

**ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ» (СПбГУ)

Выпускная квалификационная работа на тему:  
**ОСОБЕННОСТИ СУПРУЖЕСКИХ ВЗАИМООТНОШЕНИЙ ЛЮДЕЙ,  
ЯВЛЯЮЩИХСЯ ИНВАЛИДАМИ ПО ЗРЕНИЮ**

по специальности 37.05.01– Клиническая психология  
основная образовательная программа Клиническая психология  
специализация: Клиническая психодиагностика, консультирование и  
психотерапия

Выполнил:  
студентка 6 курса очной  
формы обучения  
Литвинчук Андрей  
Денисович

Рецензент:

Научный руководитель:  
Ассистент кафедры  
медицинской психологии и  
психофизиологии  
Тромбчиньски Петр  
Крыстиан

Санкт-Петербург

2017

## Оглавление

Generating Table of Contents for Word Import ...

### Введение

Актуальность темы исследования. В наши дни, вопрос создания семьи является очень важным. Посмотрев на статистику переписи населения, можно сразу увидеть, что по сравнению с 1988 годом, где в зарегистрированном браке состояло более 80% населения, к 2015 году процент упал до 56. Это официальные данные федеральной государственной статистики (Федеральная служба государственной статистики, 2016). Сегодня многие задаются вопросом, почему молодые, здоровые люди не хотят вступать в брак, но мало кто думает о том, как этот вопрос обстоит у людей с разными дефектами, по зрению в том числе. Как себя чувствуют семьи инвалидов по зрению, которые уже находятся в браке не первый год и имеют ребенка, а то и двух?

Ученые активно исследуют семейные взаимоотношения здоровых людей (Гоголева Т. И., 2015, Борисова Е.Ю., Исаева Т.Б., 2016, Обозов Н.Н. 2007, Эйдемиллер Э.Г., 2009) и больных разными заболеваниями (психические расстройства и соматические нарушения разной формы и этиологии) (Левченко И.Ю., 2008, Миронова М.В., 2009, Набойченко Е.С., 2009, Галасюк И.Н., 2011, Эйдемиллер Э.Г., Александрова Н.В., Юстицкис В., 2007). За последнее 10 лет в России издавалось очень мало научной литературы, которая приводит актуальные данные об исследованиях в области тифлопсихологии вообще, и особенностей семейных отношений слепых в частности (Янковская Ю.И., 2016, Шинина Т.В., 2011). Большая часть исследований в данной области приходится на 90-ые годы 20 века. Меняющиеся условия жизни и научный прогресс, который уже давно проникнул во все дома, очень сильно повлияли на всю жизнь инвалидов по зрению.

Исходя из выше представленного, изучение особенностей семейных взаимоотношений людей, являющихся инвалидами по зрению, в условиях современного мира является актуальным и значимым. На ряду с изучением вышеупомянутой темы, актуальным является так же проведение новых исследований в области тифлопсихологии, которые позволят более подробно изучить данную категорию людей и их проблемы в современном мире.

Теоретическую и методологическую основу исследования составили: комплексный подход к исследованию человека (Ананьев Б.Г., 1968, 1980); психологическая парадигма в понимании концепции семейных отношений.

Научная новизна исследования. Настоящая работа является комплексным клинико-психологическим и экспериментально-психологическим исследованием, направленным на выявление особенностей отношения слепых к их семейной жизни. В первые, за многие годы, в России описана специфика индивидуально-типологических особенностей, стратегии преодоления стресса, аффективно-эмоциональной сферы слепых и инвалидов по зрению. Выявлены и проанализированы особенности влияния членов семьи друг на друга, при выполнении ролей в семье. Описаны отношения супругов к разным странам семейной жизни и проведена оценка климата в семьях инвалидов по зрению.

Целью исследования является, изучение особенностей отношения слепых к их семейной жизни, а также индивидуально-типологических особенностей, стратегии преодоления стресса, аффективно-эмоциональной сферы, особенностей влияния членов семьи друг на друга при выполнении семейных ролей, описание специфики эмоциональной стороны отношения родителей к ребенку (оптимальный эмоциональный контакт и излишняя концентрация на ребенке), и оценка социального климата в семьях инвалидов по зрению.

Задачи исследования:

1. Изучение структуры и степени выраженности индивидуально-типологических особенностей инвалидов по зрению и здоровых лиц.
2. Выявление стратегий преодоления стресса инвалидами по зрению и здоровыми испытуемыми.
3. Изучение аффективно-эмоциональной сферы у супругов, являющихся инвалидами по зрению здоровых.
4. Выявление особенности нежелательного, некорректного влияния членов семьи друг на друга, и нарушений, при выполнении ролей в семьях инвалидов по зрению и здоровых.
5. Выделение аспектов разных сторон отношений родителей (супругов) к ребенку и жизни в семье.
6. Оценка социального климата в семьях инвалидов по зрению и здоровых.

Объект исследования: отношения супругов, имеющих инвалидность по зрению к разным аспектам семейной жизни.

Предмет исследования: индивидуально-типологические и аффективно-эмоциональные особенности супругов, и социальный климат в семье слепых.

Гипотеза исследования:

1. Индивидуально-типологические и аффективно-эмоциональные особенности супругов, являющихся инвалидами по зрению, влияют на структуру и аспекты – эмоциональные отношения с ребенком и социальный климат в семье – на взаимоотношения и отношение к семейной жизни.
2. В отличие от семей со здоровыми супругами, существуют особенности семейных взаимоотношений в семьях инвалидов по зрению.

Для решения задач исследования использовались следующие методики:

1. Индивидуально-типологический опросник Л.Н. Собчик
2. Индикатор стратегий преодоления стресса
3. Опросник Бека
4. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) для детей 3-10 лет
5. PARI (parental attitude research instrument)
6. Шкала семейного окружения
7. Структурированное интервью

Всего было обследованных 17 семей, того 34 человека, которые составили экспериментальную (11 семей) и контрольную (14 семей) группы. Исследование проводилось при сотрудничестве Санкт-Петербургской Региональной Организации ВОС (Всероссийское общество слепых Санкт-Петербург).

## **Глава 1. Психологические аспекты семейных взаимоотношений людей являющихся инвалидами по зрению**

### **1. Обзор подходов к вопросам реабилитации инвалидов по зрению**

Слово реабилитация происходит от латинского слова *rehabilitatio* (*re*—возобновление, *хабилитас*—пригодность, способность (Ожегов С. И., Шведова Н. Ю., 1999). Одной из самых важных задач реабилитации слабовидящих и слепых людей - является включение их в активную, самостоятельную и социально значимую трудовую деятельность. Именно трудовая деятельность выступает как обязательное условие компенсации дефекта. «Наши наблюдения, - утверждает М. И. Земцова, - показывают, что когда ослепшие включаются в интересующий их общественный труд, то их самочувствие заметно улучшается. Их охватывает чувство радости, бодрости, удовлетворенности успехами труда, у них укрепляется вера в свои возможности и силы, постепенно сглаживаются и ослабевают болезненные проявления нервной системы, обусловленные утратой зрения и реакцией личности на слепоту» (Земцова М. И. стр.105)

С юридической точки зрения реабилитация—оправдание, восстановление доброго имени, репутации неправильно обвинённого или опороченного лица. (Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. 1999).

Медицинская реабилитация—восстановление нарушенных функций и трудоспособности больных и инвалидов. (Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. 1999). Исходя из этого можно сделать вывод, что существует несколько вариантов и подходов к разрешению проблем связанных с тифлопсихологией.

В Западной Европе центры по реабилитации слепых и слабовидящих имеют четкое направление и делятся на три основных типа:

1) Адаптационные. В таких учреждениях проводят мероприятия по адаптации к внешнему миру.

2) Общеобразовательные.

3) Профессиональные. Помогают слепым заниматься рабочей деятельностью.

В США вопрос реабилитации слепых и слабовидящих подробно исследуют ученые Р. Бланк и П.Кэррол.

Р. Бланк под реабилитацией понимает физическое, социальное, эмоциональное и профессиональное восстановление до первоначального уровня. Такое представление мы не можем назвать правильным, потому что слух, осязание и др. органы чувств не заменяют и не могут заменить утраченное зрение. Более обострённое восприятие этими органами чувств предметов и явлений лишь компенсируют в какой-то степени дефект, помогает слепому приспособиться к окружающей среде, но не восстанавливает прежнее физическое состояние (Коновалова М.П. 2003). Пастор Керолл в книге «Что такое слепота и как с ней жить» утверждает: «Реабилитация представляет процесс, при котором взрослые, пребывающие на различных стадиях беспомощности и зависимости, достигают понимания самих себя, своей неполноценности, вырабатывают новый характер, необходимый в управлении их собственными эмоциями, осваивают методы борьбы с трудностями нового положения» (Thomas J. Carroll, 1961, pg.30). Однако, А.Г. Литвак считал, что только личных усилий человека и его умений недостаточно для решения его проблем.

Д. Девис британский ученый считал, что реабилитация должна продолжаться до максимально возможного уровня конкретной личности. Но стоит заметить, что и Д. Девис и Р. Бланк тезис «реабилитация» применяют только к людям потерявшим зрение в зрелом возрасте. К людям же не имеющим зрения с рождения или раннего детства они применяют термин «абилитация», который означает, что человек строит свое познание с нуля,

без каких-либо навыков обретенных со зрением. Термин абилитация так же используется и в отечественной литературе (Blank, H.R.,1957).

Абилитация (от лат. *habilis* - быть способным к чему-либо - первоначальное формирование способности к чему-либо. Термин применяется преимущественно к детям раннего возраста с отклонениями в развитии, в отличие от реабилитации - возвращения способности к чему-либо, утраченной в результате болезни, травмы и др. (Чепурышкин И. К 2010).

Если же говорить о термине реабилитация в целом, то стоит отметить, что речь идет не о конкретном человеке или группе лиц, а в принципе о становлении слепого в профессиональной сфере. Для слепых необходимо создавать условия при которых они могут быть полноценными членами общества. В этих процессах обязательно должно принимать участие государство и общество (Литвак А.Г., 1973).

## **1.2. Основные факторы, влияющие на общую деятельность слепых**

Каждая психическая функция - это продукт деятельности определённого органа. Вместе с тем, подлинные человеческие функции складываются в онтогенезе, в течение всей жизни человека, причем решающим условием является активность и адекватность действий в форме совместной деятельности и речевого общения. Компенсация и доразвитие психических функций, как частные случаи развития, возможны лишь при организации (врождённая или ранняя слепота) или возобновления (поздняя слепота) активной деятельности (Литвак А.Г. 1998).

Анализ любого функционирования индивидуума может помочь в преодолении проблем и их пресечении. Что способствует препятствию в появлении дегенеративных изменений и распада психики при полной или частичной потере зрения.

В нашей работе обращаем внимание на 4 фактора влияющих на общую деятельность слепых и слабовидящих. Социализация и трудовая



деятельность являются социальными факторами, в то же мотивация и самооценка - личностными.

Ранняя **социализация** слепых с рождения или ослепших в раннем возрасте помогает упростить их участие во взрослой жизни. Таким образом игры и учеба необходимы для совершенствования высших психологических функций. Однако, деятельность слабовидящих и слепых людей является специфической, так как в операциях, осуществляемых человеком на первый план выходят слуховой и осязательный анализаторы.

Большинством ученых признается факт наличия связи адаптации с социализацией, но характер этой связи интерпретируется по-разному. Ряд авторов трактуют эти понятия как синонимы. Сторонники данной точки зрения видят адаптацию в качестве одного из механизмов социализации. Данный механизм позволяет субъекту социализации (личности или группе) активно включаться в разные структурные элементы социальной среды, в результате чего возникает стандартный индивид с готовой системой ролей, отвечающих «потребностям общества» (Позднякова О. В. 2011).

Д.Н. Дубровин (2005) социальной адаптацией называет «успешное приспособление индивида к условиям социальной среды, наличие адекватного восприятия окружающей действительности, адекватной системы отношений и общения с окружающими; проявление активности в учебной, трудовой деятельности и прочие».

Б. Д. Парыгин (1980), считает, что адаптация является частью социализации и он рассматривает ее как «...многогранный процесс очеловечивания человека, включающий в себя как биологические предпосылки, так и непосредственно само вхождение индивида в социальную среду».

Г. М. Андреева, утверждает, что под «социализацией» надо понимать процесс принятия человеком социального опыта с одной стороны, а с другой, как процесс активного воспроизводства полученного опыта за счет

деятельности и включения индивида в социум (Андреева Г. М., 2008).

О. И. Зотова и И. К. Кряжева, с другой стороны, делают вывод, что социализация личности, обусловлена в влиянием социальной среды и является необходимым условием для адаптации индивида в обществе и в конкретном коллективе (Налчаджян А. А., 1988).

Процессы, которые помогают человеку адаптироваться к окружающей среде называются механизмами социализации. Они существуют не только при патологии зрения, но и в норме. При слепоте и слабовидении к таким механизмам относятся самореализация, самоактуализация и стремление к смыслу жизни. Самоактуализация – это новое использование человеком своих способностей и возможностей (Вахромов Е.Е., 2001). По мнению А. Маслоу, самоактуализация - это постоянный процесс развития своих потенций, использование своих способностей и разума (Криводонова Ю. Е., Денисова О. П., 2014).

Исходя из вышесказанного, адаптированность является успешным результатом самореализации себя как личности и успешной адаптации в социальной среде, а значит что показателями адаптированности можно считать: статус в группе, социальное переживание отражающее отношение к ценностям и нормам поведения, и эмоциональное состояние.

