի: Ընտանիքը, որպես փոքր սոցիալական խումբ, ազդեցություն է ունենում իր անդամների վրա: Միևնույն ժամանակ, ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամ իր անձնային որակներով, պահվածքով ազդում է ընտանիքի կյանքի վրա: Նրա առանձին անդամներ կարող են նպաստել այլ անդամների հոգևոր արժեքների, ողջ ընտանիքի նպատակների ու կյանքի դիրքորոշումների ձևավորման վրա [73]: Վ. Ն. Մյասիշչևը նշում է, որ միայն ազատ փոխհարաբերությունների պայմաններում կարող են դրսևորվել անկեղծ հարաբերություններ, սակայն ճնշող, արգելակող, անազատ պայմաններում, երբ մի մարդը կախման մեջ է մյուսից, միմյանց նկատմամբ դրսևորվող իրական վերաբերմունքը քողարկվում է կեղծ փոխհարաբերությունների մեջ: Կեղծության էությունն այն է, որ արտաքին փոխգործակցության ձևը չի համապատասխանում հարաբերությունների ներքին բովանդակությանը [37, էջ 13]:

Հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող յուրաքանչյուր ընտանիք ունի իր առանձնահատկությունները, իր հոգեբանական մթնոլորտը, որն այսպես թե այնպես ազդում է երեխայի վրա՝ կամ նպաստելով նրա վերականգնմանը, կամ էլ, ընդհակառակը, արգելակում այն [69]: Երեխայի կյանքի առաջին օրերից, մոր, հոր, եղբայրների, քույրերի, տատիկների, պապիկների և մոտ հարազատների փոխհարաբերությունների արդյունքում ձևավորվում է անձի կառուցվածքը: Նամտնում է իր հարազատների աշխարհ՝ ընդունելով նրանց վարքի նորմերը: Երեխայի կյանքի ընթացքում վարքածների սկզբնավորումն ու զարգացումը մեծապես կախված են նրա նկատմամբ հոր և մոր վերաբերմունքից, նրա հոգեկան պահանջմունքների բավարարվածությունից [30, էջ 16]:

Ըստ ծնող - երեխա փոխհարաբերությունների՝ տարբերակվում է հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող ընտանիքների չորս խումբ: *Առաջին խմբի* ընտանիքներում ծնողական զգացումները չափազանց արտահայտված են: Դաստիարակությունը գերխնամքի բնույթ է կրում: Ծնողները ոչ ադեկվատ պատկերացումներ ունեն իրենց երեխայի արտեցիալ հնարավորությունների մասին: Մայրերի մոտ առկա է չափազանց անհանգստություն և նյարդահոգեկան

լ արվածություն: Մեծահասակների պահել առճին բնորոշ են երեխայի հանդեպ գերխնամակալ վերաբերմունքը, սոցիալական շփումների սահմանափակումը: Ընտանեկան դաստիարակման այս ոճը հատուկ է միայնակ մայրերի ընտանիքների մեծամասնությանը: *Երկրորդ խմբի* համար բնութագրական են շփման սառնությունը, թերհոգածությունը, ծնողի և երեխայի միջև նվազ հուզական կապը, ծնողների կամ նրանցից մեկի կողմից երեխայի վրա իր անցանկալի որակների պրոյեկտումը: Ծնողները չափից ավելի ուշադրություն են կենտրոնացնում երեխայի բուժման վրա՝ մեծ պահանջներ ներկայացնելով բժիշկներին, ձգտում են փոխհատուցել իրենց հոգեկան անհարմարավետությունը՝ երեխայի նկատմամբ հուզական մերժման հաշվին: *Երրորդ խումբը* բնութագրվում է համագործակցության ոճով, ծնողների և երեխաների համատեղ գործունեության ընթացքում փոխադասխանատու հարաբերությունների կառուցողական և ճկուն ձևերով: Որպես ապրելակերպման ոճը ձևավորվում է երեխայի հաջողությունների և նրա ուժեղ կողմերի հանդեպ ծնողների հավատի, անհրաժեշտ ծավալի օգնության հաջորդաբար գիտակցման արդյունքում: Այս դեպքերում երեխայի մոտ ձևավորվում են նոր հմտություններ, ինքնակայացման հատուկ եղանակներ, որոնք թույլ են տալիս ինքնուրույն շփվել արտաքին աշխարհի հետ: *Չորրորդ խումբը* պատկանում է ընտանեկան շփման ռեպրեսիվ ոճին, որը բնութագրվում է ծնողական ավտորիտար դիրքորոշմամբ: Յարաբերությունները ձևավորվում են երեխայի ապագայի նկատմամբ հոռետեսական հայացքներով, մշտապես սահմանափակվում են երեխայի իրավունքները, դրվում է ծնողական դաժան կանոնակարգ, որը չպահպանելու դեպքում երեխան պատժվում է: Նման ընտանիքներում երեխայից պահանջում են առաջադրանքների և վարժությունների անհապաղ կատարում՝ հաշվի չառնելով նրա ֆիզիկական, հոգեկան և ինտելեկտուալ հնարավորությունները: Պահանջներից հրաժարվելիս՝ երեխաները հաճախ ենթարկվում են ֆիզիկական պատժի [50]:

Ա. Ի. Չախարովի, Լ. Ի. Սոնցևայի, Ի. Ի. Մամայչուկի, Վ. Վ. Տկաչյովայի և ուրիշների հետազոտությունները ցույց են տալիս, որ զարգացման անոմալիաներ ունեցող յուրաքանչյուր երեխայի

մոտ առկա են ծնող - երեխա հարաբերությունների խանգարումներ: Ծնող - երեխա հարաբերությունների գնահատման չափանիշ են համարվում երեխայի կողմից ծնողին ուղղված դրական կամ բացասական հույզերը, որոնք կարող են արտահայտվել ինչպես ուղղակի՝ վերաբերմունքի գնահատման, այնպես էլ անուղղակի՝ վարքի դրսևորումների միջոցով [31, էջ 18]:

Ծնող - երեխա հարաբերությունների վերլուծությունների համար հոգեբանության մեջ կիրառվում է այդ հարաբերությունների գնահատման մի համակարգ, որը հիմնվում է երեք չափանիշների վրա՝ համակրանք-հակակրանք, հարգել -չ հարգել, մերձավորություն-հեռավորություն, այսինքն՝ ծնողական ցանկացած դիրքորոշում գնահատվում է երեխայի նկատմամբ ունեցած սիրո, հարգանքի տեսանկյունից: Համակրանքը կամ հակակրանքը երեխայի անձի դրական կամ բացասական գնահատականն է՝ սեր կամ թշնամանք, ըմբռնում կամ դժգոհություն, օգնություն կամ անտարբերություն: Հարգելը կամ չհարգելը երեխայի անձի դրական կամ բացասական գնահատականն է՝ իրեն իրացնելու կարողության տեսանկյունից: Այս դեպքում երեխայի մեջ առանձնացվում են այնպիսի որակներ, ինչպիսիք են ակտիվությունը, ինքնուրույնությունը, կամքի ուժը կամ հակառակը՝ ինքնուրույն որոշումներ կայացնելու անկարողությունը, քաշվածությունը, օգնության ու աջակցության ակնկալումը: Ծնողը երեխային վերաբերվում է ինչպես հավասարի կամ ներողամտությամբ, խղճահարությամբ: Մերձավորությունը կամ հեռավորությունը ցույց են տալիս երեխային հասկանալը կամ չհասկանալը, նրա ներաշխարհի ճանաչումը կամ հետաքրքրության բացակայությունը, հարաբերությունների ձևականությունը: Այս երեք սանդղակներով կարելի է առանձնացնել ծնողական դիրքորոշումների առավել տարածված տեսակները.

- մերձավորություն – համակրանք - հարգանք,
- հեռավորություն – հակակրանք - հարգանք,
- մերձավորություն – համակրանք - չհարգել ,
- մերձավորություն – հակակրանք - չհարգել ,
- հեռավորություն – հակակրանք - չհարգել [8, էջ 180]:

Յետաքրքրական է ամերիկացի հոգեվերլուծող Ջ. Բոուլբիի տեսակետը ծնողական արտաբանական վարքի առանձնահատկությունների մասին: Նա գտնում է, որ երեխայի համար առավել հիվանդագին են հետևյալ իրավիճակները՝

- երբ ծնողները չեն բավարարում երեխայի սիրո պահանջմունքը և ամբողջությամբ օտարվում են նրանից,
- երբ ընտանիքում երեխային համարում են ամուսինների միջև կոնֆլիկտների լուծման միջոց,
- երբ ծնողները, որպես կարգապահական տույժ, սպառնում են երեխային «դադարել սիրել» կամ հեռանալ ընտանիքից,
- երբ ծնողներն ուղղակի կամ անուղղակի հայտարարում են երեխային, թե նա իրենց անարժան է և նրան հեռացնում են,
- երբ երեխայի շրջապատում չկա մի մարդ, որը կարողանա հասկանալ նրա արարածները [30, էջ 18]:

Երեխային դաստիարակում է այն ամենը, ինչ նրան շրջապատում է: Յասարակական հարաբերություններն ու փոխհարաբերությունները, ազդեցություններն ու փոխազդեցությունները, որոնք տեղի են ունենում մեծերի և երեխաների միջև, միշտ դաստիարակչական են՝ անկախ մեծերի կամ փոքրերի կողմից դրանց գիտակցվածություն աստիճանից: Երեխաների դաստիարակությունը կարող է լինել տարերային կամ նպատակաուղղված: Դաստիարակության ներգործման արդյունքում փոխվելով՝ երեխան գիտակցորեն կամ անգիտակցաբար սկսում է ազդել մեծերի վրա՝ ստիպելով փոփոխությունների ենթարկել դաստիարակության միջոցները [22, էջ 173]:

Ըստ Ս. Լ. Ռուբինշտեյնի՝ երեխայի զարգացումը ենթադրում է դաստիարակի մշտական զարգացում, որն էլ իր հերթին երեխայի զարգացման պայման է: Այստեղից հետևում է, որ ընտանիքում դաստիարակությունը պետք է սկսվի ծնողի դաստիարակությունից, ինքնադաստիարակումից և ինքնակրթությունից: Ծնողները ոչ միայն պետք է իմանան, թե ինչ պես խնամեն երեխային, այլ նաև կողմնորոշվեն, թե ինչ պես զարգացնեն նրա հոգեկանը և ձևավորեն նրան որպես անձնավորություն [22, էջ 173]:

Ընտանեկան մթնոլորտի և հիվանդ երեխայի զարգացման վրա ծայրահեղ անբարենպաստ ազդեցություն են ունենում ամուսինների կոպիտ ու անհարգալից վերաբերմունքն իրար նկատմամբ և ֆիզիկական պատժի ձևերի կիրառումը: Մանկավարժական գիտությունը վաղուց ապացուցել է երեխաներին ֆիզիկական պատժի ենթարկելու վնասակարությունը: Փորձը ցույց է տալիս, որ ավելի հաճախ ծեծի են ենթարկվում հիպերակտիվ վարք ունեցող երեխաները: Լինելով մշտական շարժման վիճակում՝ նրանք խլում են ինչ աչքին է ընկնում, ջարդում են, փչացնում: Հաճախ հարցեր են տալիս՝ չլսելով պատասխանները: Դժվարությամբ են կենտրոնանում որևէ գործունեության վրա: Նրանցից շատերն ունեն ուշադրության ընդգծված խանգարումներ: Այնպես որ, նրանց «վատ պահվածքը» ոչ միայն չի լավանում ֆիզիկական պատժի ենթարկվելուց, այլև ավելի է բորբոքվում: Հատուկ հետազոտությունները ցույց են տվել, որ իրենց երեխաներին ծեծի ենթարկելու և ավելի հակված են այն ծնողները, որոնց մանկության տարիներին ենթարկել են մարմնական պատիժների: Սովորաբար այդ ծնողներն ավելի ագրեսիվ են և իմպուլսիվ, և հենց իրենք կարիք ունեն պարբերական հոգեթերապևտիկ օգնության: Նման վերաբերմունքով ծնողները հասկացնում են երեխային, որ նավատն է և արժանի է ծնողների սիրուն: Երեխայի մեջ ձևավորվում է ցածր ինքնագնահատական, երբեմն նաև՝ ագրեսիվություն: «Մերժված» երեխաները հաճախ տառապում են խոսքի զարգացման հապաղումով և դանդաղ են յուրացնում սոցիալական հմտությունները [25, էջ 44]:

Դիտարկելով մանկական բռնության հիմնահարցերը՝ հեղինակները ծնողների կողմից բռնության ենթակա ռիսկի խմբերում նշում են հատկապես այն դեպքերը, երբ երեխաներն ունենում են ֆիզիկական, հոգեկան խնդիրներ, բնածին կամ ձեռքբերովի արատներ: Ինչպես նշում են ուսումնասիրողներ Վ. և Լ. Միքայելյանները, ըստ բարոյական սկզբունքների՝ այս երեխաները պետք է արժանանան առավել ազույն բարեգթության, մինչդեռ իրականում ճիշտ հակառակն է: «Մեծահասակների աշխարհը այդ խեղված մանկական ճակատագրերում սպառնալիք է տեսնում իր համար: Այդ դաժան վերաբերմունքի բացատրությունը թաքնված է անգիտակցական ապրումների խորքերում» [12, էջ 195]:

Կախված ծնողների հակազդումներից և պահվածքից՝ երեխան կարող է իրեն զգալ կամ որպես հաշմանդամ, որը չունի ոչ մի հնարավորություն կյանքում ակտիվ տեղ զբաղեցնելու, կամ հակառակը՝ որպես մարդ, լիովին ընդունակ ինչ-որ հաջողությունների հասնելու: Ծնողները պետք է ներշնչեն հաշմանդամ երեխային, որ նա ունի ուրիշ շատ որակներ և արժանիքներ, որոնք հարկավոր է զարգացնել: Ոչ մի դեպքում չպետք է ամաչեցնել երեխային, ինչը կդրդի նրան պարփակվել իր մեջ, մեկուսանալ, կենտրոնանալ իր վրա և դառնալ եսակենտրոն: Մինչդեռ խուսափելով եսակենտրոնությունից՝ երեխան հաճույքով կկատարի պահանջված աշխատանքը և կուրախանա իր ձեռքբերումներով: Դա նրան հնարավորություն է տալիս ունենալ հանգիստ, տալիս իր ինքնությունը և դրական ապրումներով լիարժեք կյանք [80]:

Եթե երեխան ընտանիքում ցանկալի չէ, չեն բավարարվում նրա սիրո, քնքշանքի, հուզական շփման պահանջմունքները, եթե նա ներքին անհանգստություն է ապրում, ապա նրա անձի զարգացումը հապաղում է: Չարգացման ընթացքի վրա բացասաբար են ազդում նաև խթանիչների աղքատիկությունը, շրջապատող միջավայրի միօրինակությունը: Երեխայի հոգեկանի նորմալ զարգացման կարևոր նախադրյալ են հանդիսանում նրա նկատմամբ ծնողների սերը, ընտանեկան բարենպաստ մթնոլորտը, բարեկամական հարաբերությունները [22, էջ 171]:

Լ. Ի. Ակատովը նշում է, որ երեխայի դաստիարակման համար լավագույն հնարավորություններ կարող է ապահովել ներդաշնակ լիարժեք ընտանիքը: Նման ընտանիքում հեշտությամբ են յուրացվում բարոյական նորմերն ու սկզբնական սոցիալական հարաբերությունները: Եթե ընտանիքում տիրում են բարյացակամությունը, սերն ու հարգանքը, բոլոր անդամներն օգնում են միմյանց, ապա անձի մոտ առանց դժվարության ձևավորվում են շատ արժեքավոր որակներ: Ոչ լիարժեք ընտանիքում, որտեղ հաճախ բացակայում է հայրը, տղաները դժվարությամբ են ընկալում տղամարդու դերը: Աղջիկների համար ևս դժվար է, քանի որ նրանք զրկվում են կնոջ և ամուսնու հարաբերությունների օրինակից: Նրանց վիճակը կարող է բարելավվել, եթե շփվեն

ներդաշնակ ամբողջական ընտանիքների երեխաների հետ, և այդ ընտանիքները կարող են օրինակ դառնալ իրենց համար [22, էջ 172]:

Ինչպես նշում է Ե. Ն. Լեկոմցևան, ժամանակակից հոգեբանական գրականության մեջ մեծ ուշադրություն է հատկացվում զարգացման սահմանափակ հնարավորությունն ունեցող երեխաների և նրանց ծնողների փոխհարաբերությունների վերլուծությանը (Ս. Դ. Չաբրամնայա, Ա. Ի. Չախարով, Վ. Վ. Տկաչյովա, Ի. Ի. Մամայչուկ, Ե. Մ. Մասոյուկովա, Մ. Մ. Սեմազո և ուրիշներ), սակայն ուսումնասիրողները կամ չեն տարանջատում մայր - երեխա և հայր - երեխա հարաբերությունները, կամ միայն կարևորում են մոր դերը երեխայի դաստիարակման գործում: Հայրության երևույթը (\$ենոմենը)` որպես առանձին ուսումնասիրման առարկա, ոչ մանկան, ոչ ընտանեկան հոգեբանության մեջ չի ներկայացված: Հոր դերի հուզական, դրդապատճառային և արժեքափաստային կողմերը, հայրության առանձնահատկությունները քիչ են ուսումնասիրված, մինչդեռ այս հարցերը կարևոր և արդիական են երեխաների հետ հոգեշտկողական աշխատանքներ իրականացնելու, ընտանիքների համար հոգեբանական աջակցության ծրագրեր կազմելու և ներընտանեկան տարբեր կոնֆլիկտների հաղթահարման համար [32]:

Հայտնի է, որ կանանք ավելի են հակված արտահայտելու իրենց զգացմունքները: Վաղուց ընդունված է այն փաստը, որ կանայք կարող են խոսել, բողոքել, և ացլինել, սգալ, իսկ տղամարդիկ` չեն կարող: Ծնողներից յուրաքանչյուրը յուրովի է ապրում իրավիճակը, որը բարդացնում է նրանց փոխհարաբերությունները: Նրանցից յուրաքանչյուրը ցանկանում է, որ ինչ-որ մեկը հասկանա իրեն և իր զգացմունքները: Սակայն հաճախ ստացվում է, որ ամենից հարազատ մարդը չի հասկանում իրեն: Ծնողների կողմից այն փաստի գիտակցումը, որ իրենց երեխան ունի հատուկ կարիքներ, ավելի է բարդացնում նրանց առօրյան: Ստեղծված և արվածությունն ազդում է ամուսինների փոխհարաբերությունների վրա` հանգեցնելով վեճերի, ամուսնական տարածայնությունների: Ծատ գույգեր չեն պատկերացնում, որ բարկությունը յուրաքանչյուր վշտի անհրաժեշտ բաղկացուցիչ մասն է: Այս իրավիճակներում ջղայնությունն ուղղված է ոչ միայն միմյանց, այլ նաև Աստծու, ճակատագրի, շրջապատի, բժիշկների և այլ ոց դեմ [20, էջ 19]:

Հատուկ կարիքներով երեխայի առկայությունը փոխում է ընտանիքի կյանքի ողջ ընթացքը և դառնում «ընտանեկան հարաբերությունների փորձաքար»: Ընտանիքում հատուկ կարիքով երեխայի առկայությունն առաջացնում է դերերի փոփոխություն, որն ամուսինն ավելի դժվար է ընդունում, քան կինը: Ընտանիքի հայրը ստիպված է ամենօրյա աշխատակարգը հարմարեցնել իր համար անսովոր ու տարօրինակ պահանջներին. աշխատանքից հետո հանգստանալ ու փոխարեն պետք է հետևի երեխաների դասերին, լուծի կենցաղային միջարք հարցեր, քանի որ մայրը մշտապես զբաղված է հատուկ կարիքներով երեխայով կամ նրա հետ գտնվում է հիվանդանոցում: Երեխային գրեթե մշտապես անհրաժեշտ է խնամք, բժշկական այցելություններ, ուստի, կամա թե ակամա ծնողներն իրենց ամբողջ ուշադրությունը կենտրոնացնում են այդ երեխայի վրա: Երեխայի հիվանդության առաջին շրջանում ծնողները, հատկապես մայրերը, ողջ օրն անց են կացնում նրա հետ՝ մոռանալով մյուս երեխաների գոյության մասին: Հատուկ կարիքներով երեխաները ընտանիքներում, բացի առավել մեծ և հոգսառատ խնդիրներից, կարող են հանդիպել նաև երեխաների միջև մրցակցության, ծնողների կողմից նրանց հավասար ուշադրություն բաշխելու և նման այլ խնդիրներ: Չնայած բոլոր ընտանիքներում էլ նմանատիպ խնդիրներ առաջանում են, բայց գործն ավելի է բարդանում, երբ ընտանիքում կա հատուկ խնդիրներով երեխա [1, էջ 15]:

Ընտանիքում հատուկ կարիքներով երեխայի փաստը ծնողներից բացի ծանր են ապրում նաև ընտանիքի մյուս անդամները, հատկապես մյուս երեխաները: Նրանք ևս ծնողների հետ միասին անցնում են հիվանդությանը հարմարվելու բոլոր փուլերը, ցավ և անհանգստություն են զգում իրենց քրոջ կամ եղբոր համար: Սկզբում նրանք ամեն կերպ ջանում են օգնել իրենց ծնողներին կենցաղային և երեխայի խնամքի հետ կապված հարցերում, բայց երբ հասկանում են, որ դա ոչ թե ժամանակավոր է, այլ ընդհակառակը, սկսում է մշտական բնույթ կրել, նրանք չեն կարողանում հանդուրժողականությամբ դրսևորել: Առաջանում է մանկական խանդ, նախանձով կամ ատելությանմբ են սկսում նայել իրենց եղբորն ու քրոջը: Նրանք սկսում են ընդվզել՝ լինելով մշտական

երկընտրանքի առաջ. մի կողմից օգնել խնամելու իրեց սիրելի քրոջը կամ եղբորը, մյուս կողմից՝ ազատ տնօրինելու սեփական ժամանակը, շփվելու, խաղալու հասակակիցների հետ, ապրելու այնպես, ինչպես բուրբ: Այս խնդրից բացի, նրանք հաճախ զգում են ծնողական սիրու և ուշադրության պակասը, որը կարող է իր հետքը թողնել այս երեխաների հետագա կյանքի վրա [1]: Վերջիններիս կողմից ծնողի հանդեպ կարող են առաջանալ վիրավորանքի, լքվածության, օտարվածության կայուն զգացմունքներ, որոնք կարող են թունավորել նրանց փոխարարությունները նույնիսկ ողջ կյանքի ընթացքում [20, էջ 18]:

Յիվանդ երեխան ամուսինների հարաբերություններում մշտական լարվածություն է առաջացնում: Այն առաջ է բերում քրոնիկական սթրեսային իրավիճակներ նույնիսկ այն ընտանիքներում, որոնք առաջին հայացքից համարվում են առավել բարենպաստ: Ծնողների կողմից բազմիցս նշվում են հուսահատության, ինքնագնահատականի իջեցման, ամուսնական հարաբերություններում աններդաշնակության դրսևորումներ [25, էջ 43]:

Ըստ համախմբվածության, ճկունության և հաղորդակցման հարաբերակցության՝ առանձնանում են հավասարակշռված, միջին հավասարակշռության և անհավասարակշիռ ընտանիքներ: Հավասարակշռվածությունը չի համարվում բացարձակ ցուցանիշ. կախված հանգամանքներից՝ հավասարակշռված ընտանիքը կարող է ժամանակավորապես վերածվել միջին կամ անհավասարակշռված վիճակների: Սակայն տնական ժամանակով ծայրահեղ իրադրությունում մնալը կարող է հանգեցնել գործառման խաթարումների: Ընտանիքում ծավալվող ադեկվատ փոխարարությունները բնութագրում են ընտանիքի ամբողջականությունը: Առողջ ընտանիքում ընթացիկ հավասարակշռությունը պահպանվում է ընտանիքի յուրաքանչյուր անդամի հոգեբանական դերի ձևակերպման, ընտանեկան «մենքի» ձևավորման, ընտանիքի անդամների կողմից տարածայնությունների և կոնֆլիկտների ինքնուրույն հաղթահարման շնորհիվ: Անհավասարակշռված ընտանիքներում խախտվում է փոխարարությունների հավասարակշռությունը, ամուսինները ձգտում են խուսափել

փոփոխություններից, դրանց հետ կապված հնարավոր ահազանգերից և կորուստներից, կամ փոխգործակցում են պառակտված, քառսային [36, էջ 14]:

Փորձը ցույց է տալիս, որ ընտանեկան նմանատիպ անբարենպաստ իրավիճակներն ավելի հեշտ են վերահսկվում այն ամուսինների կողմից, որոնք ավելի լայն մտահորիզոն և հետաքրքրություններ ունեն: Ուստի ցանկալի է, որ բացի երեխայի հետ կապված ընդհանուր հետաքրքրություններից, ամուսիններն ունենան նաև հոգևոր զարգացմանն ուղղված ընդհանուր հետաքրքրություններ: Նման ընտանիքների համար օգտակար է շփումը սոցիալական միջավայրի, այլ ընտանիքների, ծանոթների և բարեկամների հետ՝ առանց ամաչելու և խուսափելու երեխայի ներկայությունից [25, էջ 43]:

Ա. Ռ. Մալլերը նշում է, որ հատուկ կարիքներով երեխաները ընտանիքները բավականին հաճախ են քայքայվում: Մայրը, խնամելով երեխային կյանքի առաջին իսկ օրերից, տառապելով նրա համար, սիրում է նրան այնպես, ինչպես որ կա, միայն նրա համար, որ նա գոյություն ունի: Հայրը նախ և առաջ նայում է ապագային: Նրան ավելի շատ մտահոգում է, թե մեծանալով ինչպիսին կդառնա իր տղան կամ աղջիկը: Եվ եթե նա չի տեսնում ոչ մի հեռանկար, իսկ կնոջ ողջ ջանքերն ուղղված են հիվանդ երեխայի խնամքին, և նա ամբողջությամբ ներքաշված է իր վշտի մեջ, ապա տղամարդու համար հետագան դառնում է բացարձակ անհուսալի, և նալքում է ընտանիքը [25, էջ 88]: Հատուկ կարիքներով երեխաներ ունեցող ընտանիքների ուսումնասիրությունները ցույց են տալիս, որ որոշ ընտանիքներում այս երեխաների հայտնվելը կամաց-կամաց հանգեցնում է իրադրության վատթարացմանը, որոշներում էլ՝ ընդհակառակը, հիվանդ երեխան նպաստում է ընտանիքի համախմբմանը, կայունության ամրապնդմանը, բախումների նվազեցմանը և ողջ գործունեությունը նպատակաուղղված է լինում հատուկ կարիքներով երեխային օգնելուն [8, էջ 156]:

Այս գլխում մանագիտական գրականության մեր կողմից կատարած վերլուծությունից եկանք ներքոհիշյալ եզրակացություններին:

➤ Չարգացման խանգարումներ ունեցող երեխաների ծնողների մոտ առկա են անձնային ընդհանուր առանձնահատկություններ, հիմնականում՝ սենզիտիվություն և հիպերսոցիալ իզացիայի ձևով (Ա. Ի. Չախարով, Վ. Ն. Մյասիշչև, Վ. Ե. Ռոժնով, Ա. Ս. Սպիվակովսկայա, Վ. Վ. Ստոլին և ուրիշներ): Այս մայրերի մոտ սահմանափակված են ազատությունը և ժամանակը (M. De Myers (1979), Z. Wolf (1989), ունենցածր ինքնագնահատական՝ կապված, իրենց կարծիքով, ընտանիքի նյութական խնդիրների հետ: Խրոնիկական սթրեսը մայրերի մոտ առաջացնում է դեպրեսիա, դյուրագրգռություն, հուզական լարվածություն, հիմնային պահանջմունքների ֆրոստրացիա, որի հաճախի դրսևորումներն անձի մոտ կարող են ամրապնդել որոշակի բնավորություններ՝ ագրեսիվություն, նախանձ, թշամություն, ոմանց մոտ էլ՝ անտարբերություն, իր հանդեպ հավատի կորուստ, անլիարժեքության բարդույթ, նախաձեռնողականության բացակայություն: Եթե մարդը երկար ժամանակ գտնվում է այս վիճակում, նրա մոտ ձևավորվում է ներոզ, հիվանդություն՝ որպես մարդու և միջավայրի կոնֆլիկտի արդյունք, որպես բախում ցանկությունների և իրականության, որն իրեն չի գոհացնում:

➤ Չայրերը խուսափում են ամենօրյա սթրեսից՝ ժամանակի մեծ մասն անցկացնելով աշխատավայրում, բայց, ամեն դեպքում, նրանք վերապրում են մեղքի զգացում: Նրանց անհանգստացնում է սթրեսի ծանրությունը, որը կրում են իրենց կանայք: Նրանց վրա է ընկնում զարգացման խնդիրներ ունեցող երեխայի դաստիարակման համար առանձնահատուկ կարիքների նյութական ծանրությունը, որը հաճախ կրում են ողջ կյանքի ընթացքում: Իրենց հատուկ կարիքներով երեխաների հանդեպ հայրերն ունեն հետևյալ անձնային դիրքորոշումները՝ վախ, ամոթ, անլիարժեքության զգացում՝ որպես հասարակության տղամարդ անդամ՝ իրենց առնականությամբ և վերարտադրողական ունակություններով:

➤ Գրականության ուսումնասիրությունից պարզ է դառնում, որ առավել շատ հետազոտություններ կատարված են հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների մայրերի շրջանում (Ե. Ն. Լեկոմցևա, Ս. Դ. Չաբրամնայա, Ա. Ի. Չախարով, Վ. Վ. Տկաչյովա, Ի. Ի. Մամայչուկ, Ե. Մ. Մաստյուկովա, Մ. Մ. Սեմազո և ուրիշներ): Սակայն ուսումնա-

սիրողները հատուկ կարիքներով երեխայի դաստիարակման գործում կարևորում են միայն մոր դերը: Մինչդեռ նմանատիպ երեխաների հայրերի հոգեբանական կերպարն ավելի հազվադեպ է ուսումնասիրված: Տվյալները հիմնականում վերցված են մոր տված տեղեկություններից: Յուր դերի հուզական, դրդապատճառային և արժեքափմաստային կողմերը, հայրության առանձնահատկությունները որպես առանձին ուսումնասիրման առարկա քիչ են ուսումնասիրված:

➤ Մի խումբ հոգեբանների ուսումնասիրությունների արդյունքում պարզվել է, որ հատուկ կարիքով երեխայի նկատմամբ ծնողներն ունենում են ծնողական վերաբերմունքի հուզական, իմացական, վարքային տարբեր դրսևորումներ: Ա. Յ. Վարգայի աշխատանքում նկարագրվում է երեխայի նկատմամբ ծնողական վերաբերմունքի ախտաբանական երեք տիպ՝ սիմբիոտիկ, ավտորիտար, հուզականորեն մերժողական (որը հիմք ենք ընդունել մեր հետազոտական աշխատանքը կառուցելիս):

➤ Այս գլխում անդրադառնում ենք մի շարք հոգեբանների (Ի. Յու. Լևչենկո, Ա. Ի. Չախարով, Լ. Ի. Սոնցևա, Ի. Ի. Մամայչուկ, Վ. Վ. Տկաչյովա և ուրիշներ), որոնց կողմից նշվում է, որ զարգացման անոմալիաներ ունեցող յուրաքանչյուր երեխայի մոտ առկա են ծնող-երեխա հարաբերությունների խանգարումներ, և այդ հարաբերությունների գնահատման չափանիշ են համարվում երեխայի կողմից ծնողին ուղղված դրական կամ բացասական հույզերը, որոնք կարող են արտահայտվել ինչպես ուղղակի՝ վերաբերմունքի գնահատման, այնպես էլ անուղղակի՝ վարքի դրսևորումների միջոցով:

➤ Յատուկ կարիքներով երեխա ունեցող ընտանիքները բավականին հաճախ են քայքայվում: Յիվանդ երեխան ամուսինների հարաբերություններում մշտական լարվածություն է առաջացնում: Այն առաջ է բերում քրոնիկական սթրեսային իրավիճակներ նույնիսկ այն ընտանիքներում, որոնք առաջին հայացքից համարվում են առավել բարենպաստ: Ծնողների կողմից բազմիցս նշվում են հուսահատության, ինքնազնահատականի իջեցման, ամուսնական հարաբերություններում աններդաշնակության դրսևորումներ:

➤ Ներընտանեկան հարաբերությունների խնդրահարույթ անմակարդակն ուղղակիորեն կախված չէ ո՛չ երեխայի հիվանդության բնույթից, ո՛չ էլ ինտելեկտուալ ախտահարման արտահայտվածությունից: Երեխայի մոտ հայտնաբերված ախտաբանական գործոնի ազդեցությունն ընտանիքի վրա էապես միջնորդավորված է մեծերի անձնային առանձնահատկություններով, նրանց դիրքորոշումներով, ընտանեկան հոգեբանական մթնոլորտի բնույթով և միջարքայլ փոփոխականներով:

ԳԼՈՒԽ 3. ՀԱՏՈՒ Կ ԿԱՐԻՔՆԵՐ ՈՒՆԵՑՈՂ ԵՐԵՒԱՆԵՐԻ ՀԱՆԴԵՊՆՈՂԱԿԱՆ ԿԵՐԱԲԵՐՄՈՒՆՔԻ ՍՈՑԻԱԼ-ՀՈԳԵԲԱՆԱԿԱՆ ԱՌԱՆՁՆԱՀԱՏԿՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐԻ ՓՈՐՁԱՐԱՐԱԿԱՆ ՀԵՏԱՉՈՏՈՒ ԹՅՈՒՆ

3.1. Հետազոտության կազմակերպումն ու մեթոդները

Փորձարարական հետազոտությունն իրականացվել է «Ֆիլանտրոպ» բարեգործական հասարակական կազմակերպության կենտրոնն հաճախող նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքի բնածին հատուկ կարիքներ ունեցող 76 երեխաների և նրանց 152 ծնողների հետ, որոնք մասնակցել են հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի սոցիալ-հոգեբանական առանձնահատկությունների բացահայտմանը:

Հետազոտության համակազմում ընդգրկված ծնողները նախկինում ոչ մի անգամ հոգեբանի ծառայությունից չեն օգտվել և հոգեբանական աջակցություն չեն ստացել:

Հետազոտության նպատակը հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի դրսևորման և նրանց անձնային

առանձնահատկությունների միջև հոգեբանական օրինաչափությունների վերհանումն է:

Մեր հետազոտության նպատակն իրականացնելու, աշխատանքում առաջադրված վարկածն ու դրույթները հիմնավորելու և ապացուցելու համար առանձնացրել ենք հետևյալ **խնդիրները**.