Успешное выполнение деятельности, по мнению А.Г. Литвака, является важнейшим показателем скомпенсированности дефекта. **Общественная трудовая деятельность** - основной фактор интеграции инвалидов по зрению в обществе (Литвак А.Г. 1973). Дефект, следствием которого является нарушение нормального развития, приводит к развитию компенсаторных функций организма, заключающихся в универсальной способности организма в той или иной мере возмещать нарушения или утрату определенных функций. Придерживаясь учению И.П. Павлова, можно сказать, что компенсация является физиологической мерой в ответ на нарушение какой-либо функции (Телешева С. В., 2006). Как было сказано

ранее, деятельность слабовидящих имеет свою специфику, и существуют определенные затруднения при вовлечении таких людей в трудовую деятельность.

Сегодня в городах России существуют организации целями, которых является: содействие в реализации государственных полномочий в медицинской, профессиональной, социальной реабилитации и интеграции, приобщении незрячих к труду, образованию, культуре и спорту, улучшении их материально-бытовых условий. Санкт-Петербургская (Ленинградская) региональная организация ВОС является одной из старейших организаций Всероссийского общества слепых.

Трудовая деятельность позволяет слепым и слабовидящим вносить свой вклад для благополучного существования общества и будучи стесненными болезнью условиями они видят себя личностью, способной преодолевать трудности и компенсировать влияние болезни. Само понимание того что они являются нужными и полезными автоматически запускает процесс самоактуализации. Инвалиды постоянно совершенствуют свои навыки, которые в свою очередь не позволяют им «не стоять на месте». В тифлопсихологии, тифлопедагогике основное внимание обращается на коррекционно-компенсаторную работу, направленную на комплекс вторичных отклонений и на вызвавший их дефект.

Однако, как утверждает А.Г. Литвак, «...формирование положительной установки на работоспособность не зависит прямо от глубины и времени возникновения дефекта». **Мотивация** к деятельности во многом зависит от качества воспитательных и реабилитационных мероприятий. В целом социально-трудовая реабилитация должна складываться из системы мероприятий психолого-педагогического, социально-экономического и медицинского характера, осуществляемых на фоне активного участия инвалидов по зрению в деятельности. Затруднения, испытываемые лицами с глубокими нарушениями зрения при восприятии окружающего мира, и вызванное ими снижение активности отражения требуют самого широкого

педагогического вмешательства с раннего детства, вмешательства, которое способствовало бы развитию, навыков осязательного и визуального обследования, формированию перцептивных потребностей и познавательных интересов, а в конечном итоге активизации познавательной деятельности (А.Г. Литвак, В.М. Сорокин, Т.П. Головина, 1989)

Важным фактором формирования мотивации у инвалидов к работе и трудовой деятельности – это возможность быть полезным обществу. Люди с ограниченными возможностями хотят быть таковыми. Так как они чаще всего все свое время проводят дома, у них нет возможности общения, не могут найти друзей и товарищей. Трудовая деятельность является формой общения, восстанавливают психическое равновесие, снимают ощущение изолированности, возвращают чувство уверенности и уважения к себе, дают возможность вернуться к активной жизни (Э.К. Наберушкина, Е.Р. Ярская-Смирнова. 2004).

Одним из острых вопросов, возникающих при вовлечении слепых в трудовую деятельность, является их **самооценка**, что создает проблему при интегрировании слабовидящих в социум и их дальнейшая деятельность связанной с работой в коллективе. Тут же можно указать, что деятельность значительно падает из-за подавленного состояния слепых. Нахождение в постоянном напряжении может привести к безразличию к труду и любой деятельностью с необходимой активностью. Но все это можно преодолеть при грамотном построении работы слепых и создания определенных условий. Это подтверждено на практике и видно на успешном примере участия людей с ограниченными возможностями в трудовой практике.

За последние десятилетия изучение самооценки стал очень важен и особенно интенсивно изучается зарубежными психологами. Как замечает О.Н. Молчанова – это стало интересным следствием того, что в западной культуре сформировано стойкое восприятие самооценки как важнейшего ресурса человека, его достоинства (Молчанова О.Н., 2006). Люди стремятся к достижению высокой оценки себя подобно тому, как они стремятся к

хорошему здоровью, благосостоянию и свободе мысли (Hoge D., McCarthy J., 2001).

Уровень самооценки тесно связан с тем, на сколько человек удовлетворен или же не удовлетворён собой, удовлетворённость же, и обратное ему чувство возникает вследствие успеха или неудачи в какой либо деятельности.

Самооценка же является одним из механизмов самосознания, а развитие самосознания «ведет за собой» развитие осознанной саморегуляции, как механизма, «посредством которого обеспечивается централизирующая, направляющая и активизирующая позиция субъекта» (Моросанова В.И., 2010; Абульханова-Славская К.А., 1991).

«Процесс осознания смысла собственной жизни во многом определяется процессом принятия на себя ответственности за то, как жизнь складывается. Это связано с тем, что субъективное переживание человеком наличия смысла жизни, являющееся показателем самоактуализирующейся личности, обусловлено прежде всего осознанием им ответственности за результаты своей деятельности» (Гапоненко М.Н., 2010).

### **1.3. Специфика межличностных отношений при глубоких нарушениях зрения и вопрос социально-психологической адаптации**

При наличии общей деятельности люди создают группы и объединяются в коллективы. Под коллективами и группами подразумеваются дружеские взаимоотношения, трудовые и также семьи. Причастность к той или иной группе приводит к необходимому общению, которое в свою очередь создает межличностные отношения. Семейные взаимоотношения построены таким образом, что можно провести аналогию, например, с рабочим коллективом и посмотреть на ее функционирование.

Знания руководителя или педагога о межличностных отношениях значительно помогает при управлении коллективом и построении грамотного

рабочего процесса или обучения. Так же эти знания важны для налаживания благоприятной психологической обстановки. При потере зрения могут пропасть ранее имевшиеся социальные связи и контакты. Л.С.Выготский отмечал, что выпадение из ранее имевшихся социального круга и является наиболее тяжким моментом при потере зрения.

Проблема преодоления последствий потери зрения была поднята в нашей стране ещё начале прошлого века и уже к 30му году была частично решена. Советское правительство провело преобразование системы образования, обучения и лечения аномальных детей. Методы социализации таких детей опирались на марксистские учения понимая общественное значение личности. В связи с этим особую важность при социализации слепых имеет включение их в общую деятельность и коллектив.

Ранее говорилось, что люди при наличии общей деятельности образуют группы и коллективы, очень важным моментом в психологическом обстановке является отношения людей из разных групп. Так же деятельность группы является продуктом деятельности отдельно взятых людей, в свою очередь на общую деятельность сильно влияет оценка и отношение членов группы друг к другу.

Советские психологи выявили, что личные отношения в группе очень сильно зависят от характера общего дела. Очень подробно и обширно на эту тему писал советский педагог А.С. Макаренко: «Первичным коллективом нужно называть такой коллектив, в котором отдельные его члены оказываются в постоянном деловом, дружеском и идеологическом объединении» А.С. Макаренко подчеркивал необходимость сочетания в коллективе отношений ответственной зависимости с личными отношениями. Это создает условия для выполнения коллективом его воспитательной роли по отношению к отдельным личностям. Здесь важно обеспечить в общей значимой для коллектива деятельности активную жизненную позицию каждого его члена (Макаренко А.С. Соч. Т. 5. С. 164. Стр.90).

Большую роль в формировании межличностных дружеских или деловых отношений играет время появления и степень слепоты. Нельзя и не сказать, что важным психологическим фактором в этом вопросе является отношение общества к слепым. На протяжении долгих времен людей с какими-то либо неполноценностями старались отделить от общества. Хотя с другой, стороны сами же слепые предпочитают общению со зрячими, общению с товарищами по несчастью. Общение в таких группах складывается более теплые.

С течением времени слепых людей не то, что перестали отделять от общества, а напротив включать в общую трудовую деятельность. Это в свою очередь благотворно сказалось на развитии личности слепых.

Не смотря на все плюсы специализированных учреждений есть и минусы. Больше количество времени слепые проводят в окружении себе подобных. Это в свою очередь мешает слепым налаживать социальные связи со зрячими и загоняет их в своеобразные социальные рамки. Создание неких отдельных «колоний» со своей инфраструктурой (объекты образования, культуры, жилые дома и т.д.) отделяет слепых от внешнего мира и общения со зрячими. Соответственно необходимо налаживать взаимодействие между зрячими и не зрячими предварительно подготавливая к контакту обе группы.

Отсутствие или неполное визуальное восприятие зачастую дает не полное знание о собеседнике, что усложняет общение. Этот фактор усложняется требованиями зрячих, которые оценивают слепых по их внешнему виду. В сумме это дает психологическое напряжение и непонимание.

Рассматривая положение и статус слепых проявляется тенденция: чем хуже видит человек, тем больше становятся его шансы стать «отверженным». Таким образом получается, что инвалиды 2-ой и 3-ей группы намного чаще попадают в высокие статусные категории. Это происходит благодаря их большей активности и большего разнообразия в деятельности.

Конечно это никак не означает, что люди с глубокими нарушениями зрения менее способны в проявлении творчества. Можно сказать, что люди с неполной потерей зрения более самостоятельны. От этого и зависит их благополучие, у слепых более ограниченный круг общения и не такой широкий спектр деятельности соответственно и количество социальных ролей в этом случае у человека ниже, чем у человека с частичной потерей зрения.

Как показали исследования, немало важным аспектом статуса инвалида является пол и возраст. Самый благоприятный социометрический статус выпадает на возраст от 20 до 30 лет. Это обусловлено тем, что к этому моменту заканчивается процесс психологической и трудовой адаптации. К этому возрасту у человека уже достаточный положительный социальный опыт (Литвак А. Г., 1998).

Говоря же о различиях в статусе по половому признаку, то в деловых отношениях лидируют женщины, но в личных напротив мужчины. Женщины намного реже попадают в категорию «изолированные» и гораздо чаще мужчин встречаются в категории «предпочитаемых». Эта ситуация объясняется тем, что у женщин менее сложные условия труда и это дает более стабильное положение. Нужно отметить, что у слепых мужчин в приоритете зрячие женщины.

Определенная зависимость социометрического статуса слепых в коллективе наблюдается также от времени потери зрения. В наиболее благоприятном положении находятся ослепшие в детском и подростковом возрасте. Это объясняется тем, что процесс адаптации у слепорожденных изначально затрудняется резко суженным кругом общения и ограничениями в приобретении социального опыта. У ослепших в зрелом возрасте имеющийся социальный опыт с трудом поддается реализации из-за прочности ранее сложившихся динамических стереотипов (А.Г. Литвак, В.М. Сорокин, Т.П. Головина, 1989). Социально-психологические исследования показывают, что становление межличностных отношений между слепыми и зрячими



подчиняется общим закономерностям, однако на этот процесс влияют и перечисленные выше специфические факторы. В результате характерной особенностью системы межличностных отношений в смешанных коллективах является широкое распространение индифферентного отношения слепых друг к другу и к зрячим. В силу этого в статусной структуре коллектива наиболее распространены категории лиц, находящихся в нейтральном или изолированном положении. Это свидетельствует о недостаточной сформированности и сплоченности коллектива (А.Г. Литвак, В.М. Сорокин, Т.П. Головина, 1989). Важным аспектом совместной работы в коллективе слепых является уровень их профессиональной подготовки. Но стоит учесть, что те кто только закончил специальную школу уступают своим коллегам в сфере межличностных отношений. Тут становится ясным, что кроме подготовки к профессиональной деятельности необходимо подготавливать людей к интенсивному взаимодействию внутри группы.

Основой грамотного построения коллектива является подробное изучение межличностных отношений его лидером. Он должен досконально изучать отношения членов коллектива и на основе полученных знаний выстраивать отношения в группе и интегрировать личностные отношения в официальную сферу. Такое построение связей способствует налаживанию благоприятного психологического климата в коллективе.

При надлежащей постановке воспитательной и реабилитационной работы специфические особенности коллективов, в которых учатся или работают инвалиды по зрению, отступают на задний план, уступая место общепсихологическим и социальным закономерностям формирования коллектива. В результате такой коллектив может достичь самого высокого уровня развития, а инвалид по зрению - осуществлять в нем функции лидера (ВОС ЗМ., 1983).

### **1.5. Теория семейных взаимоотношений.**

Многие современные науки такие как – психология, педагогика, социология, демография, экономика и. т.д., занимаются изучением вопросов семьи и проблем возникающих внутри неё. Исследователи занимаются

изучением развития эмоциональных отношений внутри брака, возникновения одиночества внутри семьи, распада семей и нюансов семейного воспитания.

В настоящее время на первый план вышли не родственные, а супружеские отношения, основой которых в свою очередь является свобода выбора, на чем и строится современная семья.

Семейные отношения строятся в результате нескольких факторов – брак как легитимное признание отношений обществом, рождение детей, общая локализация (общий дом), причастность к одному народу, конфессии, государству. Семья по своей сути это супружеская пара объединенная родством, осуществляющая воспроизведение семейных поколений, а так же отвечающая за социализация детей и поддержку всех членов семьи. Нет единой формы семей поэтому их типологизация зависит от предмета изучения.

Выделяют следующие виды социально-аксиологической направленности семьи: общественно-прогрессивная (поддержка ценностей социума, единство взглядов, хорошие межличностные отношения); противоречивая (отсутствие единства взглядов, взаимоотношения на уровне борьбы одних тенденций с другими); антиобщественная (противоречие ценностных идеалов идеалам общества). Различают также дееспособность и активность семьи. Дееспособность семьи может быть: ограниченная (в силу психосоматических, возрастных особенностей ее члены неспособны самостоятельно зарабатывать средства к существованию и вписаться в систему социальных отношений — пенсионеры, инвалиды); временно ограниченная (психосоматические, возрастные особенности лишь временно ограничивают социально-экономическую самостоятельность; например, семьи, переживающие какой-либо вид социальных катаклизмов, включая безработицу, имеющие детей, не достигших трудоспособного возраста, семьи инвалидов); неограниченная (члены семьи имеют полный спектр возможностей вписаться в социальное пространство и адаптироваться к изменяющимся условиям, не носящим характера социального катаклизма).