1. ընտրել համապատասխան մեթոդներ և մեթոդիկաներ հետազոտելու՝

➤ ծնողների (հայրերի և մայրերի) ինքնագնահատականը,

➤ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների վերաբերմունքը ծնողների հանդեպ, նրանց ինքնաընկալումն ու ինքնաընդունումը ներընտանեկան փոխհարաբերություններում,

➤ հայր - մայր - հատուկ կարիքներով երեխա փոխհարաբերությունները:

2. ստացված տվյալների վերլուծության և համադրության արդյունքում պարզել՝

➤ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հանդեպ ծնողների ինքնագնահատականով պայմանավորված վերաբերմունքի առանձնահատկությունները,

➤ այս ընտանիքներում հայրերի ինքնագնահատականի ազդեցությունը մայրերի ինքնագնահատականի և ծնող - հատուկ կարիքներով երեխա փոխհարաբերությունների վրա,

➤ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում ծնողների ագրեսիան սոցիալական միջավայրի հանդեպ,

➤ ծնողի կողմից հատուկ կարիքներ ունեցող սեփական երեխայի ընդունման և այդ երեխայի ինքնաընդունման կապը,

➤ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների սեռով պայմանավորված՝ հայրերի վերաբերմունքի տարբերությունները:

Փորձարարական հետազոտության ժամանակ մեր կողմից կիրառվել են փորձարարական տվյալների որակական և քանակական վերլուծությունը, հետազոտության արդյունքների մաթեմատիկական վերլուծությունը, հոգեբանական հետազոտության ավանդական մեթոդներից՝ դիտումը, զրույցը, թեստերի մեթոդը, ինչպես նաև սոցիոմետրիկ փորձի և սոցիոգրամի մեթոդը:

Ստորև ներկայացնում ենք դրանց նկարագրությունն ու կիրառման նշանակությունը:

Չրույցի մեթոդը հոգեբանական հետազոտության, հոգեախտորոշման և հոգեբանական խորհրդատվության ժամանակ կիրառվող հիմնական մեթոդներից է, որը հնարավորություն է տալիս անհրաժեշտ տվյալներ ստանալ ուսումնասիրվող օբյեկտի վերաբերյալ: Չրույցի միջոցով մենք հնարավորություն ստացանք ավելի մոտիկից ծանոթանալ ու հատուկ խնդիրներ ունեցող երեխաների և նրանց ծնողների հետ: Հոգեբանական գրույցը, որի հիմքում դրված էր վստահությունը, հնարավորություն տվեց բացահայտել ու շատ կարևոր հարցեր այդ ընտանիքներում տիրող հոգեբանական մթնոլորտի, ներընտանեկան փոխհարաբերությունների, երեխայի խնդրով պայմանավորված՝ ընտանիքի առջև ծառայած տարբեր հիմնախնդիրների վերաբերյալ:

Հոգեբանական գրույցի մեթոդը հնարավորություն տվեց թափանցել ու հատուկ կարիքով երեխա ունեցող ծնողի ներաշխարհ, ծանոթանալ ու նրա կողմից խնդրի վերապրման սուբյեկտիվ փորձին, ավելի խորությամբ պատկերացնել ու ուսումնասիրվողի կողմից իրադրության ընկալման անհատական յուրահատկությունները: Այս մեթոդը հետազոտվողների համար դառնում էր ցավոտ խնդիրների վերապրման և «անել անելի իրավիճակից» դուրս գալ ու հնարավոր նոր ուղիների որոշման այլ ընտրանքային հնարավորություն:

Նշված մեթոդով մենք ստացանք մեր հետազոտության համար անհրաժեշտ հիմնական և լրացուցիչ տվյալներ, որոնք կներկայացվեն հաջորդ ենթաբաժնում:

Հոգեբանական դիտման մեթոդը հնարավորություն է տալիս արտաքին օբյեկտիվ գնման միջոցով ուսումնասիրել ու հետազոտության օբյեկտն ու առարկան, որի կիրառումը պայմանավորվածություն և հետազոտվողի համաձայնությունն է չի պահանջում: Այն կարելի է իրականացնել անընդհատ՝ ընտրողաբար գրանցումներ կատարելով: Հոգեբանական հետազոտման դիտման մեթոդի կիրառման ժամանակ պետք է ունենալ հետազոտման կոնկրետ օբյեկտ և կոնկրետ նպատակ: Մեր կողմից իրականացվող հետազոտության ժամանակ դիտման օբյեկտն ու առարկան հանդիսանում են ծնող - հատուկ կարիքով երեխա հարաբերությունները, միմյանց նկատմամբ դրսևորվող վերաբերմունքն ու դրանց առանձնահատկությունները: Դիտման

մեթոդը հնարավորություն է տալիս տեսնելու և գնահատելու միմյանց նկատմամբ վերաբերմունքի հուզական, վարքային, իմացական կողմերի կեղծ և իրական, գիտակցված և անգիտակցական դրսևորումները վերբալ և ոչ վերբալ արտահայտություններում:

Մեզ համար դիտարժան են համարվել՝

- ✓ ծնողի վերաբերմունքը հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ (բարյացակամություն, քնքշություն, կոպտություն, անտակտություն, անտարբերություն և այլն),
- ✓ հատուկ կարիքներով երեխայի և ընտանիքի մյուս անդամների հետ ծնողների վարքային դրսևորումների բնույթն ու առանձնահատկությունները (լարվածություն, տագնապայնություն, ագրեսիվություն, հիստերիկ հակազդումներ, պարփակվածություն և այլն),
- ✓ ծնողների հետ հաղորդակցվելու երեխայի ձգտումը, նրանց փոխհարաբերությունների բնույթը (բարյացակամություն, նեգատիվիզմ), իրար հետ շփվելու ցանկությունը,
- ✓ իրար հետ շփվելիս, միմյանց մասին արտահայտվելիս ծնողի և երեխայի դեմքի և աչքերի արտահայտությունները (վախ, հուսահատություն, ընկճվածություն, տխրություն, ուրախություն, գոհունակություն, դժգոհություն, զայրույթ և այլն):
- ✓ ձայնի տատանումները, խոսքի տոնայնությունը, լռելը, պաուզաները,
- ✓ երեխայի ներկայությամբ նրա մասին երրորդ դեմքով արտահայտվելը, գովելը կամ դժգոհելը, երեխայի հիվանդության «դաժան» պատմությունը նկարագրելը, երեխային ուղղված հանձնարարականների դեպքում նրան որպես անկարողունակ որակելը և այլն:

Չհատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքների ու սումնասիրման ժամանակ դիտման մեթոդը հնարավորություն է տալիս գնահատելու այդ երեխաների և նրանց ծնողների ու մտերիմների հուզական վիճակը, անհատական հոգեբանական առանձնահատկությունները:

Չհոգեբանական զրույցի և դիտման մեթոդներից ստացված արդյունքները ներկայացված են որպես հետազոտության այլ

մեթոդներից ստացված արդյունքների վերլուծության հավելյալ
լրացումներ:

Կիրառած թեստերի նկարագրությունները

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ ծնողների
վերաբերմունքն ուսումնասիրելու նպատակով կիրառել ենք՝

- Ա. Յա. Վարգայի և Վ. Վ. Ստոլինի «Ծնողական վերաբերմունքի
թեստ-հարցարանը» [43, էջ 144], [2, էջ 252],
- «PARI» մեթոդիկան՝ ըստ Ե. Ս. Շեֆերի և Ռ. Կ. Բելի [19, էջ 44], [43, էջ
130], [70]
- Վ. Վ. Կազանի, Ի. Պ. Ժուրավլյովայի «Երեխայի հիվանդության
նկատմամբ վերաբերմունքի ախտորոշումը» մեթոդիկան [42, էջ
30]:

Ծնողների ինքնագնահատականն ուսումնասիրելու նպատակով
կիրառել ենք՝

- Հ. Այգենկի «Հոգեկան վիճակի ինքնագնահատականը»
մեթոդիկան [40, էջ 141], [78],
- «Ինքնագնահատականի մակարդակի արագ ախտորոշումը» թեստը
[51, էջ 38],
- «Ընտանեկան սոցիոգրամի» մեթոդը [17, էջ 173-176], [54, էջ 661]:

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների վերաբերմունքը
ծնողների հանդեպ, ներընտանեկան հարաբերություններում նրանց
ինքնաընկալումն ու ինքնաընդունումը պարզելու նպատակով
կիրառել ենք «Ծննդյան օր» սոցիոմետրիկ փորձը [19, էջ 50] և
«Սանդուղք» արոյեկտիվ մեթոդիկան [19, էջ 59]:

Հ. Այգենկի «Հոգեկան վիճակի ինքնագնահատականը» մեթոդիկան
[40], [78] հնարավորություն է տալիս ախտորոշելու անձի այնպիսի
հոգեվիճակներ, ինչպիսիք են տագնապայնությունը,
ֆրոստրացիան, ագրեսիվությունը և ռիզիկոսությունը: Բացի այս
հոգեկան վիճակների գնահատումից, այն թույլ է տալիս որոշել նաև
հոգեբանական ինքնագնահատականը՝ ըստ անձի մոտ եղած
ֆրոստրացվածության մակարդակի:

Անձը տագնապային է, եթե տագնապայնության շեմը ցածր է, և նա
հակված է ամենաչնչ ինտիթով տագնապապրելու:

Ֆրոլստրացիան այն հոգեվիճակն է, որն առաջանում է, երբ անձն իր նպատակին հասնելու ճանապարհին հանդիպում է ռեալ կամ երևակայական խոչնդոտների: Եթե հետազոտվողի մոտ ֆրոլստրացիայի մակարդակը ցածր է, ապա բարձր է նրա ինքնագնահատականը, և նա կայուն է անհաջողությունների նկատմամբ:

Ագրեսիան հատուկ է այն անձանց, ովքեր ունեն հոգեբանական բարձր ակտիվություն և ձգտում են լիդերություն՝ այլ մարդկանց վրա ուժ գործադրելով:

Ռեզիդույությունը հատուկ է այն անձին, որն ունի դժվարություններ գործունեության այնպիսի իրավիճակներում, որտեղ անձի ակտիվ վերափոխում է պահանջվում:

Թեստում ներկայացված է հոգեբանական 40 իրավիճակ (տե՛ս հավել. 1): Յետազոտվողը պետք է ուշադիր կարդա դրանք և համեմատի իր սեփականի հետ: Եթե ներկայացված իրավիճակը համընկնում է, գնահատվում է 2 բալ, եթե մասամբ է համընկնում՝ 1 բալ, եթե չի համընկնում՝ 0 բալ:

Այս մեթոդիկան մեզ հնարավորություն է տալիս պարզելու ոչ միայն հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի ծնողների անձի հոգեբանական վիճակը, նրանց մոտ տագնապայնություն, ֆրոլստրացիայի, ագրեսիվության և ռեզիդույան արտահայտվածությունը, այլ նաև նրանց հոգեբանական ինքնագնահատականը, դժվարին իրավիճակներում նրանց վերափոխման ունակությունը, անհաջողությունների դիմակայման կայունությունը:

Ինքնագնահատականի մակարդակի արագ պատրոշման մեթոդիկայում [51, էջ 38] ներկայացված են 15 տարբեր իրավիճակների նկարագրություններ (տե՛ս հավել. 2): Ըստ դրանց՝ հարցվողը գնահատում է իր արտաքինը, պահվածքը, խոսքը, շրջապատի կողմից հասկացված ու գնահատված լինելը, տագնապներն ու անհանգստությունները, կասկածները, միայնակության և ապահովության զգացումները և այլն: Յարգվողն իր մոտ այդ իրավիճակների դրսևորման հաճախականությունը պետք է գնահատի ըստ հետևյալ կարգի.

- շատ հաճախ – 4 բալ,
- հաճախ – 3 բալ,

- երբեմն – 2 բալ ,
- հազվադեպ – 1 բալ ,
- երբեք – 0 բալ :

Ստացված բալերի գումարի տվյալով հետազոտվողի ինքնագնահատականը համարվում է բարձր, միջին կամ ցածր:

Ինքնագնահատականի արագ փառորոշման մեթոդիկայի կիրառմամբ մենք որոշեցինք հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների ինքնագնահատականների մակարդակները:

PARI (Parental Attitude Research Instrument / Ծնողական դիրքորոշման բացահայտման) մեթոդիկա [19, էջ 44], [43, էջ 130], [70]: Այն հնարավորություն է տալիս ուսումնասիրել ու ծնողների (հատկապես մայրերի) դիրքորոշումը և վերաբերմունքը ընտանեկան կյանքի տարբեր կողմերի, ընտանեկան դերերի նկատմամբ: Մեթոդիկայի հեղինակներն են հոգեբաններ Ե. Ս. Շեֆերը և Ռ. Կ. Բելը:

Մեթոդիկայում առանձնացվում են 23 տեսակետներ, որոնք վերաբերում են ծնող-երեխա փոխհարաբերության տարբեր կողմերին: Դրանցից 8-ը նկարագրում է վերաբերմունքը ընտանեկան դերի հանդեպ, 15-ը՝ ծնող-երեխա փոխհարաբերությունները: Այս 15 տեսակետները բաժանվում են 3 խմբի.

- I - Լավագույն հուզական շփում,
- II - չափազանց հուզական հեռավորություն երեխայից,
- III - չափազանց կենտրոնացում երեխայի վրա:

Վերաբերմունքն ընտանեկան դերի նկատմամբ նկարագրվում է 8 նշանների օգնությամբ (հարցաթերթիկում այդ համարներն են՝ 3, 5, 7, 11, 13, 17, 19, 23):

Հարցաթերթիկի միջոցով տեսանելի են դառնում ընտանիքի առանձին անդամներին, նրանց փոխհարաբերություններին վերաբերող հետևյալ գործոնները:

Կնոջ հետաքրքրությունների սահմանափակումն ընտանիքի շրջանակներում.

- հոգատարություն միայն ընտանիքի հանդեպ (3),
- առանձնազուտոր դերի զգացում (15),
- ընտանեկան կոնֆլիկտներ (7),

- ծնողների գերհեղինակություն (11),
- անբավարարվածության զգացում տնային տնտեսուհու դերից (13),
- ամուսնու անմասնակից լինելը ընտանիքում, ընտանեկան գործունեության մեջ (17),
- մոր դոմինանտությունը (19),
- մոր կախվածությունը և անխնայությունը (23):

Ծնողի վերաբերմունքը երեխայի հանդեպ.

I խումբ - Լավագույն հուզական շփում. կազմված է 4 տեսակներից (հարցաթերթիկում համարներն են՝ 1, 14, 15, 21)՝

- վերբալիզացիա, բառային դրսևորումներ (1),
- ընկերական փոխհարաբերություններ (14),
- երեխայի մոտակտիվություն զարգացում (15),
- երեխայի և ծնողի միջև հավասար փոխհարաբերություններ (21):

II խումբ - երեխայի հետավելորդ հուզական հեռավորություն. բաղկացած է 3 տեսակետներից (հարցաթերթիկում համապատասխան համարներն են՝ 8, 9, 16)՝

- գրգռվածություն, պոռթկունություն (8),
- ավելորդ խտություն, դաժանություն (9),
- խուսափում երեխայի հետշփումից (16):

III խումբ - ավելորդ սևեռվածություն երեխայի հանդեպ. նկարագրվում է 8 տեսակետներով (հարցաթերթիկում թվանշաններն են՝ 2, 4, 6, 10, 12, 18, 20, 22)՝

- գերհոգատարություն, կախվածություն, անխնայություն զարգացում (2),
- հակառակվելու հաղթահարում, կամքի ճնշում (4),
- անվտանգության ստեղծում, վիրավորվելու վախ (6),
- ներընտանեկան ազդեցությունների բացառում (10),
- ագրեսիվություն ճնշում (12),
- սեքսուալություն ճնշում (18),
- ներխուժում երեխայի ներաշխարհ (20),
- երեխայի զարգացման ձգտման արագացում (22):

Մեթոդիկան պարունակում է 115 դատողություններ, որոնցից յուրաքանչյուրի մասին փորձարկվողը պետք է արտահայտի իր վերաբերմունքը՝ լիովին, մասնակի համաձայնությամբ կամ անհամաձայնությամբ (տե՛ս հավել. 3):

PARI մեթոդիկան մեզ հնարավորություն է տալիս նաև պարզելու ծնողների վերաբերմունքն իրենց հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ, նրանց միջև չափից ավելի հուզական հեռավորության, ծնողների գրգռվածության, պոռթկունության, խստության, կոնֆլիկտայնության արտահայտվածությունը: Ինչպես նաև մենք կարող ենք որոշել երեխայի վրա չափից ավելի կենտրոնացվածությունը, գերխնամքը, երեխայի կամքի և ինքնուրույնության դրսևորումների ճնշման, դժվարություններից անվերապահորեն գերծ պահելու, ագրեսիվության և սեքսուալության դրսևորումների ճնշման, երեխայի կյանքին չափից ավելի միջամտության դրսևորումները:

Ծնողական վերաբերմունքի թեստիարցարան (Ա Յա Վարգա Վ. Վ. Ստուլիս) [43, էջ 144], [2, էջ 252]: Ծնողական վերաբերմունքը երեխայի հանդեպ ունեցած զգացմունքների և արարքների համակարգ է, որն իր մեջ ներառում է ռացիոնալ, հուզական և վարքային տարրեր: Այն հոգեբանական առումով ծնողի մակնավարժական դիրքորոշումն է երեխայի նկատմամբ: Այս մեթոդիկան ծնողական վերաբերմունքի հոգեախտորոշման կարճատև, կիրառման համար հեշտ և իր արդյունքներով բովանդակալից միջոց է: Թեստը մշակվել է Ա. Վարգայի և Վ. Ստուլիսի կողմից: Հարցարանը կազմված է 61 պնդումներից (տե՛ս հավել. 4), որոնք խմբավորված են հետևյալ 5 սանդղակների մեջ՝ «Ընդունում-ժխտում» (ԸԺ), «Համագործակցություն» (ՀԳ), «Համակցություն» (ՀԿ) կամ «Սիմբիոզ», «Անառարկելի գերսոցիալականացում» (ԳՍ) (ավտորիտարիզմ), «Փոքրիկ անհաջողակ» (ՓԱ): Յուրաքանչյուր սանդղակը ցույց է տալիս ծնողական վերաբերմունքի այս կամ այն կողմերը:

«Ընդունում-ժխտում» սանդղակն արտահայտում է երեխայի նկատմամբ դրական կամ բացասական հուզական վերաբերմունքը: Դրական վերաբերմունքի դեպքում ծնողը երեխային ընդունում է այնպես, ինչպես որ նա կա, կիսում և խրախուսում է նրա

հետաքրքրություններն ու պլանները: Ծնողը հարգում է երեխայի անհատականությունը, համակրում է նրան և ձգտում շատ ժամանակ անցկացնել նրա հետ: Մերժման դեպքում՝ ծնողի կողմից երեխան ընկալվում է որպես վատ, անկարողուսակ, անհաջողակ: Նրան թվում է, որ երեխան կյանքում չի կարող հասնել հաջողության՝ իր ցածր կարողությունների, խելապակասության, հիմար սովորությունների պատճառով: Ծնողներից շատերը երեխայի հանդեպ թշնամություն, ջղայնություն, կոպտություն և վիրավորանք են դրսևորում, չեն հարգում և չեն վստահում նրան:

«Յամագործակցություն» սանդղակն արտահայտում է ծնողի կողմից երեխայի գործերով անկեղծ հոտաքրքրվելու և նրա հետ համագործակցելու ձգտումը: Ծնողը համագործակցում է երեխայի հետ, եթե հետաքրքրված է նրա գործերով և պլաններով, բարձր է գնահատում երեխայի ընդունակությունները, հպարտության զգացում է ապրում նրա համար: Երեխայի հետ ձգտում է լինել հավասար, նպաստում է նրա ինքնուրույնությանը: Ծնողը հարգում է երեխային և ձգտում է նպաստել նրա ինքնուրույնությանը:

«Յամակեցություն» (սիմբիոզ) սանդղակը ցույց է տալիս ծնողի և երեխայի միջև հոգեբանական հեռավորությունը, նրանց շփմանյուրահատուկ ձևը: Այստեղ երևում է, թե արդյո՞ք ծնողը ձգտում է երեխայի հետ սերտ միասնության, թե՞ պահպանում է հոգեբանական հեռավորություն: Երեխայի հետ սիմբիոտիկ հարաբերությունների դեպքում ծնողն իրեն երեխայի հետ միամբողջություն է զգում: Նա բավարարում է երեխայի բոլոր պահանջները, պաշտպանում նրան կյանքի բոլոր դժվարություններից և տհաճություններից, մշտապես տազնապում է նրա համար, երեխային ընկալում է որպես թույլ ու անպաշտպան էակի: Երեխայի ինքնուրույնության ցանկացած դրսևորում ավելի է մեծացնում ծնողի տազնապայնությունը: Ցածր միավորների դեպքում մեծահասակը հաստատում է զգալի հոգեբանական հեռավորություն իր և երեխայի միջև:

«Անառարկելի գերսոցիալականացում» (ԳՍ) (վերահսկողություն) սանդղակը ցույց է տալիս երեխայի վարքի հսկողության ուղղությունն ու ձևը, դրանց ավտորիտար կամ դեմոկրատական լինելը կամ երեխայի գործողությունների նկատմամբ

վերահսկողություն և բացակայությունը: Ավտորիտար վերահսկողության դեպքում ծնողը երեխայից պահանջում է անառարկելի հնազանդություն և կարգապահություն, ամեն ինչում թելադրում է իր կամքը և անտեսում է երեխայի կարծիքը:

«Փոքրիկ անհաջողակ» սանդղակը պարզում է ծնողի վերաբերմունքը երեխայի անհաջողությունների նկատմամբ: Սանդղակի բարձր միավորները վկայում են, որ այս ծնողները միտված են ինֆանտիլիզացնել իրենց երեխային՝ նրան համարելով սոցիալապես և անձնապես անկարողունակ: Ծնողը երեխային նրատարիքից փոքր է ընդունում, անլուրջ է համարում նրա հետաքրքրությունները, մտքերն ու զգացմունքները, արհամարհում դրանք: Միաժամանակ այս ծնողները ձգտում են պաշտպանել երեխային ամենատարբեր դժվարություններից և խիստ վերահսկում են նրա գործողությունները: Ցածր միավորները վկայում են, որ ծնողները երեխայի անհաջողությունները պատահական և անցողիկ են համարում:

Այս թեստը մեզ հնարավորություն է տալիս պարզելու հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ ծնողի տարատեսակ զգացմունքների, նրա հետ հաղորդակցվելու ընթացքում կիրառվող վարքածների, ծնողի կողմից երեխայի անհատականությունը, զարգացման շեղումները, բնավորությունն ու վարքն ընկալելու և հասկանալու առանձնահատկությունները:

Երեխայի հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունքի ախտորոշման մեթոդիկա (Վ. Վ. Կազան, Ի. Պ. Ժուրավլյովա) [42, էջ 30]:

Այս մեթոդիկան կարող է օգտագործվել երեխայի հիվանդության նկատմամբ մեծահասակների վերաբերմունքի անհատական և ընտանեկան ախտորոշման նպատակով, ընտանեկան հոգեթերապիայի արդյունավետությունը ստուգելիս, խորհրդատվական աշխատանքի ժամանակ, ինչպես նաև երեխայի հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունքի հետազոտությանը նվիրված գիտագործնական աշխատանքներ իրականացնելիս, բուժման տիպի հետազոտության (ամբուլատոր, ստացիոնար, կիսաստացիոնար, առողջարանային), ընտանիքի մշակութային մակարդակը, ընտանեկան հարաբերությունների որակն ու սումնասիրելիս և այլն:

Թեստում ընդգրկված հարցերը (տե՛ս հավել. 5) հնարավորություն են տալիս որոշել հետևյալ հատկանիշները՝

- ինտերնալ ություն (սեփական արարքների համար պատասխանատվության զգացում),
- տազնապայնություն,
- նոզոզնոզիա (հիվանդության հստակ գիտակցում),
- ակտիվության վերահսկողություն,
- ընդհանուր լարվածություն:

Ինտերնալ ության բարձր ցուցանիշը ցույց է տալիս ծնողների կողմից երեխայի հիվանդության էքստերնալ վերահսկում: Հիվանդության պատճառներն ընկալվում են որպես ծնողներից անկախ, անվերահսկելի և անառարկելի: Ցածր ցուցանիշները բնութագրում են ինտերնալ վերահսկում, որի ժամանակ ծնողները երեխայի հիվանդության համար իրենց պատասխանատու են համարում:

Տազնապայնության հատկանիշը նկարագրում է երեխայի հիվանդության նկատմամբ տազնապային հակազդումները: Որքան բարձր է ցուցանիշը, այնքան տազնապայնությունը վառ է արտահայտված: Չափավոր տազնապայնությունը երեխայի հիվանդության նկատմամբ չեզոք վերաբերմունք է ցույց տալիս: Տազնապայնության ծայրահեղ ցածր աստիճանը կամ բացակայությունը հակասում է երեխայի նկատմամբ վերաբերմունքի ընդունված կարծրատիպերին և ամենից հաճախ մատնանշում է տազնապի արտամղում:

Նոզոզնոզիայի (հիվանդության հստակ գիտակցում) բարձր ցուցանիշները ցույց են տալիս, որ ծնողները հակված են չափազանցել երեխայի հիվանդության ծանրությունը (հիպերնոզոզնոզիա): Ցածր ցուցանիշները ցույց են տալիս, որ ծնողները հակված են անուշադրության մատնել երեխայի հիվանդության ծանրությունը (հիպոնոզոզնոզիա կամ անոզոզնոզիա):

Ակտիվության վերահսկման բարձր ցուցանիշի դեպքում ծնողները հակված են հիվանդության ժամանակ խիստ սահմանափակել երեխայի ակտիվությունը («հանգիստը բուժում է»): Ցածր

ցուցանիշների դեպքում ծնողները միտված են թերազնահատելու ակտիվությամբ անհրաժեշտ սահմանափակումները:

Ընդհանուր լարվածությունը որոշվում է ողջ հարցաչարի արդյունքների ամփոփումով: Բարձր արդյունքները ցույց են տալիս երեխայի հիվանդության նկատմամբ լարված վերաբերմունք: Յուրաքանչյուր գործոնի դեպքում թեստից ստացված միավորները կարող են գտնվել -30-ից +30 միջակայքում:

Երեխայի հիվանդության նկատմամբ վերաբերմունքի փառորոշման մեթոդիկան մեզ հնարավորություն տվեց պարզելու ծնողների հակազդումներն իրենց երեխայի հատուկ կարիքների հանդեպ:

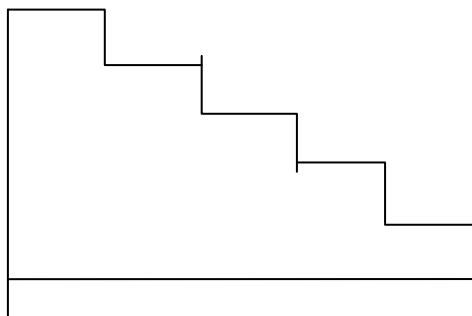
«Ծննդյան օր» սոցիոմետրիկ փորձը [19, էջ 50]: Սանախատեսված է նախադարոցական և դարոցական տարիքի երեխաների համար: Այն թույլ է տալիս որոշելու երեխայի վերաբերմունքն այլ երեխաների և մեծահասակների նկատմամբ: Թեստը կարելի է կիրառել անհատական և խմբային աշխատանքների ընթացքում:

Երեխային առաջարկում ենք պատկերացնել իր ծննդյան օրը: Նկարում ենք կլոր սեղան, որի վրա պատկերում ենք ծննդյան տորթ՝ մոմերով: Սեղանի շուրջ գտնվում են աթոռներ: Երեխան պետք է ընտրի իր աթոռը և տեղավորի մյուսներին: Եթե ցանկանում է, կարող է էլի աթոռներ ավելացնել կամ ջնջել: Նկարված աթոռների վրա գրվում են երեխայի կողմից նշված մարդկանց անունները: Ընթացքում երեխային տրվում են տարբեր հարցեր, որոնք բացահայտում են երեխայի վերաբերմունքն իրեն շրջապատող մարդկանց նկատմամբ: Կարելի է հարցնել, թե ու՞մ կիրավորեր իր ծնունդին, ովքե՞ր են սովորաբար ներկա գտնվում իր ծննդյան տոնին, հատկապես ու՞մ կուզենար, որ ներկա լիներ, ու՞մ կնստեցներ իր կողքին կամ իր դիմաց և այլն:

Այս մեթոդիկան մեզ հնարավորություն է տալիս պատկերացում կազմել հատուկ խնդիրներ ունեցող երեխայի ընտանիքի, ընկերների, նրա շփման շրջանակի, շրջապատող մարդկանց նկատմամբ նրա վերաբերմունքի մասին: Մեր հետազոտության համար հատկապես կարևոր էր բացահայտել հատուկ կարիքով երեխայի վերաբերմունքը ծնողների նկատմամբ:

«Սանդուղք» [19, էջ 59]: Վ. Գ. Շուրի կողմից մշակված այս մեթոդիկայի կիրառումը հնարավորություն է տալիս որոշելու երեխայի ինքնագնահատականը հետևյալ հատկանիշներով՝ «առողջություն», «ուրախություն», «խելացիություն», «գեղեցկություն», «բնավորություն», «բարություն»: Երեխային առաջարկվում է 6 սանդուղք՝ 5 աստիճաններով կամ նույն երկարությամբ 6 ուղղահայաց հատվածներ, որոնցից վերին աստիճանը դրականն է, իսկ ներքևինը՝ բացասական (նկ. 1): Երեխային խնդրում են նշել իր տեղն այդ սանդուղքների վրա՝ ըստ վերոնշյալ հատկանիշների: Մենք կարող ենք պարզել նաև, թե, ըստ նույն հատկանիշների, երեխայի կարծիքով, ինչպես են գնահատում իրեն հայրը, մայրը, ընկերներն ու շրջապատը: Եթե երեխայի կարծիքով իր համար նշանակալից անձիք տեսնում են իրեն նույն դիրքում կամ ավելի բարձր, ինչպես որ ինքն է իրեն գնահատում, ապա երեխան հոգեբանական առումով պաշտպանված է: Այս մեթոդիկան մեզ հնարավորություն է տալիս որոշելու երեխայի ինքնաընդունումը, նրա ինքնագնահատականը և իր հանդեպ ծնողների գնահատականը:

Նկար 1

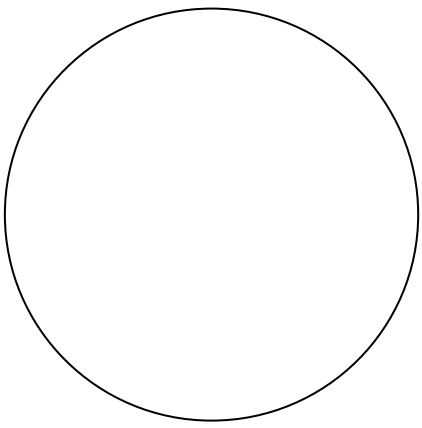


«Շնտանեկան սոցիոգրամի» մեթոդը [17, էջ 173-176], [54, էջ 661] թույլ է տալիս բացահայտել ընտանիքի անդամների սոցիոմետրական դիրքերը և նրանց հաղորդակցման բնույթը: Այն առավել արդյունավետ է կիրառել ընտանեկան հոգեթերապիայից առաջ և թերապիայի ընթացքում՝ ընտանեկան դինամիկ փոփոխություններին հետևելու համար: Էյդեմիլլերի և այլ մասնագետների կողմից փորձարկումներ են արվել սոցիոգրամի մեթոդով ուսումնասիրելու իրական և իդեալական ընտանիքների կառուցվածքներն ու ներընտանեկան փոխհարաբերությունները, որոնք ընտանեկան բախումների պայմաններում տարբեր են լինում:

Հարցվողին տրվում է ձևաթուղթ, որի վրա գծված է 110 մմ տրամագծով շրգանագիծ (նկ. 2), և հանձնարարվում է տարբեր տրամագծի շրջանակների տեսքով այդ շրջանակում տեղադրել սեփական անձն ու ընտանիքի անդամներին՝ նշելով նրանց ընտանեկան դիրքերը: Յուրաքանչյուր հարցվող պետք է աշխատանքը կատարի ինքնուրույն և չխորհրդակցի ուրիշների հետ: Սոցիոգրամը մեկնաբանելիս հետազոտողը պետք է ուշադրություն դարձնի, թե ընտանիքի քանի՞ անդամ է ներկայացված շրջանակի ներսում, ինչպիսի՞ն են ընտանիքի անդամներին ներկայացնող շրջանակների մեծությունները, ի՞նչ փոխադարձ դասավորություն և հեռավորություն ունեն: Այդ նշանների փոխադարձ հարաբերությունները կարևոր հոգեբանական տեղեկություններ են հաղորդում տվյալ ընտանիքի մասին:

Շրջանակների թիվը հաշվելիս հետազոտողը պետք է ուշադրություն դարձնի, թե արդյո՞ք ընտանիքի բոլոր անդամներն են ներկայացված սոցիոգրամում: Լինում են դեպքեր, երբ հարցվողները շրջանակի մեջ ընտանիքի ոչ բոլոր անդամներին են ներկայացնում, ինչը վկայում է, որ դուրս թողնված անդամները նրա համար նշանակալից չեն կամ նույնիսկ մերժված են, հնարավոր են նույնիսկ բախումնային հարաբերություններ չնշած անձի հետ: Որոշ հարցվողների մոտ շրջանագծում կարող են ներառված լինել անձիք, որոնք ընտանիքի անդամներ չեն: Երբեմն հարցվողները նշում են նույնիսկ ընտանիքում պահվող կենդանուն:

Նկար 2



Շրջանակների մեծությունը ցույց է տալիս, թե որքան նշանակալից է ներկայացված անձը: Եթե հարցվողն իրեն

մյուսներից ավելի մեծ շրջանակով է ներկայացնում, դավկայում է նրա շատ բարձր ինքնագնահատականի մասին: Հակառակ դեպքում կարելի է եզրակացնել, որ մյուսների համեմատ նա իրեն ավելի ցածր է գնահատում: Արդյունքներն ավելի հավաստի կլինեն, եթե հարցվողը չիմանա հետազոտության նպատակը և ավելի անկաշկանդ դրսևորի իրեն:

Շրջանակների դասավորությունը յուրաքանչյուրի մոտ տարբեր է: Եթե ընտանիքի անդամը ներկայացված է փոքր շրջանով և տեղավորված է թեստային դաշտի մի անկյունում, նշանակում է, որ հարցվողը մերժում և մեկուսացնում է նրան: Նշանակալից անդամները ներկայացվում են թեստային դաշտի կենտրոնում և մեծ շրջանով: Ուշագրավ է այն հանգամանքը, թե հետազոտվողն իրեն որտեղ և ինչ չափով է ներկայացնում. եթե մեծ շրջանագծով և կենտրոնում, նշանակում է նա ունի ուժեղ արտահայտված եսակենտրոնություն և բարձր ինքնագնահատական, իսկ եթե փոքր շրջանագծով և մի անկյունում, ապա դավկայում է ճնշվածության և թերարժեքության բարդույթի մասին:

Շրջանակների հեռավորությունը ցույց է տալիս ընտանիքի անդամների հուզական փոխհարաբերությունների ենթագիտակցական դրսևորումները: Որքան անդամներն ավելի մոտ են ներկայացված, այնքան նրանք հուզականորեն ավելի մոտ են: Շրջանակների միջև մեծ հեռավորությունը խոսում է նրանց միջև օտարվածության առկայության մասին: Եթե շրջանագծի մեջ ընտանիքի անդամներն իրարից հեռու են, ուրեմն կարելի է ենթադրել, որ նրանց միջև բախումնային հարաբերություններ են, հուզական մերժում, միմյանց հետ չփվելու ցանկության բացակայություն և կամ թուլություն: Եթե հարցվողն իրեն ներկայացնում է այլ անդամի (օրինակ՝ մոր) հետ հատվող շրջանագծով, ապա որոշ հեղինակներ (Էյ դեմիլլեր, Օլիֆրովիչ և ուրիշներ) գտնում են, որ հարցվողը դեռևս իր «ես»-ը չի տարանջատել մոր անձից, սիմբիոտիկ կապի մեջ է նրա հետ: Դավկայում է անձի զարգացման և հասունության անբավարար մակարդակի մասին:

Այս մեթոդիկան կիրառել ենք ծնողների հետ: Այն հնարավորություն տվեց դուրս բերել կարևոր տվյալներ ընտանեկան հարաբերությունների, հատուկ կարիքով երեխայի

հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի, ծնողների ինքնագնահատականի, ընտանիքում «տան գլխավորի» վերաբերյալ :

3.2. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների ինքնագնահատականի հետազոտության արդյունքները

Հոգեկան վիճակի ինքնագնահատականն փառորոշող մեթոդիկայի կիրառումը հնարավորություն տվեց հոգեկան տարբեր վիճակների ինքնագնահատման արդյունքում պարզել հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների մոտ տազնապայնության, ֆրոստրացիայի, ագրեսիայի և ռիզիդոնության արտահայտվածությունը և հոգեբանական ինքնագնահատականը: Հետազոտության արդյունքները ներկայացված են աղյուսակ 1-ում և 2-ում:

Ընդհանուր արդյունքներից պարզվեց, որ հետազոտվող 152 մասնակից ծնողներից 33-ի մոտ (21,7%) առկա է բարձր **տազնապայնություն**: Նրանց տազնապայնության շեմը ցածր է, ուրեմն և հակված են ամենաչնչին առիթով տազնապայնություն: Տազնապայնությունը բարձր է 14 (18,4%) հայրերի և 19 (25%) մայրերի մոտ: Ծնողներից 83-ի (54,6%) մոտ գրանցվել է միջին, և 36-ի (23,7%) մոտ՝ ցածր տազնապայնություն (հիստոգր. 1):

Աղյուսակ 1

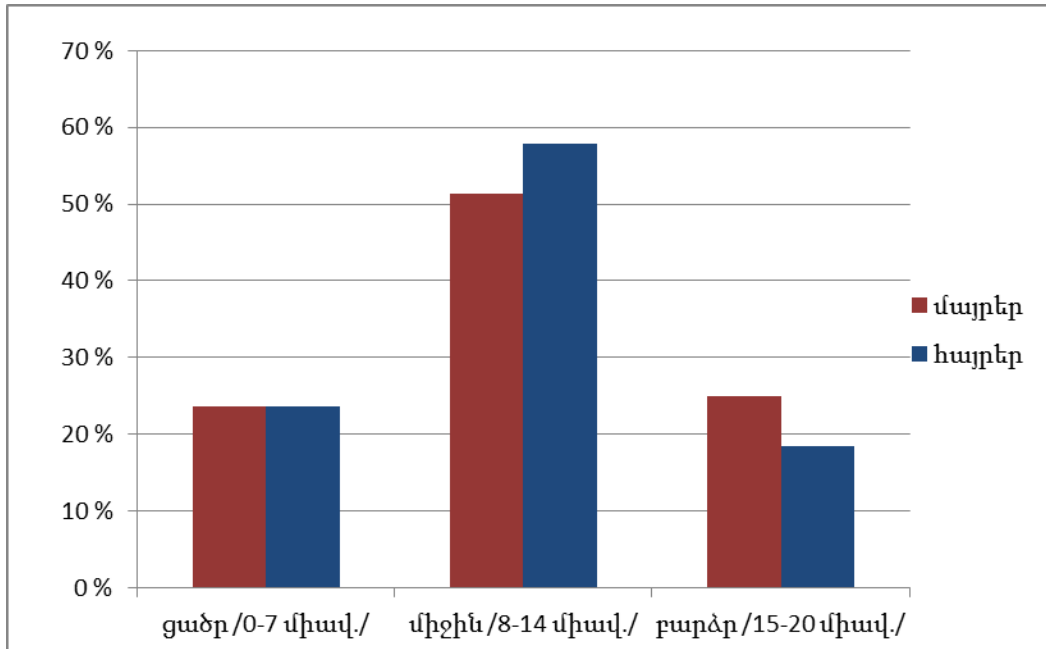
Հոգեկան վիճակի ինքնագնահատականն փառորոշող թեստի ընդհանուր արդյունքները (n=152)

		Ցածր ցուցանիշ /0-7 միավ./	Միջին ցուցանիշ /8-14 միավ./	Բարձր ցուցանիշ /15-20 միավ./
Տազնապայնություն	n	36	83	33
	%	23,7	54,6	21,7
Ֆրոստրացիա	n	29	97	26
	%	19,1	63,8	17,1
Ագրեսիա	n	15	52	85
	%	9,9	34,2	55,9
Ռիզիդոնություն	n	21	109	22

	%	13,8	71,7	14,5
--	---	------	------	------

Հիստոգրամ 1

Հատուկ կարիքներով երեխաների ծնողների տազնապայ նու թյ ան մակարդակը



Աղյուսակ 2

Հոգեկան վիճակի ինքնագնահատականն փտորոշող թեստի արդյունքները

		Ցածր ցուցանիշ /0-7 միավ./		Միջին ցուցանիշ /8-14 միավ./		Բարձր ցուցանիշ /15-20 միավ./	
		Մայրեր	Հայրեր	Մայրեր	Հայրեր	Մայրեր	Հայրեր
		Տազնապայ նու թյ նու	n	18	18	39	44
	%	23,7	23,7	51,3	57,9	25	18,4
Ֆրոստրացի ա	n	26	3	36	61	14	12
	%	34,2	3,9	47,4	80,3	18,4	15,8
Ագրեսիա	n	10	5	38	14	28	57
	%	13,2	6,6	50	18,4	36,8	75

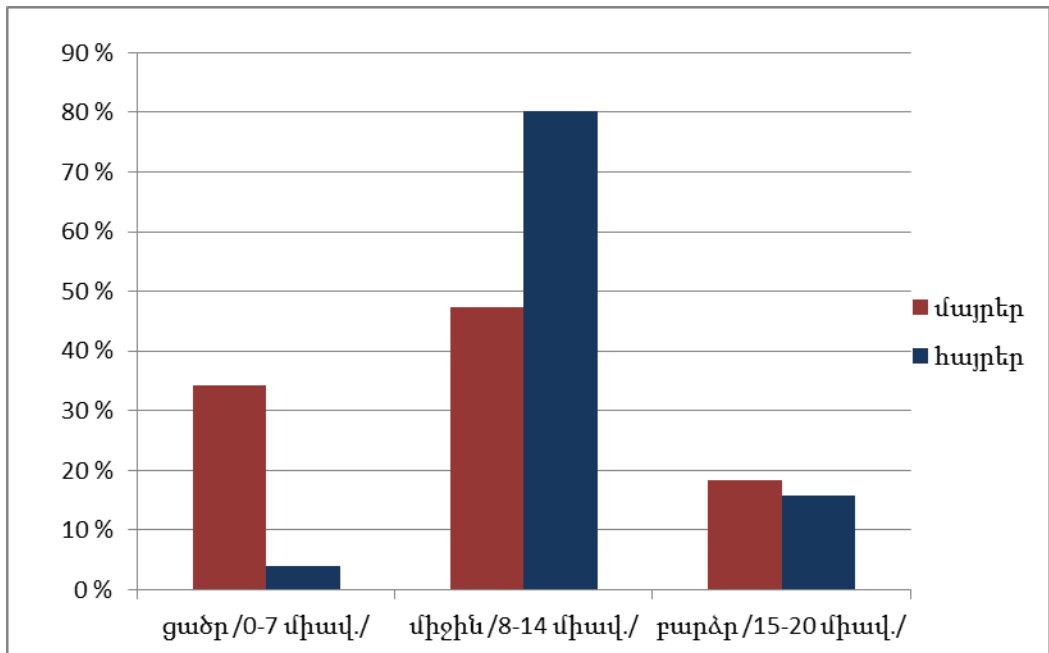
Ռիզիկոլոթյուն	n	11	10	52	57	13	9
	%	14,5	13,2	68,4	75	17,1	11,8

Չրույցի և դիտման արդյունքները ցույց են տալիս, որ բարձր տազնապայնություն և նեցող ծնողները մշտապես լարված են, անհանգիստ, դյուրագրգիռ, շփոթված և «խառնված»: Երեխան անընդհատ նրանց ուշադրության կենտրոնում է, տազնապեն ապրում էրեխայի ամեն մի գործողության համար, հաճախակի դիտողություններ են անում և հանգիստ չեն թողնում նրան: Չրույցի ընթացքում արտահայտում են ապագայի հետ կապված հոռետեսական մտքեր, իրադարձությունների վատ ելքով կանխատեսումներ: Միջին և բարձր տազնապայնությամբ ծնողների մոտ դիտվում է ինչ-որ բան չհասցնելու ներքին անհանգստություն: Այս ծնողներին հատկապես հուզում է իրենց հատուկ կարիքներով երեխայի ապագան. նրանք մշտապես տազնապեն ապրում և նրանց հանգիստ չի տալիս այն միտքը, թե ինչ է սպասվում իրենց երեխային, երբ իրենք այլևս չեն լինի:

Տրուստացիան բարձր է ծնողներից 26-ի (17,1%) մոտ: Նրանց ինքնագնահատականը ցածր է, խուսափում են դժվարություններից, վախենում են անհաջողություններից, նրանց համար դժվար է դիմակայել նպատակին հասնելու ճանապարհին ծառայած իրական կամ երևակայական խոչընդոտներին և դժվարություններին:

Հիստորամ 2

Չատուկ կարիքներով երեխաների ծնողների տրուստացիայի մակարդակը



Ֆրոնտալ առաջին բարձր է 14 մայրերի և 12 հայրերի մոտ: Միջին ֆրոնտալ առաջին թյունը գրանցել են 97 ծնողներ (63,8%): Նրանց մոտ որոշակի չափով առկա է ֆրոնտալ, ինչը վկայում է, որ հիասթափությունը, հուսալքությունը և հուսախափությունը նրանց մշտական ուղեկիցներն են: Միջին մակարդակի ֆրոնտալ առաջին թյունը ունեն մայրերից 36-ը (47,4%) և հայրերից 61-ը (40,8%): Ֆրոնտալ առաջին թյունը մակարդակ առկա է 29 (19,1%) ծնողների մոտ: Նրանք հավատում են հետագա հաջողություններին, վստահ են սեփական ուժերի վրա, հոգեբանորեն պատրաստ են դիմակայել ու ցանկացած դժվարության և կայուն են անհաջողությունների նկատմամբ (տե՛ս հիստոգր. 2):

Չրոյցից պարզվեց, որ այս ծնողների ֆրոնտալ առաջին և բարձր մակարդակը պայմանավորված են երջանիկ ընտանիք ունենալով, սիրված գործով զբաղվելով, առողջ և խելացի երեխաներ դաստիարակելով չիրականացված նպատակներով ու ցանկություններով: Նրանց մոտ դիտվում էր խոր ափսոսանք և տխրություն, զսպված հույզերի դուրսբերում լացի, զայրույթի, վերբալ ագրեսիայի և մեղադրանքի ձևով, որոնք ուղղված են աստծուն, ճակատագրին, բժիշկներին, երեխային, իրենք իրենց, ամուսնուն կամ կնոջը, ողջ աշխարհին:

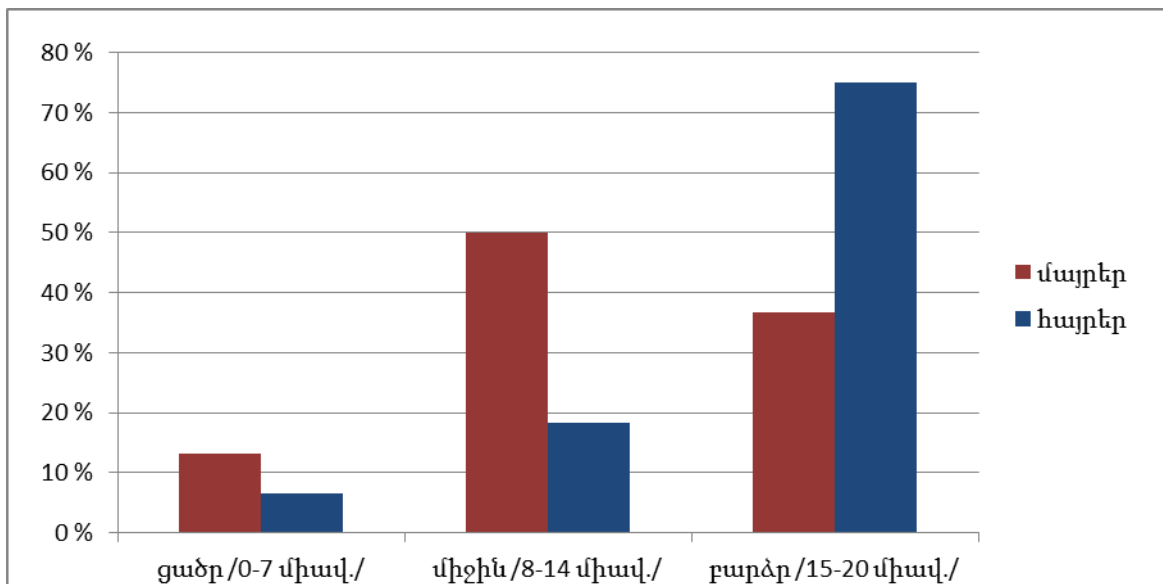
Հարկ է նշել նաև, որ ֆրոնտալ առաջին թյունը մակարդակ և հոգեբանական բարձր ինքնագնահատական ունեցող ծնողներն

ուկնեիկն նաև առողջ երեխաներ, իսկ նրանց հատուկ կարիքներով երեխաները դպրոցականներ էին:

Ազրեսիվուլոթյան արտահայտվածուլոթյան ընդհանուր արդյունքներից պարզվեց, որ հատուկ կարիքներ ուկնեցող երեխաների ծնողներից 85-ի (55,9%) մոտ առկա է բարձր ազրեսիվուլոթյուն. նրանք անգուսպ են, անհավասարակշռված, ուկնեն մարդկանց հետ շփման դժվարուլոթյուններ տանը, շրջապատում և աշխատավայրում: Ծնողներից 52-ի (34,2%) մոտ միջին ազրեսիվուլոթյան մակարդակի ցուցանիշներ են, իսկ 15-ի (9,9%) մոտ ազրեսիվուլոթյունը ցածր է: Ցածր ազրեսիվուլոթյուն է գրանցվել ընդհամենը 10 մայրերի և 5 հայրերի մոտ: Ազրեսիայի ցածր մակարդակը կարելի է գնահատել ոչ միայն որպես իրական հանգստուլոթյուն և զսպվածուլոթյուն, այլ նաև որպես հուսահատված և «թևաթափ» վիճակ, այլ ևս պայքարելու անկարողուկնակուլոթյուն: Այդ մասնակիցները, ինչպես պարզվեց, հիմնականում դպրոցական տարիքի հատուկ կարիքներով երեխա ուկնեցող ծնողներն էին (տե՛ս հիստոգր. 3):

Հիստոգրամ 3

Հատուկ կարիքներով երեխաների ծնողների ազրեսիվուլոթյան արտահայտվածուլոթյան մակարդակը



Այս ծնողների մոտ դիտվում է կայուն անտարբերուլոթյուն, հոռետեսուլոթյուն, սառնասրտուլոթյուն: Նրանք ձգտում են կողքից դիտողի դեր ընդունել, դժկամուլոթյամբ են մասնակցում երեխայի

հետ համատեղ պարապմունքներին, տնային հանձնարարականների կատարմանը: Գործողություններում և մտքերն արտահայտելիս նրանց մոտ դիտվում է կաշկանդվածություն, անվճռականություն, անմիջականության և ինքնվստահության պակաս: Սակայն փորձը ցույց է տալիս, որ այս ծնողների մեղմությունը, հանդարտությունն ու զսպվածությունը միայն արտաքուստ են, և նրանք հոգեթերապևտիկ միջամտության կարիք ունեն: **2րույցի, դիտման** և այս մեթոդիկայի արդյունքներից պարզվեց նաև, որ բարձր տազնապայնություն և ագրեսիա արտահայտված են նախադպրոցական տարիքի հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների մոտ: Նրանց երեխաները նախակրթարաններ չեն հաճախում, հիմնականում ընտանիքի և հարազատների հետ են, նրանց շփումներն արտաքին միջավայրի հետ խիստ սահմանափակ են: Այս ծնողներն զգայուն են երեխայի հանդեպ շրջապատի հակազդումների, երեխային ուղղված մարդկանց հայացքների և ռեպլիկների նկատմամբ: Ներքին տազնապայնությունը և ֆրուստրացվածությունը հաճախ վերափոխվում է արտաքին ագրեսիայի: Նրանք միշտ «զինված են»՝ երեխային «պաշտպանելու», «անհրաժեշտ պահին հակահարված տալու» համար: Արտաքին աշխարհը իրենց և իրենց երեխայի համար համարում են «պոտենցիալ թշնամի»: Ակնառու է նաև այն փաստը, որ միջին և ցածր ագրեսիվություն ունեցող ծնողների երեխաները հիմնականում դպրոցահասակներ են, ներառական կրթություն են ստանում իրենց հասակակիցների հետ հավասար, ինչը զգալիորեն դրական ազդեցություն է գործում ծնողների վրա: Նրանց մոտ աստիճանաբար նվազում է նաև տազնապայնությունը:

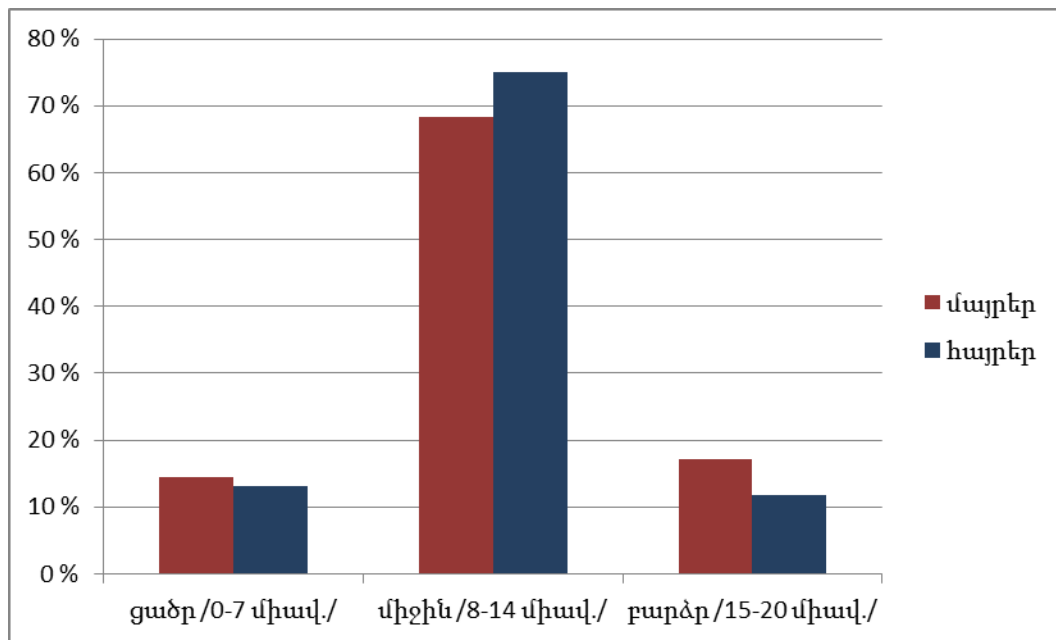
Ծնողների մոտ հոգեբանական ճկունությունն ախտորոշելիս պարզվեց, որ նրանցից 22-ի (14,5%) մոտ առկա է վառ արտահայտված **ռիզիդություն** (տե՛ս հիստոգր. 4): Ռիզիդության բարձր ցուցանիշներ են գրանցել 13 մայրեր և 9 հայրեր: Նրանք չեն կարողանում կյանքի վերափոխվող իրադրությանը համապատասխան փոխել իրենց պահվածքը, հայացքներն ու համոզմունքները:

Պետք է նշել, որ ռիզիդությունը վառ արտահայտված էր հիմնականում երիտասարդ մայրերի մոտ: Այս մայրերի հետ **զրույցի** արդյունքները ևս հաստատում են ռիզիդության առկայությունը: Նրանք նշում են, որ չեն կարողանում կողմնորոշվել տարբեր

իրադրություններում և չեն կարողանում պաշտպանել իրենց և իրենց հատուկ կարիքներով երեխային, որ հաճախ նսեմացվում և մեղադրվում են մտերիմների կողմից և տվյալ պահին չեն գտնում տեղին բառեր ու արտահայտություններ՝ պատասխան տալու համար: Նրանք խոստովանում են, որ դարձել են անինքնավստահ և համոզված չեն իրենց գործողություններում: Դժվարանում են նաև երեխայի դաստիարակման գործում, քանի որ մշտապես արժանանում են ամուսինների դժգոհությանը: Ծնողները նաև անկեղծանում են, որ շատ հաճախ անճարությունից անցնում են դաստիարակության կոշտ մեթոդների, ծեծում են երեխային, իսկ հետո մշտապես տանջվում են մեղքի զգացումից, ատում են իրենց և իրենց խնդրահարույց երեխային:

Հիստոգրամ 4

Հատուկ կարիքներով երեխաների ծնողների ռիզիկոն թյան մակարդակը



Վերոնշյալ հատկանիշները որոշակիորեն հանդիպում են նաև ռիզիկոն թյան միջին մակարդակ ունեցող ծնողների մոտ: Հետազոտության մասնակիցներից 109 հոգու մոտ (71,7%) ռիզիկոն թյան միջին մակարդակ է: Այս ծնողները ևս մեծ ջանքեր են գործադրում կյանքի փոփոխվող պայմաններին հարմարվելու համար: Միջին ռիզիկոն թյունն առկա է 52 մայրերի (68,4%) և 57 հայրերի (75%) մոտ: Ռիզիկոն թյան ցածր ցուցանիշներ, վերափոխման

ճկունություն գրանցվել են ծնողներից 21-ի (13,8%) մոտ, այդ թվում՝ 11 մայրերի և 10 հայրերի:

Ամփոփելով այս արդյունքները՝ հարկ ենք համարում նշել, որ ծնողների մեծամասնության մոտ արտահայտված է ագրեսիվությունը, քանի որ նրանց հիմնական մասը երեխայի հաշմանդամության առաջացման պատճառները տեսնում է այլ անձանց մեջ: Նրանք զգայուն և տագնապած են իրենց հատուկ կարիքներով երեխայի հանդեպ ատաքին միջավայրի հակազդումների հանդեպ: Դա առավել վառ է արտահայտված ավելի կրտսեր տարիքի հատուկ կարիքներով երեխաների ծնողների մոտ, ինչը վկայում է նաև, որ նրանք չեն հաղթահարել երեխայի հաշմանդամությամբ պայմանավորված սթրեսը: Թեստի և գրոնյցի արդյունքներից պարզ է դառնում, որ հասարակության մեջ երեխայի ինտեգրումը թուլացնում է ծնողների տագնապայնությունն ու ագրեսիան, ինչը վկայում են ներառական կրթությունն ստացող երեխաների՝ ծնողների թեստում գրանցած տագնապայնության ու ագրեսիայի միջին և ցածր ցուցանիշները: Ինչպես նաև պարզ է դառնում, որ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների գերակշռող մասն ունի միջին և բարձր \$րուստրացվածություն և հոգեբանական ցածր ինքնագնահատական: Այն հիմնականում պայմանավորված է երջանիկ ընտանիք ունենալու, առողջ և պիտանի զավակներ դաստիարակելու, ինքնակայացման, հասարակության կողմից հարգված և գնահատված լինելու չիրականացված երազանքներով:

Մայրերի և հայրերի խմբերում այս թեստի գործոններն ունեն տարբեր արտահայտվածություն: Այդ իսկ պատճառով հարկ ենք համարել դիմել գուգակցման աղյուսակների հաշվարկման χ^2 ոչ պարամետրիկ չափանիշի կիրառմանը:

Աղյուսակ 3

Գործոնների արտահայտվածության աստիճանը ըստ χ^2 գործակցի

Գործոններ	χ^2
Տագնապ	1,06
\$րուստրացիա	24,84

Ագրեսիա	22,64
Ռիզիկոն թյուն	1,00

$p < 0.001,$

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^{k-1} \frac{(f_e - f_t)^2}{f_t},$$

$$f_{ij} = \frac{f_i \cdot f_j}{N}, \quad f_i f_j \text{ i-րդ և j-րդ հաճախականություններ}$$

Ազատության աստիճանը՝ $df = 2:$

Ըստ հաշվարկված գործակցի, $p < 0.001$ հավանականությամբ տարբերությունները գիտականորեն հավաստվում են **Ֆրոնտալայի** և **ագրեսիայի** ցուցանիշների համար, քանի որ $df=2$ ազատության աստիճանի դեպքում χ^2 աղյուսակային նշանակությունը հաշվարկված է 13.81:

Ինքնագնահատականի արագ ավտորոշման մեթոդիկայի կիրառումը մեզ հնարավորություն տվեց որոշելու հատուկ կարիքներով երեխաներ ունեցող ամուսնական զույգերի ինքնագնահատականները և դրանց համադրման արդյունքում պարզել, թե ամուսիններից մեկի ինքնագնահատականը ինչպես կարող է անդրադառնալ մյուսի ինքնագնահատականի վրա: Ստացված արդյունքները ցույց են տալիս, որ 152 ծնողներից ընդամենը 30-ի (20%) ցուցանիշներն են համապատասխանում ինքնագնահատականի նորմատիվ մակարդակին:

Աղյուսակ 4

Ինքնագնահատականի արդյունքները հատուկ կարիքներով երեխաներ ունեցող ամուսնական զույգերի մոտ

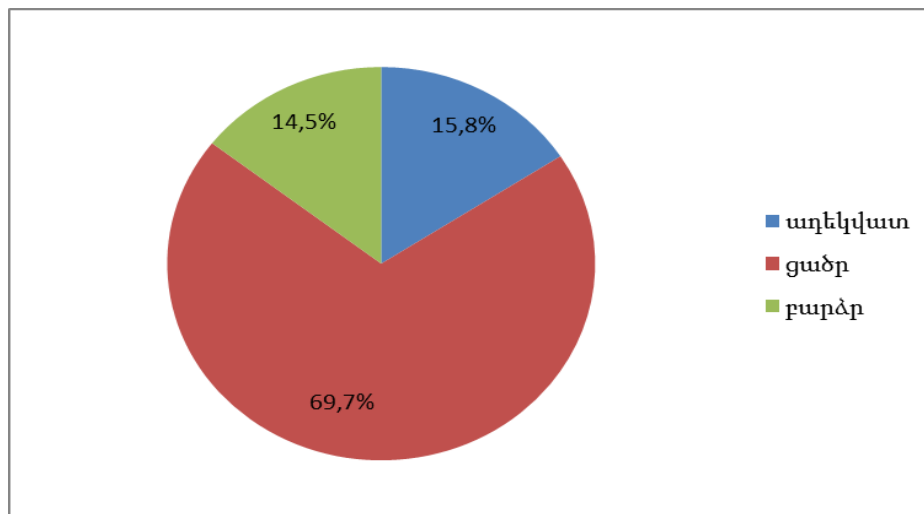
Չունյ գեր n=76	Մայրերի			Հայրերի		
	ինքնագնահատական			ինքնագնահատական		
	ցածր (29-60)	միջին (11-28)	բարձր (0-10)	ցածր (29-60)	միջին (11-28)	բարձր (0-10)

45	+	-	-	+	-	-
8	+	-	-	-	-	+
12	-	+	-	-	+	-
6	-	-	+	-	+	-
5	-	-	+	-	-	+

Հարցվածներից 98-ի (64%) մոտիկնազնահատականը ցածր է, իսկ 20 (16%) ծնողներ գրանցել են ինքնազնահատականի նորմայից բարձր ցուցանիշներ: Համադրելով ամուսնական զույգերի ինքնազնահատականի ցուցանիշները՝ ստացանք հետևյալ արդյունքները (աղյուս. 4): Պարզվեց, որ 76 ամուսնական զույգերից 45-ի մոտև՝ մայրերի, և՛ հայրերի ինքնազնահատականը նորմայից ցածր է: 8 զույգերի մոտևայրերի ինքնազնահատականը ցածր է, իսկ հայրերինը՝ նորմայից բարձր: Ե՛վ մայրերի, և՛ հայրերի ինքնազնահատականը նորմայից բարձր է 5 ամուսնական զույգերի մոտ: 6 զույգերի մոտևայրերի ինքնազնահատականը նորմայից բարձր է, իսկ հայրերինը համապատասխանում է նորմատիվ մակարդակին: Հետազոտությանը մասնակցած 76 զույգերից միայն 12-ի մոտ է, որ և՛ հայրերի, և՛ մայրերի ինքնազնահատականի մակարդակը նորմայի սահմաններում է (տե՛ս դիագր. 1 և 2):