Активность семьи характеризует ориентацию на наращивание и актуализацию ее ресурсов, т. е. степень самообеспечения и самопомощи. Выделяют три вида активности: собственно, активность (ориентация на свои силы, высокая мобильность, развитие адаптационных способностей); ограниченная активность; пассивность (ориентация на иждивенчество, низкая мобильность, неразвитость адаптационных способностей). Социально-психологическая поддержка может быть необходима любой семье, хотя и в разной степени. Особенно нуждаются в помощи семьи пассивные. Они имеют малый собственный потенциал для разрешения кризисных ситуаций. Различают семьи по способам реагирования на стрессовые, конфликтные ситуации и нормативные кризисы (связанные с определенными этапами семейного функционирования). В основу данной типологизации положен феномен психологического здоровья семьи — интегральный показатель ее функционирования, который отражает качественную сторону социально-психологических процессов семьи, показатель социальной активности ее членов во внутрисемейных отношениях, в социальной среде и профессиональной сфере, а также состояние душевного психологического благополучия семьи, обеспечивающее адекватную жизненным условиям регуляцию поведения и деятельности всех ее членов (Е. И. Артамонова, Е. В. Екжанова, Е. В. Зырянова и др., 2005). По словам Эйдемиллера Э. Г., семейная жизнь ставит перед всеми членами семьи ряд определенных и весьма трудных задач. Особенно сложно с ними справляется слепым и слабовидящим людям. Это в первую очередь подчинение нормам, существующим в данной семье, участие в семейных взаимоотношениях, воспитание подрастающего поколения, деятельность в домашнем хозяйстве и вне семьи для обеспечению материального положения семьи; решение всевозможных семейных проблем.

Члену семьи необходимо обладать определенными психологическими качествами, для того чтобы справляться с этими задачами. Эти качества нужны ему не только для него самого, но и для выполнения обязанностей

семьи, а так же в них заинтересована сама семья. Чем лучше каждый член семьи справляется с задачами, которые ставит перед ним семейная жизнь, тем лучше функционирует семья в целом. Круг этих качеств весьма широк. Это не только потребности, необходимые для мотивирования индивида к участию в семейной жизни, решения проблем и преодоления в ней трудностей: потребности в отцовстве и материнстве; большое количество потребностей, которые удовлетворяются в ходе супружеских взаимоотношений,— любовь, симпатии, сексуально-эротические потребности, хозяйственно-бытовые и другие, но и широкий круг умений, навыков и способностей. Это прежде всего способности, необходимые для понимания другого человека — члена семьи; совокупность навыков и умений, необходимых для поддержания супружеских отношений и воспитания детей. А так же широкий круг эмоциональных и волевых качеств, в том числе качеств, которые необходимы для регулирования своих эмоциональных состояний, преодоления состояний фрустрации, умения подчинить желания данного момента целям будущего; терпение, настойчивость, столь необходимые при формировании как супружеских, так и воспитательных отношений (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В., 2008).

## **Глава 2. Характеристика материалов и методов исследования**

### **2.1. Материал и методы исследования**

#### **2.1.1. Общая характеристика обследованной выборки**

*Общее количество испытуемых.* В исследовании приняло участие 25 семей. В рамках поставленных задач, под семьей понимается то, что испытуемый состоит в официально зарегистрированном браке, имеет одного или более детей и члены семьи проживают совместно друг с другом. Экспериментальную группу составило 11 семей, среди которых в 6 семьях оба супруга были согласны на принятие участия в исследовании (34%), и 5 семей, где только один супруг заполнил анкеты (66%). Контрольную группу составило 14 семей, среди которых в 3х семьях оба супруга были согласны на

заполнение методик (14%), и 11 семей, где один супруг дал согласие на участие в исследовании (86%) (См. таблица 1).

Общее количество участников равно 34 человека, из них 15 женщин и 19 мужчин. В экспериментальную группу вошло 17 инвалидов по зрению, 6-мужчин и 11 женщин. В контрольную группу вошло 17 человек не отмечающих у себя серьезных нарушений зрения, из них 8 мужчин и 9 женщин.

Таблица 1. Распределение выборки и процентное соотношение изучаемых групп.

Экспериментальная группа		Контрольная группа	
2 супруга	1 супруг	2 супруга	Один супруг
6 (66%)	5(34%)	3 (14%)	11(86%)
Общее количество обследованных семей			
11 (100%)		14 (100%)	

*Возраст.* Все испытуемые принявшие участие в исследовании были трудоспособного возраста. Возрастной диапазон составил от 25 до 44 лет у мужчин и от 26 до 50 у женщин. В таблице 2 представлены 4 категории, на которые были разделены все испытуемые: первая - возраст от 20 до 25, вторая от 25 до 30, третья от 30 до 35 и последняя четвертая от 35 лет и больше.

Таблица 2. Возрастной диапазон участников исследования

Возраст			
Категория	Возраст	Количество	Процент
1	20-25	5	14,71%
2	25-30	8	23,53%
3	30-35	14	41,17%

4	35->	7	20,59%
---	------	---	--------

На рисунке 1 представлено процентное соотношение всех испытуемых по возрасту. На основе этого рисунка можем увидеть, что самую большую группу испытуемых составляет категория 3 – это люди в возрасте от 30 до 35 лет (41,17 %). В то же время меньше всего испытуемых попало в категорию 1 – это возраст от 20 до 25 лет (14,71%).

*Род занятий.* Все участники принявшие участие в исследовании, являются дееспособными. Со всей выборки 23 участника трудоустроены (67,65%), из них 12 испытуемых являются инвалидами по зрению (52,17%), и 11 не имеют места работы (32,35%), из них 5 человек имеют серьезные нарушения зрения (45,45%).

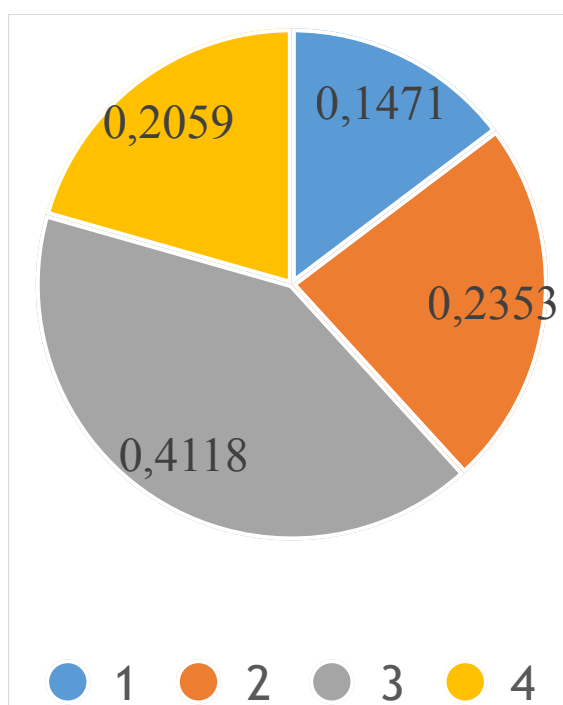


Рисунок 1. Возрастной диапазон участников исследования

*Стаж брака* участников исследования, составляет  $8 \pm 5,32$  лет у пар с инвалидами по зрению, и  $5 \pm 2,61$  лет у здоровых пар. Общий стаж составляет  $7 \pm 4,31$ . В таблице 3 представлено процентное и количественное

соотношение стажа семейной жизни всех пар принявших участие в исследовании.

Таблица 3. Стаж в браке участников исследования

<b>Стаж в браке</b>			
<b>категория</b>	<b>стаж в браке</b>	<b>количество</b>	<b>процент</b>
1	1- 5лет	13	38,24%
2	5-10 лет	15	44,12%
3	10 - >	6	17,65%

*Количество детей.* В среднем на каждую пару в изучаемой выборке приходится один ребенок, в 30 семьях (88,2% испытуемых) имеется 1 ребенок, в 3 семьях имеется 2 ребенка (8,8% испытуемых), и в одной семье имеется трое детей (2,9% испытуемых). В таблице 3 представлено процентное соотношение количества детей к участникам исследования.

Таблица 3. Соотношение количества детей к количеству участников исследования.

	<b>Частота</b>	<b>Проценты</b>
1	30	88,2%
2	3	8,8%
3	1	2,9%
<i>Всего</i>	<i>34</i>	<i>100,0%</i>

*Образование.* В представленной в исследовании выборке значительно большая часть испытуемых имеет высшее образование (30 человек). Остальные респонденты на вопрос о уровне образования в анкете отмечали - среднее специальное (4 человека).

Критериями включения в экспериментальную группу являлось:

- возраст от 20 до 50 лет;

- официально зарегистрированный брак;
- наличие в супружеской паре инвалида по зрению;
- наличие детей от 3 до 10 лет;
- совместное проживание с семьей.

Критериями включения в контрольную группу кроме вышеупомянутого являлось отсутствие факторов, при которых имеются препятствия или ограничения в физической, умственной и сенсорной деятельности.

### **2.1.2. Характеристика экспериментальной группы**

Общее количество семей принявших участие в исследовании составило 11 человек, того 17 испытуемых. Все они являются членами Санкт-Петербургской Региональной Организации ВОС (Всероссийское общество слепых Санкт-Петербург). Среди них 6 мужчин и 11 женщин возрастом от 20 до 50 лет. Участники группы, являются инвалидами по зрению с полной или частичной потерей зрения (слепота или слабовидение), на один или оба глаза. Все испытуемые имеют официально поставленный диагноз из рубрики Н 53 (расстройства зрения) по МКБ-10. С разным уровнем потери и снижения зрения разного генеза.

### **2.1.3. Характеристика контрольной группы**

В данную группу нами было включено 14 семей (17 испытуемых), среди них 8 мужчин и 9 женщин возрастом от 20 до 50 лет. Испытуемые не имеют факторов, при котором имеются препятствия или ограничения в деятельности физической, умственной, сенсорной.

## **2.2. Методическая база исследования**

Исследование проводилось при сотрудничестве Санкт-Петербургской Региональной Организации Всероссийского общества слепых. Все



испытуемые экспериментальной группы являются членами данной организации.

Участникам исследования был предложен комплекс диагностических методик. В экспериментальной группе, по необходимости, исследование проводилось в присутствии экспериментатора. Большинство людей предпочитало заполнять анкеты дома самостоятельно.

### **2.2.1. Индивидуально-типологический опросник Собчик**

Индивидуально-типологический опросник представляет собой личностную психодиагностическую методику, основанную на теории ведущих тенденций. Разрабатывался Л.Н. Собчик с 1970 года, опубликован в 1995 г. как методическое руководство, а в 2003 г. - в виде книги «Диагностика индивидуально типологических свойств и межличностных отношений».

Эта методика, разработанная Л.Н. Собчик, несмотря на свою лаконичность является весьма информативной. В первую очередь, с помощью ИТО легко определяются типологические особенности индивида, ведущие черты его характера. Кроме того, она способствует выявлению спектра наиболее подходящих каждому конкретному обследуемому лицу видов профессиональной деятельности и преобладающих деловых качеств. По результатам обследования легко понять, насколько уравновешенным является индивид, какие особенности его характера акцентированы, в благоприятной ли он находится ситуации или дезадаптирован. Поэтому тест может успешно использоваться в профориентации, при отборе и расстановке кадров, в семейном консультировании, в сфере образования в целях индивидуализации подхода к отдельной личности. Время выполнения теста - 30 минут.

### **2.2.2. Индикатор стратегий преодоления стресса**

Методика создана в 1990 г. и адаптирована для русскоязычной выборки с согласия автора в 1991 г. В. М. Ялтонским и Н. А. Сирота. Опросник представляет собой скрининговый самооценочный опросник, состоящий из 33 утверждений и предназначенный для обследования подростков, юношей и взрослых. При помощи факторного анализа автором были выделены три базисные копинг-стратегии: разрешение проблем, поиск социальной поддержки, избегание (Amirkhan, 1990; Сирота, 1994; Ялтонский, 1995). Опросник представляет собой реализацию идеи о выделении фундаментальных стратегий совладающего поведения из множества описанных в литературе ситуационных стратегий совладания, что позволит в большей мере получать сопоставимые результаты исследований разных авторов в различных областях исследования совладающего поведения.

### **2.2.3. Опросник Бека**

Методика Шкала депрессии Бека используется для диагностики уровня депрессии. Тест-опросник депрессии (Beck Depression Inventory) был предложен Аароном Т. Беком в 1961 году на основе клинических наблюдений, позволивших выявить перечень симптомов депрессии. После сравнения этого списка с клиническими описаниями депрессии, был создан тест-опросник депрессии, включающий в себя 21 вопрос-утверждение наиболее часто встречаемых симптомов и жалоб. Каждый пункт опросника состоит из 4-5 утверждений, соответствующих специфическим проявлениям/симптомам депрессии. Эти утверждения ранжированы по мере увеличения удельного веса симптома в общей степени тяжести депрессии.

### **2.2.4. Структурированное интервью**

Структурированное интервью является авторским методом, направленным на сбор социо-демографической информации, а также на

выявление удовлетворенности на участие других родственников в семейной жизни испытуемых и уровень их вовлеченности в нее.

Интервью состоит из 34-ех вопросов, которые разделены на 5 блоков для заполнения. Первый блок направлен на изучение демографических данных, второй блок затрагивает вопрос отношений с родительской семьей, третий – оценивает взаимоотношения с ними, четвертый выявляет уровень удовлетворенности текущей семьей и пятый блок направлен на оценку удовлетворенностью влияния родительской семьи на взаимоотношения с ребенком.