Դիագրամ 1

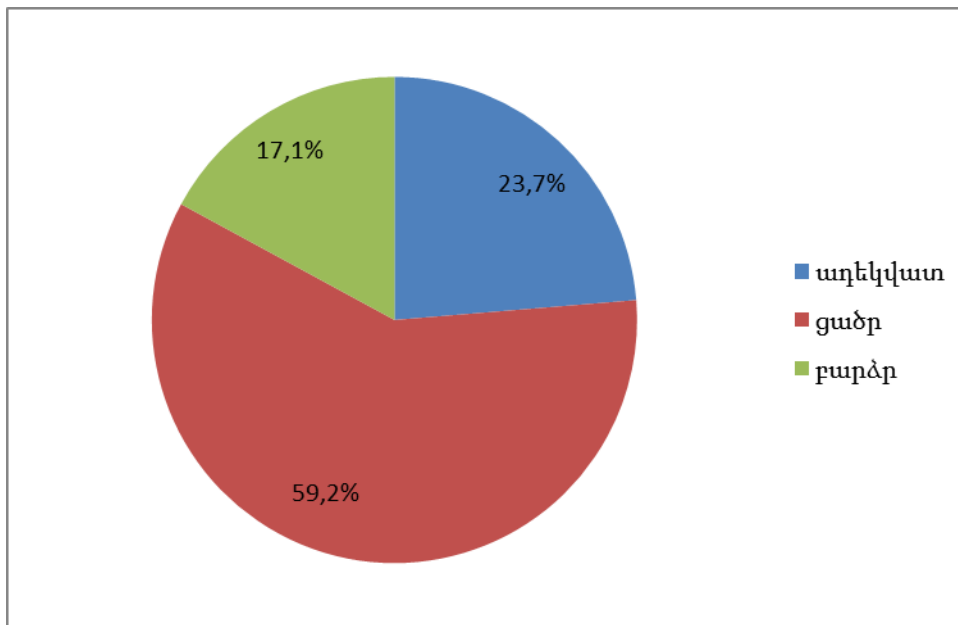
Հատուկ կարիքներով երեխաների մայրերի ինքնազնահատականի արդյունքները, n=76



Ստացված արդյունքները ցույց են տալիս, որ այս ծնողների 80%-ի մոտ գերակշռում է ոչ ադեկվատ ինքնագնահատականը, մինչդեռ հայտնի է, որ եթե ադեկվատ ինքնագնահատականը հանգեցնում է հոգու ներդաշնակության և ապահովում է գիտակցված ինքնավստահության, ապա ոչ ադեկվատ ինքնագնահատականը, լինի այն ցածր, թե բարձր, հանգեցնում է ներանձնային կամ միջանձնային կոնֆլիկտների: Հայտնի է նաև, որ չափազանց բարձր ինքնագնահատականի տակ թաքնված է ցածր ինքնագնահատական, որը պարզվեց նաև այս ծնողների հետզրույցի և դիտման արդյունքում: Նրանք պարզապես գերագնահատում են իրենց և փորձում սոցիալապես ավելի ցանկալի երևալ: Այսպես՝ ըստ թեստի արդյունքների, նրանք իրենց չափից ավելի ապահով են զգում, իրենց բոլորովին կաշկանդված չեն համարում, իրենց ապագայի հետ կապված անհանգստությունն բոլորովին չունեն, մարդկանց հետ խոսելիս ինքնավստահ են:

Դիագրամ 2

Հատուկ կարիքներով երեխաների հայրերի ինքնագնահատականի արդյունքները, n=76



Սակայն նրանց հետ հոգեբանական անկեղծ **զրույցն ու դիտման** արդյունքները ցույց են տալիս, որ չնայած արտաբուստ ինքնավստահ լինելուն, մարդկանց հետ շփվելիս նրանք դիրեկտիվ դիրք են գրավում, փորձում են թերագնահատել և ինքնահաստատվել

ուրիշների հաշվին: Իրականում նրանք ներքին աններդաշնակությու են զգում և նույնքան խոցելի են, որքան որ ցածր ինքնագնահատական ունեցողները: Չարկ է նշել նաև, որ բարձր ինքնագնահատական ունեցող մայրերից 6-ը, որոնց ամուսիններն ունեին ադեկվատ ինքնագնահատական, աշխատող և մասնագիտական հաջողություններ գրանցած մայրեր էին: Նրանք բավականին ինքնավստահ էին, նրանց խոսքը հնչում էր վստահ և համոզիչ: Նրանք ունեին նաև բարձր ինքնահարգանք և գոհ էին իրենց ձեռքբերումներից:

Ցածր ինքնագնահատական ունեցող ծնողները մշտապես լարված են, դյուրաբորբոք, մշտապես կարիք ունեն մերձավորի՝ հիմնականում ամուսնու կողմից քաջալերանքի: Նրանք վախենում են հիմար երևալ, միշտ թերագնահատում են իրենց ուրիշների հետ համեմատություններում, նրանց անվերջ ուղեկցում է անհասկացված լինելու զգացողությունը, անընդհատ տագնապի մեջ են, որ շուտով ինչ-որ վատ բան կարող է պատահել իրենց հետ: Ուրիշների հետ խոսելիս կաշկանդվում են, ինքնավստահ չեն: Նրանք դժգոհում են իրենց արտաքինից, իրենց միայնակ են զգում և չունեն մեկը, որի հետ կարող են կիսվել մտքերով: Ընդ որում, զրույցների արդյունքում պարզեցինք, որ չնայած ընտանիքում և՛ մոր, և՛ հոր ինքնագնահատականը ցածր է, սակայն ծնողներից մեկի՝ հիմնականում հոր ցածր ինքնագնահատականով է պայմանավորվում մյուս ծնողի՝ մոր ցածր ինքնագնահատականը, անինքնավստահությունը սեփական ուժերի նկատմամբ, կյանքում ինչ-որ բան փոխելու և իր իսկ հնարավորությունները ռեալ գնահատելու կարողությունը: Չամադրելով զույգերի ինքնագնահատականների թեստից ստացված արդյունքները՝ տեսնում ենք, որ մայրերի ցածր ինքնագնահատականի դեպքում հայրերի ինքնագնահատականը կամ ցածր է կամ նորմալից բարձր, այսինքն՝ ամեն դեպքում ոչ ադեկվատ: Մինչդեռ մայրերի նորմալ ինքնագնահատականի դեպքերում հայրերի ինքնագնահատականը ևս նորմալի սահմաններում է: Պարզելու համար, թե իրականում ո՞ր ծնողի ինքնագնահատականն է ազդում մյուսի վրա, հարկավոր էր պարզել ներընտանեկան փոխհարաբերությունները, հասկանալ, թե ու՞մ դերն է ընտանիքում գերակայող, որոնք հայտնի դարձան ստորև ներկայացված

հոգեբանական գրույցի, դիտման, «PARI» մեթոդիկայի և «Ընտանեկան սոցիոգրամը» մեթոդի կիրառման արդյունքներից:

Չրույցի և դիտման արդյունքները վկայում են, որ հայրերի ցածր ինքնագնահատականի դրսևորումները, մայրերի հետ համեմատած, այլ են (տե՛ս դիագր. 2). Եթե մայրերի ցածր ինքնագնահատականը երևում է անինքնավստահության, անվերջ քաջալերանքի կարիքի, իրենց արտաքին տեսքից դժգոհության, բարդութալորվածության, անինքնուրույնության մեջ, ապա հայրերի ինքնագնահատականի ցածրությունն արտահայտվում է երեխայի խնդրի մեղքը կնոջ վրա բարդելու, երեխային մերժելու, նրա հանդեպ պատասխանատվությունից հրաժարվելու, նրա հետ շփումից խուսափելու, հասարակության մեջ նրա հետ իր ներկայությունը բացառելու, հասարակական կարծիքից վախենալու, «հեղինակության և անվան արատավորման» վախի դրսևորումների մեջ: Այս հայրերը երեխայի հիվանդության պարագան համարում են իրենց կյանքում հանդիպող ցանկացած անհաջողության պատճառ: Ունենալով ցածր ինքնագնահատական՝ նրանք ձգտում են իրենց «հեղինակությունը» բարձրացնել ընտանիքում, ինչը շատերի կողմից արվում է կոնֆլիկտներ հրահրելով, մշտական դժգոհություններով, կնոջն ու հատուկ կարիքներով երեխային նսեմացնելով, նրանց իրենց կամքը թելադրելով, որպես ընտանիքում տան գլխավոր իրենց գերիշխանությունը հաստատելով:

Չույգերի հետ *գրույցները* ցույց են տալիս, որ հայրերի ցածր ինքնագնահատականն ուղղակիորեն ազդում է մայրերի վրա՝ նրանց մեջ առաջացնելով անինքնավստահության, ընտանեկան գործառույթներում անինքնուրույնության զգացողություն: Չայրը, լինելով ապրուստի և նյութական միջոցների հայթայթող, մնում է ընտանիքի «գլուխ», և նրա կարծիքը թելադրող է մնում ընտանիքում:

Եթե համեմատենք ինքնագնահատականի ցուցանիշները մայրերի և հայրերի խմբերում, կստանանք $\chi^2 = 3,12$, որը թույլ է տալիս եզրակացնելու, որ նույնիսկ $p < 0.05$ հավանականության դեպքում խմբերում անկատարությունն աննշան է:

3.3. Հատուկ կարիքներով երեխաների հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի հետազոտության արդյունքները

Ճնողական վերաբերմունքի թեստ-հարցարանի կիրառման արդյունքում հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների 152 ծնողներից ստացվել են ծնողական վերաբերմունքի դրսևորման հետևյալ ցուցանիշները (աղյուս. 5):

«Ընդունում / մերժում» սանդղակի տվյալները, որոնք արտահայտում են ծնողի ինտեգրալ հուզական վերաբերմունքը երեխայի նկատմամբ, ցույց են տալիս, որ հետազոտված ծնողներից միայն 18,4%-ն (n=28) է ընդունում իր երեխային այնպես, ինչպես որ կա, հարգում է նրան հատակաշունչ ունը և համակրում նրան: 13,2%-ի (n=20) մոտառկա են միջին ցուցանիշներ, որը նշանակում է, որ այս ծնողները հուզականորեն ոչ լիարժեք են ընդունում են իրենց երեխաներին: Նրանց մոտ ավելի հաճախ են ամբիվալենտ զգացմունքներն իրենց խնդրահարույց երեխայի հանդեպ: Իսկ ծնողների 68,4%-ը (n=104) չի ընդունում, հուզականորեն մերժում է իր երեխային, նրան համարում է վատ, անկարողունակ, անհաջողակ (հիստոգր. 5):

Աղյուսակ 5

Հատուկ կարիքներով երեխաների ծնողների վերաբերմունքի դրսևորման արդյունքները, n=152

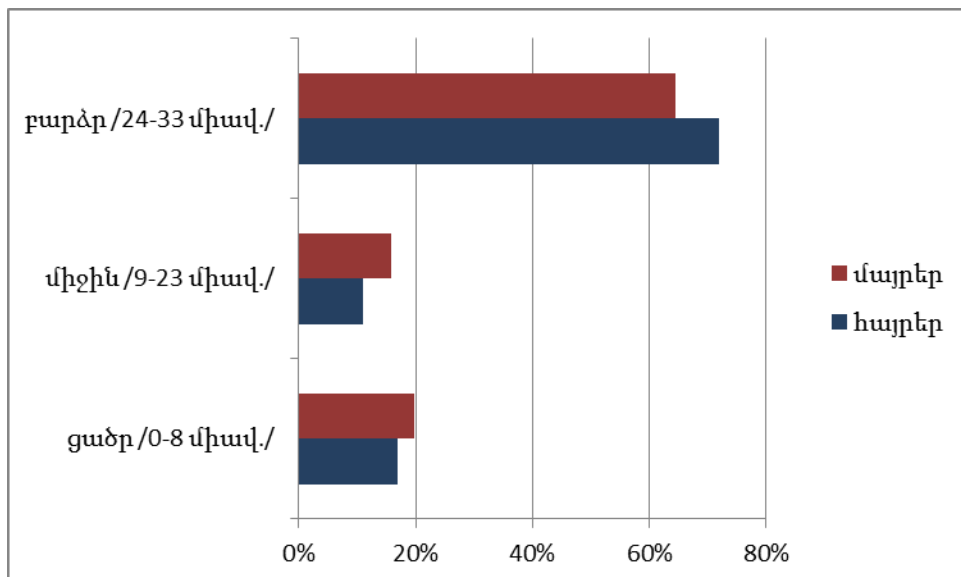
		Ցածր ցուցանիշ		Միջին ցուցանիշ		Բարձր ցուցանիշ	
		Մայրեր	Հայրեր	Մայրեր	Հայրեր	Մայրեր	Հայրեր
ընդունում / մերժում	n	15	13	12	8	49	55
	%	19,7	17	15,8	11	64,5	72
համագործակցություն	n	2	51	66	20	8	5
	%	2,6	67,1	86,8	26,3	0,6	6,6
սիմբիոզ	n	0	38	25	33	51	5
	%	0	50	32,9	43,42	67,1	6,58
վերահսկողություն	n	5	10	23	23	48	43
	%	6,6	13,2	30,2	30,2	63,2	56,6
վոքրիկ անհաջողակ	n	0	0	25	15	51	61

	%	0	0	32,9	19,7	67,1	80,3
--	---	---	---	------	------	------	------

Այս ծնողները գտնում են, որ իրենց երեխաները ցածր ընդունակությունների պատճառով, զարգացման խանգարումների ակնհայտ սահմանափակումներով և արատներով ոչ մի հաջողության չեն կարող հասնել, ինչը հանգեցնում է այդ երեխաների հանդեպ ծնողների հուզականորեն բացասական, մերժողական վերաբերմունքի: Հատուկ կարիքներով երեխաների մայրերի (n=76) հետ իրականացրած թեստի արդյունքները ցույց են տալիս, որ նրանց 19,7%-ը (n=15) լիարժեքորեն ընդունում է իր երեխային, 15,8%-ի (n=12) մոտ գրանցվել է միջին ցուցանիշ, իսկ 64,5%-ը (n=49) մերժողական վերաբերմունք ունի իր հաշմանդամություն ունեցող երեխայի նկատմամբ: Հատուկ կարիքներով երեխաների հայրերի (n=76) արդյունքները ցույց են տալիս, որ նրանց կողմից այս երեխաների հանդեպ հուզականորեն ընդունող վերաբերմունք ունի ընդամենը 17%-ը (n=13), 11%-ի մոտ (n=8) միջին ցուցանիշներ են, իսկ 72%-ը (n=55) հուզականորեն մերժում և չի ընդունում իր հատուկ կարիքներով երեխային:

Հիստոգրամ 5

Ընդունում/մերժում

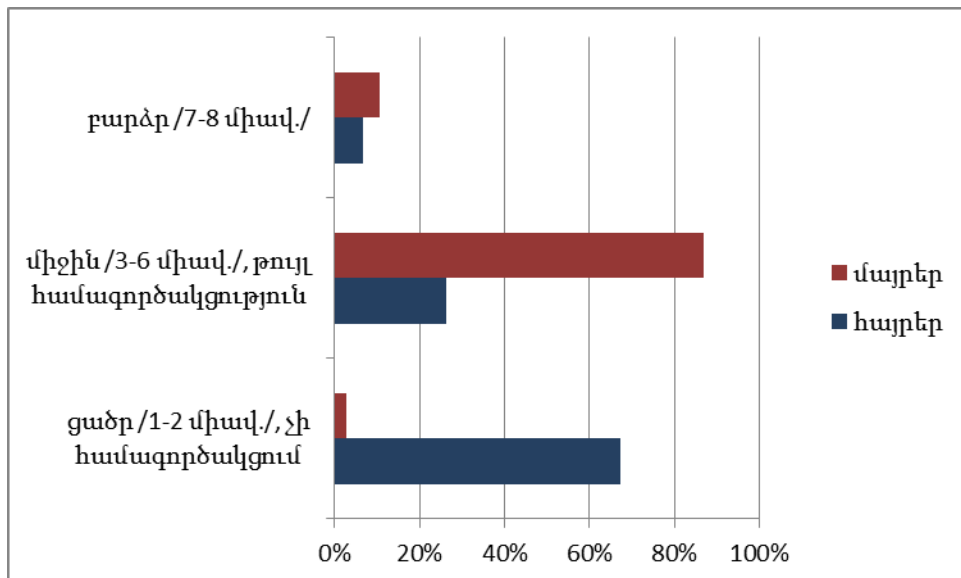


Ըստ «**համագործակցություն**» սանդղակի ցուցանիշների՝ հետազոտության մասնակիցների արդյունքները ցույց են տալիս, որ 152 ծնողներից 53-ը (35%) ոչ միայն չեն համագործակցում իրենց

հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հետ, այլ և ցուցաբերում են հակառակ պահվածք: Այսինքն՝ այս ծնողները բավականաչափ հետաքրքրված չեն իրենց երեխաների իրական ցանկություններով, ձգտումներով, գործերով և պլաններով, չեն նպաստում նրանց ինքնուրույնությամբ, ինքնուրույն ձեռնարկումներին, ցածր են գնահատում նրանց ինտելեկտուալ և ստեղծագործական հնարավորությունները և չեն հպարտանում նրանցով: Ծնողներից 86-ի (56,6%) մոտ առկա են միջին ցուցանիշներ, և նրանց համագործակցությունը երեխայի հետ թույլ է: Համագործակցության բարձր մակարդակ բացահայտվել է հետազոտության մասնակիցներից 13-ի (8,5%) մոտ: Այս ծնողները բարձր են գնահատում երեխայի անհատականությունը, ընդունակությունները, ձգտում են նրա հետ վարվել որպես հավասարը հավասարի, անկեղծորեն հետաքրքրված են այն ամենով, ինչով ուզում է զբաղվել կամ զբաղվում է երեխան: «Համագործակցություն» սանդղակում մայրերից և հայրերից ստացված արդյունքները զգալիորեն տարբերվում են միմյանցից (տե՛ս հիստոգր. 6):

Հիստոգրամ 6

Համագործակցություն



Ցածր ցուցանիշները 1/3 ի համագործակցում/ գրանցվել են 51 (67,1%) հայրերի մոտ, իսկ մայրերից՝ ընդամենը 2-ի (2,6%): Այս փաստը պայմանավորված է այն հանգամանքով, որ ի տարբերություն հայրերի, որոնք սոցիալականապես ավելի ակտիվ են և ձգտում են

անկախությամբ, մայրերի հոգեֆիզիոլոգիական կապը երեխայի հետ ավելի ամուր է, և նրանք, անկախ երեխայի վիճակից, խնամքի և դաստիարակության ավելի մեծ պարտավորվածություն են զգում: Ըստ թեստի կիրառումից ստացված արդյունքների՝ հայրերից 20-ը (26,3%) ունեն միջինից ցածր, թույլ համագործակցություն, իսկ մայրերից՝ 66-ը (86,8%), լիարժեք համագործակցություն առկա է հայրերից 5-ի (6,6%), իսկ մայրերից՝ 8-ի (10,6%) մոտ:

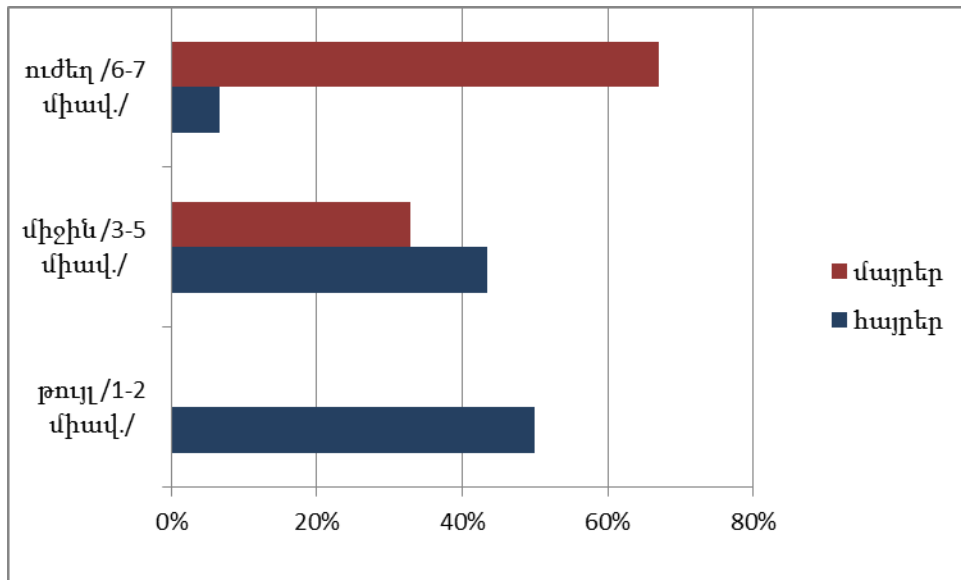
«Յամագործակցություն» սանդղակում մայրերից և հայրերից ստացված տվյալները թույլ են տալիս եզրակացնել, որ հատուկ կարիքներով երեխաների նկատմամբ ծնողների համագործակցող, սոցիալապես ցանկալի վերաբերմունքը, լիարժեք համագործակցությունը ավելի հազվադեպ է, և ավելի գերակշռող է միջինից ցածր, թույլ համագործակցությունը:

«Սիմբիոզի» սանդղակում ստացված ցուցանիշներից պարզվեց, որ մեր կողմից հետազոտված հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների 152 ծնողներից 56-ը (36,8%) ունեն սիմբիոտիկ կապի թեստ երեխայի հետ, նրանք իրենց և իրենց երեխային մեկ միասնական ամբողջություն են զգում: Ծնողն անընդհատ ազնապարհ է երեխայի համար՝ համարելով նրան փոքր ու անպաշտպան: 58-ի (38,2%) մոտ առկա են համակցության, սիմբիոտիկ կապի հաստատման միտումների միջին ցուցանիշներ: Իսկ 38 (25%) ծնողներից գրանցված ցածր ցուցանիշները վկայում են ծնողի և երեխայի միջև նշանակալի հոգեբանական հեռավորության և ոչ բավարար հոգատարության մասին: Այս ցուցանիշը գրանցվել է միայն հայրերի (n=38) տվյալներից, իսկ մայրերի մոտ թույլ համակցության կամ սիմբիոզի բացակայության ցուցանիշներ չեն գրանցվել, որն ապացուցում է, որ մայրերը հոգեբանորեն ավելի ամուր են կապված իրենց հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հետ, քան՝ հայրերը:

Երեխայի հետ միջին սիմբիոտիկ կապի ցուցանիշը մայրերի մոտ կազմում է 32,9% (n=25), իսկ հայրերինը՝ 43,42% (n=33): Յայրերի և իրենց հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների միջև ամուր սիմբիոզ գրանցվել է ընդամենը 5-ի (6,58%) մոտ, իսկ մայրերից՝ 51-ի (67,1%) (տե՛ս հիստոգր. 7):

Հիստոգրամ 7

Սիմբիոզ

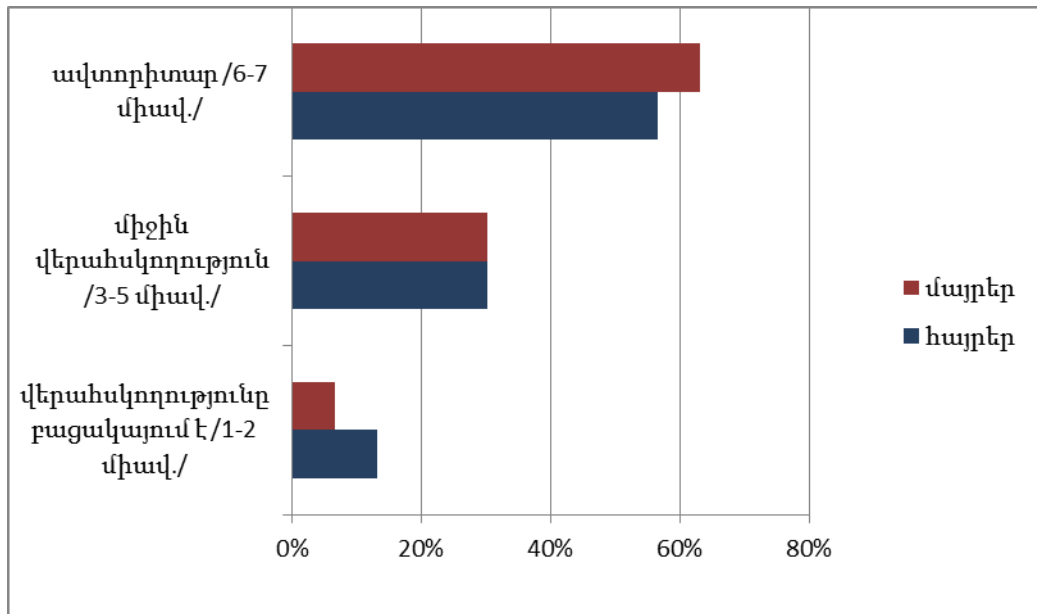


Թեստի արդյունքները ցույց են տալիս, որ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների հետ իրենց ծնողների համակցության միջին ցուցանիշը կազմում է 3,3 միավոր, որը նշանակում է նորմալ համակցություն և հոգեբանական հեռավորություն: Սակայն այս սանդղակում մայրերի և հայրերի առանձին արդյունքներից կարելի է եզրակացնել, որ մայրերի մոտ գերակշռում է սիմբիոզի բարձր մակարդակը (67,1%), իսկ հայրերի մոտ՝ համակցության բացակայությունը (50%):

Երեխայի վարքի **վերահսկողության** վերաբերյալ մեր իրականացրած հետազոտությունների տվյալները ցույց են տալիս, որ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների 152 ծնողներից 91-ը (59,9%) ունեն ավտորիտար վերաբերմունք: Թեստի նման արդյունքները վկայում են, որ այս ծնողները երեխայից պահանջում են անվերապահ հնազանդություն, հանձնարարությունների կատարում, կարգուկանոնի պահպանում: Նրանք հաշվի չեն առնում երեխայի կամքը, կարծիքը և իրենց կամքն են թելադրում նրան: Երեխայի ցանկացած կամային դրսևորում չի խրախուսվում, այլ ավելին՝ խիստ պատժի է արժանանում ծնողի կողմից: Ավտորիտար վերահսկողությունն արտահայտված է 43 հայրերի և 48 մայրերի մոտ:

Ծնողներից 46-ը (30,3%) միջին վերահսկողություն են ցուցաբերում իրենց երեխայի նկատմամբ, որը լավագույն մոտեցումն է նրա ընդունակությունները ճիշտ գնահատելու համար: Ըստ ստացված արդյունքների՝ մայրերի և հայրերի միջին վերահսկողության ցուցանիշները հավասար են (n=23):

Վերահսկողություն



Ծնողներից 15-ի (9,8%) մոտ (5 մայր և 10 հայր) ընդհանրապես բացակայում է վերահսկողությունը երեխայի գործողությունների նկատմամբ, որը կարող է վատ անդրադառնալ այս երեխաների կրթության, դաստիարակության և անձի ձևավորման վրա: «Վերահսկողություն» սանդղակի արդյունքներից պարզ է դառնում, որ այս ծնողների կողմից իրենց հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների գործողությունների նկատմամբ գերակշռում է ավտորիտար վերահսկողությունը (տե՛ս հիստոգր. 8):

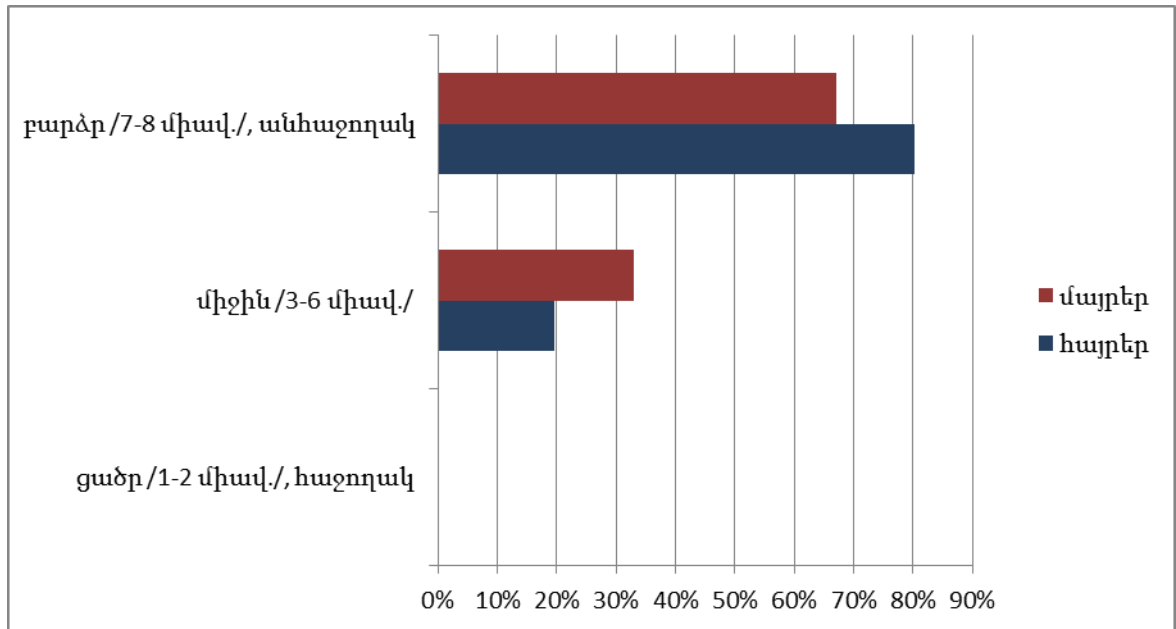
Երեխայի անհաջողությունների նկատմամբ ծնողների վերաբերմունքը տեսանելի դարձնող մեր հոտազոտությունից ստացված տվյալները ցույց են տալիս, որ 152 ծնողներից 111-ը (73%) իրենց երեխային դիտում են որպես «**փոքրիկ անհաջողակ**», համարում նրան մանկամիտ, անձնապես և սոցիալապես ոչ կատարյալ, չհարմարված:

Ծնողը չի վստահում իր երեխային, նրա հաջողություններին, հակված է նրան ինֆանտիլ իզացնելու՝ ձգտելով հետպահել կյանքի բոլոր տեսակի դժվարություններից և խիստ վերահսկողություն սահմանելով նրա գործողություններում: Հարցված ծնողներից 41-ը (27%) հակված են հավատալու, որ իրենց երեխան կհասնի որոշակի հաջողությունների, և ներկայիս անհաջողությունները միայն ժամանակավոր բնույթ են կրում: Նշյալ ծնողների մոտառկա են այս

սանդղակի միջին ցուցանիշներ (1-2 միավոր՝ 45,57%-70,25%):
 Հետազոտությանը մասնակցած ծնողներից ոչ ոք իր երեխային
 հաջողակ չի համարում (տե՛ս հիստոգր. 9):

Հիստոգրամ 9

Փոքրիկ անհաջողակ



Այսպիսով՝ վերլուծելով ծնողական վերաբերմունքը բացահայտող թեստի արդյունքները, կարող ենք եզրակացնել, որ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների նկատմամբ 152 ծնողի վերաբերմունքում գերակշռում են հուզական մերժողականությունը (68,4%), միջինից ցածր համագործակցությունը (56,6%), ավտորիտար վերահսկողությունը (59,9%), իրենց երեխայի ընկալումը որպես «փոքրիկ անհաջողակի» (73%): Մայրերի մոտ գերակշռում են սիմբիոտիկ կապը երեխայի հետ (67,1%), միջինից թույլ համագործակցությունը (86,67%), երեխային մեծամասամբ համարում են «փոքրիկ անհաջողակ» (67,1%) և հիմնականում դրսևորում են ավտորիտար վերահսկողություն (63,15%): Մայրերի 64,5%-ը հուզականորեն մերժում է իր հատուկ կարիքներ ունեցող երեխային: Մայրերի նույնականացումը երեխայի հետ /սիմբիոզը/ և, միևնույն ժամանակ, այդ երեխայի հուզականորեն մերժումը խոսում է ինքն իր նկատմամբ ունեցած վերաբերմունքի, տվյալ դեպքում՝ ինքնամերժման և ցածր ինքնագնահատականի մասին: Հայրերի մոտ ընդգծված են բարձր մերժողականությունը (72%), համագործակցությունից հրաժարումը (67,1%), հոգեբանական չափից

ավելի հեռավորությունը (50%), ավտորիտար վերահսկողությունը (56,6%) և երեխային որպես «փոքրիկ անհաջողակի» ընկալումը (80,3%):

«PARI» մեթոդիկայի կրառումը թույլ տվեց պարզել հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների դիրքորոշումն ընտանեկան կյանքի և վերաբերմունքը երեխայի նկատմամբ, պարզաբանել այնպիսի հարցեր, ինչպիսիք են ծնողի ինքնազոհաբերության զգացողությունը, ընտանիքից կախվածությունը, ընտանեկան կոնֆլիկտների նկատմամբ դիրքորոշումը, ծնողների գերհեղինակության մակարդակը, մայրերի մոտ տնային տնտեսուհու դերից անբավարարվածության առկայությունը, ընտանեկան կյանքին ամուսնու մասնակցության չափը, մոր գերիշխանությունը և մոր անինքնուրույնության մակարդակը:

Ծնողների վերաբերմունքն իրենց հատուկ կարիքներով երեխայի նկատմամբ վերլուծվեց 3 ուղղություններով՝ օպտիմալ հուզական կոնտակտի գնահատում, չափից ավելի հուզական հեռավորություն երեխայից և ավելորդ կենտրոնացում երեխայի վրա:

Մեթոդիկան անց է կացվել 152 ծնողների հետ: Յաշվի առնելով, որ թեստի որոշ բաժիններ նախատեսված են բացառապես մայրերի համար, մենք ընտրողաբար ենք մոտեցել հայրերի կողմից տրված պատասխանների մեկնաբանումներին:

Ամփոփելով տվյալների վերլուծությունը՝ ստացանք ներքոհիշյալ արդյունքները:

Հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող մայրերի գերակշիռ մասն ունի ընտանիքից կախվածություն (տե՛ս աղյուս. 6):

76 մայրերից ընդամենը 4 - ի մոտ է գրանցվել ընտանիքից կախվածության ցածր և չափից ավելի ցածր մակարդակ: Այս փաստը լիովին բնական է, քանի որ, հատուկ կարիքով երեխայի մայրը հատկապես կախվածություն ունի ընտանիքից՝ թե՛ հոգեբանորեն և թե՛ տնտեսական առումներով: Կրելով երեխայի հոգսը միայնակ և հնարավորություն չունենալով ինքնադրսևորվել ընտանիքից դուրս՝ նա դառնում է լիովին կախված դրանից: Մայրերի մոտ առկա է միաժամանակ ինքնազոհաբերության զգացողության չափից բարձր մակարդակ: Յարգվածների գրեթե 50%-ի (34) մոտ գրանցվել է բարձր ինքնազոհաբերության մակարդակ: Այս մայրերի հետ գրույցը

փաստում է նրանց ինքնագոհաբերությունն ընտանիքին. կրելով թե՛ կենցաղային հոգսերը, թե՛ հոգեկան «բեռն ու ցավը», նրանք իրենց լիովին հյուսձված են համարում ու զոհաբերված իրենց երեխային, ամուսնուն ու ընտանիքի այլ անդամներին: Յետևաբար, նրանց գերակշիռ մեծամասնության մոտ առկա է իրենց տնային տնտեսուհու դերից դժգոհության բարձր մակարդակ (89.5%): Այս ամենի հետ մեկտեղ, մայրերի մեծամասնությունը նշում է իրենց ամուսնու մասնակցության գրեթե լիովին բացակայությունն ընտանեկան կյանքին, երեխայի խնամքին, կենցաղային հոգսերին, ինչն էլ իր հերթին է՛լ ավելի է սրում նրանց անբավարարվածությունն ընտանեկան կյանքից:

Ընտանեկան կոնֆլիկտների նկատմամբ մայրերի վերաբերմունքը, ի տարբերությունն հայրերի, ավելի դրական է: Մայրերի գերակշիռ մեծամասնությունը նորմալ է գնահատել ընտանեկան կյանքում թյուրըմբռնման հնարավոր դրսևորումները, տարածայնությունների առկայությունն ու դրանց վերածումը ընտանեկան կոնֆլիկտների և վեճերի: Մինչդեռ հայրերի մոտ նույն ցուցանիշը դրսևորվել է այլ կերպ՝ նրանց մեծամասնությունն ավելի բացասաբար է վերաբերվում ընտանեկան կոնֆլիկտներին և, ինչպես պարզ դարձավ նրանց հետ զրույցներից, հիմնականում ընտանեկան կոնֆլիկտի պատճառ են համարում կնոջը, որը դրդում է դրան՝ չցուցաբերելով «հասկացողություն և հնազանդություն»:

Մայրերը (86%), գրեթե հավասարապես, ինչպես հայրերը (90,8%), գտնում է, որ երեխային վերաբերող ամեն հարցում ծնողը պետք է ցուցաբերի գերիշխանություն, թելադրի իր կամքն ու կարծիքը, ուղղորդի նրան և նրահամար դառնաանսխալ ու թյան դրսևորում:

Աղյուսակ 6

PARI մեթոդիկայի կիրառումից ստացված արդյունքները հատուկ կարիքներով երեխաունեցող ծնողների մոտ n=152

Դրսևորումներ		Առավելագույն /20 միավ./		բարձր /18-19 միավ./		միջին /9-17 միավ./		ցածր /6-8 միավ./		նվազագույն /0-5 միավ./		
		մայր	հայր	մայր	հայր	մայր	հայր	մայր	հայր	մայր	հայր	
առ	ընտանիքից կախվածություն	n	10	-	26	-	36	-	3	-	1	-
	%		13,2	-	34,2	-	47,4	-	3,9	-	1,3	-

Ստույգությունը գերազանցում է 92% -ը	ինքնագոհաբերության զգացողություն	n	15	-	34	-	18	-	6	-	3	-
		%	19,7	-	44,7	-	23,7	-	7,9	-	4	-
	ընտանեկան կոնֆլիկտներ	n	11	3	18	9	37	41	8	18	2	5
		%	14,5	3,9	23,7	11,8	48,7	53,9	10,5	23,7	2,6	6,7
	ծնողների գերհեղինակություն	n	9	13	32	36	25	20	9	6	1	1
		%	11,8	17,1	42,1	47,4	33	26,3	11,8	7,9	1,3	1,3
	տնային տնտեսուհու դերից դժգոհություն	n	11	-	23	-	34	-	6	-	2	-
		%	14,5	-	30,3	-	44,7	-	7,9	-	2,6	-
	ամուսնու մասնակցության բացակայություն	n	9	-	31	-	30	-	5	-	1	-
		%	11,8	-	40,8	-	39,5	-	6,6	-	1,3	-
	մայրերի գերիշխանություն	n	9	13	1	3	26	11	23	42	15	19
		%	11,8	17,1	1,3	3,9	34,2	14,5	30,2	55,3	19,7	25
	մոր ինքնուրույնության բացակայություն	n	15	-	19	-	35	-	5	-	2	-
		%	19,7	-	25	-	46,1	-	6,6	-	2,6	-
Օպտիմալ էմոցիոնալ կոնտակտ												
բառայնացում	n	2	1	5	2	21	19	40	48	8	6	
	%	2,6	1,3	6,7	2,6	27,6	25	52,6	63,2	10,5	7,9	
համագործակցող հարաբերություններ	n	2	1	7	3	35	19	27	39	5	14	
	%	2,6	1,3	9,2	4	46,1	25	35,5	51,3	6,6	18,4	
երեխայի ակտիվության զարգացում	n	4	1	18	13	32	31	16	24	6	7	
	%	5,3	1,3	23,7	17,1	42,1	40,8	21	31,6	7,9	9,2	
հավասար հարաբերություններ	n	8	6	14	12	35	28	10	19	9	11	
	%	10,5	7,9	18,4	15,8	46,1	36,8	13,2	25	11,8	14,5	
Չափից ավելի հուզական հեռավորություններ երեխայից												
դյուրագրգռություն	n	9	15	25	31	32	24	6	4	4	2	
	%	11,8	19,7	32,9	40,8	42,1	31,6	7,9	5,3	5,3	2,6	
չափից ավելի խստություն	n	7	11	23	21	32	35	8	5	6	4	
	%	9,2	14,5	30,3	27,6	42,1	46	10,5	6,6	7,9	5,3	
կոնտակտից խուսափում	n	4	6	13	22	36	39	18	5	5	4	
	%	5,2	7,9	17,1	28,9	47,4	51,3	23,7	6,6	6,6	5,3	

Աղյուսակ 6 (2 արուսակություն)

վերաբերմունքներ	Ավելորդ կենտրոնացում երեխայի վրա											
	գերխնամք	n	11	3	23	10	31	39	9	19	2	5
		%	14,5	3,9	30,3	13,2	40,8	51,3	11,8	25	2,6	6,6
	կամքի ճնշում	n	13	12	32	21	22	34	6	5	3	4
		%	17,1	15,8	42,1	27,6	28,9	44,7	7,9	6,6	4	5,3
	վիրավորելուց խուսափում	n	12	11	22	19	33	35	6	7	3	4
%		15,8	14,5	28,9	25	43,4	46	7,9	9,2	4	5,3	

ներընտանեկան ազդեցություն ներին չեզոքացում	n	8	3	18	5	38	41	7	17	5	10
	%	10,5	3,9	23,7	6,6	50	53,9	9,2	22,4	6,6	13,2
ազդեցիվությամբ նշում	n	11	14	21	25	30	31	9	4	5	2
	%	14,5	18,4	27,6	32,9	39,5	40,8	11,8	5,3	6,6	2,6
սեքսուալությամբ նշում	n	14	18	25	28	31	22	5	5	1	3
	%	18,4	23,7	32,9	36,8	40,8	28,9	6,6	6,6	1,3	4
երեխայի աշխարհին չափազանց միջամտություն	n	18	1	27	5	20	32	7	26	4	12
	%	23,7	1,3	35,5	6,6	26,3	42,1	9,2	34,2	5,3	15,8
երեխայի զարգացումն արագացնելու ծգում	n	9	3	13	9	39	41	9	17	6	6
	%	11,8	3,9	17,1	11,8	51,3	53,9	11,8	22,4	8	8

Արդյունքները նաև ցույց են տալիս, որ մայրերի գերակշիռ մեծամասնությունը ինքնուրույնություն չունի, այդպես են գտնում նաև նրանց ամուսինները: Հարցվող մայրերի միայն 9.2%-ն են իրենց համարում ինքնուրույն և հարցվող տղամարդկանց միայն 7.9%-ն են իրենց կանանց համարում ինքնուրույն: Չրույցները ցույց են տալիս, որ մայրերը փաստում են իրենց ոչ ինքնուրույնությունը՝ ապրուստի միջոցների ստեղծմանն իրենց անմասնակցությամբ, իսկ որոշները՝ նույնիսկ անկարողությամբ (վախ, անվստահություն, մասնագիտության և հավատի բացակայություն):

Բառայնացումը, որը ծնողների վերաբերմունքը երեխայի նկատմամբ բնութագրող օպտիմալ հուզական շփման առաջին բնութագրիչն է, թե՛ մայրերի և թե՛ հայրերի մոտ ցածր մակարդակի է, ընդ որում, հայրերի մոտ՝ ավելի ցածր, ինչը ցույց է տալիս, որ երեխայի արտահայտվելու ֆունկցիան կարևոր չի համարվում ծնողների կողմից: Նրանք չեն կարևորում երեխայի հայացքներն ու ազատ արտահայտվելու իրավունքը, անտեղի են համարում նրա մասնակցությունն ընտանեկան հարցերի քննարկման գործընթացին: Այսպիսի վերաբերմունքը հանգեցնում է ընտանիքի կողմից երեխայի մեկուսացման և անկարևորության զգացողության առաջացման:

Մայրերի և երեխաների հետ զրույցից պարզ է դառնում, որ այս ընտանիքներում իրենց տեսակետներն ու կարծիքներն ազատ արտահայտելու հնարավորություն չունեն ոչ միայն երեխաները,

այլ նաև մայրերը: Թե՛ երեխաները և թե՛ մայրերը հաստատում են, որ իրենց ընտանիքներում հիմնականում որոշումները թելադրվում են հոր կողմից: Մայրերի գերակշիռ մասը (89%) պնդում է, որ ինչ էլ ասեն, միևնույն է, վերջում արվում է այնպես, ինչպես ճիշտ են համարում իրենց ամուսինները: Այս արդյունքները վկայում են, որ հատուկ կարիքներով երեխաներ ունեցող ժամանակակից միջուկային հայ ընտանիքներում հայրերը գերիշխող դիրք են գրավում:

Ինչ վերաբերում է ծնողների և երեխաների միջև համագործակցող հարաբերությունների առկայությանը, ապա պատկերն այնքան էլ գոհացուցիչ չէ: Թե՛ մայրերը և թե՛ հայրերը իրենց երեխաների հետ հիմնականում ունեն թելադրող, պարտադրող հարաբերություններ: Նրանք բացառում են հավասարությունը ծնող-երեխա հարաբերություններում: Հարցված մայրերից 9 հոգի (11,8%) և հայրերից 4 հոգի (5,3%) ունեն համագործակցող հարաբերություններ իրենց երեխաների հետ: Նմանատիպ են արդյունքները նաև երեխաների հետ ծնողների հավասար հարաբերություններ ցույց տվող ցուցանիշում: Թե՛ մայրերի և թե՛ հայրերի դիրքորոշումը նույնն է այս հարցում՝ նրանք գտնում են, որ ծնող-երեխա հարաբերությունները չեն կարող հավասար լինել, դրանցում ծնողը միանշանակ պետք է ունենա իշխող դեր: Ընդ որում, հայրերի համակարծրությունը վերոհիշյալ փաստարկի հետ, գերակշռում է մայրերին:

Երեխայի ակտիվության հարցում մայրերի և հայրերի արդյունքները համընկնում են: Երկու կողմն էլ, ունենալով թելադրող վերաբերմունք երեխայի նկատմամբ, ոչ մի կերպ չեն նպաստում նրանց մոտ ակտիվության զարգացմանը, ընդհակառակը՝ ճնշում են երեխայի ազատության ու ինքնաարտահայտման չափից ավելի դրսևորումները:

Երեխայից չափից ավելի հուզական հեռավորություն քննության գուցանիշներից ստացված արդյունքները ցույց են տալիս, որ դյուրագրգռությունը երկու սեռի ծնողների մոտ էլ բարձր է: Նույնիսկ չնչին մանրուքի համար երեխային նատախել նու պատժելը (իրենց դյուրագրգռությունը)՝ որպես խիստ դաստիարակության և կարգուկանոնի դրսևորում, նրանք

արդարացում են՝ համոզված լինելով, որ դա է կյանքում հնարավոր հաջողության հասնելու արդարացված ուղին: Այս հարցում համակարծիք են 80 ծնողներ, որոնց մոտ դյուրագրգռության առավելագույն և բարձր ցուցանիշներ են և 56 ծնողներ, որոնց մոտ գրանցվել են դյուրագրգռության դրսևորման միջին ցուցանիշներ:

Ստացված արդյունքները ցույց են տալիս, որ չափից ավելի խստության դրսևորումներով հայրերը գերազանցում են մայրերին. եթե այն գրանցվել է մայրերից 39,5%-ի մոտ, ընդ որում 7-ը (9,2%) հավաքել են առավելագույն՝ 20 միավոր, իսկ 23-ը (30,3%)՝ բարձր (18 և 19՝ 20 հնարավորից), ապա հայրերի մոտ բարձր և առավելագույն միավորների հարաբերակցությունը ավելի մեծ է՝ 42,1%:

Երեխայից ծնողի չափից ավելի հեռավորությունը բնութագրող վերջին գործոնը թեստում վերաբերում է շփումից խուսափելուն: Չայրերի մոտ գերակայում է իրենց հատուկ կարիքով երեխայի հետ շփվելուց խուսափելու վառ արտահայտվածությունը: Մայրերի մոտ այն ավելի թույլ է արտահայտված, ինչը բացատրվում է նրանով, որ մայրը, լինելով հատուկ կարիքներով երեխայի հիմնական ինամատարը, կամա թե ակամա շփման մեջ է նրա հետ: Չրոյցների արդյունքները ցույց են տալիս, որ խնդրահարույց երեխայի հետ հոր շփման ցածր արտահայտվածությունը պայմանավորված է այն թերակարծությամբ, որ ինքը չի կարող «գլուխ հանել», հասկանալ «հիվանդ» երեխային և որ միայն մայրն է ունակ նրան հասկանալու և նրամասին հոգ տանելու:

Ծնողների կողմից երեխայի վրա ավելորդ կենտրոնացվածությունը բացահայտող ցուցանիշները ցույց են տալիս, որ մայրերի մոտ առկա է գերխնամքի վառ արտահայտվածություն, մինչդեռ հայրերի մոտ գերակշռում է գերխնամքի ցածր ցուցանիշը՝ 39 (51,3%): Եվ դա ունի իր բացատրությունը. ինչպես արդեն նշվել է վերոնշյալ մեկնաբանություններում, հայրերը, վստահ չլինելով, որ կարող են հասկանալ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխային, միաժամանակ խույս են տալիս նաև նրան ցուցաբերել ակներև հոգատարություն և խնամք:

Չատուկ կարիք ունեցող երեխայի կամքի ճնշումը երկու սեռի ծնողների մոտ էլ վառ է արտահայտված: Նրանց խիստ և չափից ավելի

կարգապահ դաստիարակման մեթոդները, երեխայի ինքնաարտահայտման բացառումը կոտրում են երեխայի կամքը՝ թելադրելով նրան ծնողի կարծիքն ու արմատավորելով ծնողի գերիշխանությունը:

Չաջորդ ցուցանիշը ցույց է տալիս, որ թե՛ հայրերը և թե՛ մայրերը չեն խուսափում երեխային վիրավորելուց՝ գտնելով, որ դա արդարացի է նրան ճիշտը ցույց տալու և ուղղորդելու գործում: Այս առումով՝ հայրերի հետ զրույցները թույլ տվեցին ևս մեկ մեկնաբանություն անել այս ցուցանիշի կապակցությամբ. համարելով իրենց երեխային «հիվանդ», նրանցից շատերը նույնիսկ անիմաստ են համարում խոսել վիրավորանքից՝ երեխային համարելով անընկալ ու նակ տվյալ զգացումին:

Չատուկ կարիքով երեխաների մայրերի և հայրերի տված տվյալները ներընտանեկան ազդեցությունների չեզոքացման առումով չեն համընկնում: Եթե մայրերի մեծամասնությունը (34,2%՝ բարձր, և 50%՝ միջին) փորձում է չեզոքացնել ներընտանեկան հնարավոր բացասական ազդեցությունը երեխայի վրա, ապա հայրերը չեն անհանգստանում այս հարցում՝ նման ազդեցությունների հնարավոր պատճառ և հետևաբար նաև հարթող համարելով ընտանիքի կնոջը՝ երեխայի մորը:

Ինքնաարտահայտման և կամքի ճնշման ևս մեկ դրսևորումներից է ծնողների կողմից ագրեսիվության ճնշման բարձր մակարդակը, ինչը ևս մեկ անգամ փաստում է ծնողի կողմից երեխայի ազատության արտահայտման ճնշման մասին: Ծնողը նախընտրում է միանգամից նախատել երեխային, անմիջապես թելադրել տվյալ իրավիճակի՝ իր կարծիքով ճիշտ լուծման տարբերակը, գտնելով, որ դա տեղին է, մանավանդ իր «հիվանդ» երեխայի համար:

Վերոնշյալի շղթայական շարունակությունն է նաև ծնողների կողմից երեխայի սեքսուալության ճնշումը. մայրերի կողմից բարձր և շատ բարձր ցուցանիշ գրանցվել է 51.3%-ի (39) մոտ, հայրերի մոտ՝ 60.5%-ի (46):

Մայրերը, ի տարբերություն հայրերի, չափազանց շատ են միջամտում երեխայի կյանքին (59,2%՝ բարձր, և 26,3%՝ միջին), մինչդեռ հայրերը գրեթե մասնակցություն չունեն: Ստացված արդյունքներից պարզ է դառնում նաև, որ մայրերի մոտ, քիչ ավելի

բարձր տոկոսային հարաբերությամբ, քան հայրերի, միտում կա արագացնելու երեխայի զարգացումն այն հույսով, որ դրանով երեխայի ունեցած առկա խնդիրները կարող են վերանալ: Ընդ որում, զրույցներից պարզ դարձավ, որ այս ցուցանիշը բարձր արտահայտվածությամբ ունենի մինչև 7 տարեկան հատուկ կարիքներով երեխաների ծնողների մոտ: Նրանք հուսով են, որ երբ երեխան մեծանա, ինքնըստինքյան ավելի գիտակից, կազմակերպված կդառնա, և զուգահեռաբար իրենց հոգսը կթեթևանա: Մինչդեռ ավելի մեծահասակ երեխաների ծնողների մոտ համապատասխանաբար նկատվում է ցուցանիշի արտահայտվածության անկում թե՛ մոր և թե՛ հոր պարագայում: Չրույցի ժամանակ նրանց մոտ դիտվում է ընկճվածությամբ, հուսահատությամբ, տրամադրության կտրուկ անկում: Նրանք տագնապ ու անհանգստություն են ապրում երեխայի ապագայի հանդեպ: Ավելի հասուն տարիքի (45-50 տարեկան) մայրերի մոտ հաճախակի են մտքերն իրենց մահվան, իրենցից հետո երեխայի գոյության անորոշության մասին: Նրանք խոր ցավ ու խղճահարություն են ապրում ոչ միայն իրենց հատուկ կարիքով երեխաների համար, այլ նաև մեղավորության զգացում՝ իրենց առողջ երեխաների հանդեպ, որոնց խնամքին պետք է թողնեն հատուկ կարիքներով երեխային: Իրենց ճակատագրին ուղղված յուրօրինակ բողոքով հայտնում են, որ իրենք անգամ մեռնելու իրավունք չունեն:

Ընտանեկան դերի նկատմամբ մայրերի դիրքորոշման ամփոփումը թույլ է տալիս եզրակացնել, որ մայրերը, ի տարբերություն հայրերի, շատ կախված են ընտանիքից, նրանք հոգնել և դժգոհ են տևային տևտեսուհու իրենց «անշնորհակալ» դերից, իրենց համարում են ինքնազոհաբերված ընտանիքին: Գտնում են, որ ամուսինը չի կիսում իրենց հոգսը՝ կապված երեխայի և կենցաղի հետ, չի մասնակցում ընտանեկան կյանքին:

Մայրերը կոնֆլիկտների նկատմամբ ցուցաբերում են ավելի հանդուրժող և ըմբռնող վերաբերմունք: Երեխայի հետ իրենց պահում են իշխողի դերում, կարծելով, թե միայն այդպես կարող են երեխային հաջողությամբ դաստիարակել: Այս ամենի հետ մեկտեղ, մայրերն իրենց չեն համարում ինքնուրույն, համոզված լինելով, թե քանի որ իրենք չեն հոգում ընտանիքի ապրուստի միջոցների և

նյութակազմի վաստակումը, ուրեմն չեն կարող ինքնուրույնությամբ ունենալ: Նրանց մեծ մասն էլ «արդեն» իրեն անկարող է համարում ինքնուրույնությամբ ունենալ:

Երեխայի հետ փոխարարություններում մայրը դյուրագրգիռ է, ցուցաբերում է միանշանակ թելադրող և ուղղորդող դիրք, իրեն ամեն իրավիճակում վեր է դասում երեխայից, սաստում է երեխայի ակտիվության դրսևորման ցանկացած առիթ, երեխայի նկատմամբ չափից ավելի խիստ է, ճնշում է երեխայի կամքը, ագրեսիվությունը, սեքսուալությունը: Չափազանց շատ է խառնվում երեխայի աշխարհին: Ինչ վերաբերում է հայրերին, ընտանեկան դերի պատկերացումներում նրանք նորմալ են համարում մոր գերծանրաբեռնվածությունն ընտանեկան հոգսերով, երեխայով և կենցաղով: Կնոջը համարում են ընտանեկան մթնոլորտի ստեղծողը, այդ թվում նաև կոնֆլիկտներ հրահրողը: Ի տարբերություն մայրերի՝ հայրերը կոնֆլիկտների նկատմամբ ունեն ցայտուն բացասական վերաբերմունք. նրանք կարծում են, որ կարելի է բացառել ընտանեկան կոնֆլիկտները, եթե կինը «խելացի գտնվի»:

Ինչ վերաբերում է երեխայի նկատմամբ հայրերի վերաբերմունքին, ապա նրանց մոտ ցածր մակարդակի վրա է երեխայի հետ հուզական շփումը: Իրենց համարելով «դրսի» մարդ՝ նրանք չեն շփվում երեխայի հետ, խուսափում են նրան առնչվող ցանկացած հարցին խառնվելուց, չեն դրսևորում երեխայի նկատմամբ ինամբ և հոգատարություն՝ դրանք համարելով միայն մոր գործը: Հայրերը նույնպես դյուրագրգիռ են, չեն կարևորում երեխայի արտահայտվելու կարևորությունը, երեխայի դաստիարակման հարցերում համակողմ են թելադրող և ուղղորդող դիրքին, բացառում են հավասարությունը: Չեն փորձում նպաստել երեխայի ակտիվությանը, խիստ են, ճնշում են երեխայի մոտ կամքի, սեքսուալության դրսևորման առիթները: Հայրերի համար նորմալ է երեխային վիրավորելու երևույթը:

Երեխայի հիվանդության նկատմամբ ծնողի վերաբերմունքի պատրոշման մեթոդիկայի կիրառումը հնարավորություն է տվեց պարզելու հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հիվանդության նկատմամբ ծնողների վերաբերմունքը, սեփական

պատասխանատվության զգացումը (ինտերնալ ություն, էքստերնալ ություն), հիվանդության գնահատումը (նոզոզնոզիա, հիպերնոզոզնոզիա, անոզոզնոզիա), տագնապի, վերահսկողության ակտիվության և ընդհանուր լարվածության մակարդակները: Վերոնշյալ ցուցանիշները ծնողների մոտ գնահատվել են 3 մակարդակներով՝ բարձր (+10 -ից +30), միջին (-10 -ից +10) և ցածր (-30 -ից -10) արտահայտվածությամբ:

Ստացված արդյունքներից (տե՛ս աղյուս. 7) պարզվում է, որ հետազոտությանը մասնակցած մայրերի 35,5%-ի և հայրերի 47,4%-ի մոտ գրանցվել են երեխայի հիվանդության հանդեպ էքստերնալ պատասխանատվության բարձր արդյունքներ, այսինքն՝ այս ծնողները երեխայի հիվանդության պատճառներն ընկալում են իրենցից անկախ, իրենց համար անվերահսկելի, անկառավարելի և դրա համար պատասխանատվություն չեն զգում:

Այս ծնողների հետ *գրոլյցի* արդյունքները և սցոլյց են տալիս, որ ամուսինները մեծամասամբ երեխայի մոտ առկա խնդիրների մեղավորն ու պատճառը համարում են ուրիշներին և միմյանց: Ընդ որում՝ հայրերի մոտ երեխայի հատուկ կարիքների հետ կապված պատասխանատվության մակարդակն է՛լ ավելի ցածր է, և նրանց կողմից ավելի հաճախակի են կնոջ հանդեպ մեղադրանքները՝ որպես վատխնամակալի և դաստիարակի:

Աղյուսակ 7

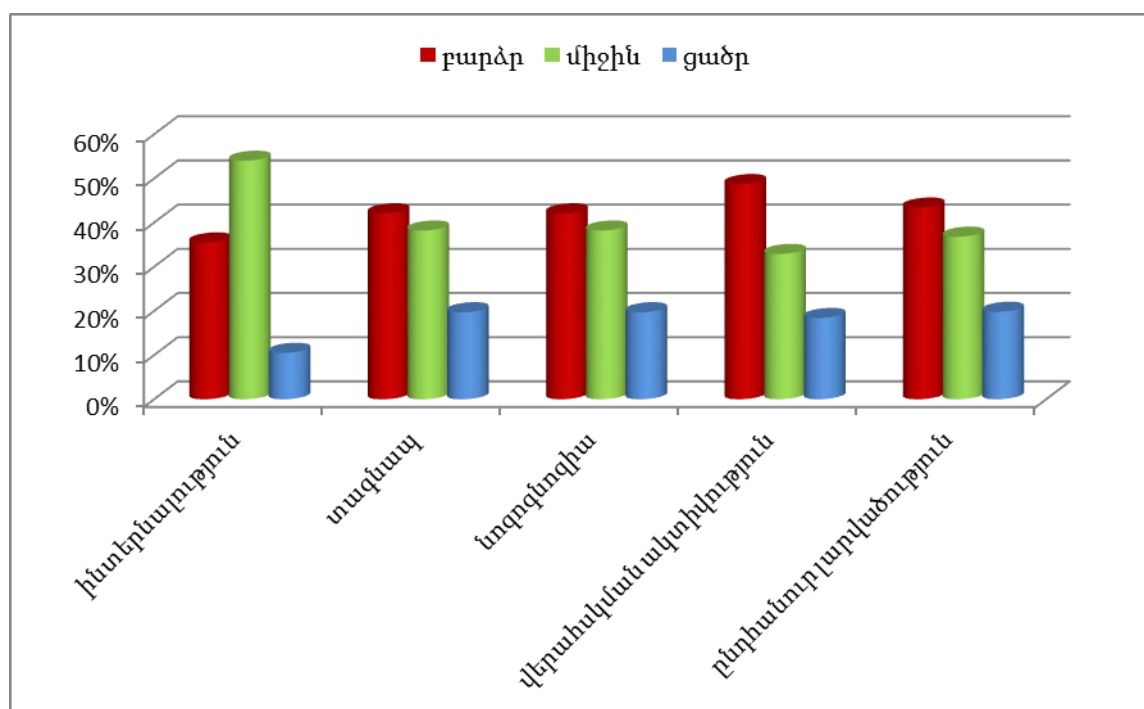
Չատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի հիվանդության նկատմամբ ծնողների վերաբերմունքը, n=152

Երեխայի հիվանդության հանդեպ ծնողների վերաբերմունքի դրսևորման գործոնները		Բարձր ցուցանիշ (+10 -ից +30)		Միջին ցուցանիշ (-10 –ից +10)		Ցածր ցուցանիշ (-30 –ից -10)	
		Մայրեր	Հայրեր	Մայրեր	Հայրեր	Մայրեր	Հայրեր
ինտերնալ ություն	n	27	36	41	34	8	6
	%	35,5	47,4	54	44,7	10,5	7,9

տագնապ	n	32	19	29	34	15	23
	%	42,1	25	38,2	44,7	19,7	30,3
Նոզոզնոզիա	n	34	39	19	22	23	15
	%	42,1	51,3	38,2	29	19,7	19,7
վերահսկման ակտիվություն	n	37	15	25	29	14	32
	%	48,7	19,7	32,9	38,2	18,4	42,1
ընդհանուր լարվածություն	n	33	27	28	30	15	19
	%	43,4	35,5	36,8	39,5	19,8	25

Հիստոգրամ 10

Երեխայի հիվանդության նկատմամբ մայրերի վերաբերմունքը, n=76



Երեխայի հիվանդության համար ինտերնալ պատասխանատվությունը զգուշացնում է հարցվողներից ընդամենը 8 մայրը 6 հայր: Երեխայի հիվանդության հետ կապված տագնապի վերաբերյալ արդյունքները ցույց են տալիս, որ այն առկա է երկու սեռի

ծնողների մոտ, ընդ որում, մայրերի մոտավելի վառ է արտահայտված, քան հայրերի (հիստոր. 10, 11):

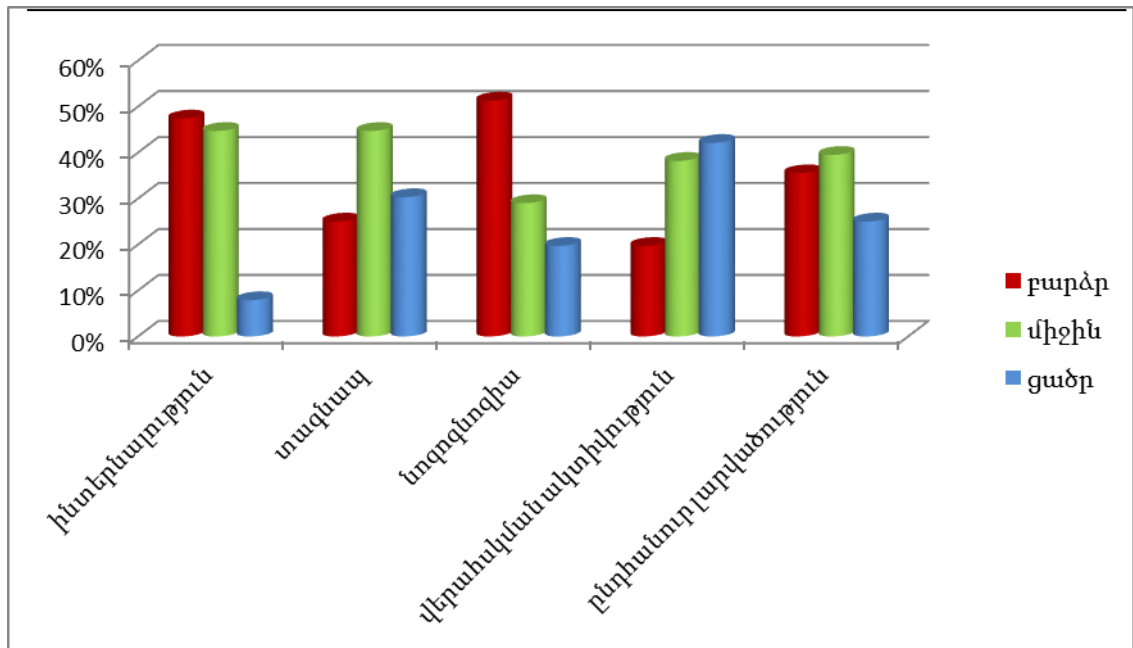
Այս առումով, պայմանավորված երեխայի տարիքով, նաև գրանցվել է անհանգստության չափի անցում բարձրից միջինի: Երեխայի հասունացման ընթացքում խնդրի կայունությունը ծնողի մոտ (թե՛ մայրերի և թե՛ հայրերի) հանգեցնում է անհանգստության նվազման՝ դեպի միջին, «կայուն», խորնիկ դրսևորման ձևեր:

Հիվանդության հանդեպ վերաբերմունքի ցուցանիշը ցույց է տալիս, որ հարցված մայրերի գրեթե կեսը՝ 34 հոգի, հակված է չափազանցել իրենց երեխայի հիվանդության ծանրությունը (հիպերնոզոզնոզիա): Բավականին շատ են (23) նաև երեխայի հիվանդության ծանրությունը մերժող և անտեսող, ընդունել չցանկացող մայրերը (անոզոզնոզիա): Էլ ավելի բարձր է հայրերի կողմից երեխայի հիվանդության ծանրության մակարդակի չափազանցումը (39): Այս հանգամանքը ևս վկայում է, որ հայրերը հակված են ուճացնել ու երեխայի մոտ առկա խնդիրները և երեխայի վիճակը համարում են անհուսալի:

Ստացված արդյունքներից պարզվում է, որ հիպերնոզոզնոզիայի արդյունքները (73) գրեթե կրկնակի անգամ շատ են անոզոզնոզիայի ցուցանիշներից, ինչը վկայում է, որ այս ծնողներն ավելի ծանր են գնահատում իրենց երեխայի մոտ առկա խնդիրները:

Հիստորամ 11

Երեխայի հիվանդության նկատմամբ հայրերի վերաբերմունքը, n=76



Չամենատեղով հիպերնոզոզնոզիայի վերաբերյալ ստացված տվյալները, որոնք առկա են տարբեր ախտորոշում ունեցող երեխաների ծնողների մոտ, պարզ է դառնում, որ ծնողի կողմից իր երեխայի մոտ առկա խնդրի չափազանց ծանր ընկալումը կախված է երեխայի ունեցած խնդրի տեսակից: Ուստի այն պատկերացումը, թե երեխայի հատուկ կարիքների նկատմամբ ծնողի վերաբերմունքը պայմանավորված է երեխայի խնդրի ախտորոշման տեսակից, դրա արտաքին արտահայտվածությունը, ծանրության աստիճանից, հավաստի է, քանզի երեխայի մոտ հայտնաբերված ցանկացած արատ, որը բերում է որևէ գործառույթի անվերադարձ խաթարման, ծնողի կողմից կարող է ընդունվել որպես ամենածանրը: Թեստի կիրառումից ստացված արդյունքները հերքում են այն պատկերացումները, թե երեխայի մոտ խլությունը կամ համրությունը, որոնք այնքան ակնառու չեն, ծնողի համար հոգեբանորեն կարող են ավելի թեթև ընդունվել, քան հենաշարժողական համակարգի խանգարումները:

Թեստի արդյունքներով՝ 152 ծնողներից ընդամենը 36-ն ունեն ադեկվատ վերաբերմունք (սոզոզնոզիա) իրենց երեխաների հատուկ կարիքների նկատմամբ: Երեխայի հիվանդության մասին գրույցից պարզ է դառնում, որ հարցված ծնողների 98 տոկոսը տեղեկացված են իրենց երեխայի ախտորոշման, զարգացման խանգարումների մասին. բազմիցս լսել են մասնագետներից, կարդացել են մասնագիտական գրականություն, հետաքրքրվել տարբեր տեղեկատվական

աղբյուրներից: Այն հանգամանքը, որ, չնայած տեղեկացվածությամբ, 38 ծնողների մոտ առկա է անոգոգնոգտիկ վերաբերմունք իր երեխայի հիվանդության նկատմամբ, ցույց է տալիս, որ այս ծնողներն առաջնորդվում են պաշտպանական մեխանիզմներով և չեն հաղթահարել երեխայի հաշմանդամությամբ պայմանավորված սթրեսը:

Հիվանդության վերահսկման առումով մայրերն ավելի ակտիվ են, քան հայրերը: Այդ հարցում, հայրերի մեծամասնությունը (32) թերագնահատում է երեխայի հիվանդության վերահսկման իր կարողունակությունը՝ այն միանշանակ համարելով որպես մոր պարտականություն:

Ամփոփելով թեստից ստացված այն արդյունքները, որոնք ցույց են տալիս երեխայի հիվանդությամբ պայմանավորված լարվածությունը ծնողների մոտ, պարզ է դառնում, որ 33 մայրերի և 27 հայրերի մոտ արտահայտված է երեխայի հիվանդության հետ կապված լարվածության բարձր մակարդակ:

Չրույցի և թեստից ստացված արդյունքները թույլ տվեցին հանգել ներքոհիշյալ մեկնաբանություններին:

Հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող մայրերը հիմնականում իրենց չեն վերագրում երեխայի մոտ առկա խնդրի առաջացման պատասխանատվությունը: Նրանք հիվանդության պատճառներն ընկալում են իրենցից անկախ, հիմնականում՝ որպես «մեծ դժբախտություն», «ճակատագրի հեգնանք», «փորձանք», իրենց նկատմամբ «կյանքի անարդար պատիժ»: Նրանց մոտ առկա է բարձր և խրոնիկ անհանգստություն: Մայրերն ավելի ակտիվորեն են վերահսկում երեխայի հիվանդությունը: Եվ այս ամենի հետմեկ տեղ նրանց մեծամասնությանը բնորոշ է երեխայի հիվանդության և դրա հետևանքների հետ կապված բարձր լարվածությունը:

Ինչ վերաբերում է հայրերին՝ ապա նրանք ևս գրանցվել են էքստերնալության բարձր ցուցանիշներ, սակայն, ի տարբերություն մայրերի, որոնք երեխայի մոտ հայտնաբերված արատը համարում են «դժբախտ դեպք», հայրերի մեծ մասը հակված է դրանում մեղադրելու երեխայի մորը (իրենք առողջ են, կենսունակ, այդպիսի երեխա իրենցից չէր կարող ծնվել, «մորից է»): Նրանց մոտ ևս առկա է անհանգստության բարձր մակարդակ, սակայն, եթե

մայրերի պարագայում անհանգստության դրսևորումը պայմանավորված է սեփական երեխայի զարգացման խանգարումներով, երեխայի ապրումներով և դժվարություններով, ապա հայրերի անհանգստության հիմնական առարկան հասարակության կարծիքն է, իրենց «խոցված» հեղինակությունն ու անունը:

Հայրերն իրենց երեխայի հիվանդության նկատմամբ ունեն հիմնականում հիպերնոզոզնոզտիկ և անոզոզնոզտիկ հակազդումներ: Նրանցից քչերն ունեն ադեկվատ պատկերացում երեխայի հիվանդության և նրա խնդիրների մասին, նրանք ավելի շատ հակված են խնդիրն ու ռճացնելու, չափազանցնելու կամ անտեսելու և հերքելու: Հայրերն ավելի քիչ են ուշադրություն դարձնում երեխայի հիվանդության վերահսկմանը և, ինչպես մայրերը, ունեն ընդհանուր լարվածության բարձր մակարդակ:

Մայրերի և հայրերի խմբերում այս թեստի գործոնները ևս ունեն տարբեր արտահայտվածություններ: χ^2 ոչ պարամետրիկ չափանիշի կիրառման արդյունքում պարզ դարձավ, որ տարբերությունները գիտականորեն հավաստվում են «տագնապի» գործոնի համար՝ $p < 0.05$ հավանականությամբ, և «վերահսկման ակտիվության» գործոնի համար՝ $p < 0.001$ հավանականությամբ (աղյուս. 8):

Աղյուսակ 8

Գործոնների արտահայտվածության աստիճանը ըստ χ^2 գործակցի

ԳՈՐԾՈՆՆԵՐ	χ^2
ինտերնալություն	2,24
տագնապ	5,39
նոզոզնոզիա	0,12
վերահսկման ակտիվություն	16,65
ընդհանուր լարվածություն	1,14

տագնապ՝ $p < 0.05$, վերահսկման ակտիվություն՝ $p < 0.001$

«Ընտանեկան սոցիոգրամի» մեթոդը կիրառել ենք հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում միջանձնային հարաբերությունները պարզելու, ծնողների ինքնագնահատականը և

Նրանց դիրքն ընտանիքում բացահայտելու, այդ երեխաների հանդեպ ծնողների վերաբերմունքը ճշտելու նպատակով:

Մեթոդիկայի կիրառումից ստացանք հետևյալ արդյունքները:

1. Հետազոտության 152 մասնակիցների հարցումներում ընտանիքի բոլոր անդամները ներառված են շրջանակի մեջ: 14 հայրերի թեստային դաշտում ներկայացված են նաև իրենց ծնողները՝ չնայած որ նրանցից առանձին էին ապրում: Նրանցից 3-ն իրենց հայրերին և 8-ն իրենց մայրերին ներկայացրել են ընտանիքի մյուս անդամներից ավելի մեծ շրջանակի մեջ, ինչը վկայում է նրանց համար ծնողների գերհեղինակությունը ոչ միայն իրենց նախկին, այլ նաև իրենց սեփական ընտանիքում:

2. Հարցվողներից 119-ը (78%) ընտանիքի այլ անդամների համեմատ ավելի փոքր շրջանակով են իրենց ներկայացրել, ինչը վկայում է նրանց ունեցած ցածր ինքնագնահատականի մասին: Մնացածից ավելի մեծ շրջանակով իրենց ներկայացրել են 8 մայրեր, իսկ 63-ը (83%) ավելի մեծ շրջանակով ներկայացրել են ամուսիններին, ինչը վկայում է այս ընտանիքներում ամուսինների գերիշխանության և մայրերի ցածր ինքնագնահատականի մասին:

3. Ծնողների 40%-ն իրենցից հեռու են ներկայացրել հատուկ կարիքով երեխային, ինչը վկայում է նրանցից հուզականորեն հեռացվածության մասին: Հայրերի 98%-ը հատուկ կարիքով երեխային ներկայացրել են մոր կողքին՝ ընդունելով իրենց համեմատ մոր առավել կապվածությունը խնդրահարույց երեխայի հետ: Մայրերից 65%-ի մոտ իր և հատուկ կարիքով երեխայի շրջանակները հատվում են, ինչը ցույց է տալիս երեխայի հետ ամուր սիմբիոտիկ կապի առկայությունը:

4. Ծնողների կողմից երեխայի սեռով պայմանավորված հարաբերություններում տարբերությունն նկատվում է հատկապես առողջ երեխաների պարագայում: Հայրերի մոտ ակնհայտ է մոտիկ, ընդունելի հարաբերություններ ընտանիքում առկա առողջ տղա երեխայի հետ: Հատուկ կարիքով տղա երեխաներին հայրերը ներկայացրել են համեմատաբար իրենց ավելի մոտ, իսկ հատուկ կարիքներով աղջիկ երեխային՝ հիմնականում մոր հետ՝ իրար շատ մոտ, բայց իրենցից հեռու՝ թեստային դաշտի ներքևի անկյունում: Երկու դեպքերում, երբ հատուկ կարիքով տղա երեխան ընտանիքում

միակն էր, հայրերի կողմից երեխան ներկայացվել է հոր և մոր միջև, գրեթե հավասար հեռավորությամբ, որը նշանակում է հավասար պատասխանատվության զգացում երեխայի նկատմամբ, ինչպես նաև ամուսինների հեռացում իրարից՝ երեխայի պատճառով, որը պարզ դարձավ նաև գրույցի ընթացքում:

5. Հարցվողների 70%-ի մոտ ամուսինները ներկայացված են իրարից հեռու գտնվող շրջանակներով, որը ցույց է տալիս նրանց միջև հուզական սառնություն, օտարվածություն և այդ ընտանիքներում կոնֆլիկտային հարաբերությունների առկայության մասին:

Այսպիսով, վերլուծելով մեր կողմից կիրառված «ընտանեկան սոցիոգրամի» մեթոդիկայից ստացված արդյունքները, եկանք այն եզրակացության, որ՝

- նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքի հատուկ կարիքներով երեխաներ ունեցող ընտանիքների մեծ մասում (83%) հոր դերը գերակայող է, և հիմնականում նրան է պատկանում ընտանիքում որոշումներ կայացնելու, իր կարծիքն ու կամքը թելադրելու իրավունքը,
- ծնողներից շատերի մոտ (78%) առկա է ցածր ինքնագնահատական,
- մայրերը հուզականորեն ավելի մոտ են իրենց հատուկ կարիքներով երեխային, քան հայրերը: Մայրերի մեծամասնությունն (65%) ամուր սիմբիոզ և հոգեբանական նույնականացում է ապրում իրենց խնդրահարույց երեխայի հանդեպ,
- հատուկ կարիքներ ունեցող տղա երեխաները համեմատաբար ավելի են ընդունված հայրերի կողմից, քան աղջիկները, մինչդեռ մայրերի կողմից՝ հատուկ կարիքներով երեխայի սեռով պայմանավորված վերաբերմունքի տարբերությունն չի դիտվում,
- ամուսինների միջև դիտվում են բախումնային, հոգեբանորեն հեռացված, հուզականորեն սառը և օտարված հարաբերություններ,
- ներընտանեկան փոխհարաբերությունները խախտված են, գերակշռում են ընտանեկան կոնֆլիկտները:

3.4. Ծնողների նկատմամբ՝ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների վերաբերմունքի հետազոտության արդյունքները

«Ծննդյան օր» սոցիոմետրիկ փորձի կիրառումից ստացվել են հետևյալ արդյունքները: Հետազոտությանը մասնակցած հատուկ կարիքներ ունեցող 76 երեխաներից 46-ը մայրերին պատկերել են անմիջապես իրենց կողքին, իսկ հայրերին՝ մոր կողքին (n=21) կամ ավելի հեռու: Երեխաներից 18-ը գտնվում են հոր և մոր մեջտեղում, իսկ 12 երեխաների մոտ հայրերը ծննդյան տոնին ներկա չեն: Ստացված արդյունքները ցույց են տալիս, որ երեխաները ավելի շատ կապված են մայրերի հետ:

Սոցիոմետրիկ փորձից պարզ է դառնում, որ այս երեխաների շփման շրջանակը սահմանափակվում է միայն իրենց ընտանիքի անդամներով: Նրանցից 42-ի մոտ աթոռներն ավելանում են, և այն առաջարկին, թե էլ ում կուզենային ավելացնել, տրվում է ժխտողական պատասխան, և աթոռները չնջվում են: Նրանցից 8-ը միայն երկրորդ հրահանգից հետո նշեցին իրենց տեղը, ինչը վկայում է, որ նրանք անտեսում, մերժում են սեփական ես-ը և որ ունեն ցածր ինքնագնահատական: 26 երեխաներ նախապես նշված բոլոր աթոռները լրացրել են իրենց համար նշանակալից մարդկանցով:

Այսպիսով՝ այս մեթոդիկայի կիրառումից պարզ է դառնում, որ երեխաներն ավելի մտերիմ են իրենց մայրերի հետ, որ վերաբերմունքը հայրերի հանդեպ ավելի տուժած է, հուզականորեն ավելի սառը և օտարված: Նրանց շփման շրջանակներն ավելի սահմանափակ են, և բացի ընտանիքից ու մոտ հարազատներից նրանց համար այլ նշանակալից խմբեր (մանկապարտեզի, դպրոցական, բակի ընկերներ) գոյություն չունեն: Երեխաներից միայն 12-ը, որպես իրենց ամենամոտ ընկերներ, նշում էին կենտրոն հաճախող երեխաներին և հոգեբաններին: Նրանց մեծամասնությունն իրեն միայնակ է զգում, չի ձգտում ընդլայնել շրջապատը, խուսափում է մարդկանցից և ավելի հարմարավետ է զգում վստահելի մարդկանց հետ:

«Սանդուղք» մեթոդիկայից ստացված արդյունքները վկայում են, որ հատուկ կարիքներով 76 երեխաներից 45-ը շատ բարձր են գնահատում իրենց առողջությունը, խելացիությունը, գեղեցկությունը, լավ բնավորությունը, երջանկությունն ու

բարությունը: Նշվածներից 8-ը խելացիությունը, լավ բնավորությունն ու բարությունը գնահատել են միջին, իսկ 23-ը՝ առողջությունը, գեղեցկությունն ու երջանկությունը՝ ցածր ցուցանիշներով: Այս երեխաներից 50-ը (66%) գտնում են, որ իրենց մայրերը վերոնշյալ չափանիշներով իրենց գնահատում են այնպես, ինչպես իրենք իրենց, իսկ հայրերն ավելի ցածր են գնահատում իրենց: Սա ևս վկայում է, որ երեխաները հոգեբանորեն ավելի կապված են մայրերի հետ և անտեսված են զգում հայրերի կողմից: Երեխաներից 18-ը գտնում են, որ և՛ հայրերը, և՛ մայրերը տեսնում են իրենց նույն դիրքում կամ ավելի բարձր, ինչպես որ իրենք են իրենց գնահատում: Այսինքն՝ այս երեխաների ընդամենը 24 %-ն է իրեն հոգեբանական առումով պաշտպանված, հոգեբանորեն ներդաշնակ, երկու ծնողների կողմից հավասարապես գնահատված զգում: 8 երեխաներ վերոնշյալ հատկանիշներն իրենց մոտ գնահատում են ցածր և գտնում են, որ ծնողները ևս այդպես են իրենց գնահատում:

Ստացված արդյունքները դարձյալ ապացուցում են, որ հատուկ կարիքներով երեխաները հոգեբանորեն ավելի ներդաշնակ են զգում և կապված են մայրերի հետ, իսկ հայրերի հետ իրենց զգում են հոգեբանորեն օտարված և անտեսված: Այստեղից կարելի է եզրակացնել, որ հայրերի վերաբերմունքն իրենց նմանատիպ երեխաների հանդեպ հիմնականում ավելի բացասական է, ինչն արտահայտվում է նաև երեխայի՝ հորն ուղղված վերաբերմունքով: Այս մեթոդիկայի կիրառման արդյունքում պարզ դարձավ, որ երեխաներն իրենց ապագայի մասին պատկերացումներում հենվում են ծնողների՝ իրենց մասին ունեցած պատկերացումների վրա: Ուստի ակնհայտ է դառնում, որ նրանց ինքնակայացումը մեծապես կախված է իրենց համար նշանակալից անձանց և, առաջին հերթին, ծնողների վերաբերմունքից:

Երեխաների հետ **գրույցի** արդյունքում պարզվեց, որ ավելի մեծ տարիքի երեխաների մեծ մասն իրեն մեղավոր է զգում ծնողների առջև՝ նրանց նեղություն և մշտապես մտահոգություն պատճառելու համար: Նրանց մի մասը սիրով և քնքշությամբ են լցված իրենց մայրերի հանդեպ, հաճախ խղճում են նրանց: Տխրությամբ են լցվում, երբ խոսում են ընտանիքում մոր և հոր մշտական վեճերի մասին:

Նրանցից շատերը համոզված են, որ այդ վեճերի պատճառն իրենք են, նրանցից հաճախ կարելի է լսել հետևյալ արտահայտությունը. «Ես գիտեմ՝ պապան իմ պատճառով է կռվում մամայի հետ»: Նրանք նշում են, որ իրենց պատճառով է, որ տատիկն ու պապիկը, իրենց բարեկամներն իրենց տուն չեն գալիս կամ հազվադեպ են գալիս: Այս երեխաների մոտ ակնառու է ընտանիքի համար բեռ լինելու, անտեսվածություն, ընտանիքում ավելորդ լինելու զգացումը («Լավ կլիներ, որ ես չլինեի, Էդպես բոլորը երջանիկ կլինեին»): Չրոյցի ընթացքում նրանց մոտ **դիտվում է** ընկճվածություն, հուսահատվածություն, տագնապ և լարվածություն: Նրանց հատուկ են պարփակվածությունն ու անինքնավստահությունը: Ավելի կրտսեր տարիքի երեխաների վարքում նկատելի է վախը անձանոթների նկատմամբ, երկչոտ են, «ծնողին կպած»: Նրանց մեծ մասին առանց ծնողի ներկայության հանարավոր չէ ընդգրկել խմբային աշխատանքների մեջ: Այլ երեխաների հանդեպ նրանք ավելի ագրեսիվ են, չունեն շփման տարրական հմտություններ: Նրանք ավելի բնական են ուրիշների հանդեպ իրենց վերաբերմունքի դրսևորումներում: Նրանց մոտ ավելի ակնառու է նեգատիվ վերաբերմունքը ծնողի նկատմամբ, որը հաճախ արտահայտվում է ծնողի կամքին հակառակվելու, պահանջները չկատարելու, անթույլատրելի վարք ցուցաբերելու միջոցով:

Մայրերի հետ զրուցելիս պարզվում է, որ թե՛ ամուսինների, թե՛ ամուսնու ծնողների կողմից բազմիցս լսել են իրենց ուղղված մեղադրանքներ՝ արատով երեխա ունենալու համար. «դու ինչ ես, որ քո ծնած և դաստիարակած երեխան ինչ լինի»: Մայրերը նշում են, որ իրավիճակը զգալիորեն թեթևացել է, երբ ծնվել է երկրորդ՝ առողջ երեխան, և հատկապես, երբ տղա է ծնվել: Պետք է նշել, որ բնածին արատներով աղջիկ երեխայի պարագայում մոր հանդեպ ճնշումներն ու մեղադրանքներն ավելի արտահայտված են («Ես ինչ երեխա ես բերել»), իսկ տղայի դեպքում՝ ափսոսանքն ու բուժման ելքեր գտնելու ջանքերը: Նման դեպքերում ծնողների մեղադրանքն ու ագրեսիան ավելի շատ ուղղված է միջավայրին («բժիշկներն են մեղավոր», «կարգին մասնագետ չկա», «բոլորն անմակարդակ են» և այլն): Ցածր ինքնագնահատական ունեցող մայրերը նշում են, որ հատուկ կարիքով երեխայի ծնունդից հետո նրանք կորցրել են

իրենց երբեմնի ինքնավստահությունը, դժգոհ են իրենց արտաքինից, խուսափում են նոր մարդկանց հետ ծանոթություններից ու շփումներից, իրենց շփման շրջանակը դարձել է ավելի սահմանափակ, անտեսված են զգում իրենց հարազատների կողմից: Նրանք հաճախակի նշում են, որ երեխայի ծնունդից ի վեր ամուսինների կողմից հոգեբանական աջակցություն չեն զգացել, ընդհակառակը, նրանց կողմից բազմիցս եղել են մեղադրանքներ, նսեմացնող արտահայտություններ, վատ մայր լինելու, երեխային դաստիարակելու անընդունակության և անկարողունակության մասին ուղղակի և անուղղակի ակնարկներ:

Մայրերի հետ զրույցից պարզ է դառնում, որ նրանք հատուկ կարիքներով երեխա ունենալու պատճառով ուղղակիորեն և անուղղակիորեն նսեմացվում են հարազատների և հատկապես ամուսնու կողմից, որի հետևանքով նրանք դարձել են ավելի բարդութալորված և ունեն ցածր ինքնագնահատական: Նրանք իրենց անվստահ են զգում նոր ձեռնարկումներում և խուսափում են նոր ծանոթություններից: Մշտապես տարված լինելով ընտանիքի և երեխայի հոգսերով՝ նրանք մոռանում են սեփական անձի մասին, միևնույն ժամանակ չեն գնահատվում և չեն սպասում ուրիշների կողմից դրական վերաբերմունքի, իսկ ամուսնու կողմից արժեզրկումը և բացասական գնահատականը ընդունում են որպես սեփական ինքնագնահատական:

Չրույցի և դիտման արդյունքները ցույց են տալիս, որ ոչ ադեկվատ ինքնագնահատական ունեցող հայրերը խուսափում են իրենց հատուկ կարիքով երեխայի հետ լինել հասարակական վայրերում, ընկերական և բարեկամական հավաքույթների հիմնականում գնում են մենակ: Նրանք հազվադեպ են ուղեկցում իրենց երեխաներին պարապմունքների, միջոցառումների: Երեխայի մասին խոսելիս հայրերի գերակշռող մասի մոտ դիտվում է բորբոքվածություն, դյուրագրգռություն, ներքին լարվածություն ու ագրեսիվություն: Նրանք փորձում են արդարանալ՝ թվարկելով, թե իրենց երեխային որքան մասնագետների մոտ են տարել, որքան ջանքեր են գործադրել և արդյունք չեն ստացել: Նրանք մեղադրում են մասնագետներին, մայրերին, սակայն չեն ուզում իմանալ իրենց երեխայի զարգացման

ռեալ հնարավորությունները և այլևս անիմաստ են համարում նոր ուժերի գործադրումը:

Այսպիսով, նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական հատուկ կարիքներով երեխաներ ունեցող միջուկային հայ ընտանիքներում մեր կողմից իրականացված փորձարարական հետազոտության արդյունքները հաստատում են առաջարկված վարկածն ու պաշտպանությանը ներկայացվող դրույթները և թույլ են տալիս հիմնավորել ու հետևյալ եզրակացությունները:

ԵԶՐԱԿԱՑՈՒ ԹՅՈՒՆՆԵՐ

Աշխատանքի տեսական և փորձարարական հետազոտությունների հիման վրահանգել ենք հետևյալ եզրակացություններին.

1. Գիտական գրականության վերլուծությունը ցույց տվեց, որ ընդհանուր առմամբ անտեսվում է հոր վերաբերմունքի ուսումնասիրությունը՝ որպես հատուկ կարիքներով երեխայի հանդեպ ծնողական վերաբերմունքի ձևավորման գործոն, մինչդեռ այս երեխաների ընտանիքներում հայրերը հիմնականում ավելի գերակայող դիրք են գրավում, և նրանց ինքնազնահատականով է պայմանավորված ընտանիքում հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ ծնողական վերաբերմունքը:

2. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների ինքնազնահատականի մակարդակի ցածր լինելն է, որ հանգեցնում է երեխայի հանդեպ մերժողական վերաբերմունքի:

3. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ինքնաընդունումն ու ինքնակայացումը կախված է իրենց ընտանիքների և, առաջին հերթին, ծնողների ընդունող վերաբերմունքից:

4. Հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող ընտանիքներում «ծնող - երեխա» փոխհարաբերություններում մեծապես հանդիպում է այն

իրողությունը, որ երեխաներն ավելի շատ կապված են լինում մայրերի հետ, իսկ հայրերի նկատմամբ վերաբերմունքը հուզականորեն ավելի սառն է և օտարված:

5. Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքներում սոցիալական միջավայրի հանդեպ ծնողների ագրեսիան բարձր է, նրանք երեխայի հատուկ կարիքների առաջացման պատճառները որպես կանոն պրոյեկտում են այլ անձանց և ավելի զգայուն ու տագնապած են երեխայի ապագայի, նրանց հանդեպ արտաքին միջավայրի հակադրումների նկատմամբ:

6. Հայ ընտանիքներում հատուկ կարիքներ ունեցող տղա երեխաների հանդեպ հայրերի վերաբերմունքն ավելի հանդուրժողական է, քան հատուկ կարիքներ ունեցող աղջիկների: Հատուկ կարիքներ ունեցող տղա երեխաները համեմատաբար ավելի ընդունված են իրենց հայրերի կողմից, մինչդեռ մայրերի կողմից՝ հատուկ կարիքներով երեխաների սեռով պայմանավորված վերաբերմունքի տարբերություն չի դիտվում:

7. Նախադպրոցական և կրտսեր դպրոցական տարիքի հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների մոտ երեխայի հիվանդության հանդեպ գերակշռում է ոչ ադեկվատ վերաբերմունքը (հիպերնոզոզնոզիան և անազոզնոզիան), առավել գերակշռող է հիպերնոզոզնոզիան, որը հանգեցնում է երեխայի վերահսկման ակտիվության, տագնապի և ընդհանուր լարվածության բարձր մակարդակի:

8. Հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող հայ ընտանիքներն ընդհանուր առմամբ իրենց միայնակ ու անպաշտպան են զգում: Նրանք հոգեբանական աջակցության, սոցիալ-հոգեբանական վերականգնման կարիք ունեն, որին կարելի է հասնել ծնողների և հատկապես հայրերի ինքնաճանաչման, անձնային աճի, գիտակցված ինքնավստահություն, ադեկվատ ինքնագնահատականի ձևավորման միջոցով: Թերևս պատճառը պետք է բացատրել նրանով, որ այսօր պետական կառույցները հնարավորություններ չունեն լիարժեք աջակցություն ցուցաբերելու այդ ընտանիքներին:

9. Անհրաժեշտ է մշակել հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների սոցիալականացման և հասարակության մեջ ներառման նոր ռազմավարություն՝ կարևորելով ոչ միայն հասարակության մեջ

Նրանց հանդեպ մարդասիրական և ընդունելի վերաբերմունքը, այլ և նրանց ամենամոտ շրջապատի, ընտանիքի և, առաջին հերթին, ծնողների կողմից ընդունող վերաբերմունքի ձևավորումը:

ՄԵԹՈԴԱԿԱՆ ԳՈՐԾՆԱԿԱՆ ՀԱՆՁՆԱՐԱՐԱԿԱՆՆԵՐ

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքների սոցիալ-հոգեբանական հիմնախնդիրները գուտ գործնական խնդիրներ են դնում այդ բնագավառում աշխատող հոգեբանների և սոցիալական աշխատողների առջև:

Աշխատանքում ներկայացնում ենք հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքների սոցիալ-հոգեբանական աջակցությանն ուղղված մեթոդական գործնական հանձնարարականներ:

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքների հետ իրականացվող հոգեբանական աշխատանքի հիմնական նպատակն այն է, որ`

✓ հատուկ կարիքներով երեխայի առկայությունը չխաթարի ընտանիքի բարոյահոգեբանական մթնոլորտը, չհանգեցնի առանձին անդամների հոգեկան անբարվոքությունների և նրանց միջև հաճախակի բախումների,

✓ երեխան ապրի և իարժեք կենսակերպով, իրեն զգա ընդհանուրի և իարժեք մաս,

✓ հատուկ կարիքներով երեխա ունեցող ընտանիքը շրջապատի հետ կարողանա ստեղծել նորմալ հարաբերություններ, չմեկուսանա հասարակությունից:

Աշխատանքը պետք է իրականացնել հետևյալ ուղղություներով.

- հոգեախտորոշում,
- աշխատանքի հիմնական ուղղություների մշակում,
- հոգեկորեկցիոն և հոգեթերապևտիկ մեթոդների կիրառում:

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ընտանիքների հետ սոցիալ-հոգեբանական վերականգնողական աշխատանքն ուղղված է՝

➤ ծնողների և ընտանիքի այլ անդամների կողմից՝ հատուկ կարիքներ ունեցող երեխայի նկատմամբ դրական վերաբերմունքի ձևավորմանը,

➤ երեխայի հետ և ընտանիքում միջանձնային փոխհարաբերությունների կարգավորմանը,

➤ ծնողների կյանքի վերափոխումն ապահովելու,

➤ ինքնագիտակցության օպտիմալացմանը,

➤ ադեկվատ ինքնագնահատականի ձևավորմանը,

➤ ծնողների՝ երեխայի զարգացման խանգարումներից բխող հուզական ապրումներով պայմանավորված անձնային և միջանձնային հոգեբանական խնդիրների կարգավորմանը:

Հատուկ կարիքներով երեխաների ծնողների հետ իրականացվող հոգեկորեկցիայի և հոգեթերապիայի հիմնական խնդիրները պետք է լինեն՝

➤ օգնել ընդունելու իրենց և իրենց հատուկ կարիքներով երեխային այնպիսին, ինչպես որ կա,

➤ օգնել՝ փոխելու վերաբերմունքը սեփական խնդիրների նկատմամբ, ընդունելու դրանք ոչ թե որպես «խաչ», այլ որպես «հատուկ նշանակություն»,

➤ օգնել հաղթահարելու հուսալքվածության և իրենց վշտի մեջ մեկուսացվածության զգացումը,

➤ ազատել նրանց տագնապայնությունից, վախից, մերժվածության զգացումից,

➤ սովորեցնել օգնել և աջակցել իրար,

➤ օգնել՝ ադեկվատ գնահատելու իրենց հատուկ կարիքներով երեխայի զարգացման հնարավորությունները,

- գինեւ նրանց շփման նոր հմտություններով,
- նրանց մեջ ձևավորել ադեկվատ պատկերացումներ՝ հասարակության մեջ հատուկ կարիքներով մարդկանց զբաղեցրած տեղի վերաբերյալ,
- օգնել նրանց ազատվելու մեղքի զգացումից, իր և իր ընտանիքի անլիարժեքության զգացումից:
- հայտնաբերել և զարգացնել ստեղծագործելու ունակություններ [68]:

Հոգեթերապևտիկ աշխատանքները կարելի է իրականացնել ինչպես անհատական, այնպես էլ խմբային ձևերով: Ծնողների ինքնագիտակցության վերակառուցման առավել արդյունավետ ձևերից են **խմբային բանավեճերը**, որոնց թեմաները պետք է նախապես ընտրված լինեն հոգեբանի կողմից: Որպես խմբային բանավեճի թեմա կարող են լինել ծնողների՝ հատուկ կարիքներով երեխայի դաստիարակման հետ կապված ներքին հոգեբանական խնդիրները, ամուսինների, ընտանիքի այլ անդամների միջև փոխհարաբերություններում առկա դժվարությունները, հոգեբանական այն խնդիրները, որոնք ծագում են արտաքին սոցիալական միջավայրի հետ փոխազդեցության ընթացքում [31, էջ 97]: Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների հետ հոգեթերապևտիկ աշխատանքի արդյունավետ մեթոդներից են նաև **արտթերապիայի** տարբեր ձևերը: Արտթերապիայի ընթացքում հատուկ կարիքներով երեխաների և ծնողների, ընտանիքի այլ անդամների հետ համատեղ աշխատանքը հնարավորություն է տալիս հաղթահարելու ոչ միայն անհատական հոգեբանական խնդիրները, այլ նաև կարգավորելու ծնող - երեխա հարաբերությունները:

Հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների ծնողների հետ տարվող խաղային թերապիայի ծրագրի օրինակ.