### **2.2.5. Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (АСВ) для детей 3-10 лет**

Опросник «Анализ семейных взаимоотношений» (Методика АСВ) (Эйдемиллер Э.Г., Юстицкис В. В.) существует в двух вариантах — для родителей детей и подростков. Тест «Анализ семейных взаимоотношений» предназначен для изучения влияния родителей в воспитании ребенка или подростка и поиска ошибок в родительском воспитании. Методика «Анализ семейных взаимоотношений» позволяет диагностировать нежелательное, некорректное влияние членов семьи друг на друга, нарушения при выполнении ролей в семье и помехи для ее целостности. Описание методики. Опросник АСВ включает 130 утверждений, касающихся воспитания детей. В него заложены 20 шкал. Первые 11 шкал отражают основные стили семейного воспитания; 12,13, 17 и 18-я шкалы позволяют получить представление о структурно-ролевом аспекте жизнедеятельности семьи, 14-я и 15-я шкалы демонстрируют особенности функционирования системы взаимных влияний, 16, 19-я и 20-я шкалы — работу механизмов семейной интеграции.

### **2.2.6. PARI (parental attitude research instrument)**

Одним из важнейших направлений работы практического психолога является работа с семьей (супругами, родителями, семьей и детьми). Ключевой момент в этой работе — получение полной и объективной,

информации. В отечественной психологии наиболее полно представлены методики сбора информации о межсупружеских отношениях и менее содержательно — о родительских-детских. В целях восполнения этого пробела предлагаем ознакомиться с методикой PARI — это семейная жизнь глазами матери.

Методика PARI (parental attitude research instrument) предназначена для изучения отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни (семейной роли). Авторы — американские психологи Е.С. Шефер и Р.К. Белл. Эта методика широко использовалась в Польше (Рембовский А.М.) и Чехословакии (Я. Котаскова). В нашей стране адаптирована кандидатом психологических наук Т.В. Нещерет.

В методике выделены 23 аспекта-признака, касающиеся разных сторон отношения родителей к ребенку и жизни в семье. Из них 8 признаков описывают отношение к семейной роли и 15 касаются родительско-детских отношений. Эти 15 признаков делятся на следующие 3 группы: 1 — оптимальный эмоциональный контакт, 2 — излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, 3 — излишняя концентрация на ребенке.

### **2.2.7. Шкала семейного окружения**

Шкала семейного окружения предназначена для оценки социального климата в семьях всех типов. Методика ШСО была адаптирована С.Ю. Куприяновым в 1985 году. Социальный климат семьи — это те правила поведения, которые сложились в семье и которые влияют на взаимоотношения в ней. Некоторые семейные правила устанавливаются открыто, другие правила скрытые, они обычно выводятся из повторяющихся ситуаций, которые происходят в семье. Скрытые правила очень сильны, так как они устанавливаются негласно. Правила показывают, что в семье можно делать, а что нельзя, что считается хорошим и плохим, т. е. они представляют собой элемент семейной идеологии, который и формирует социальный климат семьи. В основе ШСО лежит оригинальная методика Famil Environmental Skale (FES), предложенная Р.Х. Мусом в 1974 г. Основное

внимание тут уделяется измерению и описанию: 1) отношений между членами семьи (показатели отношений), 2) направлениями личностного роста, которым в семье придается особое значение (показатели личностного роста), 3) основной организационной структуре семьи (показатели, управляющие семейной системой). 4) нарушения семейных ролей между членами семьи. ШСО включает 10 шкал, каждая из которых представлена девятью пунктами, имеющими отношение к характеристике семейного окружения.

#### **Глава 4. Результаты исследования.**

В данной главе представлены результаты исследования особенностей отношения слепых к их семейной жизни, а также индивидуально-типологических особенностей, стратегии преодоления стресса, аффективно-эмоциональной сферы, особенностей влияния членов семьи друг на друга при выполнении семейных ролей, специфики эмоциональной стороны отношения родителей к ребенку, социального климата в семьях инвалидов по зрению.

##### **4.1. Сравнительная оценка показателей по методике «Индикатор стратегий преодоления стресса» в семьях с инвалидами по зрению и здоровых испытуемых**

Для оценки показателей преодоления стресса в семьях с инвалидами по зрению и здоровых испытуемых использовалась методика «Индикатор стратегий преодоления стресса». Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью сравнения средних результатов и многомерного однофакторного дисперсионного анализа.

Фактором, влияющим на зависимые переменные, был фактор «Группа» (семьи с инвалидами по зрению и здоровые семьи). Зависимыми переменными являлись шкалы методики «Индикатор стратегий преодоления стресса»: «Разрешение проблем», «Поиск социальной поддержки» и

«Избегание проблем». Значения сравнения средних по 2-м группа представлены в таблице 5. Значения многомерных критериев представлены в таблице 6.

Данные, представленные в таблице 6 свидетельствуют, что фактор «Группа» незначимо влияет на дисперсию всех шкал опросника. Это означает, что в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях социальный климат не различается и имеет одинаковую структуру.

Таблица 5. Сравнение средних значений по методике «Индикатор стратегий преодоления стресса»

		<b>Разрешение проблем</b>	<b>Поиск социальной поддержки</b>	<b>Избегание проблем</b>
Семьи с инвалидами по зрению	Среднее	24,65	18,29	16,00
	Стандартное отклонение	3,888	4,384	2,398
	Стандартная ошибка среднего значения	0,943	1,063	0,582
	Сумма	419	311	272
	Минимум	17	12	13
	Максимум	30	27	21
	Дисперсия	15,118	19,221	5,750
Здоровые семьи	Среднее	<b>25,65</b>	<b>20,82</b>	<b>17,00</b>
	Стандартное отклонение	3,807	4,531	2,475
	Стандартная ошибка среднего значения	0,923	1,099	0,600
	Сумма	436	354	289
	Минимум	18	14	13
	Максимум	32	29	22
	Дисперсия	14,493	20,529	6,125

На основе данных приведенных в таблице 5, можно говорить о том, что уровень разрешения проблем в группе с инвалидами равен  $24,65 \pm 3,88$  и

является средним показателем по данной шкале. В группе здоровых испытуемых показатель по данной шкале равен  $25,65 \pm 3,80$ , что так же является нормой. Значения по шкале поиска социальной поддержки в группе с инвалидами равно равны  $18,29 \pm 4,38$ , данное значение относится к средним показателям и с семьями без инвалидов, значение  $20,82 \pm 4,53$  так же относится к средним. По шкале избегания проблем в обеих группах участников исследования результаты были равны средним. В группе с инвалидами данный показатель равен  $16,00 \pm 2,39$ , а в группе здоровых семей показатель равен  $17,00 \pm 2,47$ .

Полученные результаты, свидетельствуют о том, что можно увидеть, что во всех изучаемых группах показатели копинг-стратегий преодоления стресса имеют средние значения, это значит, что все испытуемые принявшие участие в исследовании эффективно используют все три поведенческих стратегий, в зависимости от ситуации. В некоторых случаях испытуемые самостоятельно справляются с возникшими трудностями, в других им требуется поддержка окружающих, в-третьих они просто могут избегать столкновения с проблемной ситуацией, заранее подумав о ее негативных последствиях.

На основе сравнения средних значений по всем группам семей можем увидеть, что в группе семей с инвалидами по зрению показатели индикаторов копинг-стратегий избегания стресса ниже чем в группе семей без инвалидов по зрению. Это наводит на вывод о том, что в семьях с инвалидами по зрению реже чем в семьях здоровых в сложных ситуациях члены семьи стараются использовать все имеющиеся у них личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы. Реже всего в семьях с инвалидами по зрению принято избегать контакта с окружающей их действительностью и уходить от решения проблем.

Интересным так же оказался результат по шкале «поиска социальной поддержки», по которому можно предполагать, что семьи с инвалидами по

зрению для эффективного разрешения проблемы реже чем здоровые семьи обращаются за помощью и поддержкой к окружающей его среде: родственникам, друзьям, значимым другим, или общественным организациям.

Таблица 6. Результаты многомерного однофакторного дисперсионного анализа показателей Индикатор стратегий преодоления стресса» в связи с принадлежностью к группе.

		Сумма квдрато в	Ст.св.	Средни й квдрат	F	Значимост ь
Разрешение проблем	Между группами	8,500	1	8,500	0,57 4	0,454
	Внутри групп	473,765	32	14,805		
	Всего	482,265	33			
Поиск социальной поддержки	Между группами	54,382	1	54,382	2,73 6	0,108
	Внутри групп	636,000	32	19,875		
	Всего	690,382	33			
Избегание проблем	Между группами	8,500	1	8,500	1,43 2	0,240
	Внутри групп	190,000	32	5,938		
	Всего	198,500	33			

Для выявления частных воздействий вышеуказанных факторов на отдельные шкалы приводим одномерные критерии влияния. На основе



данных, представленных в таблице 6, можно говорить о том, что значимое влияние фактор «Группа» не производит на шкалы «Разрешение проблем», «Поиск социальной поддержки» и «Избегание проблем».

Результаты методики «Индикатор стратегий преодоления стресса» демонстрируют отсутствие влияние фактора «Группа». Фактор не демонстрирует различий в значениях шкал семейного окружения.

#### **4.2. Сравнительное изучение уровня выраженности депрессии в семьях с инвалидами по зрению и здоровых испытуемых.**

Для оценки уровня депрессии в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась методика «Опросник Бека». Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью сравнения средних результатов и многомерного однофакторного дисперсионного анализа.

Фактором, влияющим на зависимые переменные, был фактор «Группа» (семьи с инвалидами по зрению и здоровые семьи). Зависимой переменной являлась шкала депрессии методики «Опросник Бека». Результаты сравнения представлены в таблице 7. На основе полученных данных видим, что в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях уровень депрессии значительно различается. Для выявления частных воздействий вышеуказанных факторов на отдельные шкалы приводим одномерные критерии влияния.

Таблица 7. Средние значения по методике «Опросник Бека»

	N	Среднее значение	Среднеквадратичная Отклонения	Среднеквадратичная ошибка	95% доверительный интервал для среднего значения		Минимум	Максимум
					Нижняя граница	Верхняя граница		
1	17	6,65	5,303	1,286	3,92	9,37	1	18
2	17	2,12	1,364	0,331	1,42	2,82	0	5

Всего	34	4,38	4,452	0,763	2,83	5,94	0	18
-------	----	------	-------	-------	------	------	---	----

На основе данных приведенных в таблице 7, можно говорить о том, что уровень депрессии в группе с инвалидами равен  $6,65 \pm 1,28$  и является показателем отсутствия депрессивной симптоматики. В группе здоровых семей показатель по данной шкале равен  $2,12 \pm 1,36$ , что так же является нормой. Исходя из вышесказанного, можно утверждать, что уровень депрессии в семьях с инвалидами по зрению незначительно выше, чем у здоровых семей и находится в пределах нормы. Данные, представленные в таблице 8 свидетельствуют, что фактор «Группа» значимо влияет на дисперсию шкалы опросника ( $p \leq 0,002$ ).

Таблица 8. Дисперсионный анализ по методике «Шкала депрессии Бека»

		Сумма квадратов	Ст.св.	Средний квадрат	F	Значение
Бек	Между группами	174,38	1	174,38	11,634	<b>0,002</b>
	Внутри групп	479,65	32	14,989		
	Всего	654,03	33			

#### **4.3. Сравнительное изучение семейных взаимоотношений с детьми, по методике «Анализ семейных взаимоотношений» в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях.**

Для оценки семейных взаимоотношений в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась методика «Анализ семейных взаимоотношений». Опросник направлен на изучение взаимоотношений родителей с детьми от 3 до 10 лет. Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью сравнения средних результатов и многомерного однофакторного дисперсионного анализа.

Фактором, влияющим на зависимые переменные, был фактор «Группа» (семьи с инвалидами по зрению и здоровые семьи). Зависимой переменной являлись шкалы методики «Анализ семейных взаимоотношений»: «Гиперпротекция (Г+)», «Гипопротекция (Г-)», «Потворствование(У+)», «Игнорирование потребностей ребенка (У-)», «Чрезмерность требований(Т+)», «Недостаточность требований обязанностей ребенка (Т-)», «Чрезмерность требований-запретов (З+)», «Недостаточность требований-запретов (З-)» «Чрезмерность санкций (С+)», «Минимальность санкций (С-)», «Неустойчивость стиля воспитания (Н)», «Расширение сферы родительских чувств (РРЧ)», «Предпочтение в подростке детских качеств (ПДК)», «Воспитательная неуверенность родителей (ВН)», «Фобия утраты ребенка» (ФУ), «Неразвитость родительских чувств (НРЧ)», «Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК)», «Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК)», «Предпочтение мужских качеств (ПМК)», «Предпочтение женских качеств (ПЖК). Результаты сравнения представлены в таблице 9.

Таблица 9. Средние значения по методике «Анализ семейных взаимоотношений»

		N	Среднее	Среднеквадратичное отклонение	Стандартная ошибка	95% доверительный интервал для среднего значения		Минимум	Максимум
						Нижняя граница	Верхняя граница		
Г+	1	17	3,65	2,178	0,528	2,53	4,77	0	8
	2	17	4,82	2,038	0,494	3,78	5,87	0	8
	Всего	34	4,24	2,161	0,371	3,48	4,99	0	8
Г-	1	17	3,06	1,600	0,388	2,24	3,88	0	7
	2	17	2,29	1,448	0,351	1,55	3,04	0	5
	Всего	34	2,68	1,552	0,266	2,14	3,22	0	7
У+	1	17	3,59	1,326	0,322	2,91	4,27	2	7

	2	17	4,59	2,210	0,536	3,45	5,72	0	10
	Всего	34	4,09	1,865	0,320	3,44	4,74	0	10
У-	1	17	1,35	1,222	0,296	0,72	1,98	0	5
	2	17	1,06	0,748	0,181	0,67	1,44	0	2
	Всего	34	1,21	1,008	0,173	0,85	1,56	0	5
Т+	1	17	1,35	0,931	0,226	0,87	1,83	0	4
	2	17	1,53	0,874	0,212	1,08	1,98	0	3
	Всего	34	1,44	0,894	0,153	1,13	1,75	0	4
Т-	1	17	2,24	0,831	0,202	1,81	2,66	1	4
	2	17	1,29	1,047	0,254	0,76	1,83	0	4
	Всего	34	1,76	1,046	0,179	1,40	2,13	0	4
3+	1	17	1,47	1,281	0,311	0,81	2,13	0	5
	2	17	1,94	1,345	0,326	1,25	2,63	0	4
	Всего	34	1,71	1,315	0,226	1,25	2,16	0	5
3-	1	17	2,12	1,111	0,270	1,55	2,69	0	4
	2	17	2,12	0,600	0,146	1,81	2,43	1	3
	Всего	34	2,12	0,880	0,151	1,81	2,42	0	4
С+	1	17	1,82	1,776	0,431	0,91	2,74	0	5
	2	17	1,12	0,781	0,189	0,72	1,52	0	3
	Всего	34	1,47	1,398	0,240	0,98	1,96	0	5
С-	1	17	2,76	1,147	0,278	2,17	3,35	1	5
	2	17	3,59	1,176	0,285	2,98	4,19	1	5
	Всего	34	3,18	1,218	0,209	2,75	3,60	1	5
Н	1	17	2,29	1,359	0,329	1,60	2,99	0	4
	2	17	2,00	1,414	0,343	1,27	2,73	0	5
	Всего	34	2,15	1,374	0,236	1,67	2,63	0	5
РРЧ	1	17	1,47	0,943	0,229	0,99	1,96	0	3
	2	17	2,12	2,027	0,492	1,08	3,16	0	6
	Всего	34	1,79	1,591	0,273	1,24	2,35	0	6
ПДК	1	17	0,53	0,800	0,194	0,12	0,94	0	3

	2	17	1,06	1,345	0,326	0,37	1,75	0	4
	Всего	34	0,79	1,122	0,192	0,40	1,19	0	4
ВН	1	17	3,18	1,380	0,335	2,47	3,89	1	5
	2	17	2,35	1,222	0,296	1,72	2,98	0	5
	Всего	34	2,76	1,350	0,231	2,29	3,24	0	5
ФУ	1	17	1,94	1,749	0,424	1,04	2,84	0	6
	2	17	1,82	1,551	0,376	1,03	2,62	0	6
	Всего	34	1,88	1,629	0,279	1,31	2,45	0	6
НРЧ	1	17	1,53	2,004	0,486	0,50	2,56	0	7
	2	17	1,82	1,667	0,404	0,97	2,68	0	5
	Всего	34	1,68	1,821	0,312	1,04	2,31	0	7
ПНК	1	17	1,71	1,312	0,318	1,03	2,38	0	4
	2	17	1,29	1,105	0,268	0,73	1,86	0	3
	Всего	34	1,50	1,212	0,208	1,08	1,92	0	4
ВК	1	17	0,59	0,618	0,150	0,27	0,91	0	2
	2	17	0,47	0,717	0,174	0,10	0,84	0	2
	Всего	34	0,53	0,662	0,114	0,30	0,76	0	2
ПЖК	1	17	1,24	1,300	0,315	0,57	1,90	0	4
	2	17	1,35	1,057	0,256	0,81	1,90	0	4
	Всего	34	1,29	1,169	0,200	0,89	1,70	0	4
ПМК	1	17	0,88	0,857	0,208	0,44	1,32	0	2
	2	17	1,35	1,539	0,373	0,56	2,14	0	4
	Всего	34	1,12	1,250	0,214	0,68	1,55	0	4

Опираясь на полученные данные можно утверждать, что в семьях с инвалидами по зрению средний уровень по шкалам не превышает значения нормы, то же самое можно утверждать касательно семей не имеющих инвалидов по зрению. Однако, по шкалам «Гипопротекция (Г-)», «Игнорирование потребностей ребенка (У-)», «Недостаточность требований обязанностей ребенка (Т-)», «Недостаточность требований-запретов

(З-)), «Чрезмерность санкций (С+)», «Неустойчивость стиля воспитания (Н)», «Воспитательная неуверенность родителей (ВН)», «Фобия утраты ребенка» (ФУ), «Неразвитость родительских чувств (НРЧ)», «Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств (ПНК)», «Вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания (ВК)», значения незначительно выше, чем у семей без инвалидов по зрению. Можно сказать, что в семьях инвалидов, по этим шкалам, семейные взаимоотношения отличаются от семей, не имеющих инвалида по зрению. В сочетании значений шкал, можно сказать что, в данных семьях есть склонность к «Эмоциональному отвержению», где развитием этой тенденции, становится вариант воспитания по типу «Золушки». В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемое или, чаще, неосознаваемое отождествление родителями ребенка с какими-либо отрицательными моментами в собственной жизни. Ребенок в этой ситуации может ощущать себя помехой в жизни родителей, которые устанавливают в отношениях с ним большую дистанцию. Тем не менее, значения в семьях без инвалидов выше по шкалам: «Гиперпротекция (Г+)», «Потворствование(У+)», «Чрезмерность требований(Т+)», «Чрезмерность требований-запретов (З+)», «Минимальность санкций (С-)», «Расширение сферы родительских чувств (РРЧ)», «Предпочтение в подростке детских качеств (ПДК)», «Неразвитость родительских чувств (НРЧ)», что в свою очередь может говорить о доминирующей гиперпротекции или склонности к ней. Ребенок остается в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени. Однако в то же время лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. Так же стоит отметить, что в группе с инвалидами по зрению родители предпочитают приписывать детям мужские качества, а в группах родителей без инвалидов по зрению предпочитают приписывать детям женские качества.

Таблица 10. Дисперсионный анализ по методике «Анализ семейных взаимоотношений»

		<b>Сумма квадратов</b>	<b>Ст.св.</b>	<b>Средний квадрат</b>	<b>F</b>	<b>Значения</b>
Т-	Между группами	7,529	1	7,529	8,428	0,007
	Внутри групп	28,588	32	0,893		
	Всего	36,118	33			
С-	Между группами	5,765	1	5,765	4,272	0,047
	Внутри групп	43,176	32	1,349		
	Всего	48,941	33			
ВН	Между группами	5,765	1	5,765	3,394	0,075
	Внутри групп	54,353	32	1,699		
	Всего	60,118	33			

Данные, представленные в таблице 10 свидетельствуют, что фактор «Группа» значимо влияет на дисперсию шкал опросника. На основе данных, представленных в таблице 10, можно говорить о том, что значимое влияние фактор «Группа» производит на шкалы методики «Анализ семейных взаимоотношений» по шкалам «Недостаточность требований обязанностей ребенка (Т-)» ( $2,24 \pm 0,83$  для семей с инвалидами и  $1,29 \pm 1,04$  для здоровых лиц,  $p \leq 0,007$ ), «Минимальность санкций (С-)» ( $2,76 \pm 1,14$  для семей с инвалидами и  $3,59 \pm 1,17$  для здоровых лиц,  $p \leq 0,047$ ), и на уровне тенденции «Воспитательная неуверенность родителей (ВН)» ( $3,18 \pm 1,38$  для семей с инвалидами и  $2,35 \pm 1,22$  для здоровых лиц,  $p \leq 0,075$ ). Это позволяет считать, что в семьях с инвалидами по зрению, детям предоставляется меньше требований, чем детям в здоровых семьях, что тоже отражается и в системе наказаний, так как в здоровых семьях родители чаще, чем в семьях

инвалидов применяют, в качестве наказания, разные санкции по отношению к своим детям. В семьях с инвалидами по зрению тенденцией является так же и воспитательная неуверенность родителей. В данных семьях родители не уверены в правильности того чему обучают своих детей и как готовят их ко взрослой жизни. Можно предположить, что это как раз является причиной невысоких требований и легких (или отсутствия) санкций по отношению к своим детям.

#### 4.4. Сравнительное изучение семейных взаимоотношений по методике «Индивидуально-типологический опросник» в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях.

Для сравнения индивидуально-типологических свойств в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась методика «Индивидуальный-типологический опросник» (ИТО). Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью сравнения средних результатов и многомерного однофакторного дисперсионного анализа.

Фактором, влияющим на зависимые переменные, был фактор «Группа» (семьи с инвалидами по зрению и здоровые семьи). Зависимой переменной являлись шкалы методики «ИТО»: Лож, Аггравация, Экстраверсия, Спонтанность, Агрессивность, Ригидность, Интроверсия, Сензитивность, Тревожность и Лабильность.

Результаты сравнения представлены в таблице 11. На основе полученных данных видим, что в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях значимое значение имеет шкала сензитивности.

Таблица 11. Сравнение средних значений по методике «ИТО»

				Ср едн екв адр	95% доверительный интервал для среднего значения		
			Сред				



		N	Ср едн ее зна чен ие	неква драти чная Откл онени я	ати чна я ош иб ка	Нижняя граница	Верхняя граница	М ин им ум	Ма кс им ум
Лож	1	17	2,71	1,724	0,418	1,82	3,59	0	6
	2	17	3,00	1,369	0,332	2,30	3,70	0	6
	Всего	34	2,85	1,540	0,264	2,32	3,39	0	6
Аггравация	1	17	0,71	0,849	0,206	0,27	1,14	0	3
	2	17	1,24	1,985	0,481	0,21	2,26	0	8
	Всего	34	0,97	1,527	0,262	0,44	1,50	0	8
Экстраверсия	1	17	5,82	1,845	0,448	4,87	6,77	1	8
	2	17	5,12	2,342	0,568	3,91	6,32	2	9
	Всего	34	5,47	2,107	0,361	4,74	6,21	1	9
Спонтанность	1	17	4,94	2,436	0,591	3,69	6,19	0	8
	2	17	5,65	1,869	0,453	4,69	6,61	2	8
	Всего	34	5,29	2,168	0,372	4,54	6,05	0	8
Агрессивность	1	17	4,59	2,152	0,522	3,48	5,69	0	8
	2	17	5,35	1,455	0,353	4,60	6,10	2	8
	Всего	34	4,97	1,850	0,317	4,33	5,62	0	8
Ригидность	1	17	5,12	1,691	0,410	4,25	5,99	0	8
	2	17	5,41	1,121	0,272	4,84	5,99	3	7
	Всего	34	5,26	1,421	0,244	4,77	5,76	0	8
Интроверсия	1	17	5,06	2,487	0,603	3,78	6,34	1	9
	2	17	4,59	2,476	0,601	3,32	5,86	0	9
	Всего	34	4,82	2,455	0,421	3,97	5,68	0	9
Сензитивность	1	17	6,53	2,035	0,493	5,48	7,58	1	9
	2	17	4,94	1,560	0,378	4,14	5,74	2	7
	Всего	34	5,74	1,959	0,336	5,05	6,42	1	9
Тревожность	1	17	5,65	1,766	0,428	4,74	6,55	2	8
	2	17	5,12	2,058	0,499	4,06	6,18	2	8

	Всего	34	5,38	1,907	0,327	4,72	6,05	2	8
Лабильность	1	17	4,82	1,551	0,376	4,03	5,62	3	7
	2	17	5,47	1,231	0,298	4,84	6,10	4	8
	Всего	34	5,15	1,417	0,243	4,65	5,64	3	8

Исходя из данных представленных в таблице 11, можно сказать, что показатели по всем шкалам являются достоверными, ибо значения по шкале лжи равны в группе с инвалидами  $2,71 \pm 1,74$  и является показателем отсутствия депрессивной симптоматики по данной шкале. В группе здоровых семей показатель по данной шкале равен  $3,00 \pm 1,36$ .

По полученным результатам, можно утверждать, что по шкалам «лабильности», «тревожности», «сензитивности», «интроверсии», «агрессивности», «ригидности», «спонтанности» и «экстраверсии» значения в обеих группах находятся в пределах нормы и имеют умеренные значения, что соответствует гармоничной личности. Однако такие шкалы как тревожность, сензитивность, интроверсия и экстраверсия в семьях, где есть инвалиды по зрению, выражены чуть больше, чем в здоровых семьях. Исходя из значений приведенных в таблице 11, можно сказать, что сочетание выраженных шкал, указывает нам на то что семьи с инвалидами по зрению имеют уровень «конформности» и «зависимости» незначительно выше, чем здоровые семьи. «Конформность» - проявляется на стыке таких ведущих тенденций как «тревожность» и «сензитивность»: конформность как стиль поведения базируется на типологических свойствах неуверенности в себе, и избыточной ориентированности на общепринятые нормы поведения. «Зависимость» как стиль взаимодействия с микросоциумом оказалась тесно связанной с такими типологическими свойствами как «интроверсия» (склонность к уходу в мир идеалов, застенчивость, замкнутость) и «сензитивность» (чувствительность и ранимость в отношении средовых воздействий с выраженной потребностью к глубокой и постоянной привязанности и защите со стороны более сильной личности), так эти

тенденции создают почву для поведения, направленного на избегания конфликта и поиска щадящей социальной ниши. Обе группы не склонны к аггравации и имеют значения равные  $0,71 \pm 0,84$  для семей с инвалидами и  $1,24 \pm 1,98$  для здоровых лиц.

Таблица 12. Дисперсионный анализ по методике «Индивидуально-типологический опросник».

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Лож	Между группами	0,735	1	0,735	0,303	0,586
	Внутри групп	77,529	32	2,423		
	Всего	78,265	33			
Аггравация	Между группами	2,382	1	2,382	1,022	0,320
	Внутри групп	74,588	32	2,331		
	Всего	76,971	33			
Экстраверсия	Между группами	4,235	1	4,235	0,953	0,336
	Внутри групп	142,235	32	4,445		
	Всего	146,471	33			
Спонтанность	Между группами	4,235	1	4,235	0,899	0,350
	Внутри групп	150,824	32	4,713		
	Всего	155,059	33			
Агрессивность	Между группами	4,971	1	4,971	1,473	0,234
	Внутри групп	108,000	32	3,375		
	Всего	112,971	33			
Ригидность	Между группами	0,735	1	0,735	0,357	0,554

	Внутри групп	65,882	32	2,059		
	Всего	66,618	33			
Интроверсия	Между группами	1,882	1	1,882	0,306	0,584
	Внутри групп	197,059	32	6,158		
	Всего	198,941	33			
Сензитивность	Между группами	21,441	1	21,441	6,523	0,016
	Внутри групп	105,176	32	3,287		
	Всего	126,618	33			
Тревожность	Между группами	2,382	1	2,382	0,648	0,427
	Внутри групп	117,647	32	3,676		
	Всего	120,029	33			
Лабильность	Между группами	3,559	1	3,559	1,816	0,187
	Внутри групп	62,706	32	1,960		
	Всего	66,265	33			

Для выявления частных воздействий вышеуказанных факторов на отдельные шкалы приводим одномерные критерии влияния. На основе данных, представленных в таблице 6, можно говорить о том, что значимое влияние фактор «Группа» производит на шкалу «Сензитивность». Значения данного показателя составляют  $6,53 \pm 2,03$  для семей с инвалидами и  $4,94 \pm 1,56$  для здоровых лиц ( $p \leq 0,016$ ).

#### **4.5. Сравнительный анализ значений по методике «Шкала семейного окружения» в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях.**

Для оценки микросоциального климата в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась методика «Шкала семейного окружения» (ШСО). Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью сравнения средних результатов и многомерного однофакторного дисперсионного анализа.

Фактором, влияющим на зависимые переменные, был фактор «Группа» (семьи с инвалидами по зрению и здоровые семьи). Зависимыми переменными являлись шкалы методики «ШСО»: «сплочённость», «экспрессивность», «конфликт», «независимость», «ориентация на достижения», «интеллектуально-культурная ориентация», «ориентация на активный отдых», «мораль и нравственность», «организация», «контроль». Результаты сравнения представлены в таблице 13. На основе полученных данных видим, что в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях статистически значимое значение имеет шкала сензитивности.

Таблица 13. Сравнение средних значений по методике «ШСО»

		сп ло чѐ нн ос ть	экс пр есс ив но сть	ко нф ли кт	не зав ис им ос ть	ор ие нт ац ия на до ст иж ен ия	инт елл ект уал ьно - кул ьту рна я ори ент аци я	ор ие нт ац ия на акт ив ны й от ды х	мо ра ль и нр авс тве нн ос ть	ор га ни зац ия	ко нт ро ль
Се мь и с ин ва ли да ми по зр ен и ю	Среднее значение	7,41	6,29	5,82	6,06	5,47	5,29	5,76	5,47	5,82	3,53
	Стандартная отклонения	1	1,105	2,128	1,298	1,546	2,054	1,437	1,179	1,811	1,736
	Стандартная ошибка среднего значения	0,243	0,268	0,516	0,315	0,375	0,498	0,349	0,286	0,439	0,421
	Сумма	126	107	99	103	93	90	98	93	99	60
	Минимум	6	4	2	3	1	1	3	4	3	1
	Максимум	9	8	9	8	8	8	8	7	9	8
	Дисперсия	1,007	1,221	4,529	1,684	2,390	4,221	2,066	1,390	3,279	3,015
	Среднее значение	7,35	6,24	7,00	5,71	6,65	5,71	6,71	5,65	6,59	4,12
Се мь и бе з ин ва ли до в по зп	Стандартная отклонения	1,169	1,251	1,458	0,849	1,272	1,572	1,572	1,412	1,698	1,409
	Стандартная ошибка среднего значения	0,284	0,304	0,354	0,206	0,308	0,381	0,381	0,342	0,412	0,342
	Сумма	125	106	119	97	113	97	114	96	112	70
	Среднее значение	7,35	6,24	7,00	5,71	6,65	5,71	6,71	5,65	6,59	4,12

У р е н и ю	Минимум	4	4	2	4	3	3	3	3	2	2
	Максимум	9	8	8	7	9	8	9	8	9	7
	Дисперсия	1,36 8	1,56 6	2,12 5	0,72 1	1,61 8	2,471	2,47 1	1,99 3	2,88 2	1,98 5

Исходя из полученных результатов, можно утверждать, что в обеих группах уровень сплоченности высокий ( $7,41 \pm 1,00$  для семей с инвалидами и  $7,35 \pm 1,16$  для здоровых лиц). Такие показатели сплоченности присутствуют в семье, в которой члены семьи заботятся друг о друге, помогают друг другу и имеется выраженное чувство принадлежности к семье. По остальным показателям, шкалы «экспрессивность», «независимость», «интеллектуально-культурная ориентация», «ориентация на активный отдых», «мораль и нравственность», «организация» и «контроль» находятся в пределах нормы и не дают значимых отличий. Шкалы «конфликт» (значение  $5,82 \pm 2,12$  для семей с инвалидами и  $7,00 \pm 1,45$  для здоровых лиц) и «ориентация на достижения» (значение  $5,47 \pm 1,54$  для семей с инвалидами и  $6,65 \pm 1,27$  для здоровых лиц) имеют выраженное значение в семьях без инвалидов по зрению, уровень конфликта имеет степень, в которой открытое выражение гнева, агрессии и конфликтных взаимоотношений в целом характерно для семьи, уровень ориентации на достижения имеет уровень, в которой разным видам деятельности (учебе, работе и другой деятельности) придается характер достижения и соревнования. Обе шкалы достоверны в ходе дисперсионного анализа, значение  $p \leq 0,069$  является тенденцией по шкале конфликта, а по шкале ориентации на достижения  $p \leq 0,021$ . Результаты дисперсионного анализа представлены в таблице 14.

Таблица 14. Дисперсионный анализ по методике «Шкала семейного окружения»

	Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
--	--------------------	--------	--------------------	---	-------

Сплочённость	Между группами	0,029	1	0,029	0,025	0,876
	Внутри групп	38,000	32	1,188		
	Всего	38,029	33			
Экспрессивность	Между группами	0,029	1	0,029	0,021	0,885
	Внутри групп	44,588	32	1,393		
	Всего	44,618	33			
Конфликт	Между группами	11,765	1	11,765	3,536	<b>0,069</b>
	Внутри групп	106,471	32	3,327		
	Всего	118,235	33			
Независимость	Между группами	1,059	1	1,059	0,881	0,355
	Внутри групп	38,471	32	1,202		
	Всего	39,529	33			
Ориентация на достижения	Между группами	11,765	1	11,765	5,872	<b>0,021</b>
	Внутри групп	64,118	32	2,004		
	Всего	75,882	33			
Интеллектуально-культурная ориентация	Между группами	1,441	1	1,441	0,431	0,516
	Внутри групп	107,059	32	3,346		
	Всего	108,500	33			
Ориентация на активный отдых	Между группами	7,529	1	7,529	3,319	0,078
	Внутри групп	72,588	32	2,268		



	Всего	80,118	33			
Мораль и нравственность	Между группами	0,265	1	0,265	0,157	0,695
	Внутри групп	54,118	32	1,691		
	Всего	54,382	33			
Организация	Между группами	4,971	1	4,971	1,613	0,213
	Внутри групп	98,588	32	3,081		
	Всего	103,559	33			
Контроль	Между группами	2,941	1	2,941	1,176	0,286
	Внутри групп	80,000	32	2,500		
	Всего	82,941	33			

#### **4.6. Сравнительный анализ значений отношения родителей (прежде всего, матерей) к разным сторонам семейной жизни по методике «Parental Attitude Research Instrument» в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях.**

Для изучения родительских установок в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась методика «Parental Attitude Research Instrument» (PARI). Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью сравнения средних результатов и многомерного однофакторного дисперсионного анализа.

Фактором, влияющим на зависимые переменные, был фактор «Группа» (семьи с инвалидами по зрению и здоровые семьи). Зависимыми переменными являлись шкалы методики «PARI»: «зависимость от семьи», «ощущение самопожертвования», «семейные конфликты», «сверхавторитет родителей», «неудовлетворенность ролью хозяйки», «безучастность мужа», «доминирование матери», «несамостоятельность матери», «вербализация, партнёрские отношения», «развитие активности ребёнка», «уравнённые

отношения», «раздражительность», «излишняя строгость», «уклонение от контакта», «чрезмерная забота», «подавление воли», «опасение обидеть», «исключение внутрисемейных влияний», «подавление агрессивности», «подавление сексуальности», «чрезмерное вмешательство в мир ребёнка», «стремление ускорить развитие ребёнка». В таблице 15 приведены результаты сравнения средних.

Таблица 15. Сравнение средних значений по методике «PARI»

		N	Среднее значение	Среднеквадратичная Отклонения	Среднеквадратичная ошибка	95% доверительный интервал для среднего значения		Минимум	Максимум
						Нижняя граница	Верхняя граница		
зависимость от семьи	1	17	12,00	2,424	0,588	10,75	13,25	7	17
	2	17	12,82	3,026	0,734	11,27	14,38	6	17
	Всего	34	12,41	2,732	0,468	11,46	13,36	6	17
ощущение самопожертвования	1	17	12,76	1,921	0,466	11,78	13,75	10	17
	2	17	14,71	2,173	0,527	13,59	15,82	12	20
	Всего	34	13,74	2,247	0,385	12,95	14,52	10	20
семейные конфликты	1	17	11,76	2,278	0,553	10,59	12,94	6	17
	2	17	13,59	2,575	0,625	12,26	14,91	10	20
	Всего	34	12,68	2,567	0,440	11,78	13,57	6	20
сверхавторитет родителей	1	17	14,06	2,277	0,552	12,89	15,23	10	18
	2	17	16,18	2,721	0,660	14,78	17,58	10	20
	Всего	34	15,12	2,694	0,462	14,18	16,06	10	20
неудовл ролью	1	17	10,76	2,078	0,504	9,70	11,83	7	14

хозяйки	2	17	13,41	2,501	0,607	12,13	14,70	8	18
	Всего	34	12,09	2,633	0,452	11,17	13,01	7	18
безучастность мужа	1	17	11,71	1,263	0,306	11,06	12,36	9	14
	2	17	12,18	1,425	0,346	11,44	12,91	9	15
	Всего	34	11,94	1,347	0,231	11,47	12,41	9	15
доминирование матери	1	17	11,53	2,764	0,670	10,11	12,95	6	18
	2	17	11,24	3,270	0,793	9,55	12,92	5	16
	Всего	34	11,38	2,985	0,512	10,34	12,42	5	18
несамостоятельность матери	1	17	14,18	1,879	0,456	13,21	15,14	10	17
	2	17	15,82	1,879	0,456	14,86	16,79	12	19
	Всего	34	15,00	2,030	0,348	14,29	15,71	10	19
вербализация	1	17	18,06	2,839	0,689	16,60	19,52	15	27
	2	17	16,71	1,611	0,391	15,88	17,53	14	20
	Всего	34	17,38	2,374	0,407	16,55	18,21	14	27
партнёрские отношения	1	17	13,76	2,251	0,546	12,61	14,92	11	18
	2	17	14,47	1,908	0,463	13,49	15,45	11	17
	Всего	34	14,12	2,086	0,358	13,39	14,85	11	18
развитие активности ребёнка	1	17	14,29	2,257	0,547	13,13	15,45	10	20
	2	17	16,53	2,154	0,522	15,42	17,64	12	20
	Всего	34	15,41	2,451	0,420	14,56	16,27	10	20
уравнённые отношения	1	17	15,82	1,629	0,395	14,99	16,66	12	19
	2	17	16,76	2,278	0,553	15,59	17,94	12	20
	Всего	34	16,29	2,008	0,344	15,59	16,99	12	20
раздражительность	1	17	12,47	3,243	0,786	10,80	14,14	9	19
	2	17	13,29	2,710	0,657	11,90	14,69	8	19
	Всего	34	12,88	2,972	0,510	11,85	13,92	8	19
излишняя строгость	1	17	10,59	2,501	0,607	9,30	11,87	7	16
	2	17	13,29	2,640	0,640	11,94	14,65	7	17
	Всего	34	11,94	2,881	0,494	10,94	12,95	7	17
уклонение от	1	17	11,41	2,671	0,648	10,04	12,78	7	18

контакта	2	17	10,76	2,107	0,511	9,68	11,85	7	15
	Всего	34	11,09	2,391	0,410	10,25	11,92	7	18
чрезмерная забота	1	17	12,65	2,691	0,653	11,26	14,03	9	18
	2	17	13,41	2,763	0,670	11,99	14,83	10	19
	Всего	34	13,03	2,713	0,465	12,08	13,98	9	19
подавление воли	1	17	12,65	2,396	0,581	11,41	13,88	8	17
	2	17	14,29	2,173	0,527	13,18	15,41	12	18
	Всего	34	13,47	2,402	0,412	12,63	14,31	8	18
опасение обидеть	1	17	13,18	1,704	0,413	12,30	14,05	10	16
	2	17	16,53	2,211	0,536	15,39	17,67	12	20
	Всего	34	14,85	2,584	0,443	13,95	15,75	10	20
исключение внутрисемейных влияний	1	17	11,82	2,378	0,577	10,60	13,05	8	18
	2	17	13,71	2,995	0,726	12,17	15,25	8	18
	Всего	34	12,76	2,829	0,485	11,78	13,75	8	18
подавление агрессивности	1	17	12,00	1,837	0,446	11,06	12,94	8	15
	2	17	13,47	2,787	0,676	12,04	14,90	10	21
	Всего	34	12,74	2,441	0,419	11,88	13,59	8	21
подавление сексуальности	1	17	10,82	1,629	0,395	9,99	11,66	6	13
	2	17	11,29	2,392	0,580	10,06	12,52	7	16
	Всего	34	11,06	2,029	0,348	10,35	11,77	6	16
чрезмерное вмешательство в мир ребёнка	1	17	12,76	2,047	0,497	11,71	13,82	8	16
	2	17	13,88	2,667	0,647	12,51	15,25	9	18
	Всего	34	13,32	2,409	0,413	12,48	14,16	8	18
стремление ускорить развитие ребёнка	1	17	10,71	2,664	0,646	9,34	12,08	6	17
	2	17	14,35	1,693	0,411	13,48	15,22	11	17
	Всего	34	12,53	2,873	0,493	11,53	13,53	6	17

Исходя из результатов дисперсионного анализа, можно утверждать, что показатели по шкалам: «ощущение самопожертвования», «семейные конфликты», «сверхавторитет родителей», «неудовлетворенность ролью

хозяйки», «несамостоятельность матери», «развитие активности ребёнка», «излишняя строгость», «подавление воли», «опасение обидеть», «исключение внутрисемейных влияний», «стремление ускорить развитие ребёнка» являются статистически значимыми ( $p \leq 0,051$ ). Показатели, по данным шкалам, в семьях, не имеющих инвалидов имеют средние значения значительно выше, чем семьях, в которых есть инвалиды по зрению, значит можно говорить о более высоком уровне родительских установок. На основе полученных данных, можно говорить о более высоком в семьях здоровых, уровне родительских установок, акцентированных на хозяйственно бытовую сферу, организацию быта семьи, а так же акцентированных на межсупружеские, связанные с моральной, эмоциональной поддержкой, организацией досуга, созданием среды для развития личности, собственной и партнера отношения, связи, обеспечивающие воспитание детей.

#### **4.7. Анализ структурированно интервью**

Для выявления удовлетворенности на участие других родственников в семейной жизни испытуемых и уровень их вовлеченности в нее, в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась структурированное интервью. Анализ результатов исследования осуществлялся с помощью сравнения средних результатов и многомерного однофакторного дисперсионного анализа.

Фактором, влияющим на зависимые переменные, был фактор «Группа» (семьи с инвалидами по зрению и здоровые семьи). Зависимыми переменными являлись шкалы структурированного интервью: «участие бабушек и дедушек в уходе за ребенком», «удовлетворенность присутствием бабушек и дедушек в уходе за ребенком», «степень участия бабушек и дедушек в уходе за ребенком», «устраивает ли присутствие бабушек и дедушек в обучении ребенка», «оценка участия бабушек и дедушек супруга в уходе», «уровень участия бабушек и дедушек супруга в уходе за ребенком», «участие бабушек и дедушек супруга в обучении ребенка», «устраивает

бабушек и дедушек супруга в обучении». Результаты сравнения средних значений представлены в таблице 17.

В ходе анализа результатов сравнения средних можно предположить, что в группе, где в семьях есть инвалиды по зрению, бабушки и дедушки незначительно больше вовлечены в семейную жизнь своих детей, показатели  $1,94 \pm 0,42$  для семей с инвалидами и  $2,24 \pm 0,43$  для здоровых лиц. По шкалам, которые отражают удовлетворенность участием бабушек и дедушек в обучении и уходе ребенком, можно с уверенностью сказать, что уровень неудовлетворенности в семьях не имеющих инвалидов по зрению незначительно выше, ежели в семья с инвалидами по зрению. Результаты многомерного однофакторного дисперсионного анализа представленным в таблице 18.

Таблица 17. Результаты сравнения средних значений по структурированному интервью.

		N	Среднее значение	Среднеквадратичная Отклонения	Среднеквадратичная ошибка	95% доверительный интервал для среднего значения		Минимум	Максимум
						Нижняя граница	Верхняя граница		
участие бабушек и дедушек в уходе за ребенком	1	17	1,94	0,429	0,104	1,72	2,16	1	3
	2	17	2,24	0,437	0,106	2,01	2,46	2	3
	Всего	34	2,09	0,452	0,077	1,93	2,25	1	3
удовлетворенность присутствием бабушек и дедушек в уходе за ребенком	1	17	1,06	0,243	0,059	0,93	1,18	1	2
	2	17	1,12	0,332	0,081	0,95	1,29	1	2
	Всего	34	1,09	0,288	0,049	0,99	1,19	1	2
степень участия	1	17	1,65	0,493	0,119	1,39	1,90	1	2

бабушек и дедушек в уходе за ребенком	2	17	2,12	0,600	0,146	1,81	2,43	1	3
	Всего	34	1,88	0,591	0,101	1,68	2,09	1	3
устраивает ли присутствие бабушек и дедушек в обучении ребенка	1	17	1,12	0,332	0,081	0,95	1,29	1	2
	2	17	1,06	0,243	0,059	0,93	1,18	1	2
	Всего	34	1,09	0,288	0,049	0,99	1,19	1	2
оценка участия бабушек и дедушек супруга в уходе	1	17	1,82	0,529	0,128	1,55	2,10	1	3
	2	17	2,12	0,697	0,169	1,76	2,48	1	3
	Всего	34	1,97	0,627	0,108	1,75	2,19	1	3
уровень участия бабушек и дедушек супруга в уходе за ребенком	1	17	1,29	0,470	0,114	1,05	1,54	1	2
	2	17	1,00	0,000	0,000	1,00	1,00	1	1
	Всего	34	1,15	0,359	0,062	1,02	1,27	1	2
участие бабушек и дедушек супруга в обучении ребенка	1	17	1,59	0,618	0,150	1,27	1,91	1	3
	2	17	2,06	0,899	0,218	1,60	2,52	1	4
	Всего	34	1,82	0,797	0,137	1,55	2,10	1	4
Устраивает бабушек и дедушек супруга в обучении	1	17	1,06	0,243	0,059	0,93	1,18	1	2
	2	17	1,00	0,000	0,000	1,00	1,00	1	1
	Всего	34	1,03	0,171	0,029	0,97	1,09	1	2

Таблица 18. Результаты многомерного однофакторного дисперсионного анализа.

		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Знач.
Участие бабушек и дедушек в уходе за ребенком	Между группами	0,735	1	0,735	3,922	0,056
	Внутри групп	6,000	32	0,188		
	Всего	6,735	33			
Удовлетворенность присутствием	Между группами	0,029	1	0,029	0,348	0,559

бабушек и дедушек в уходе за ребенком	Внутри групп	2,706	32	0,085		
	Всего	2,735	33			
Степень участия бабушек и дедушек в уходе за ребенком	Между группами	1,882	1	1,882	6,244	0,018
	Внутри групп	9,647	32	0,301		
	Всего	11,529	33			
Устраивает ли присутствие бабушек и дедушек в обучении ребенка	Между группами	0,029	1	0,029	0,348	0,559
	Внутри групп	2,706	32	0,085		
	Всего	2,735	33			
Оценка участия бабушек и дедушек супруга в уходе	Между группами	0,735	1	0,735	1,923	0,175
	Внутри групп	12,235	32	0,382		
	Всего	12,971	33			
Уровень участия бабушек и дедушек супруга в уходе за ребенком	Между группами	0,735	1	0,735	6,667	0,015
	Внутри групп	3,529	32	0,110		
	Всего	4,265	33			
Участие бабушек и дедушек супруга в обучении	Между группами	1,882	1	1,882	3,160	0,085
	Внутри групп	19,059	32	0,596		
	Всего	20,941	33			
Устраивает бабушек и дедушек супруга в обучении	Между группами	0,029	1	0,029	1,000	0,325
	Внутри групп	0,941	32	0,029		
	Всего	0,971	33			

Данные, представленные в таблице 18 свидетельствуют, что фактор «Группа» значимо влияет на дисперсию шкал опросника. На основе данных,



представленных в таблице 18, можно говорить о том, что значимое влияние фактор «Группа» производит на шкалы: «Участие бабушек и дедушек в уходе за ребенком» ( $p \leq 0,056$ ), «Степень участия бабушек и дедушек в уходе за ребенком» ( $p \leq 0,018$ ) и «Уровень участия бабушек и дедушек супруга в уходе за ребенком» ( $p \leq 0,015$ ). Средние показатели по этим шкалам незначительно выше у семей с инвалидами по зрению чем здоровых семей.

По результатам проведенного структурированного интервью можно с уверенностью сказать, что в семьях инвалидов, родственники чаще включены в воспитательную деятельность и уход за ребенком, следует отметить, что родители-инвалиды по зрению более лояльно относятся к тому, что бабушки и дедушки уделяют большое количество времени своим внукам, в том числе, можно сказать, что они удовлетворены эти фактом. С другой стороны, здоровые семьи более чувствительно относятся к факту участия родственников и чаще высказывают недовольство включенностью бабушек и дедушек в воспитательные процессы.

### **Обсуждение результатов**

Сравнительный анализ индивидуально-типологических особенностей испытуемых в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях, позволил выделить характеристики свойственные супругам, принадлежащим к экспериментальной и контрольной группам. Исследование подтвердило, что все супруги, принявшие участие в исследовании, являются гармоничными личностями. Однако обнаружено Индивидуально-типологические и аффективно-эмоциональные особенности супругов в каждой из групп.

В семьях с инвалидами по зрению, наблюдается повышенный уровень тревоги, большая чувствительность у супругов, можно предположить, что эти особенности влияют на большую интровертированность членов семьи, чем в семьях без инвалидов по зрению. Семьи с инвалидами по зрению чаще, характеризуются комформностью и зависимостью от социальной среды, которую очень тщательно выбирают, стараются избегать конфликтных

ситуаций, что подкрепляется их неуверенностью в себе, и избыточной ориентированности на общепринятые нормы поведения. Несмотря на отсутствие клинически выраженной депрессивной симптоматики, в семьях инвалидов значительно выше выражены депрессивные переживания, чем у супругов без инвалидности (в группе с инвалидами  $6,65 \pm 1,28$ , а в группе без инвалидов  $2,12 \pm 1,36$ , для  $p \leq 0,002$ ).

Сравнительная оценка показателей стратегий преодоления стресса в семьях с инвалидами по зрению и здоровых испытуемых показала, что во всех изучаемых группах испытуемые эффективно используют все три поведенческих стратегий, в зависимости от ситуации «Разрешение проблем», «Поиск социальной поддержки» и «Избегание проблем». Сравнительный анализ показал, что в группе семей с инвалидами по зрению вышеупомянутые копинг-стратегий используются реже, чем в группе семей без инвалидов по зрению. В семьях с инвалидами по зрению реже, чем в семьях здоровых в сложных ситуациях супруги стараются использовать все имеющиеся у них личностные ресурсы для поиска возможных способов эффективного разрешения проблемы. Реже всего в семьях с инвалидами по зрению принято избегать контакта с окружающей их действительностью и уходить от решения проблем, из за чего эти семьи редко обращаются за помощью и поддержкой к родственникам, друзьям, значимым другим, или общественным организациям.

Сравнительное изучение семейных взаимоотношений с детьми, по методике «Анализ семейных взаимоотношений» в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях, показало, что по 11 из 20 шкал опросника («Гипопротекция», «Игнорирование потребностей ребенка», «Недостаточность требований обязанностей ребенка», «Недостаточность требований-запретов», «Чрезмерность санкций», «Неустойчивость стиля воспитания», «Воспитательная неуверенность родителей », «Фобия утраты ребенка», «Неразвитость родительских чувств», «Проекция на ребенка собственных нежелательных качеств», «Вынесение конфликта между

супругами в сфере воспитания»), в семьях с инвалидами по зрению показатели выше, чем в семьях без инвалидов. В рамках нашего исследования подтвердилось, что в семьях инвалидов родители склонны к эмоциональному отвержению, и воспитывают детей по типу «Золушки». На детей излагается большое количество обязанностей при меньшем количестве требований со стороны родителей, чем к детям в здоровых семьях, что тоже отражается и в системе наказаний. В основе эмоционального отвержения лежит осознаваемое или, чаще, неосознаваемое отождествление родителями ребенка с какими-либо отрицательными моментами в собственной жизни. Ребенок в этой ситуации может ощущать себя помехой в жизни родителей, которые устанавливают в отношениях с ним большую дистанцию.

В здоровых семьях, значения выше, чем в семьях инвалидов по зрению. Различия обнаружено по 8 из 20 шкалам опросника («Гиперпротекция», «Потворствование», «Чрезмерность требований», «Чрезмерность требований-запретов », «Минимальность санкций », «Расширение сферы родительских чувств», «Предпочтение в подростке детских качеств», «Неразвитость родительских чувств»). Это в свою очередь может говорить о доминирующей гиперпротекции или склонности к ней. Ребенок остается в центре внимания родителей, которые отдают ему много сил и времени. Однако в то же время, лишают его самостоятельности, ставя многочисленные ограничения и запреты. Так же стоит отметить, что в группе с инвалидами по зрению родители предпочитают приписывать детям мужские качества, а в группах родителей без инвалидов по зрению, предпочитают приписывать детям женские качества.

На основе многомерного однофакторного дисперсионного анализа, обнаружено статистически достоверные отличия между подходами к воспитанию детей в изучаемых семьях. В семьях с инвалидами по зрению, детям предоставляется меньше требований, чем детям в здоровых семьях, что тоже отражается и в системе наказаний, так как в здоровых семьях родители чаще, чем в семьях инвалидов применяют, в качестве наказания, разные

санкции по отношению к своим детям. В семьях с инвалидами по зрению тенденцией является так же и воспитательная неуверенность родителей. В данных семьях родители не уверены в правильности того чему обучают своих детей и как готовят их к взрослой жизни. Можно предположить, что это как раз является причиной невысоких требований и легких (или отсутствия) санкций по отношению к своим детям.

Для изучения родительских установок в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась методика «Parental Attitude Research Instrument» (PARI). На основе полученных результатов по 11 шкалам из 23-х в группе семей с инвалидами по зрению выраженность показателей выше чем в семьях не имеющих инвалидов по зрению («ощущение самопожертвования», «семейные конфликты», «сверхавторитет родителей», «неудовлетворенность ролью хозяйки», «несамостоятельность матери», «развитие активности ребёнка», «излишняя строгость», «подавление воли», «опасение обидеть», «исключение внутрисемейных влияний», «стремление ускорить развитие ребёнка», для  $p \leq 0,051$ ). Это свидетельствует о более высоком уровне родительских установок, акцентированных на хозяйственно бытовую сферу, организацию быта семьи, а так же акцентированных на межсупружеские, связанные с моральной, эмоциональной поддержкой, организацией досуга, созданием среды для развития личности, собственной и партнера отношения, связи, обеспечивающие воспитание детей.

Сравнительный анализ оценки микросоциального климата в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась методика по методике «Шкала семейного окружения». На основе полученных результатов продемонстрировано, что все семьи, принявшие участие в исследовании показывают высокий уровень сплоченности.

На основе многомерного однофакторного дисперсионного анализа, обнаружено статистически достоверные отличия между уровнем конфликтов и ориентацией на достижения. Полученные результаты свидетельствуют о

том, что в семьях без инвалидов по зрению уровень семейных конфликтов выше, чем в семьях с инвалидами. Члены здоровых семей так же больше ориентированы на соревнование в достижениях различных целей.

Для выявления удовлетворенности на участие других родственников в семейной жизни испытуемых и уровень их вовлеченности в нее, в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась структурированное интервью. В ходе сравнительного анализа можно предположить подтверждено, что в группе, где в семьях есть инвалиды по зрению, бабушки и дедушки незначительно больше вовлечены в семейную жизнь своих детей, показатели  $1,94 \pm 0,42$  для семей с инвалидами и  $2,24 \pm 0,43$  для здоровых лиц. По шкалам, которые отражают удовлетворенность участием бабушек и дедушек в обучении и уходе ребенком, можно с уверенностью сказать, что уровень неудовлетворенности в семьях не имеющих инвалидов по зрению незначительно выше, ежели в семья с инвалидами по зрению.

## **Выводы**

1. Семейные пары, принявшие участие в нашем исследовании отличаются индивидуально-типологическими и аффективно-эмоциональными особенностями, такими как: тревога, сенситивность, уровень депрессии, коппинг-стратегии совладения со стрессом («Разрешение проблем», «Поиск социальной поддержки» и «Избегание проблем»).

2. Семьи с инвалидами по зрению отличаются от семей без инвалидов по зрению, такими аспектами семейной жизни как: взаимоотношение с детьми (в семьях инвалидов детям дано больше свободы, но при этом к ним предъявляются высокие требования а в семьях без инвалидов родители больше контролируют своих детей и

чаще применяют к ним наказания), родительская роль в воспитании детей, наличие семейных конфликтов.

3. Сравнительный анализ оценки микросоциального климата в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась методика по методике «Шкала семейного окружения». На основе полученных результатов продемонстрировано, что все семьи, принявшие участие в исследовании показывают высокий уровень сплоченности.

На основе многомерного однофакторного дисперсионного анализа, обнаружено статистически достоверные отличия между уровнем конфликтов и ориентацией на достижения в изучаемых семьях. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в семьях без инвалидов по зрению уровень конфликтов выше, чем в семьях с инвалидами. Члены здоровых семей так же больше ориентированы на соревнование в достижениях различных целей.

4. Для выявления удовлетворенности на участие других родственников в семейной жизни испытуемых и уровень их вовлеченности в нее, в семьях с инвалидами по зрению и здоровых семьях использовалась структурированное интервью. В ходе сравнительного анализа можно предположить подтверждено, что в группе, где в семьях есть инвалиды по зрению, бабушки и дедушки незначительно больше вовлечены в семейную жизнь своих детей, показатели  $1,94 \pm 0,42$  для семей с инвалидами и  $2,24 \pm 0,43$  для здоровых лиц. По шкалам, которые отражают удовлетворенность участием бабушек и дедушек в обучении и уходе ребенком, можно с уверенностью сказать, что уровень неудовлетворенности в семьях не имеющих инвалидов по зрению незначительно выше, ежели в семья с инвалидами по зрению.

Список литературы

1. Бюрклен К. Психология слепых: Пер. с нем. / Под ред. В. А. Гандера. М., 1934. 264 с.
2. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. - М., 1960, С.53.
3. Литвак А.Г. Психология слепых и слабовидящих: учеб. пособие / А.Г. Литвак ; Рос. гос. пед. ун-т им. А.И. Герцена. - СПб. : Изд-во РГПУ, 1998. - 271 с.
4. Литвак А.Г. Теоретические вопросы тифлопсихологии.—Л.: ЛГПИ им. А.И. Герцена.—1973.—Гл. III.
5. Методические рекомендации реабилитологам по формированию коллективов предприятий ВОС.ЗМ.: Изд-во ВОС, 1983.
6. Практикум по тифлопсихологии : учебное пособие / А.Г. Литвак, В.М. Сорокин, Т.П. Головина. – Москва : Просвещение, 1989. – 110 с. – (Учебное пособие для педагогических институтов)
7. Коваленко Б. И. Возвращение ослепших к трудовой жизни.ЗМ.: Учпедгиз, 1946.
8. Макаренко А.С. Соч. Т. 5. С. 164.
9. Бубнова Т. В. Особенности формирования пространственных представлений у учащихся школ для слепых слабовидящих детей//Дефектология.31970.3№ 4.- С. 13320.
10. Литвак А. Г. Тифлопсихология.ЗМ.: Просвещение! 1985.3Гл.
11. (Ожегов С. И., Шведова Н. Ю. Толковый словарь русского языка: 80 000 слов и фразеологических выражений / Российская академия наук. Институт русского языка им. В. В. Виноградова. — 4-е изд., дополненное. — М.: Азбуковник, 1999. — 944 с. — ISBN 5-89285-003-X.)
12. <http://nauka-pedagogika.com/pedagogika-13-00-05/dissertaciya-sotsiokulturnaya-reabilitatsiya-invalidov-po-zreniyu-v-regionalnoy-biblioteke>
13. <http://www.referatik.com.ua/subject/50/22785/?page=4>
14. [http://psychology\\_pedagogy.academic.ru/999/Абилитация](http://psychology_pedagogy.academic.ru/999/Абилитация)

15. Клиническая психология: учебник для вузов, 4-е издание. / под ред. Карвасарского. - СПб.: Питер, 2010. - 864 с.: ил. - (серия "учебник для вузов")

16. Чепурышкин И. К вопросу о сущности понятия «абилитация» как педагогический феномен // *Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии*: сб. ст. по матер. I междунар. науч.-практ. конф. № 1. Часть IV. – Новосибирск: СибАК, 2010.

16. *Amirkhan J. H.* A factor analytically derived measure of coping: the coping strategy indicator // *J. Personal. Soc. Psychol.* 1990. V. 59. P. 1066–1074.

17. <http://psychok.net/testy/592-shkala-test-oprosnik-depressii-beka-kognitivnaya-terapiya-beka-ili-kak-vyjti-iz-depressii>

18. Гоголева Т. И. *Взаимоотношения супругов как фактор семейного воспитания* // *Научно-методический электронный журнал «Концепт»*. – 2015. – Т. 19. – С. 81–85. – URL: <http://e-koncept.ru/2015/95189.htm>.

1. Е.Ю. Борисова, Т.Б. Исаева С 83 *Семья и семейные взаимоотношения. Family and Family Relationship: учебное пособие / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. - Красноярск, 2016. - 72 с*
2. Обозов Н.Н. *Диагностика супружеских затруднений. -М., 2007. -196с.*
3. Эйдемиллер Э.Г. *Психология и психотерапия семьи. -СПб.: Питер, 2009. -656с.*
4. Левченко И.Ю. *Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. - М.: Просвещение, 2008.*
5. [5] Миронова М.В. *Влияние семьи на жизненный путь ребенка-инвалида: Дис. ...канд. социол. наук., Екатеринбург 2009.*
6. [6] Набойченко Е.С. *Психологическое сопровождение развития детей и подростков с атипичными особенностями внешности: Дис. ...канд. пед. наук, Екатеринбург 2009*



7. Галасюк И.Н., Краснова О.В. Введение в психологию инвалидности: учебник /Под ред. О.В. Красновой. М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 2011
8. Янковская Ю.И. Инновационные образовательные технологии. 2016. № 4 (48). С. 43-46.
9. Шинина Т.В. Актуальные проблемы психологического знания. 2011. № 1. С. 87-93.
10. Федюкович Н. И. Ф 32 Анатомия и физиология человека: Учебное пособие. Изд. 2-е. — Ростов н/Д: изд-во: «Феникс», 2003. - 416 с.).
11. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии: В 2 т. М.: Педагогика, 1989. Т. II. С. 190-200
12. Скребицкий А.И. Воспитание и обучение слепых и их признание на Западе. -СПб., 1903. С. 106.
13. Бюрклен К. Психология слепых. - М., 1934, С. 231.)
14. Величковский Б. Б., Козловский С. А. Рабочая память человека: фундаментальные исследования и практические приложения // Интеграл. — 2013. — Т. 68, № 6. — С. 14–16. НИЦ «Курчатовский институт» ( г. Москва); МГУ им. М.В. Ломоносова)
15. Земцова М.Й. Пути компенсации слепоты. - М., 1956. С. 419.
16. Thomas J. Carroll Blindness: what it is, what it does, and how to live with it., Little, Brown 1961 pg.30
17. London, Baker, 1971. Blank, H.R.: Psychoanalysis and blindness. Psychoanalytic Quarterly, 26:1–24, 1957.
18. Вахромов Е.Е. Психологические концепции развития человека: теория самоактуализации: учебное пособие / Е.Е. Вахромов. - М., 2001

19. КРИВОДОНОВА ЮЛИЯ ЕВГЕНЬЕВНА, ДЕНИСОВА ОКСАНА ПЕТРОВНА Адаптивные механизмы социализации личности в ходе её реабилитации // Вектор науки Тольяттинского государственного университета. Серия: Педагогика, психология. 2014. №3. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/adaptivnye-mehanizmy-sotsializatsii-lichnosti-v-hode-eyo-reabilitatsii> (дата обращения: 16.05.2017).
20. Позднякова О. В. Социальная адаптация как стадия социализации личности // Социально-экономические явления и процессы. 2011. №5-6. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/sotsialnaya-adaptatsiya-kak-stadiya-sotsializatsii-lichnosti> (дата обращения: 16.05.2017).
21. Дубровин Д. Н. Психологическая адаптация как фактор личностного самоопределения: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2005. С. 5.
22. Парыгин Б. Д. Основы социально-психологической теории. М., 1980. С. 164-165.
23. Андреева Г. М. Социальная психология. М., 2008.
24. Налчаджян А. А. Социально-психическая адаптация личности (формы, механизмы и стратегии). Ереван, 1988. С. 9.
25. Телешева С. В. О методологических основаниях проблемы профессионального самоопределения // Известия ЮФУ. Технические науки. 2006. №14. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/o-metodologicheskikh-osnovaniyah-problemy-professionalnogo-samoopredeleniya> (дата обращения: 16.05.2017).
26. Ярская-Смирнова Е.Р., Наберушкина Э.К. Я77 Социальная работа с инвалидами. Учеб. пособие. Издание 2-е, переработанное и дополненное. Санкт-Петербург: Изд-во «Питер», 2004. 316 с.:
27. Молчанова О.Н. Самооценка: стабильность или изменчивость? // Психология. Журн. ВШЭ. 2006. № 2.
28. Amer. Psychologist. 1977. Vol. 32. P. 329-338. Hoge D, McCarthy J. Influence of individual and group identity salience in the global self-esteem of youth // J. Pers. and Soc. Psychol. 1984. Vol. 47. N 3.
29. Моросанова В.И. Индивидуальные особенности осознанной саморегуляции произвольной активности человека // Вестник московского университета. Серия 14. Психология. 2010. № 1. С. 36-50.

30. Гапоненко Марина Николаевна Особенности формирования самооценки, мотивации успеха и самоконтроля в юношеском возрасте // Теория и практика общественного развития. 2012. №7. URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-formirovaniya-samoootsenki-motivatsii-uspeha-i-samokontrolya-v-yunosheskom-vozhraсте> (дата обращения: 16.05.2017).
31. Психология семейных отношений с основами семейного П 86 консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведе- ний / Е. И.Аргамонова, Е. В. Екжанова, Е. В.Зырянова и др.; Под ред. Е. Г. Силаевой. — 3-е изд., стер. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 192 с.)
32. Э. Эйдемиллер, В. Юстицкис - 4-е издание, переработанное и дополненное. - Санкт-Петербург [и др.] : Питер, 2008. - 672 с. - (Мастера психологии).