1. Պարապմունք «Ծանոթություն»

Շտկողական խնդիրներ

- Ծանոթություն
- Մասնակիցների միավորում խմբում
- Ծնող - երեխա փոխհարաբերությունների վերաբերյալ խնդիրների ակտուալացում

- 1) Ծանոթություն, անվան ընտրություն
- 2) Պարապմունքների տեսակների ընտրություն
- 3) Փոքրիկ շարադրություն հետևյալ թեմաներով՝ «Ո՞վ եմ ես», «Ես որպես ծնող», «Իմ երեխայի պատկերը»
- 4) Խաղ «Ո՞վ է կանչում» (մասնակիցների անունների ամրապնդում) [19, էջ 86]

2. Պարապմունք «Երեխայի խնդիրը»

Շտկողական խնդիրներ

- Ռեֆլեքսիայի զարգացում ծնող-երեխա փոխհարաբերություններում
- Ծնող-երեխա խնդիրների ակտուալացում
- Մասնակիցների միավորում խմբում

- 1) Փոքրիկ շարադրություններ հետևյալ թեմաներով՝
 - «Ինչ պիսի՞ն կցանկանայի լինել»
 - «Ինչ պիսի՞ն կցանկանայի տեսնել իմ երեխային»
 - «Ինչ պե՞ս են տեսնում իմ երեխային ուրիշները»

3) Զրույց երեխաների խնդիրների մասին

- 4) Խաղ «Գուշակիր, թե ի՞նչ եմ մտապահել» (ընդունակությունների զարգացում դեցենտրացիայի հանդեպ) [19, էջ 87]

3. Պարապմունք «Կոնֆլիկտներ»

Շտկողական աշխատանքներ

- Մասնակիցների միավորում խմբում
- Երեխաների հետ հաղորդակցման նեգատիվ փորձի արդիականացում
- Կոնֆլիկտային իրավիճակների հաղթահարման դրական ուղիների ձևավորում

- 1) Խաղ «Ասա մյուսին հաճոյախոսություններ» (բարձր տրամադրություն ապահովում)
- 2) Քննարկում «Կոնֆլիկտներ երեխաների հետ» թեմայով
- 3) Խաղ «Ինչպես են վարվում ծնողները» (կոնֆլիկտային իրավիճակների լուծման նեգատիվ եղանակների իրականացում խաղի միջոցով):
- 4) Դերային խաղ-կոնֆլիկտային իրավիճակների հաղթահարում, դրական ելքերի փնտրում [19, էջ 87]

Պարապմունք 4. «Տխուր-ուրախօր»

Շտկողական խնդիրներ

- Խուլ մքներգրաված անդամների համախմբում
- Երեխայի հետ բացասական, դրական հաղորդակցման քննարկում
- Ինքնակառավարման զարգացում

Խաղ «Շարունակիչ արտահայտություններ»

- 1) Չրույց «Ամենատխուր օրն իմ երեխայի հետ»
- 2) Չրույց «Ամենաուրախօրն իմ երեխայի հետ»
- 3) Հաղորդակցման հմտությունների զարգացում [19, էջ 88]

Պարապմունք 5. «Հոր և մոր պատկերը»

Շտկողական խնդիրներ`

- Խմբի մասնակիցների միասնականության ապահովում
- Ճնողական ստերիոտիպերի վերածնվում
- Ճնողական դերի ադեկվատընկալման զարգացում
- մանկական խաղերի հետ ծանոթացում

Խաղ «Շարունակիչ պատկերը»

Չրույց «Կատարյալ մայր և հայր»

Չրույց «Վատ մայր և հայր»

Խմբի անդամների միջև զրույց` որպես մայր կամ հայր (ճնողական դերի ռեֆլեքսիայի զարգացում)

Դասախոսություն – թեմա` «Խաղերի հետ ծանոթացում, որը զարգացնում է երեխայի ընկալումը, մոտորիկան» [19, էջ 88]:

Ըստ հոգեթերապևտիկ նպատակի` պարապմունքների ժամանակ հոգեբանը կարող է պարբերաբար անցկացնել անձի ինքնաճանաչմանը, անձնային աճին և ինքնագնահատականի բարձրացմանը նպաստող հոգեթերապևտիկ վարժություններ: Ներկայացնում ենք նմանօրինակ մի քանի վարժություններ:

«Ես և օբյեկտը»: Խմբի մասնակիցներին առաջարկում ենք ընտրել սենյակում գտնվող առարկաներից մեկը և բնութագրել այն: Այնուհետև քննարկվում է: Տեղի է ունենում անձի ճանաչում պրոյեկցիայի միջոցով [34, էջ 380]:

«Ինքնաբնութագրում»: Մասնակիցները ներկայացնում են իրենց երրորդ դեմքով: Կարևորը ոչ թե ներկայացվածի բովանդակությունն է, այլ գուտ ներկայացման ընթացքը:

Վարժու թյ ու նը նպաստում է ինքնաընկալ մանը և ինքնագիտակցության զարգացմանը: Նույն նպատակով կարելի է կիրառել նաև «Ես եմ, ես չեմ», «Ում եմ տեսնում հայելու մեջ» վարժու թյ ու նները [34, էջ 381-382]:

«Ընդհանրության ընդգծումը գնդակով»: Խմբի մասնակիցները հաջորդաբար փոխանցում են իրար գնդակը, ասելով՝

-Ար՛մ, ինձ թվում է, որ մեզ միավորում է այն որակը, որ....(նշում է որևէ հատկանիշ):

Ճատավելի կարևոր է, որ այդ որակը լինի անձնային, որն ավելի դժվար է հայտնաբերել, քան արտաքին ինչ-որ նմանություն (հագուստ, մեքենա, բնակության վայր և այլն): Մասնակիցը, որին դիմել են, միայն կարող է պատասխանել՝ «համաձայն եմ» կամ «ես կմտածեմ այդ մասին»:

Վարժու թյ ու նը նպաստում է ինքնակառավարմանը, գործընկերային հարաբերությունների ձևավորմանը, սովորեցնում է հարգել ուրիշի կարծիքը, պատրաստակամ լինել մտածելու ուրիշի ասածի մասին, եթե անգամ դահակասում է իրենց սկզբունքներին և ի սկզբանե համաձայն չեն ասվածի հետ [45, էջ 192]:

«Իմ արև»: Ծնողները նկարում են արև: Ճառագայթների վրա գրում են իրենց դրական որակները: Ճառագայթների եզրերին գրում են այն մարդկանց անունները, ում ուղղված է և ջերմացնում է այդ որակը: Այս տեխնիկան նպաստավոր է հատկապես ցածր ինքնագնահատականով մարդկանց համար [10, էջ 77]: Այն կարելի է անցկացնել նաև հետևյալ կերպ. ծնողները նկարում են արև և արևի շողերի վրա գրում երեխայի դրական հատկանիշները, այնուհետև խմբում քննարկում ենք իրենց «արևների» (քննարկումները կարող են լինել նաև բացասական հատկանիշների շուրջ):

«Չակտակ սջխարհ» (դերային խաղ): Նպաստում է ագրեսիայի մեղմացմանը, ծնողների և երեխաների միջև հաղորդակցման հմտությունների ձևավորմանը, միջանձնային փոխհարաբերությունների բարելավմանը: Ծնողները դերային խաղի միջոցով դառնում են երեխաներ, իսկ երեխաները՝ ծնողներ (թեմայի ընտրությունը պետք է լինի երկկողմանի): Այնուհետև քննարկում ենք [38, էջ 109]:

«Ես կերտում եմ իմ ապագան»: Խմբի մասնակիցներին հանձնարարվում է կենտրոնանալ իրենց մոտակա և հեռավոր նպատակների վրա, գրի առնել այն ամենը, ինչին որ ցանկանում են հասնել: 15-20 րոպեի ընթացքում նրանք շարադրում են իրենց նպատակներն ու ձգտումներն այնպես, ինչպես արդեն իրականացված և հետևյալ հերթականությամբ՝ «1 ամիս անց ես ունեմ ..., 3 ամիս անց ես ունեմ..., 1 տարի անց..., 3 տարի անց..., 5 տարի անց.....20 տարի անց... և այլն»: Վարժույթ ունեն օգնում է գնալ նպատակներին ընդամաք, հասկանալ, թե որտեղից պետք է սկսել շարժումը, առաջ ընթացը: Ցանկություններն ու նպատակներն արդեն իրականացված պատկերացնելը մասնակիցների մեջ առաջացնում է դրական էներգիա, կյանքը դրականորեն վերափոխելու ցանկություն, լավատեսություն ապագայի նկատմամբ, հայտնվում են ուժեր և ցանկություն՝ ինչ-որ բան անելու հենց հիմա: Վարժույթն այս պարբերաբար կատարումն օգնում է հեշտությամբ հաղթահարելու դժվարությունները և իրականացնելու ցանկությունները [81]:

«Ենթաանձերի շրջան» (հոգեթերապևտիկ վարժույթ ուն): Պրոտոգոնիստը կարող է լինել այն մարդը, ով ներքին կոնֆլիկտներ, տարածայնություններ ունի իր ներաշխարհում, առանձին իրավիճակներում չի կարողանում որոշումներ կայացնել: Վարժույթ ունեն ընդգրկում է 4 փուլ: Առաջինից երրորդ փուլերի ընթացքում մասնակիցները ճշտում են իրենց ենթաանձերին, որոնք կարող են իրենց տարբեր ցանկությունները լինել: Այնուհետև պրոտոգոնիստը խմբից ընտրում է համապատասխան մարդկանց, ովքեր որպես դերասան կարող են իր ենթաանձերի դերերը խաղալ, բացատրում է նրանց իրենց դերի էությունը: Պրոտոգոնիստը կանգնում է մեջտեղում, իսկ ենթաանձերը՝ նրա շուրջը: Բոլորը միաժամանակ փորձում են համոզել, որ անձի մեջ ամենակարևորն ինքն է: Պրոտոգոնիստը հնարավորություն ունի նրանց կառավարելու համապատասխան շարժումներով: Նա ենթաանձերին լսում է 2-3 րոպե, որը հուզականորեն շատ հագեցած է լինում: Այնուհետև քննարկում են: Չզացողությունները լինում են բավականին անսպասելի և շատ վառ: Դրանք բերում են ինքնաբացահայտման: Իրենց տպավորություններով կիսվում են նաև

օգնող անձիք: Նրանց զգացողությունների և ապրումների քննարկումները խմբին տալիս են առանձնահատուկ փորձ: Չնայած արտաքին պարզությամբ, այս վարժության հուզական ազդեցությունը շատ հզոր է, և արդյունքը հաճախ լինում է երկարատև կատարսիսը [34, էջ 616]:

Այս թերապևտիկ աշխատանքներն ուղղված են.

➤ ծնողների մոտ հոգեթերապևտիկ աշխատանքների նկատմամբ մոտիվացիայի ստեղծմանն ու ամրապնդմանը, ինքնաբացահայտմանն ու ինքնաճանաչմանը, նրանց ակտիվության և ինքնառեալիզացման պահանջմունքի բարձրացմանը,

➤ նպաստելու ծնողների և ընտանիքի այլ անդամների հուզական լիցքաթափմանը, թուլացնելու հուզական լարվածությունը, ձևավորելու ինքնավերահսկման ունակություններ,

➤ օգնելու վերագնահատել իրենց խնդիրները և ձևավորել վարքային արդյունավետ հմտություններ,

➤ ձևավորելու կոնստրուկտիվ մոտեցում հատուկ կարիքներով երեխաների խնդիրների հանդեպ [68]:

ՕԳՏԱԳՈՐԾՎԱԾ ԳՐԱԿԱՆՈՒ ԹՅԱՆ ՑԱՆԿ

1. Անտոնյան Մ. Եթե ձեր երեխան տարբերվում է մյուսներից... / Խմբ. Ն. Ավետիսյան; Զայ ժող. ֆորում. - Եր., 2004. - 53 էջ:
2. Արզումանյան Ս.Ձ. և ուրիշ. Կիրառական հոգեբանության արակտիկում / Ս.Ձ. Արզումանյան, Ս.Յ. Մկրտչյան, Վ.Ժ. Սարգսյան; ԵՊՄՅ. - Եր.: Չանգակ-97, 2002. - 392 էջ:
3. Դանիելյան Մ. Զասարակության վերաբերմունքը հատուկ կարիքներ ունեցող երեխաների նկատմամբ // Զոգեբանությունը և կյանքը. - Եր.: Չանգակ-97, 2000. - №3. – էջ 127-133:
4. Դպրոցական հոգեբանական ծառայության հիմնախնդիրները: Գիտաժողովի նյութեր (նոյեմբերի 6-7) / ԵՊՄՅ. - Եր.: Գրիգոր Տաթևացի, 2014.- 270 էջ:
5. Երեխաներ. սոցիալ-հոգեբանական զարգացում (մեթոդական ձեռնարկ). - Եր.: ԱՄՅԱԻ, 2013. - 116 էջ:

6. Երեխաների պաշտպանությունը: Ուս. ձեռնարկ երեխաների պաշտպանության մասնագ. համար / Մ. Անտոնյան, Ա. Գմյուր-Կարապետյան, Ն. Դուրյան և ուրիշ. - Եր.: ՄԱԿ-ի մանկ. հիմնադրամ, 2009. - 316 էջ:
7. Խուդոյան Ս.Ս. Անձի զարգացման ճգնաժամային տարիքները. - Եր.: Չանգակ-97, 2004. - 248 էջ:
8. Հաշմանդամ երեխաների և նրանց ծնողների հետ տարվող սոցիալական աշխատանքը (մեթոդ. ձեռնարկ) / Կազմ.՝ Ն. Բալայան. - Եր.: Չեյթուն, 2005. - 232 էջ:
9. Հարությունյան Ն. Ընտանեկան ճգնաժամերի հոգեբանական առանձնահատկությունները // Հոգեբանությունը և կյանքը. - Եր.: Չանգակ-97, 2007. - №3. - էջ 51-55:
10. Հոգեբանական հոգեբանության պրակտիկում: Ուս.-մեթոդ. ձեռնարկ / Կազմ.՝ Ն.Ա. Հարությունյան, Է.Վ. Ասիրյան, Լ.Ս. Ստեփանյան. - Եր.: Հեղ. հրատ., 2014.- 172 էջ:
11. Ձեռնարկ երեխաների հիմնախնդիրներով զբաղվող մասնագետների համար. - Եր., 2006. - 116 էջ:
12. Միքայելյան Վ., Միքայելյան Լ. Երեխայի հոգեբանական զարգացման խնդիրները (ուս. ձեռնարկ) / Ռուս. թարգմ. և խմբ. Կ. Ադամյան. - Եր.: ԵՄ ՎՎՀ «Հայաստանում երեխաների նկատմամբ բռնության նվազեցում», 2013. - 224 էջ:
13. Մկրտումյան Մ.Պ. Արտակարգ իրավիճակների հոգեբանության կանխարգելման և վերականգնողական հիմնախնդիրները: Ուս. ձեռնարկ. - Եր. 2002. - 320 էջ:
14. Մնացականյան Ն.Ս. Ամուսնալուծությունը և երեխան // Հոգեբանությունը և կյանքը. - 2002. - №3-4. - էջ 79-87:
15. Մնացականյան Ն. Հաշմանդամ երեխա ունեցող ընտանիքների հոգեբանական հիմնախնդիրները // Հոգեբանությունը և կյանքը. - 2007. - №3 – էջ 62-67:
16. Նալչաջյան Ա.Ա. Սոցիալական հոգեբանություն / Տաթև գիտակրթ. համալիր. - Եր.: Չանգակ-97, 2004. - 432 էջ:
17. Սեդրակյան Ս.Ա. Ընտանիքի հոգեբանություն (մեթոդաբանական վերլուծություն). - Եր.: «Ուրարտու» համալս., 2010 - 456 էջ:
18. Սոցիալական աշխատանքի ուղղությունները. ուղեցույց սոցիալական աշխատողների համար / Ա. Խաչատրյան, Մ. Անտոնյան,

Ա. Ոսկանյան, Ս. Ջուղարյան; Խմբ. Լ. Չարոնթյունյան. - Եր., 2002. - 61 էջ:

19. Ստեփանյան Ն.Ե. Մանկական հաստատություններում դեպրիվացված երեխաների հետ տարվող հոգեբանամանկավարժական աշխատանքների առանձնահատկությունները / ՅՊՄՅ. - Եր.: Յեդ. հրատ., 2014 - 104 էջ:
20. Վանյան Ն.Յ. Երբ ընտանիքում ծնվում է հատուկ կարիքներով երեխա (մեթոդ. ձեռնարկ ծնողների համար). - Եր., Ասողիկ, 2008. - 38 էջ:
21. Տեսական և կիրառական հոգեբանություն արդի հիմնախնդիրները: 4-րդ միջազգ. գիտաժողովի նյութեր. - Եր., Էդիթ Պրինտ, 2013. - 455 էջ:
22. Акатов Л.И. Психологические основы социальной реабилитации детей с ограниченными возможностями жизнедеятельности / М-во труда и социал. развития Рос. Федерации и др. - М.: Просвещение, 2002. - 448 с.
23. Богданова Т.Г., Мазурова Н.В. Влияние внутрисемейных отношений на развитие личности глухих младших дошкольников //Дефектология. - 1998. №3. - с. 40-44.
24. Дети с отклонениями в развитии: метод. пособие / И.М. Гилевич, Е.А. Забара, М.В. Ипполитова и др.; Сост. Н.Д. Шматко. - М.: Аквариум, 1997. - 128 с.
25. Добряков И.В., Заширинская О.В. Психология семьи и больной ребенок: учеб. пособие, хрестоматия. - СПб.: Речь, 2007. - 399 с.
26. Добряков И.В., Щедрина Т.Г. Восстановительное лечение детей с поражениями центральной нервной системы и опорно-двигательного аппарата: метод. рекоменд. - СПб.: СПбМАПО, 2004. - 317 с.
27. Исенина Е.И. Родителям о психическом развитии и поведении глухих детей первых лет жизни. - М.: Прогресс, 1999. - 80 с.
28. Карвасарский Б.Д. Психотерапия. - М.: Медицина, 1985 - 304 с.
29. Клиническая психология / Под ред. М. Пере, У. Баумана. - СПб.: Питер, 2002 - 1312с.
30. Коррекция детско-родительских отношений: метод. рекоменд. для специалистов, педагогов образ. учрежд., родителей. - Новокуйбышевск, 2009 г. - 103 с.
31. Левченко И.Ю., Ткачева В.В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие. - М.: Просвещение, 2008. - 239 с.

32. Лекомцева Е.Н. К проблеме изучения психологических особенностей отцов, воспитывающих ребенка–инвалида // Молодой ученый. – 2014. – №4. – с. 692-694.
33. Майрамян Р.Ф. Семья и умственно отсталый ребенок (психопатологический и психологический аспекты проблемы) : Автореф. дис. канд. мед. наук / Первый Московский мед. инст. им. И.М. Сеченова МЗ СССР. М., 1976. 26 с.
34. Малкина-Пых И.Г. Справочник практического психолога. М.: Эксмо, 2006. – 784 с.
35. Марцинковская Т.Д. История психологии: учеб. пособие для студ. вузов. - М.: Академия, 2002. – 544 с.
36. Мастюкова Е.М., Московкина А.Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для студ. вузов / Под ред. В.И. Селиверстова. - М.: Владос, 2003. – 408 с.
37. Мясищев В.Н. Психология отношений. - М.: МПСИ, 2005. – 158 с.
38. Никишина В.Б. Практическая психология в работе с детьми с задержкой психического развития: пособие для психологов и педагогов. – М.: Владос, 2003. - 126 с.
39. Олифиревич Н.И. и др. Психология семейных кризисов / Н.И. Олифиревич, Т.А. Зинкевич-Куземкина, Т.Ф. Велента. - СПб.: Речь, 2006. – 359 с.
40. Практическая психодиагностика: методики и тесты / Ред.-сост. Д.Я. Райгородский. – Самара: Дом «Бахрах», 1998. – 688 с.
41. Психиатрия детского и подросткового возраста / Под. ред К. Гиллберга, Л. Хеллгрена; Ред. пер. П.И. Сидоров. - М.: ГЭОТАР-Мед, 2004. - 531 с.
42. Психодиагностические методы в педиатрии и детской психоневрологии: учеб. пособие / Под ред. Д.Н. Исаева и В.Е. Кагана. - СПб.: ПМИ, 1991. - 80 с.
43. Психологические тесты. Т.2. / Под ред. А.А. Карелина. - М.: Владос, 2001. - 248 с.
44. Сатир В. Вы и ваша семья: руководство по личностному росту / Пер. с англ. Е. Дониной, Н. Дмитриевой. – М.: ЭКСМО-пресс, 2000. – 314 с.
45. Сидоренко Е.В. Тренинг коммуникативной компетентности в деловом взаимодействии. – СПб.: Речь, 2008. – 208 с.
46. Ткачева В.В. К вопросу о создании системы психолого-педагогической помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии // Дефектология. - М., 1999. - N3. – с. 30-36.
47. Ткачева В.В. О некоторых проблемах семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии // Дефектология. – М., 1998. - N4. – с. 3-8.

48. Ткачева В.В. Технологии психологического изучения семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии: учеб. пособие для студ. вузов. – М.: УМК “Психология”, 2006. – 319 с.
49. Федосеева О.А. Особенности воспитания ребенка с ограниченными возможностями в семье // Молодой ученый. – 2013. – №9. - с. 346-349.
50. Федосеева О.А. Проблемы родителей, имеющих ребенка с ограниченными возможностями // Молодой ученый. – 2013. – №9. – с. 344-346.
51. Фетискин Н.П. и др. Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп: учеб. пособие для студ. вузов / Н.П. Фетискин, В.В. Козлов, Г.М. Мануйлов. – М.: Изд-во Ин-та психотерапии, 2002. - 489 с.
52. Фромм А. Азбука для родителей, или как помочь ребенку в трудной ситуации. – Екатеринбург: АРД, 1996. - 319 с.
53. Холостова Е.И. Социальная работа с инвалидами: учеб. пособие: 2-е изд. – М.: Дашков и К, 2007. – 238 с.
54. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Психология и психотерапия семьи: 4-е изд. - СПб.: Питер, 2008. - 672 с.
55. Эйдемиллер Э.Г., Юстицкий В.В. Семейная психотерапия. – Л.: Медицина, 1990. – 189 с.
56. Яркая-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Социальная работа с инвалидами: 2-е изд., перераб. и доп. - СПб.: Питер, 2004 - 316 с.
57. Disabling Barriers, Enabling Environments / John Swain, Sally French, Colin Barnes, Carol Thomas. - London, 2004. - 303 p.
58. Exceptional Children: Their Psychology and Education. - New Delhi: Chintamani Kar, 1992. – 183 p.
59. Harris M. Exploring Developmental Psychology: Understanding Theory and Methods / by Margaret Harris. - London, 2008. - 313 p.
60. Kaufman A.S., Kaufman N.L. Specific Learning Disabilities and Difficulties in Children and Adolescents / by Alan S. Kaufman, Nadeen L. Kaufman. – London: Cambridge Univ. Press., 2001. – 469 p.
61. Miller L.G. Toward a greater understanding of the parents of the mentally retarded child // J. Pediatr. - 1968. - vol. 73. - №5. - p. 699-705.
62. Simeonsson R.J., Rosenthal S.L. Psychological and Developmental Assessment: Children with Disabilities and chronic conditions / by Rune J. Simeonsson, Susan L. Rosenthal. - New York, 2001. – 371 p.

ԷԼ ԵԿՍՐՈՆԱՅ ԻՆ ԳՐԱԿԱՆՈՒԹՅՈՒՆ

63. Հաշմանդամություն ունեցող շատ երեխաներ չեն հաճախում դպրոց կամ մանկապարտեզ: <http://www.hra.am/hy/events/2012/10/17/disability#sthash.9ZecJhXr.dpuf>
64. Հաշվառված հաշմանդամների թվաքանակը 2014 թվականի հունվար-հունիսին: http://armstat.am/file/article/sv_06_14a_540.pdf
65. ՀՀ-ում ներառական կրթության իրականացման գնահատում: http://www.osf.am/wp-content/uploads/2013/11/Inclusive-education-report_ARM-without-tools.pdf
66. Մեկ տարվա ընթացքում Հայաստանում հաշմանդամների թիվն ավելացել է 10 հազարով: <http://news.am/arm/news/115601.html>
67. Архиреевой Т.В., Авторитет отца - высокая самооценка ребенка: http://www.psychologos.ru/articles/view/avtoritet_otca_-_vysokaya_samoocenka_rebenka
68. Железняк Л. Работа с семьями, воспитывающими детей с ограниченными возможностями: <http://pedsovet.org/forum/topic722.html>
69. Иванова Ю.В. Методы работы с родителями детей-инвалидов в интернатных учреждениях: [Error! Hyperlink reference not valid.](http://www.uchmet.ru/articles/141955/)<http://www.uchmet.ru/articles/141955/>
70. Методика PARI E. Шеффера и Р. Белла (адаптация Т. В. Нещерет): <http://psylist.net/praktikum/00105.htm>
71. Мир без границ: материалы студенческой вузовской научно-практической конференции, посвящённой всемирному дню инвалидов (11 декабря 2009 г., СГПИ): http://www.sspi.ru/?dir=_nau&page=mat_konf
72. Молчанова О.Н. Самооценка. Теоретические проблемы и эмпирические исследования: учебное пособие (Электронная книга): http://www.kniga.com/books/preview_txt.asp?sku=ebooks319045
73. Ребенок с особыми потребностями в семье: системный семейный подход: <http://www.childpsy.ru/lib/articles/id/10296.php>
74. Родительно-детские взаимодействия и самооценка мальчиков и девочек дошкольного возраста в однодетных семьях: http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=9999933
75. "Самооценка психических состояний" Айзенка: http://azps.ru/tests/tests_eysenck_so.html

76. Самооценка, уровень притязаний и фрустрации: <http://pro-psixology.ru/psixologiya-lichnosti/108-samoocenka-uroven-prityazanij-i-frustracii.html>
77. Социально-психологические воззрения В. Н. Мясищева: http://www.superinf.ru/view_helpstud.php?id=2636
78. Тест «Самооценка психических состояний» (по Айзенку): <http://psylist.net / praktikum /saaiz.htm>
79. У мужчин после рождения ребенка повышается самооценка!: <http://4mama.com.ua /view/1665 hjj>
80. Хрущёв В.А. Особенности воспитания детей-инвалидов в семье: http://www.rusnauka.com/13_EISN_2012/Pedagogica/5_108567.doc.htm
81. http://www.psy-in.ru/forum/index.php?/topic/1960-разминочные-упражнения-часть-вторая/page__st__180

ՀԱՎԵԼ ՎԱՃՆԵՐ

Հավելված 1

Հոգեկան վիճակի ինքնագնահատականի պատրոշ ման մեթոդիկա (ըստ Այզենկի)

Հրահանգ: Առաջարկում ենք Ձեզ տարբեր հոգեկան վիճակների նկարագրող յոթ նկեր: Եթե Ձեզ մոտ այդ վիճակը հաճախ է հանդիպում` դրեք 2 բալ, եթե հազվադեպ` 1 բալ, եթե ընդհանրապես չի հանդիպում` 0 բալ:

I

1. Ինձ ինքնավստահ չեմ զգում:
2. Հաճախեմ կարմրում դատարկ բաներից:
3. Քո նստանիստանը անհանգիստ է:
4. Վիատոլթյան, թափփծի մեջ շուտեմ ընկնում:
5. Անհանգստանում եմ դեռևս չեղած, երևակայական տհաճ ու թյուր յոթ նկերից:
6. Ինձ վախեցնում են դժվար ու թյուր յոթ նկերը:
7. Սիրում եմ մանրանալ իմ թեր ու թյուր յոթ նկերի մեջ:
8. Ինձ համոզել ը հեշտ է:
9. Ես կասկածամիտ եմ:
10. Դժվար ու թյուր եմ տանում սպասողական վիճակը:

II

11. Ինձ հաճախ անել անելի եմ թվում այնպիսի իրավիճակները, որոնցից, այնուամենայնիվ, կարելի է ելք գտնել :
12. Անհաջողությունները ինձ շատ են տխրեցնում, և ես ընկճվում եմ:
13. Մեծ անհաջողությունների ժամանակ հակված եմ անհիմն մեղադրել ինձ:
14. Դժբախտություններն ու անհաջողությունները ինձ ոչինչ չեն սովորեցնում:
15. Ես հաճախ եմ հրաժարվում պայքարից՝ համարելով այն անիմաստ:
16. Ես հաճախ ինձ անպաշտպան եմ զգում:
17. Երբեմն հուսահատվում եմ:
18. Դժվարությունների ժամանակ մոլորվում եմ:
19. Կյանքի դժվար պահերին ինձ երեխայի նման եմ պահում, ուզում եմ, որ խղճան:
20. Իմ բնավորության թերություններն անուղղելի եմ համարում:

III

21. Վերջին խոսքը վերապահում եմ ինձ:
22. Հաճախ խոսակցության ժամանակ ընդհատում եմ խոսակցիս:
23. Ինձ հեշտեքարկացնելը:
24. Սիրում եմ ուրիշներին նկատողություն անել:
25. Ցանկանում եմ ուրիշների համար հեղինակություն և լինել:
26. Քչով չեմ բավարարվում, ուզում եմ ավելին:
27. Երբ բարկանում եմ, ինձ դժվարությամբ եմ զսպում:
28. Գերադասում եմ ղեկավարել, քան ենթարկվել:
29. Իմ ժեստերը կտրուկ ու կոպիտ են:
30. Ես քինախնդիր եմ:

IV

31. Դժվարությամբ եմ փոխում սովորություններս:
32. Դժվարությամբ եմ տեղափոխում ու շարունակությունս:
33. Չգուշոյամբ եմ վերաբերվում ամենևորին:
34. Ինձ դժվար է վերահամոզել:
35. Հաճախ գլխիցս դուրս չեն գալիս այն մտքերը, որոնցից հարկավոր է ազատվել:
36. Հեշտ չեմ մտերմանում մարդկանց հետ:

- 37. Ինձ վշտացնում են այլ անհից նույնիսկ թեթևակի շեղումները:
- 38. Հաճախ համառոտ թյուր են ցուցաբերում:
- 39. Դժկամ ու թյամբ եմ ռիսկի դիմում:
- 40. Դժվար ու թյամբ եմ հարմարվում օրվա ռեժիմի փոփոխությանը:

Հավելված 2

Ինքնագնահատականի մակարդակի արագ փառորոշման մեթոդիկա

Յրահանգ: Պատասխանեք հարցերին, ցույց տալով, թե նշված իրավիճակները որքան հաճախակի են Ձեզ համար ըստ հետևյալ սանդղակի.

- շատ հաճախ – 4 բալ
- հաճախ – 3 բալ
- երբեմն - 2 բալ
- հազվադեպ – 1 բալ
- երբեք – 0 բալ

Թեստի հարցերը

1. Ես հաճախ անտեղի անհանգստանում եմ:
2. Ես ուզում եմ, որ իմ ընկերներն ինձ քաջալերեն:
3. Ես վախենում եմ հիմար երևալ:
4. Ես անհանգստանում եմ իմ ապագայի համար:
5. Ուրիշների արտաքինն ավելի լավն է, քան իմը:
6. Շատախոս, որ ուրիշներն ինձ չեն հասկանում:
7. Չգում եմ, որ չեմ կարողանում ոնց որ հարկն է խոսել մարդկանց հետ:
8. Մարդիկ ինձնից շատ ավելի են սպասում:
9. Ինձ կաշկանդված եմ զգում:
10. Ինձ թվում է, թե ինձ հետ ինչ-որ տհաճ ու թյուրն ափսոսանքով:
11. Ինձ հուզում է այն միտքը, թե ինչպես են մարդիկ վերաբերվում ինձ:
12. Ես զգում եմ, որ մարդիկ խոսում են ինձնից իմ թիկունքում:

13. Ես ինձ ապահով չեմ գտնում:

14. Չկամեկը, ում հետ կարող եմ կիսվել իմ մտքերով:

15. Մարդիկ առանձնապես չեն հետաքրքրվում իմ հաջողություններով:

Չավել ված 3

PARI (Parental Attitude Research Instrument / Ծնողական դիրքորոշման բացահայտման) մեթոդիկա

Յրահանգ: Ձեր առջև հարցեր են, որոնք թույլ են տալիս բացահայտել, թե ծնողներն ինչ են մտածում երեխաների դաստիարակության վերաբերյալ: Այստեղ չկան ճիշտ կամ սխալ պատասխաններ, քանի որ յուրաքանչյուր անհատ ունի իր կարծիքն արտահայտելու իրավունք:

Չարցաշարի լրացման համար տրվում է 20 բոլոր ժամանակ: Երկար չմտածեք հարցի շուրջ, պատասխանեք շատ արագ՝ նշելով այն պատասխանը, որն առաջինն է անցնում ձեր մտքով: Յուրաքանչյուր դատողության կողքին գտնվում են Ա, ա, Բ, բ տառերը, որոնք ընտրում եք ըստ Ձեր գաղափարների, դատողությունների:

Ա - եթե նշված պնդման հետամբողջությամբ համամիտ եք;

ա - եթե նշված պնդման հետավելի շատ համամիտ եք, քան ոչ;

Բ - եթե նշված պնդման հետավելի շատ համամիտ չեք, քան համամիտ եք;

բ - եթե նշված պնդման հետընդհանրապես համամիտ չեք:

Թեստի հարցերը

1. Եթե երեխաներն իրենց հայացքները ճիշտ են համարում, ապա կարող են համաձայն չլինել ծնողների հայացքների հետ:
2. Լավ մայրը պետք է պաշտպանի իր երեխաներին նույնիսկ փոքր դժվարություններից և վիրավորանքներից:
3. Լավ մոր համար տուևը և ընտանիքն ամենակարևորն են կյանքում:
4. Որոշ երեխաներ այնքան վատն են, որ իրենց իսկ լավի համար նրանց պետք է սովորեցնել մեծերից վախենալ:

5. Երեխաները պետք է հաշվի առնեն, որ ծնողներն իրենց համար անուժ են շատավելիս:
6. Լվացվելիս փոքր երեխային պետք է պինդ պահել ձեռքերում, որպեսզի չընկնի:
7. Մարդիկ, ովքեր մտածում են, որ լավ ընտանիքում թյուրըմբռնումներ չեն կարող լինել, կյանքը լավ չգիտեն:
8. Երեխան, երբ մեծանա, շնորհակալ կլինի ծնողներից խիստ դաստիարակությամբ համար:
9. Ամբողջ օրը երեխայի հետ անցկացնելը կարող է հանգեցնել նյարդերի քայքայման:
10. Լավ է, երբ երեխան չի մտածում այն մասին, թե արդյոք ճի՞շտ են իր ծնողների հայացքները:
11. Ծնողները պետք է դաստիարակեն երեխայի մեջ լիովին վստահությունն իրենց նկատմամբ:
12. Երեխային պետք է սովորեցնել խուսափել վեճերից՝ անկախ իրավիճակից:
13. Տևտեսությամբ զբաղվող մոր համար ամենավատն այն զգացումն է, որ իր համար հեշտ է ազատվել իր պարտականություններից:
14. Ծնողներին ավելի հեշտ է՝ հարմարվել երեխաներին, քան հակառակը:
15. Երեխան կյանքում պետք է շատ անհրաժեշտ բաներ սովորի, ուստի նրան չի կարելի թույլ տալ կորցնել արժեքավոր ժամանակը:
16. Եթե մեկ անգամ համաձայնվեք, որ երեխան խաբարբզիկությամբ անի, նա կանի դամիշտ:
17. Եթե հայրերը չխանգարեն երեխաների դաստիարակմանը, ապա մայրերն ավելի լավ կգուցտնեն երեխաների հետ:
18. Երեխայի ներկայությամբ չի կարելի խոսել սեռական հարցերից:
19. Եթե մայրը չղեկավարի տունը, ամուսնուն և երեխաներին, ապա ամենինչ ավելի անկազմակերպ կլինի:
20. Մայրը պետք է ամենինչ անի, որ իմանա, թե ինչ են մտածում երեխաները:
21. Եթե ծնողներն ավելի շատ հետաքրքրվեին իրենց երեխաների գործերով, ապա երեխաները կլինեին ավելի լավ և երջանիկ:

22. Երեխաների մեծ մասը 15 ամսականից պետք է կարողանան ինքնուրույն հոգալ իրենց ֆիզիկական կարիքները:
23. Երիտասարդ մոր համար ամենադժվարը երեխայի դաստիարակություն առաջին տարիներին մենակ մնալն է:
24. Պետք է նպաստել նրան, որ երեխաներն արտահայտեն իրենց կարծիքը կյանքի և ընտանիքի մասին, նույնիսկ եթե անգամ գտնում են, որ կյանքն ընտանիքում ճիշտ չէ:
25. Մայրը պետք է ամեն ինչ անի, որպեսզի պաշտպանի երեխային կյանքի հիասթափություններից:
26. Անհոգ կյանքով ապրող կանայք այնքան էլ լավ մայրեր չեն:
27. Հարկավոր է պարտադիր արմատախիլ անել երեխայի մոտ ծնվող չարամտության դրսևորումները:
28. Մայրը պետք է զոհաբերի իր երջանկությունը և նրա հանուն երեխայի երջանկության:
29. Բոլոր երիտասարդ մայրերը երեխայի հետ վարվելիս վախենում են իրենց անփորձությունից:
30. Ամուսինները պետք է ժամանակ առ ժամանակ վիճեն, որպեսզի ապացուցեն իրենց իրավունքները:
31. Խիստ կարգապահությունը երեխայի մոտ ձևավորում է ուժեղ բնավորություն:
32. Մայրերը երբեմն այնքան են տանջվում իրենց երեխաների ներկայությունից, որ իրենց թվում է, որ րոպե անգամ ավելի չեն կարող մնալ նրանց հետ:
33. Ծնողները չպետք է վատ ձևով ներկայանան երեխաներին:
34. Երեխան պետք է հարգի իր ծնողներին ավելի շատ, քան ուրիշները:
35. Երեխան միշտ պետք է դիմի ծնողների կամ ուսուցիչների օգնությանը՝ հաղթահարելու համար վեճերի ժամանակ առաջացած թուրիմացությունները:
36. Մշտապես երեխայի հետ լինելով մայրերը համոզվում են, որ իրենց դաստիարակության հնարավորություններն ավելի քիչ են, քան հմտություններն ու կարողությունները /կարող են, բայց.../
37. Ծնողներն իրենց արարքներով պետք է գրավեն երեխաներին:

38. Երեխաները, որոնք չեն փորձում իրենց ուժերը հաջողությամբ հասնել ու համար, պետք է իմանան, որ հետագայ անքում կարող են հանդիպել անհաջողությունների:
39. Ծնողները, երեխայի հետևողական խնդիրների մասին խոսելիս, պետք է իմանան, որ ավելի լավ է երեխային հանգիստ թողնեն և չխառնվեն նրա գործերին:
40. Ամուսինները, եթե չեն ուզում էգոիստ լինել, պետք է մասնակցությամբ ունենան ընտանեկան կյանքին:
41. Չպետք է թույլ տալ, որ աղջիկներն ու տղաներն իրար մերկ տեսնեն:
42. Եթե կինը բավականաչափ պատրաստված է ինքնուրույն խնդիրներ լուծելու, ապա դա լավ է և՛ երեխաների, և՛ ամուսնու համար:
43. Երեխաները ոչ մի գաղտնիք չպետք է ունենան իրենց ծնողներից:
44. Եթե ձեր մոտը նդունված է, որ երեխան ձեզ անկողնոտ պատմում, դուք էլ նրան, ապա շատ հարցեր կարող եք լուծել հանգիստ՝ առանց կոնֆլիկտների:
45. Եթե վաղ եք սովորեցնում երեխային քայլել, ապա դա լավ է անդրադառնում նրա հետագա զարգացման վրա:
46. Վատ է, եթե մայրը միայնակ է հաղթահարում երեխայի խնամքի և դաստիարակության հետևապես բոլոր դժվարությունները:
47. Երեխան պետք է ունենա իր հայացքները և ազատ արտահայտի դրանք:
48. Պետք է երեխային հետպահել ծանր աշխատանքից:
49. Կինը պետք է ընտրությամբ կատարի տնային տնտեսության և ժամանցի միջև:
50. Խելացի հայրը պետք է սովորեցնի երեխային հարգել ղեկավարությանը:
51. Ծատ քիչ կանայք են երախտագիտության արժանանում երեխաների կողմից՝ նրանց դաստիարակության համար գործադրած աշխատանքի դիմաց:
52. Եթե երեխան փորձանքի մեջ է ընկել, ապա բոլոր դեպքերում մայրն իրեն մեղավոր է զգում:

53. Երիտասարդ ամուսինների մոտ, անկախ զգացմունքների ու ժգնությունից, միշտ կան տարածայնություններ, որոնք առաջացնում են բորբոքվածություն:
54. Երեխաները, որոնց ներշնչել են վարքի նորմեր, լավ և հարգված մարդիկ են դառնում:
55. Հազվադեպ է լինում, որ մայրը ողջ օրը երեխայի հետ զբաղվելուց հետո կարողանալ ինել քնքուշ և հանգիստ:
56. Երեխաները չպետք է ընտանիքից դուրս սովորեն բաներ, որոնք հակասում են իրենց ծնողների հայացքներին:
57. Երեխաները պիտի իմանան, որ չկան ավելի իմաստուն մարդիկ, քան իրենց ծնողները:
58. Ոչ մի արդարացում չունի այն երեխան, որը ծեծում է այլ երեխայի:
59. Երիտասարդ մայրերը ավելի հաճախ բողոքում են տանը փակվելուց, քան ուրիշ այլ պատճառից:
60. Ստիպել երեխային հրաժարվել և հարմարվել՝ դաստիարակության վատմեթոդ է:
61. Ծնողները պետք է սովորեցնեն երեխային զբաղմունք գտնել և չվատնել ազատժամանակը:
62. Երեխաները տանջում են իրենց ծնողներին փոքր խնդիրներով, եթե ամենակարգից դրան վարժվել են:
63. Եթե մայրը լավ չի կատարում իր պարտականությունները երեխայի հանդեպ, նշանակում է, որ հայրն էլ լավ չի կատարում իր պարտականությունները ընտանիքի նկատմամբ:
64. Երեխաների սեքսուալ բնույթի խաղերը կարող են հանգեցնել սեքսուալ հանցանքների:
65. Մայրը պետք է պլանավորի, քանի որ նա գիտի, թե ոնց է պետք վարել տնտեսությունը:
66. Ուշադիր մայրը գիտի, թե ինչ է մտածում իր երեխան:
67. Ծնողները, որոնք լսում և հավանություն են տալիս իրենց երեխային՝ ազատորեն արտահայտելու զգացմունքները ժամադրությունների, ընկերական հանդիպումների, պարերի և այլնի ժամանակ, օգնում են նրանց՝ ավելի արագ սոցիալապես զարգանալու:

68. Որքան արագ թուլանա երեխայի կապը ընտանիքի հետ, այնքան արագ կսովորեն երեխաները և ուժեղ իրենց խնդիրները:
69. Խելացի մայրը կանի ամեն հնարավորը, որպեսզի երեխան մինչև ծնվելը և ծնվելուց հետո գտնվի և՛ ավպայ մաններում:
70. Երեխաները պետք է մասնակցություն ունենան ընտանեկան կարևոր հարցերի և ուժմանը:
71. Ծնողները պետք է իմանան՝ ինչպես վարվել, որ երեխաները չընկնեն վատիրավիճակների մեջ:
72. Ծատ կանայք մոռանում են այն, որ իրենց պատկանող տեղը տունն է:
73. Երեխաները մայրական խնամքի կարիք ունեն, որը նրանց երբեմն չի բավականացնում:
74. Երեխաները պետք է ավելի հոգատար և շնորհակալ և ինքն իրենց մայրերին՝ իրենց վրաներդրած աշխտանքի համար:
75. Մայրերի մեծ մասը խնայում է իրենց երեխաներին՝ տալով նրանց միայն մանր հանձնարարություններ:
76. Ընտանեկան կյանքում կան շատ հարցեր, որոնք չի կարելի և ուժեղ հանգիստ քննարկումներով:
77. Ծատ երեխաներ պետք է դաստիարակվեն ավելի խիստ, քան իրականացվում է սովորաբար:
78. Երեխային դաստիարակելը ծանր, նյարդային գործ է:
79. Երեխաները չպետք է կասկածեն ծնողների խելացիությանը:
80. Երեխաները ծնողներին պետք է հարգեն ավելի շատ, քան ուրիշներին:
81. Պետք է նպաստել երեխաների բոքսի կամ ըմբշամարտի պարապմունքներին, քանի որ դրանք կարող են և ուրջ խնդիրներ առաջացնել:
82. Վատ երևույթներից մեկն այն է, որ մայրերը ժամանակ չունեն սիրած գործով զբաղվելու:
83. Ծնողները պետք է երեխային իրավահավասար համարեն կյանքի բոլոր հարցերում:
84. Երբ երեխան անում է այն, ինչ պարտավոր է, նագտնվում է ճիշտ ճանապարհի վրաներջանիկ կլինի:
85. Եթե երեխան տխուր է, պետք է հանգիստ թողնել նրան և չզբաղվել նրանով:

86. Մայրերի ամենամեծ ցանկությունը ամուսնու կողմից հասկացված լինելն է:
87. Երեխայի դաստիարակման ամենադժվար պահերից են սեքսուալ խնդիրները:
88. Եթե մայրը ղեկավարում է տունը և հոգում ամեն ինչի մասին, ամբողջ ընտանիքն իրեն լավ է զգում:
89. Քանի որ երեխան մոր մի մասն է, նա իրավունք ունի իմանալ նրա կյանքի մասին ամեն ինչ:
90. Երեխաները, որոնց թուլատրվում է կատակել և ծիծաղել ծնողների հետ, հեշտեն ընդունում նրանց խորհուրդները:
91. Ծնողները պետք է ողջ ուժերը ներդնեն, որպեսզի հնարավորինս շուտ կարգավորեն ֆիզիկական կարիքները:
92. Կանանց մեծամասնությունը ծննդաբերությունից հետո ավելի շատ հանգստի կարիք ունի, քան իրականում տրվում է:
93. Երեխան պետք է համոզված լինի, որ իրեն չեն պատժի, եթե վստահի ծնողին իր խնդիրները:
94. Երեխային պետք է սովորեցնել տան դժվար աշխատանքներին, որ չհիասթափվի ցանկացած աշխատանքից:
95. Լավ մոր համար ընտանիքի հետ շփումը բավարար է:
96. Երբեմն ծնողներն ստիպված են գործել երեխայի կամքին հակառակ:
97. Մայրերը զոհաբերում են ամեն ինչ՝ հանուն սեփական երեխաների բարօրության:
98. Մոր ամենազլ խավոր հոգսը երեխայի բարեկեցությունն ու ապահովությունն է:
99. Բնական է, որ երկու հակադիր հայացքների տեր ամուսինները վիճում են:
100. Երեխաներին խիստ կարգուկանոնով դաստիարակելը նրանց ավելի երջանիկ է դարձնում:
101. Բնական է, որ մայրը «խենթանում է», եթե նրա երեխաները եսասեր են ու պահանջկոտ:
102. Երեխաները չպետք է լսեն իրենց ծնողներին ուղղված քննադատական դիտողությունները:
103. Երեխաներն ուղղակի պարտավոր են վստահել իրենց ծնողներին:

104. Ծնողները, որպես կանոն, նախընտրում են հանգիստ երեխաներին, ոչ թե կռվարարներին:
105. Երիտասարդ մայրերը դժբախտ են, որովհետև շատ իրեր, որ կուզենային ունենալ, նրանց համար հասանելի չեն:
106. Չկա ոչ մի հիմնավորում, որ ծնողները պիտի ավելի շատ իրավունքներ ու արտոնություններ ունենան, քան երեխաները:
107. Ինչքան շուտ երեխան հասկանա, որ իմաստ չունի ժամանակ կորցնել, այնքան ավելի և ավելի նրա համար:
108. Երեխաներն անում են հնարավոր ամեն ինչ, որ ծնողներին հետաքրքրեն իրենց խնդիրներով:
109. Ոչ բոլոր տղամարդիկ են հասկանում, որ իրենց երեխայի մորն էլ է ուրախություն պետք:
110. Երեխայի մոտ ամեն ինչ կարգին չէ, եթե սեքսուալ հարցեր շատ է տալիս:
111. Ամուսնանալով կինը պետք է հաշվի առնի, որ ստիպված է լինել ու կառավարել ընտանեկան գործերը:
112. Մոր պարտականությունն է իմանալ երեխայի գաղտնի մտքերը:
113. Եթե երեխային ընդգրկեն ընտանեկան հոգսերի մեջ, ապա նա հեշտությամբ կվստահի իր պրոբլեմները:
114. Պետք է հնարավորիս շուտ դադարեցնել երեխային կրծքով և շշով կերակրել, պետք է սովորեցնել ինքնուրույն ուտել:
115. Չի կարելի մորից պահանջել երեխայի նկատմամբ չափից ավելի պատասխանատվության զգացում:

Հավելված 4

Ճնողական վերաբերմունքի թեստ-հարցարան

(Ա. Յա Վարգա Վ. Վ. Ստյոխին)

Հրահանգ: Պատասխանեք հարցերին «այո» կամ «ոչ»՝ արտահայտելով Ձեր համաձայնությունը կամ անհամաձայնությունը:

1. Ես միշտ կարեկցում եմ իմ երեխային:
2. Ես իմ պարտքն եմ համարում իմանալ ամեն ինչի մասին, ինչ մտածում է իմ երեխան:
3. Ինձ թվում է, որ իմ երեխայի վարքը նշանակալիորեն շեղվում է նորմայից:
4. Պետք է երեխային հնարավորինս հեռու պահել իրական կյանքի պրոբլեմներից, եթե վերջիններս վնասում են նրան:
5. Ես հակակրանք եմ զգում իմ երեխայի նկատմամբ:
6. Ես հարգում եմ իմ երեխային:
7. Լավ ծնողները պաշտպանում են երեխային կյանքի դժվարություններից:
8. Իմ երեխան հաճախ տհաճ է ինձ համար:
9. Ես միշտ ջանում եմ օգնել իմ երեխային:
10. Լինում են դեպքեր, երբ երեխայի նկատմամբ անբարյացակամ վերաբերմունքը օգուտ է բերում նրան:
11. Իմ երեխայի հանդապարտնեղությունն եմ զգում:
12. Իմ երեխան կյանքում ոչնչի չի հասնի:
13. Ինձ թվում է, որ մյուս երեխաները ծաղրում են իմ երեխային:
14. Հաճախ իմ երեխան պատժի արժանի արարքներ է գործում:
15. Իմ երեխան հետ է մնում հոգեբանական զարգացման մեջ և իր տարիքի համեմատ թերզարգացած տեսք ունի:
16. Իմ երեխան դիտավորյալ վատ է պահում իրեն, որպեսզի սրտնեղություն պատճառի ինձ:

17. Իմ երեխան սպուռնգի նման ներծծում է իր մեջ ամեն վատը:
18. Ի հեճուկս բոլոր ջանքերի՝ դժվար է իմ երեխային վատ շարժումներ սովորեցնել:
19. Մանկու թյուրևից երեխային պետք է պահել խիստ պայմաններում, միայն երդեպում նակդառնալ ավարդ:
20. Ես սիրում եմ, երբ իմ երեխայի ընկերները գալիս են մեր տուն:
21. Ես միշտ մասնակցում եմ իմ երեխայի խաղերին և գործերին:
22. Իմ երեխային անընդհատ կաշում է վատը:
23. Իմ երեխան կյանքում հաջողություներին չի հասնի:
24. Երբ ընկերախմբում խոսում են երեխայի մասին, ես միշտ ամաչում եմ, որ իմ երեխան այնքան խելացի և ընդունակ չէ, ինչպես մյուսները:
25. Ես խղճում եմ իմ երեխային:
26. Երբ ես համեմատում եմ իմ երեխային իր հասակակիցների հետ, ապանրանք ինձ թվում են ավելի դաստիարակված և խելացի, քան իմ երեխան:
27. Ես ազատ ժամանակը հաճույքով անցկացնում եմ իմ երեխայի հետ:
28. Ես հաճախ եմ ախոսում, որ իմ երեխան մեծանում է, և քնքշությամբ եմ հիշում այն ժամանակը, երբ նա դեռ շատ փոքր էր:
29. Ես հաճախ եմ զգում, որ թշնաբար եմ վերաբերվում երեխային:
30. Ես երազում եմ, որ իմ երեխան հասնի նրան, ինչն ինձ չի հաջողվել:
31. Ծնողները պետք է ոչ միայն պահանջեն իրենց երեխայից, այլ և իրենք էլ հարմարվեն նրան, վերաբերվեն հարգանքով՝ որպես անձնավորությամբ:
32. Ես ջանում եմ կատարել իմ երեխայի բոլոր խնդրանքները և ցանկությունները:
33. Ընտանիքում որոշումներ կայացնելիս հարկ է հաշվի առնել երեխայի կարծիքը:
34. Ես շատ եմ հետաքրքրվում իմ երեխայի կյանքով:
35. Ես հաճախ եմ ընդունում, որ երեխայի պահանջները և նկրտումները ինչ-որ չափով ճիշտ են:

36. Երեխաները վաղ են իմանում այն մասին, որ ծնողները կարող են սխալ վել :
37. Ես միշտ հաշվի եմ առնում երեխայիս :
38. Ես երեխայիս նկատմամբ ընկերական զգացմունքներ եմ տածում :
39. Իմ երեխայի քմահաճույքներն են եսասիրությունը, ալարկոտությունը և համառությունը :
40. Եթե հարկ լինի արձակուրդն անցկացնել երեխայի հետ, ապա հնարավոր չի լինի լավ հանգստանալ :
41. Ամենազլ խավորն այն է, որ երեխան ունենա հանգիստ, անհոգ մանկություն :
42. Երբեմն ինձ թվում է, որ իմ երեխան ոչ մի լավ բանի ընդունակ չէ :
43. Ես կիսում եմ իմ երեխայի հետաքրքրությունները :
44. Իմ երեխան ում ասես կարող է համբերությունից հանել :
45. Իմ երեխայի վշտերը մի քիչ ինձ մոտիկ են ու հասկանալի :
46. Իմ երեխան հաճախ ինձ ջղայնացնում է :
47. Երեխայի դաստիարակությունը կատարյալ գլխացավանք է :
48. Մանկական տարիքում խիստ կարգապահությունը զարգացնում է ուժեղ բնավորություն :
49. Ես չեմ վստահում իմ երեխային :
50. Խիստ դաստիարակության համար երեխան հետագայում շնորհակալություն է հայտնում ծնողին :
51. Երբեմն ինձ թվում է, որ ես ասում եմ իմ երեխային :
52. Իմ երեխան ավելի շատ թերություններ ունի, քան արժանիքներ :
53. Ինձ հարազատ են իմ երեխայի հետաքրքրությունները, ես դրանք կիսում եմ :
54. Իմ երեխան ի վիճակի չէ որևէ բան ինքնուրույն անելու, եթե դա անում է, ապա անպայման դաստացվում է ոչ այնպես, ինչպես պետք է :
55. Իմ երեխան կմեծանակյանքին չհարմարված :
56. Իմ երեխան ինձ դուր է գալիս այնպիսին, ինչպիսին կա :
57. Ես խնամքով հետևում եմ երեխայիս առողջական վիճակին :
58. Ես հիանում եմ իմ երեխայով :
59. Երեխան չպետք է գաղտնիքներ ունենա ծնողներից :

60. Ես բարձր կարծիքի չեմ իմ երեխայի ընդունակությունների մասին և չեմ թաքցնում դանրանից:

61. Երեխան պետք է ընկերություն և անի նրանց հետ, ովքեր դուր են գալիս նրա ծնողներին:

Յավելված 5

Հիվանդության նկատմամբ երեխայի վերաբերմունքի պատրոշման մեթոդիկա (Վ. Ե. Կազան, Ի. Պ. Ժուրավլյովա)

Թեստի ուղեցույց: Օգտագործելով հետևյալ ցուցանիշները՝ սվեք ձեր գնահատականը ստորև ներկայացրած հաստատումներին

- -3 - բոլորովին համաձայն չեմ
- -2 - համաձայն չեմ
- -1 - ավելի շատ համաձայն չեմ, քան համաձայն եմ
- +1 - ավելի շատ համաձայն եմ, քան համաձայն չեմ
- +2 - համաձայն եմ
- +3 - լիովին համաձայն եմ

Թեստային նյութ

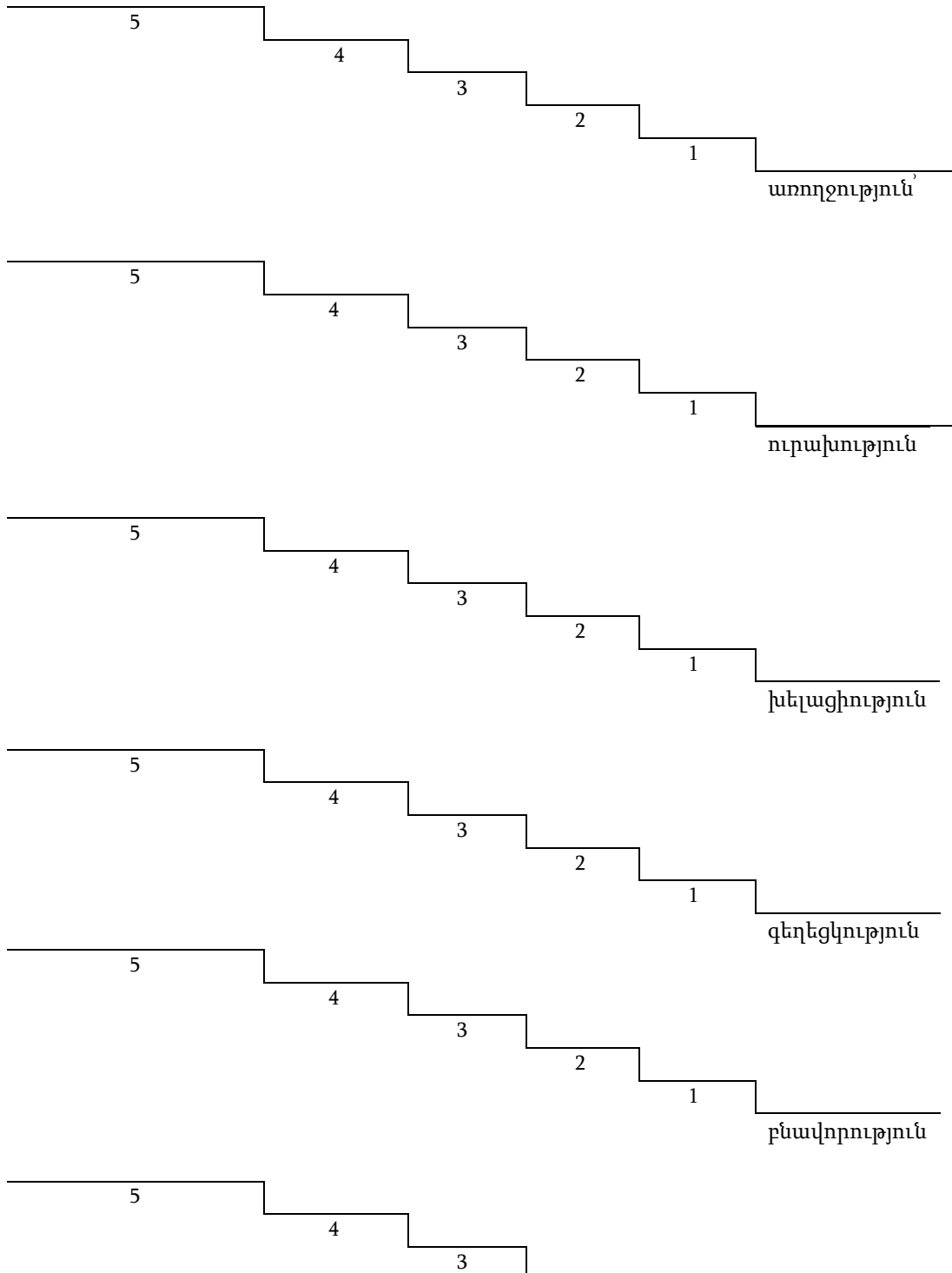
1. Աշխարհում այնքան հիվանդություն և կա, որ ծնողներն ի վիճակի չեն երեխային պաշտպանել դրանցից:
2. Ոչինչ չի անհանգստացնում ինձ այնպես, ինչպես իմ երեխայի առողջությունը:
3. Բժիշկները հաճախ չափազանցում են իմ երեխայի հիվանդության ծանրությունը:
4. Ճիշտ են վարվում նրանք, ովքեր իրենց հիվանդ երեխայից ոչինչ չեն պահանջում:
5. Երեխաները հիվանդանում են այն ժամանակ, երբ իրենց ընտանիքի հոգատարության և ուշադրության պակաս են զգում:
6. Բոլոր երեխաներն էլ հիվանդանում են, և դա հոստատության առիթ է:
7. Կարծում եմ՝ իմ երեխայի առողջությունը ավելի վատթար վիճակում է, քան դաներկայացնում են բժիշկները:

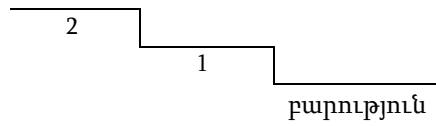
8. Հիվանդությունը երեխայի անգործության և անբանության առիթ է:
9. Եթե երեխան հիվանդոտ է, ոչ ինչ չի կարելի անել:
10. Երբ իմ երեխան հիվանդ է, ինձ մոտոչինչ չի ստացվում:
11. Իրականում երեխայիս հիվանդությունը ավելի լուրջ է, քան կարող է թվալ կողքից նայելիս:
12. Չեմ հասկանում նրանց, ովքեր արգելում են երեխային անել այն, ինչ նրան ժերի սահմանում է:
13. Լավ ծնողների երեխաները համարյա չեն հիվանդանում:
14. Նույնիսկ երբ գիտեմ, որ երեխայի հիվանդությունը լուրջ է, միևնույն է, չեմ կարող նրա համար չվախենալ:
15. Չեմ կարող համաձայնվել նրանց հետ, ովքեր երեխայի ցանկացած հիվանդություն ծանր են համարում:
16. Երբ երեխաս հիվանդ է, ես ամեն գնով փորձում եմ նրան ազատել ցանկացած ջանքերից:
17. Ինչ պատճառներ էլ որ ունենան հիվանդությունները, հիվանդ է երեխան, թե՛ ոչ, ամեն ինչ կախված է ծնողներից:
18. Չեմ հասկանում այն ծնողներին, ովքեր երեխայի հիվանդանալ ու ցվախից գլուխները կորցնում են:
19. Չկան թեթև մանկական հիվանդություններ, այլ կա ծնողների թեթևամիտ վերաբերմունք դրանց նկատմամբ:
20. Երեխան չպետք է թողնի ուսումը հիվանդության պատճառով:
21. Ինչ քան քիչ ես երեխային զերծ պահում հիվանդություններից, այնքան նա առողջ էլ ինում:
22. Երեխայի կյանքում չեն լինում ժամանակաշրջաններ, երբ կարող ես հանգիստ լինել նրա առողջության համար:
23. Ամենից հաճախ ես մտածում եմ, որ երեխայիս հիվանդությունը այդքան ծանր չէ:
24. Ի տարբերություն մեծահասակի՝ երեխան չի կարող ակտիվ պայքարել հիվանդության դեմ:
25. Մանկական հիվանդությունները թերի բժշկության արդյունքն են:
26. Մանկական հիվանդությունները այդքան վտանգավոր չեն, ինչքան երբեմն ասում են:

27. Բժիշկները չափազանց սովոր լինելով տեսնելու հիվանդ երեխաներ՝ հաճախ թերազնահատում են հիվանդության ծանրությունը:
28. Միշտ ջանում եմ, որ հիվանդ ժամանակ երեխան ապրի ակտիվ և լիարժեք կյանքով:
29. Եթե դաստիարակներն ու դասատուները լինեին նույնքան հոգատար, որքան ծնողները, երեխաները չէին հիվանդանա:
30. Իմ երեխան այդքան առողջ չէ, որ չանհանգստանամ նրա ապագայի համար:
31. Երեխաների հետազոտությունը հիմնականում այնքան մակերեսային է, որ չեն տեսնում, թե որքան լուրջ է երեխայի հիվանդությունը:
32. Կան պարտականություններ, որոնցից երեխան չի ազատվում անգամ հիվանդանալիս:
33. Չեմ հասկանում նրանց, ովքեր երեխայի հիվանդության համար մեղադրում են իրենք իրենց:
34. Ես չեմ կարող ինձ թույլ տալ երեխայի հիվանդության պատճառով խուճապի մեջ ընկնել:
35. Հաճախ երեխայի լավ ինքնազգացողության տակ լուրջ հիվանդություններ են թաքնված լինում:
36. Հիվանդ երեխային իրեն հասու գործողություններից զրկելը նշանակում է նրան ավելի հիվանդ դարձնել:
37. Երեխայի հիվանդ լինել կամ չլինելը կախված է ճակատագրից և պատահականությունից:
38. Շատերը նախանձում են իմ ինքնատիրապետմանը, երբ երեխաս հիվանդ է:
39. Համարում եմ, որ երեխաս ավելի լուրջ բուժման կարիք ունի:
40. Բացառությամբ որոշ դեպքերի, հիվանդության ժամանակ լիակատար հանգիստը ավելի շատ վնասում է երեխային, քան օգուտ տալիս:

Յալէլ վաճ 6

«Սանդուղք» մեթոդիկայի ձևաթուղթ





Յավելված 7

«Ընտանեկան սոցիոգրամը» թեստի ձևաթուղթ

Յրահանգ: Ձեր առջև պատկերված է շրջան: Նրա մեջ շրջանների տեսքով նկարեք ինքներդ Ձեզ և Ձեր ընտանիքի անդամներին և նշեք նրանց:

