

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра психологии и педагогики детства

ДАНИЛОВА НАДЕЖДА МИХАЙЛОВНА

МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ К
СЕМЕЙНЫМ РОЛЯМ И ОТНОШЕНИЯ К ИХ ЧАСТО БОЛЕЮЩИМ
ДЕТЯМ 8-9 ЛЕТ**

Направление подготовки 44.04.02 Психолого-педагогической образование
Направленность (профиль) образовательной программы
Психология семьи и семейное консультирование

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой
канд. психол. наук, доцент Груздева О.В.

Руководитель магистерской программы
канд. психол. наук, доцент Арамачева Л.В.

Научный руководитель
канд. пед. наук, доцент Старосветская Н.А.

Обучающийся
Данилова Н.М.

Оценка _____

Красноярск 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ К СЕМЕЙНЫМ РОЛЯМ И ОТНОШЕНИЯ К СВОИМ ДЕТЯМ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СОСТОЯНИЯ ИХ ЗДОРОВЬЯ.....	8
1.1 Психологические особенности развития часто болеющего ребенка.....	8
1.2 Семейная роль как объект социально-психологического исследования ..	14
1.3 Исследования проблем родительского отношения в семьях с часто болеющими детьми	19
Выводы по главе 1.....	29
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ОТНОШЕНИЯ МАТЕРЕЙ К СЕМЕЙНЫМ РОЛЯМ И ОТНОШЕНИЯ К ИХ ЧАСТО БОЛЕЮЩИМ ДЕТЯМ 8-9 ЛЕТ	31
2.1 Организация и методы исследования.....	31
2.2 Результаты исследования родительского отношения и отношения к семейным ролям матерей часто болеющих детей 8-9 лет.....	34
2.3 Содержание психолого-педагогической работы с матерями часто болеющих детей	44
2.4 Выявление эффективности психолого-педагогической работы по оптимизации взаимоотношений матери и часто болеющего ребенка младшего школьного возраста.....	51
Выводы по главе 2.....	57
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	60
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	64
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	70

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время, институт семьи переживает кризис, который в первую очередь отражается на детско-родительских отношениях, ослабевают социальные связи между родителями и детьми, увеличивается рост семейных конфликтов и агрессии, снижается качество родительской компетентности. Именно поэтому, проблемы семьи и родительских отношений считаются особенно актуальными. На этом фоне, в последние годы, в России особую актуальную психологическую, социальную и медицинскую проблему представляет собой уровень детской заболеваемости. Негативные тенденции, имеющие свойство увеличиваться в геометрической прогрессии, вызывают у специалистов области здоровья детей обеспокоенность такой ситуацией. Растет число заболеваемости у обучающихся начальной школы, и как следствие увеличивается число учащихся, имеющих соматический статус «часто болеющий ребёнок». Чаще всего, дети дошкольного и младшего школьного возраста определяют группу «часто болеющих детей». Такие дети более 4 раз в год болеют респираторными заболеваниями, а также у них происходит рецидив хронических заболеваний. Статистические данные, за минувшие несколько лет, определяют, что количество часто болеющих обучающихся начальной школы в возрасте до 10 лет выросло на 19,3%. Исходя из этого, на долю часто болеющих учащихся приходится в среднем 51,5% всех заболеваний детей младшего школьного возраста по данным научного центра здоровья детей РАМН за 2018 год.

Как следствие частых болезней, ребенок меньше посещает школу и его жизнь сконцентрирована в кругу семьи. Как правило, основной уход за ребенком в это время в таком возрасте осуществляет мать, следовательно, основное воздействие, преимущественно социализирующее, ребёнок получает от матери. К этиологическим факторам повышенной заболеваемости детей в младшем школьном возрасте также можно отнести изменения в системе детско-родительских отношений и некоторые изменения особенности личности последних, в особенности матерей часто болеющих школьников в

возрасте 8-9 лет.

Зачастую, исследователи рассматривают специфику общения ребенка со взрослыми (родителями) относительно категории здоровых детей (Е.О. Смирнова; Г.Г. Филипова; М.Н. Панфилова). То количество, доступных и изученных в психологии подходов по изучению общения младших школьников с их родителями, в большинстве своем направлены на изучение таких аспектов как уровни, механизмы и т.п. Некоторыми исследователями также рассматривается вопрос об особенностях общения с родителями часто болеющих школьников, находящихся в особой ситуации социального развития, которая характеризуется, неэффективным родительским отношением к ребенку. Несмотря на это, в психологии наблюдается острая нехватка практических и научных аспектов данной проблемы: насчитывается малое количество действительно эффективных коррекционных программ, направленных на оптимизацию детско-родительских отношений в семье с часто болеющим ребенком младшего школьного возраста (8-9 лет) которые также способствуют улучшению соматического статуса такого ребёнка.

Цель исследования: изучить особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям.

Объект исследования: отношение матерей к семейным ролям и к их часто болеющим детям.

Предмет исследования: особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям 8-9 лет.

Гипотеза исследования:

1. Существует взаимосвязь родительского отношения матери в семье с часто болеющим ребенком 8-9 лет и ее отношения к семейной роли.

2. При наличии симбиотической связи и авторитаризма в типе родительского отношения, матери часто болеющего ребенка свойственно наличие таких особенностей отношения к социальной роли, как неудовлетворенность ролью хозяйки, зависимость от семьи и сверхавторитет.

В соответствии с поставленной целью, выдвинутым и предметом, и гипотезой исследования сформулированы следующие задачи:

1. Исследовать особенности развития часто болеющего ребенка.
2. Проанализировать понятие «семейная роль» как объект социально-психологического исследования.
3. Исследовать проблемы родительского отношения в семьях с часто болеющими детьми
4. Эмпирически изучить отношение матерей к семейным ролям и родительское отношение к их часто болеющим детям.
5. Выявить взаимосвязь отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям.
6. Разработать и апробировать систему коррекционно-развивающих мероприятий для оптимизации взаимоотношений между матерями и их часто болеющими детьми.

Методологической основой исследования стали следующие базовые положения:

– системный подход Б.Ф. Ломова, предполагающий изучение самого явления и системы детерминант, вызывающих, усиливающих или преодолевающих негативные явления;

– детерминистский подход (В.Г. Асмолов, Л.И. Божович, Б.Ф. Ломов, А.В. Петровский и др.);

– деятельностный подход (П.Я. Гальперин, В.В. Давыдов, А.Н. Леонтьев С.Л. Рубинштейн и др.).

Теоретической основой исследования выступают работы Л.С. Выготского о социальной ситуации развития, которые служат важнейшим условием культурного развития ребенка; основные положения о роли родительских установок, установок и родительских отношениях в развитии детей (А.Я. Варга, Е.О. Смирнова, А.С. Спиваковская и др.); теоретические положения о единстве природы механизмов психического развития, действующих в норме и патологии (Б.С. Братусь, Л.С. Выготский, Б.В. Зейгарник, В.В. Николаева); концепция Д.Б. Эльконина о роли и значении ведущей деятельности в развитии ребенка.

Методы исследования:

– Теоретические: теоретический анализ и систематизация данных по проблеме взаимоотношений родителей и детей по отношению к часто болеющим детям в психологической, педагогической и медицинской литературе, о семейной роли матери в семье с часто болеющим ребенком.

– Эмпирические: эмпирический способ сбора данных: индивидуальные медицинские карты ребенка для оценки состояния здоровья (форма № 086/у); опросные методы: тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин), опросник родительских установок, методика PARI (Е.С Шефер, Р.К. Белл).

– Методы математической статистики: расчёт коэффициента корреляции Спирмена.

Исследование было проведено на базе муниципальной автономной общеобразовательной школы г. Красноярска. В исследовании приняли участие 60 человек. 15 матерей, чьи дети относятся к группе редко болеющих детей; 15 матерей, чьи дети относятся к группе часто болеющих детей; 15 детей, относящихся к группе часто болеющих детей, 15 детей, относящихся к группе редко болеющих детей.

Исследование проходило в четыре этапа в период с 2018 г. по 2020 г.:

1. Подготовительный этап (2018 г. по 2019 г.) основывался на теоретическом изучении проблемы исследования, а именно изучение особенностей взаимосвязей отношения матери к семейной ролям и отношению к ее часто болеющему ребёнку в возрасте 8-9 лет и степени актуальности; определение диагностического инструментария и эмпирической выборки;

2. Констатирующий этап (2019 г.) был основан на уточнении теоретических позиций исследования, проведении выбранных диагностических методик по определению взаимосвязей отношения матери к семейной роли и отношению к ее часто болеющему ребенку, обработки и систематизации полученных данных.

3. Формирующий этап (2019 г. по 2020 г.) состоял из создания и

апробации программы, на основе полученных данных, направленной на оптимизацию детско-родительских отношений в семье с часто болеющим ребенком 8-9 лет, систематизировались и обобщались данные по проделанной работе.

4. Описательно-аналитический этап (2020 г.) включал в себя обобщение, обработку и предоставления в текстовом формате результатов проведенного исследования в соответствии с квалификационными требованиями, предъявленными к диссертационной работе.

Результаты исследования апробированы в рамках XX международного научно-практического форума студентов, аспирантов и молодых ученых «Молодежь и наука XXI века» (Красноярск, 2019 г.); в рамках VIII Международного- образовательного форума «Человек, семья и общество: история и перспективы развития» (Красноярск, 2019 г.); в рамках психолого-педагогических чтений памяти Л.В. Яблоковой (Красноярск, 2019 г.); в рамках XX международного научно-практического форума студентов, аспирантов и молодых ученых «Молодежь и наука XXI века» (Красноярск, 2020) в декаднике наук института психолого-педагогического образования памяти М.Н. Высоцкой «Научный портал 2020». Помимо этого, диссертационные результаты исследования апробированы внедрены в практику муниципального автономного общеобразовательного учреждения средней школы № 7 с углубленным изучением отдельных предметов г. Красноярск.

По теме исследования изданы две публикации: опубликованы две статьи в сборнике «Современное психолого-педагогическое образование», материалы международных психолого-педагогических чтений памяти Л.В. Яблоковой, Красноярск 2019 г., электронное издание.

Диссертация содержит введение, две главы, заключение, библиографический список, приложения. В тексте имеются рисунки и таблицы.

Глава 1. Теоретический анализ взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к своим детям младшего школьного возраста в зависимости от состояния их здоровья

1.1 Психологические особенности развития часто болеющего ребенка

Термин «часто болеющие дети» общеизвестен в медицине это ребенок, который болеет более 4 раз в год. Ребенок не только часто болеет, но и болеет в течение длительного времени (более 10-14 дней). Хронически больные дети также могут быть классифицированы как часто болеющие дети. Хроническая болезнь определяется как болезнь, которая длится дольше шести месяцев. Этот тип болезни представляет собой биопсихосоциальный опыт, который означает, что существует непрерывная комбинация биологических, психологических и социальных факторов, которые определяют, что ребенок имеет хроническое заболевание.

Наиболее распространенные жалобы на наличие хронической болезни в педиатрии включают головные боли, периодические боли в животе и общую мышечно-скелетную боль, включая боли в конечностях и спине. Боль без какой-либо известной причины также часто встречается у детей. Из-за уникального сочетания биологических, психологических и социальных факторов у каждого ребенка источник хронической болезни может быть очень сложным. Постоянная боль часто вызывает другие паттерны (например, плохая осанка, снижение физической активности) или психологические изменения, которые затрудняют понимание и лечение.

Хроническая боль воздействует на всю нервную систему и может привести к тому, что нервная система «закручивается» и остается в постоянном состоянии высокой реактивности. У детей хроническая болезнь часто связана с пропуском школы, затруднением поддержания социальных контактов, снижением участия в развлекательных мероприятиях и снижением качества жизни, связанного со здоровьем. Многие исследования показывают, что примерно 30% детей в возрасте до 10 лет имеют различные хронические заболевания.

На сегодняшний день существует большое количество трактовок, определений категории часто болеющих детей. Говоря об этой группе (возможно также обозначение «часто или длительно болеющий ребенок»), подразумевают тех детей, у которых происходит частый рецидив хронических заболеваний, а также частые острые респираторные инфекции. У некоторых детей, кажется, всегда есть признаки простуды. Они простужаются один за другим. И многие родители задаются вопросами о причинах возникновения частых простуд и о наличии проблем с иммунной системой их ребёнка. Правда в том, что дети начинают болеть примерно после шести месяцев, когда иммунитет, который они получили от своей мамы, исчезает, и им приходится создавать свою собственную иммунную систему.

Младенцы, малыши и дошкольники заболевают примерно от четырех до пяти простуд в год. В школьном возрасте они переносят в среднем от двух до четырех простуд в год. Подростки достигают взрослого уровня одной - двух простуд в год.

Основная причина того, что ребенок получает все эти инфекции, заключается в том, что он или она постоянно подвергается воздействию новых вирусов. Вирусы повсюду, независимо от того, сколько вы дезинфицируете и очищаете. Существует, по меньшей мере, 200 различных вирусов простуды, и они становятся все сложнее, постоянно мутируя.

Тело ребенка создаст защиту или иммунитет против этих вирусов, когда он или она подвергается их воздействию, но это требует времени. Требуется много лет, чтобы создать иммунитет к вирусам. Ребенок будет подвергаться большему воздействию, если он или она посещает детский сад или дошкольное учреждение. Старшие братья и сестры также являются отличными носителями вируса, доставляемого из школы домой.

Простуда чаще встречается в многодетных семьях, поскольку вирус обходит дом и обратно. Скорость простуды утраивается зимой. Не из-за холодного воздуха, а потому, что люди, как правило, проводят больше времени в людных местах в помещении, вдыхая рециркулирующий воздух.

Многие родители обеспокоены тем, что у их ребенка есть серьезное

заболевание, потому что у него много простудных заболеваний. Ребенок с заболеванием иммунной системы не простужается больше, чем средний ребенок. Разница в том, что у ребенка с иммунитетом возникнут проблемы с выздоровлением после болезни, и в результате этого он часто госпитализируется на длительное время. Они также будут иметь многочисленные серьезные инфекции каждый год, такие как пневмония или фурункулы на коже. Кроме того, ребенок с серьезным заболеванием не очень хорошо прибавляет в весе и не выглядит хорошо между инфекциями.

В России особую актуальную психологическую, социальную и медицинскую проблему представляет собой рост детской заболеваемости. Увеличивается уровень, а, следовательно, растет число детей, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок». (В.В. Николаева; В.Ю. Альбицкий; В.А. Ковалевский). Группу «часто болеющих детей» как правило, определяют дети старшего дошкольного возраста и младшего школьного возраста. Такие дети более 4 раз в год болеют респираторными заболеваниями, а также у них происходит рецидив хронических заболеваний.

Факторы, вызывающие частые заболевания детей младшего школьного возраста условно можно разделить на три группы. Первая группа, это медицинские факторы, которые включают в себя:

- неблагоприятные условия перинатального периода;
- неблагоприятное постнатальное развитие;
- заболевания, связанные с иммунной системой;
- низкая медицинская ответственность семьи, отказ от медицинской помощи или же несоблюдение предписаний и рекомендаций врача, неправильный уход за ребенком;

- неправильное или плохое питание ребенка.

Экологические факторы:

- критические условия труда родителей;
- неблагоприятные экологические условия в месте проживания;
- плохие условия жизни;
- наличие у родителей вредных привычек и низкий уровень знания

гигиенических норм.

К социальным факторам относится:

- низкий уровень дохода семьи;
- недостаточный уровень образования родителей;
- низкий уровень воспитания самих родителей;
- неполная семья;
- семейные конфликты;
- низкий уровень родительской компетентности.

Начало посещения ребёнком школы (других образовательных учреждений) считается предрасполагающим фактором частых болезней ребёнка. Другими словами, адаптация ребенка к школе довольно сложный психологический и физиологический процесс. Для некоторых также может быть стрессом говорить о своем состоянии здоровья с друзьями и учителями. Ребенок может не знать, что сказать или сколько информации можно сообщить своим друзьям или учителям о своем здоровье.

Наличие хронических инфекций может привести к задержкам физического развития, сенсбилизации. У заболевших детей отмечается склонность к развитию различных психологических проблем, или как их часто называют «комплексы». В первую очередь, таковым является «комплекс неполноценности», чувство неуверенности. Ввиду частых заболеваний, невозможности жить полноценной жизнью для своего возраста. Ему трудно заводить и поддерживать друзей, особенно если он часто пропускает школу из-за медицинских приемов или госпитализации. Все это может привести к социальной дезадаптации (ребёнок может избегать сверстников, стать грубым, замкнутым и раздражительным). Помимо этого, перерывы могут привести к тому, что ребенок отстанет в учебе, и это повлияет на его оценки, что также может послужить причиной образования комплекса неполноценности.

Неоднозначное отношение к состоянию здоровья является характерной чертой часто болеющих детей. Болеющие учащиеся, зачастую, связывают причины болезни с вредной едой «fast food», с нарушением режима дня, даже с тем, что они когда-то забыли помыть руки.

С одной стороны, ребёнок становится ограниченным в своих действиях, многое становится под запретом, нельзя гулять, видеться с друзьями из-за необходимости лечения и соблюдения постельного режима. И тогда ребёнок понимает, что болезнь отягощает ему жизнь. Вследствие несоблюдения этих рекомендаций можно даже оказаться в больнице.

С другой стороны, для большинства детей, болезненное состояние единственная возможность стать ближе к матери, получить от нее недостающую заботу и внимание, а также освободиться от некоторых обязанностей, которые им нужно выполнять, будучи здоровыми.

Труды многих исследователей по данной теме определили, что учащиеся, болеющие чаще, чем их сверстники обладают другой ситуацией социального развития. Данные исследования основываются на психосоматическом и на биопсихосоциальном подходах, где определяется роль биологических, психологических и социальных факторов, которые учувствуют в формировании соматических и хронических заболеваний [16; 31].

Особую важность в этом вопросе, составляет изучение системы взаимоотношений родителей и больного ребёнка. В ситуации болезни, родители являются самыми важными и первыми социальными товарищами их ребёнка. Отклонения от нормы в детско-родительских отношениях в такой семье может стать «спусковым крючком» в ухудшении состояния ребёнка и образовании у него отклонений в личностном и психическом развитии.

Изучая литературу по данной теме можно выделить несколько отличительных характеристик такого ребёнка:

- инфантильность;
- повышенная тревожность;
- проблемы в общении со сверстниками;
- зависимость от родителей.

Наблюдается общая тенденция в развитии всей системы психологических наук, так как разработчики основных методик зарубежной и отечественной психологии (Д. Маерс; К. Флейк-Хобсон; А.В. Петровский;

Ю.Л. Ханин; Е.О. Смирнова; К.А. Абульханова-Славская), определяют повышенный интерес к проблеме детского общения.

Абсолютно доказано, что родитель является образцом поведения для своего ребенка и неотъемлемым условием в развитии его общения с социумом. Активность ребенка в общении является один из основных пунктов эффективности общения, помимо этого, как отдельный компонент выделяется психологическое благополучие ребёнка. Воспитание ребенка с хроническим заболеванием может стать проблемой для всей семьи. Эмоции, такие как гнев, грусть и беспокойство в сочетании с инвазивными медицинскими процедурами, побочными эффектами лекарств и нарушениями семейного распорядка, могут привести к нестабильной психологической обстановке в домашних условиях.

Таким образом, в ходе теоретического анализа были выявлены следующие психологические особенности развития часто болеющего ребенка: им свойственны ярко выраженная тревожность, наличие различных комплексов, неуверенность в себе, повышенное чувство страха, зависимость от семьи (прежде всего от матери), а также быстрая утомляемость. Таким детям сложно находить общий язык с окружающими, трудно заводить друзей. Их эмоции поверхностны, не возникает глубоких чувств. К задержке развития личности т.е. инфантилизму, приводит изменение социальной ситуации развития. Такие дети непосредственны и несамостоятельны. У них отсутствует устойчивость внимания, не могут регулировать свое поведение, объективно и адекватно оценивать ситуацию и изменять поведение, согласно внешним условиям.

1.2 Семейная роль как объект социально-психологического исследования

Для понимания семьи как социального института анализ взаимоотношений ролей в семье имеет большое значение. Роль семьи является одной из самых главных социальных ролей человека в обществе. Семейные роли определяются функциями и местом субъекта в определённой семейной группе. Семейные группы бывают межпоколенные и внутрипоколенные (бабушка, дедушка), семейные (муж, жена), родители (отец, мать), ребёнок (дочь, сестра, брат, сын).

Многие проблемы лежат на стыке социально-психологического и социологического аспектов изучения семьи. Современная семья является объектом пристального внимания со стороны разных отраслей науки. Одной из таких сторон семейной жизни являются семейные роли. Само понятие семейной роли как конкретизация социальных ролей жены, матери, мужа, отца, детей и т.д. является по сути социологическим. Опираясь на него, социальные психологи могут исследовать «личностную окраску», которую приобретают семейные роли в конкретном проявлении.

В отечественной науке концепция роли семьи основана на принципах отечественных авторов о социальной роли. Социальная роль, в свою очередь, определяется как функция социальной системы, модели поведения, которая объективно устанавливает социальную положение индивида в системе межличностных или объективных отношений.

Роль определяется как социальная функция человека, которая соответствует принятым нормам, поведению людей в зависимости от их статуса или положения в обществе, в системе межличностных отношений.

Абсолютно каждая семья строится на взаимных обязанностях, ответственности и чувстве долга. Каждый член семьи на протяжении своей жизни выполняет разные роли: родитель (мать или отец), ребёнок (сын или дочь), различные профессии (строитель, учитель) и т. д. Ролевое обучение позволяет изучить следующее:

- ожидания, переживания, установки характерные для данной роли;
- права и обязанности выполняемые в соответствии с играемой ролью.

Потребности непосредственно самой семьи и потребности общества выступают основным генезисом социальных функций семьи.

Оба фактора исторически меняются, поэтому каждый этап в развитии семьи связан со смертью одних и формированием других функций, с изменением масштабов и характера ее социальной деятельности. Однако со всеми этими изменениями общество на любом этапе своего развития нуждается в воспроизводстве населения, поэтому оно всегда заинтересовано в семье как в механизме такого воспроизводства.

Для социально-психологического анализа ролей в современной семье первостепенное значение имеет вывод отечественных и зарубежных исследователей о неопределенности норм, регулирующих в настоящее время брачно-семейные, в том числе ролевые, отношения. Такая ситуация ставит перед семьями ряд социально-психологических проблем. Каждому партнеру в семье в целом приходится «выбирать» какой-либо образец ролевого взаимодействия из множества существующих.

Проблема выбора, принятия того или иного образца для поддержания функций семьи неотделима от формирования отношений членов семьи в соответствии с этой моделью, их роли в семье и выполнения ролей других членов семьи.

Как отечественные, так и зарубежные исследователи указывают, что правила ролевого поведения и ролевого отношения в семье устанавливаются в процессе жизнедеятельности семьи, в тесной взаимосвязи с межличностными отношениями и общением членов семьи.

Приведем классификацию основных ролей в семье, описанных Ю.Е. Алешиной:

1. Ответственный за материальное обеспечение семьи.
2. Хозяин – хозяйка.
3. Роль ответственного по уходу за младенцем.
4. Роль воспитателя.

5. Роль сексуального партнера.
6. Роль организатора развлечений.
7. Организатор семейной субкультуры.
8. Роль ответственного за поддержание родственных связей.

Когда мы говорим о психологических ролях членов семьи, следует отметить, что одна роль может существовать только во взаимодействии с другими ролями. Например, чтобы играть роль матери или отца, необходимо, чтобы кто-то играл роль дочери или сына. Система, которую создают семейные роли, должна быть последовательной и способной удовлетворить многие психологические потребности членов семьи. Следует отметить, что такая сложная система семейных ролей не должна быть противоречивой. Важно установить, насколько семья может регулировать неудобные для нее семейные роли. Важно то, насколько мнение остальных членов семьи совпадает с личным мнением члена этой семьи относительно его семейной роли.

Семья представляет собой практически весь спектр социальных отношений. К таким отношениям относятся: социальные, экономические, правовые, культурные и духовные. Семейные отношения, как правило, являются долгосрочными. Мало того, что семья состоит из отдельных членов, это в значительной степени определяется отношениями между членами. Такая полнота, представление всех видов отношений, позволяет социологу проводить углубленный и всесторонний анализ распределения и выполнения ролей среди людей.

Рассмотрим классификацию социальной роли в семейной группе:

1. Супружеские (муж, жена), родительские (мать, отец): социальный партнер, сексуальный партнер, кормилец, социализатор (дисциплинатор, отец своих детей), домохозяйка.
2. Прародители: бабушка, дедушка.
3. Ребёнок: братья, сестры.

В каждой из ролей для мужа и жены есть четыре основных роли. Роль «Мужчины» подразумевает в себе такие роли, как кормилец, социальный и

сексуальный партнер, социализатор. Роль «Женщины» выделяет похожий набор ролей: домохозяйка, социальный и сексуальный партнер, социализатор. Главное различие, которое наблюдается у ролей «Мужчины» и «Женщины» заключается в наличии роли кормильца и домохозяйки.

Основываясь на данной классификации более подробно обратим внимание на роли социализаторов и кормильцев. Поочередно оба супруга выполняют роль социализатора или другими словами воспитателя детей, т.к. семья берет свое начало именно с детей, а не с супругов. Глубокое желание и основная потребность каждой женщины является наличие детей и семьи. У кого-то это выходит на первый план и заменяет первую из рассмотренных ролей, сексуальное партнерство. Все женщины имеют разное отношение к браку. Некоторые считают, что муж является лишь средством для рождения детей, другие обращают внимание на брачные отношения, и они видят бремя детей.

Функциональное (правильное) воспитание считается то воспитание, при котором родители передают своим детям, присвоенные в обществе, ценностные ориентации, правила поведения и традиции. Отец передает свой статус, финансовое положение, профессиональные умения детям, тем самым обеспечивая социальную защиту и развитие интеллектуальных способностей своих детей. Мать должна обеспечить подготовку ребенка к семейной жизни (передача навыков ведения домашнего хозяйства), психологических навыков взаимоотношений между людьми; гуманистические, моральные ценности. Он обеспечивает эмоциональную поддержку детям на протяжении всей их жизни, питает эстетические чувства и передает профессиональные качества (вязание, шитье).

Относительно воспитания детей, супругам свойственно выполнять разный функционал. У женщин этот функционал гораздо шире, чем у мужчин. Это несоответствие частично объясняется более высокой занятостью мужчин в производстве, отчасти преобладанием патриархальных пережитков, которые позволяют мужу не обременять себя домашними делами и не обременять ими жену [6].

Кормилец и домохозяйка. Это такая семья, где за супругами в соответствии с их полом закреплены определенные роли - жена выполняет роль матери и хозяйки, муж в основном ответственен за материальное обеспечение и сексуальные отношения. Биологическая и социальная эволюция закрепила за мужчиной и женщиной определенное разделение труда: мужчина охотился вне дома, а женщина работала по дому, где ей было легче воспитывать детей и ухаживать за ними.

Следует отметить, что в последнее время в структуре современной семьи произошли определенные изменения: уменьшились размеры семьи и количество детей в ней, уменьшилась значимость старшего брата и сестры, стали менее дифференцированы роли различных членов семьи в целом.

Существует ряд обстоятельств, делающих проблему ролевой внутрисемейной структуры особенно актуальной для современной семьи. В семье с часто болеющим ребёнком наблюдается тенденция смены привычных семейных ролей. Болезнь не только влияет на болеющего человека, в данном случае ребенка, но и вся семья претерпевает изменения и должна смириться с болезнью, внести серьезные изменения в графики и приоритеты, и каким-то образом суметь остаться семьей. Родители могут бороться со своими собственными чувствами по поводу болезни ребенка, пытаясь сохранить картину идеальной семьи во благо ребенка. Семьи детей с хроническими или соматическими заболеваниями и без них существенно не отличаются друг от друга по общему функционированию семьи. Тем не менее, существуют факторы риска для плохого семейного функционирования:

- низкий материальный доход;
- проблемы с работой у родителей;
- степень болезни ребенка;
- отсутствие поддержки со стороны родственников.

Наличие факторов риска в сочетании с частой болезнью ребенка, свидетельствуют о том, что семья проявляет «нездоровое функционирование». Та ситуация, которую формирует частая болезнь ребенка может привести кризису в семье, к реорганизации семейной роли, и даже распаду семьи.

Неудивительно, что крепкие семейные отношения могут обеспечить всем членам семьи более высокое благосостояние, а также снизить уровень депрессии и заболеваний на протяжении всей жизни. Не во всех семьях удастся сохранить гармоничное распределение семейных ролей в период болезни ребенка. В основе этой сложной системы лежит простое функционирование, взаимодействие между различными членами семьи.

Таким образом, трансформация ролевых отношений в семье является важнейшей стороной современной перестройки семейных отношений. Неопределенность норм, регулирующих в настоящее время семейные, в том числе ролевые, отношения, ставит перед современной семьей ряд социально-психологических проблем. Важнейшими из них являются проблемы «выбора» каждой семьей способа ролевого взаимодействия и формирования отношения членов семьи к разным сторонам ролевого поведения в семье. Процесс возникновения ролевой структуры семьи является одной из главных сторон ее становления как социальной и психологической общности, адаптации супругов друг к другу и выработки стиля семейной жизни. Проблема выбора, принятия семьей того или иного ролевого образца неотделима от формирования отношения членов семьи к этому образцу, к своей роли в семье и к выполнению ролей другими членами семьи.

1.3 Исследования проблем родительского отношения в семьях с часто болеющими детьми

Родительское отношение является одним из важных факторов формирующей модель поведения ребёнка и его индивидуальных характеристик. В отечественной психологии используют понятие родительского отношения, которое сформулировал А.Ф. Лазурский.

Детско-родительские отношения — это отношения, которые питают физическое, эмоциональное и социальное развитие ребенка. Это уникальная связь, которую испытывают каждый ребенок и родитель. Отношения

закладывают основу для личности ребенка, его выбора и общего поведения. Исследования показывают, что здоровые отношения между родителями и детьми ведут к положительным результатам для детей и семьи в целом. Это также влияет на силу их социального, физического, психического и эмоционального здоровья.

Понятие «родительское отношение» является обобщенной характеристикой взаимосвязи и взаимозависимости родителя и ребенка в семье. Некоторые исследователи, А.Я. Варга и В.А. Смехов определяют родительское отношение как совокупность следующих компонентов: эмоционального отношения к ребенку, стиля общения с ним и особенностей понимания ребенка. Родительское отношение включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, которое определяет особенности родительского восприятия, способ общения с ребенком, характер приемов воздействия на него. Как правило, в структуре родительского отношения выделяют эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты.

На сегодняшний день, занимаясь рассмотрением различных классификаций родительских отношений, в современной психологии можно обнаружить большое множество. Сюда можно отнести как типы, так и стили семейного воспитания.

Весьма интересны различные подходы к анализу типов отношения матерей и отцов к своим детям. В отечественной психологии типы родительского отношения были разработаны С.В. Ковалевым, А.Я. Варгой и Н.Ю. Снягиной и др.

В своей работе по психологической коррекции детско-родительских отношений Н.Ю. Снягина определяет два типа отношения родителей к ребенку: благоприятный и неблагоприятный.

Неблагоприятное отношение определяется как высокая степень развития у матери и отца эмоционального отвержения ребенка, а также ярко выраженная авторитарность. Такие детско-родительские отношения можно назвать «напряженными». Также к неблагоприятному типу родительского

отношения для отца и матери присуще неуверенное и тревожное поведение. Родители такого типа могут быть жестоки по отношению к своему ребенку. Отстраненное родительское отношение характеризуется отсутствием диалогичности во взаимоотношениях с малышом, авторитарностью, требовательностью, а также симбиотическими отношениями с ребенком, а последний тип отношения по данной классификации (отвергающий) указывает на отстраненность в отношениях с ребенком, преобладание отвержения.

Благоприятный тип родительского отношения подразумевает понимающее, покровительствующее и безразличное отношение к ребенку, а к неблагоприятному типу относится подавляющее, тревожное, отстраненное и отвергающее отношение.

Так, понимающее родительское отношение предполагает адекватное реагирование матерью и отцом на различные жизненные ситуации, эмоциональное принятие и понимание своего ребенка. От этого отношения отличается покровительствующее, которое указывает на авторитаризм родителей, реальное оценивание ребенка, его способностей и поступков, а также адекватное отношение к ним. В тоже время последний тип благоприятное отношения матери и отца к ребенку, по мнению ученого, относится безразличное отношение, рассматривающее эмоциональное отношение к ребенку как слабо выраженное.

В своей типологии родительского отношения С.В. Ковалев рассматривает такие типы, как сотрудничество, паритет, соревнование, конкуренция и антогониз. Итак, сотрудничество, по мнению автора, характеризуется как идеальный тип отношения, предполагающий взаимную поддержку и помощь. При таком типе отношений воспитание и развитие ребенка может проходить благоприятно и ровно. От этого типа отношения отличается второй тип (паритет). Он рассматривается ученым как партнерские и «союзные» отношения, которые основаны на получении взаимных выгод родителей и ребенка. Но в тоже время, С.В. Ковалев предполагает, что здесь

царит холодноватая атмосфера и детям не хватает эмоциональной связи со своими родителями.

Что касается соревнования, то здесь преобладает желание добиваться большего по сравнению с другими членами семьи, но при этом, стараться сохранять с ним хорошие взаимоотношения, хотя это не всегда получается. По мнению С.В. Ковалева, соревнование в семье зачастую таит момент нервозности, не всегда полезный для развития детей, и в случае отсутствия выдержки, такта или простой уверенности в себе может переходить в конкуренцию. От соревнования отличается конкуренция, которая является неблагоприятным типом отношения родителей к детям, указывающая на проявление авторитаризма и подавления членов семьи друг друга. Также неблагоприятным типом детско-родительских отношений является антагонизм, указывающий, по мнению ученого, на резкие противоречия между членами семьи, при которых их объединение носит явно выраженный характер и сохраняется из-за сильного давления извне.

Родительское отношение понимается как система различных по отношению к ребенку чувств, А.И. Варга и В.В. Столин предложили следующую классификацию типов родительских отношений:

1. «Принятие / отвержение». Отражает эмоциональную амбивалентность по отношению к ребенку. Содержание одной половины шкалы: родители любят ребенка таким, какой он есть, уважают индивидуальность ребенка, симпатизируют ему, одобряют и поддерживают его интересы. На другом конце шкалы: родители воспринимают ребёнка как плохого, неуместного, несчастного; ему кажется, что он не преуспеет в жизни из-за слабых способностей и небольшого ума; родитель в основном испытывает гнев, досаду, обиду на ребенка, не доверяет ребенку и не уважает его.

2. «Кооперация». Отражение социально желаемого образа родительства. Родителям важны интересы ребёнка, они стараются во всем ему содействовать; интеллект ребёнка не занижен, родители испытывают чувство гордости за него; поощряют инициативу и самостоятельность ребенка;

родитель доверяет ребенку, пытается принять его точку зрения в спорных вопросах.

3. «Симбиоз». Отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. Родители ощущают себя единым целым с ребенком: они пытаются удовлетворить все свои потребности, соединиться с ним; повышено чувство тревоги из-за ребенка, родитель защищает его от жизненных трудностей и неприятностей, считает его маленьким и беспомощным.

4. «Авторитарная гиперсоциализация». Отражает форму и направление контроля над поведением ребенка. В родительском поведении авторитаризм прослеживается по следующим признакам: доминантный родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, пытается навязать ребенку свою волю во всем, не способен принять его позицию; тщательно следит за социальными достижениями ребенка, в радиусе родительского контроля находятся индивидуальные особенности ребенка, его привычки, мысли, чувства.

5. «Маленький неудачник». Здесь отражены особенности восприятия и понимания ребенка родителями. В родительских отношениях у родителя присутствует склонность инфантилизировать ребенка, присваивать ему личную и социальную несостоятельность; родитель воспринимает ребенка младше фактического возраста; интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся несерьезными для родителя; ребенок кажется неадекватным, неудачным, подверженным отрицательному влиянию извне, не способным интегрироваться в общество. Родитель не доверяет своему ребенку, предвосхищает его неудачи и строго контролирует его действия, таким образом, стараясь защитить ребенка от жизненных трудностей.

Изучая различные подходы к определению воспитания, можно сформировать исходную основу, которая определяет дуальность или поляризацию воспитания. С одной стороны, превалирует любовь к ребенку, радость, удовлетворение от общения с ним, стремление к его защите и опеке, безусловное принятие и внимание, целостное отношение к нему. С другой стороны, контроль, который определяет родительские отношения с ребенком.

Весьма популярным в западной психологии являются теоретические модели, разработанные зарубежными авторами D. Baumrind, а также E.S. Schaefer, R.A. Bell. D. Baumrind предложил классификацию родительских стилей поведения, включающую 3 типа: 1) авторитетный; 2) авторитарный; 3) попустительский стиль. E.S. Schaefer, R.A. Bell разработали динамическую двухфакторную модель родительского отношения, где один из факторов отражает эмоциональное отношение к ребенку: «принятие-отвержение», а другой - стиль поведения родителей: «автономия-контроль». Каждая позиция взаимосвязью различных факторов, их взаимосвязанностью.

Исследование А.И. Запорожца подтверждает этот подход: «... только посредством эмоциональной оценки своих действий взрослыми ребенок узнает и понимает значение ситуации. Опыт выступает как продукт отношения ребенка к окружающей среде. По мере развития ребенка эмоциональные переживания начинают играть роль регулятора поведения и, в соответствии с экологическими требованиями и социальными нормами, эмоционально корректируют и изменяют его» [27].

На сегодняшний день, огромный интерес у современных психологов вызывает новый подход к проблеме воспитания детей в разных типах семей. [9; 34; 49]. Значительно важную роль в становлении личности ребёнка абсолютно точно играет роль семьи. Семейей называется малая группа, состоящая из людей, связанных друг с другом кровными узами, половыми отношениями или юридическими связями. Это самая маленькая и самая основная социальная единица, которая также является самой важной первичной группой, встречающейся в любом обществе. Семья является социальной группой, состоящей из отца, матери и одного или нескольких детей. Это самая непосредственная группа, которой подвергается ребёнок. Фактически, это самая устойчивая группа, которая оказывает огромное влияние на жизнь ребёнка от рождения до смерти, диктуя ему установленные в этой семье нормы поведения и способам адаптации к ним в обществе. Семья является одним из важнейших аспектов жизни человека и в равной степени одним из важнейших факторов, определяющих, каким вырастет ребенок.

Исследования, проведенные в области возрастной психологии и педагогики, показывают, что одним из компонентов межличностных отношений является общение, как основное условие нормального развития ребенка. Постоянное стремление к общению с родителями является одной из существенных особенностей детей младшего школьного возраста.

На сегодняшний день, можно считать установленным, что неадекватные, неправильные взаимоотношения в семье в целом, и родителей с детьми в частности, являются факторами возникновения психических расстройств, а также нарушений в социальной сфере у детей. Неуверенность родителей, неправильное воспитание ими детей обостряют взаимоотношения в семье и негативно влияют на развитие личности ребёнка.

Психолого-педагогические исследования (А.Я. Варга; А.И. Захаров; А.С. Спиваковская; Р.В. Овчарова) привели к выбору типов эффективных (оптимальных) родительских отношений, которые способствуют полному развитию личности ребенка, а также типов неэффективных (ослабленных) родительских отношений, которые указывают на особую роль последних в создании новых форм поведения и патологических поведенческих расстройств.

Рассмотрением влияния родительства на формирование личности ребенка занимались: А. Харащ, М. Раттер, Р. Кэмпбелл. Спектр нарушений взаимоотношений с ребенком, от гипо- до гиперопеки был проанализирован Р. Бернс, А.И. Захаров, А.С. Спиваковская, И.С. Кон, Л.И. Божович, А.М. Прихожан.

Ряд исследователей (S. Brody; В.И. Гарбузов; А.В. Петровский; А.Я. Варга; Э.Г. Эйдемиллер) полагали, что фактором невротизации ребёнка выступает необразцовое родительское отношение. К. Хорне выделила, что потребность ребёнка в общении и безопасности расстраивает поведение родителей, тем самым становясь условием для тревоги.

Особо важными считаются следующие вопросы для анализа проблемы отношения родителей к соматически больному ученику начальной школы: формирующие особенности родительских отношений факторы и их влияние

на психосоматическое состояние ребенка; характеристика неэффективных родительских отношений и их влияние на психофизическое состояние больного ребенка; влияние соматических симптомов на развитие межличностных отношений в семье.

Родители хронически больного ребенка могут изо всех сил пытаться удовлетворить требования правильного и гармоничного воспитания ребёнка. Природа болезни ребенка, необходимость управлять симптомами и сложность лечения все это вызывает эмоциональное напряжение. В одном исследовании сообщалось, что родители хронически больных детей часто становятся эмоционально напряженными, не зная, что они должны сделать для своего ребенка, и не имея возможности заботиться о госпитализированном ребенке. Кроме того, им свойственно чувство вины и снижение самооценки. Родители хронически больных детей могут стать чрезмерно защищенными и чрезмерно обеспокоенными состоянием здоровья своего больного ребенка. Некоторые родители могут также испытывать периоды тревоги или депрессии.

Это явление характерно, в том числе для семей, воспитывающих часто болеющего ребенка. Фиксированные формы семейного поведения определяют неэффективное воспитание часто болеющего ребенка.

В детско-родительских отношениях в семьях, наиболее часто сталкивающихся с болезнью ребёнка, можно выделить следующие отличительные черты:

- симбиотические отношения с ребёнком;
- отсутствие обязательств у ребёнка;
- страх разлуки / потери;
- повышенный контроль к поведению ребёнка;
- высокий уровень требований;
- постоянные запреты;
- инфантилизация больного ребенка.

Такие родители считают, что недостатки и характер своего ребёнка не изменить, с трудом замечают переживания самого ребёнка [19; 22; 23; 30, 34].

Многие авторы отмечают, что установленные формы семейного поведения играют значительную роль в поддержании негативных тенденций в развитии личности (В. Сатир; Э.Г. Эйдемиллер, В.В. Юстицкис; Г.В. Залевский). Установленные формы поведения семьи понимаются как форма поведения семейной системы «упорно повторяя и / или продолжающуюся в ситуациях, которые объективно требуют их прекращения или изменений» (Г.В. Залевский). Поведение родителей, воспитывающих больного ребенка, осуществляется в трудно изменяемом состоянии, т.е. фиксированные, замороженные, инертные или жесткие стереотипы.

У родителей наблюдается установленная цель (не учитываются желания и реальные способности ребенка, он защищен от любых неприятностей и жизненных трудностей, как в симбиозе) и установленные средства (когда родитель продолжает использовать предыдущие средства воспитательного воздействия с их очевидной неэффективностью, как и в случае с авторитарной гиперсоциализацией) приводят к задержке умственного и личностного развития ребенка [26; 29].

Анализ научной литературы по исследуемой проблеме родительского отношения позволяет определить следующее:

1. При изучении взаимоотношений родителей и детей авторы используют различные концепции, среди которых: отношение родителей, родительские позиции, родительские установки, или представления, стили или типы, воспитания детей. В этом исследовании мы руководствуемся определением А.Я. Варги и В.В. Столина и определяем родительское отношение как систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, стереотипы о поведении, которые практикуются в общении с ним, характеристики восприятия и понимания характера личности ребенка, его действий.

2. Причины возникновения определенного типа родительских отношений имеют многофакторную зависимость (личностные характеристики родителей, личностные характеристики ребенка и т.д.). Типология родительских отношений зависит от стиля семейного воспитания,

характерного для определенной системы межличностных отношений.

3. Влияние родительского отношения на развитие личности ребенка подтверждается выделением типов эффективных (оптимальных) родительских отношений, которые способствуют общему развитию личности ребенка, а также типы неэффективных (нарушенных) родительских отношений, которые указывают на особую роль последних в создании патологических новообразований в психической деятельности и поведении ребенка.

4. Болезнь ребенка может стать «спусковым крючком», определяющим неэффективное отношение родителей, которое, в свою очередь, формируется на основе «небезопасной» (тревожно-амбивалентной) привязанности часто болеющего ребенка к матери. Более того, фиксированные формы семейного поведения играют важную роль в поддержании негативных тенденций в развитии личности часто болеющих детей и определяют неэффективные родительские отношения с часто болеющим ребенком, что, в свою очередь, может исказить пространство общения ребенка с родителями и вызвать дальнейшее нарушение его соматического статуса.

Выводы по главе 1

Обобщая теоретические аспекты проблемы взаимоотношений между ролью матери и семьи с их часто болеющими детьми от 8-9 лет, можно констатировать следующее:

1. Часто болеющий ребенок имеет следующие психологические особенности развития: им свойственны ярко выраженная тревожность, наличие различных комплексов, неуверенность в себе, повышенное чувство страха, зависимость от семьи (прежде всего от матери), а также быстрая утомляемость. Таким детям сложно находить общий язык с окружающими, трудно заводить друзей. Их эмоции поверхностны, не возникает глубоких чувств. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности т.е. инфантилизму. Такие дети непосредственны и несамостоятельны. У них отсутствует устойчивость внимания, не могут регулировать свое поведение, объективно и адекватно оценивать ситуацию и изменять поведение, согласно внешним условиям.

2. Трансформация ролевых отношений в семье является важнейшей стороной современной перестройки семейных отношений. Неопределенность норм, регулирующих в настоящее время семейные, в том числе ролевые, отношения, ставит перед современной семьей ряд социально-психологических проблем. Важнейшими из них являются проблемы «выбора» каждой семьей способа ролевого взаимодействия и формирования отношения членов семьи к разным сторонам ролевого поведения в семье. Процесс возникновения ролевой структуры семьи является одной из главных сторон ее становления как социальной и психологической общности, адаптации супругов друг к другу и выработки стиля семейной жизни. Проблема выбора, принятия семьей того или иного ролевого образца неотделима от формирования отношения членов семьи к этому образцу, к своей роли в семье и к выполнению ролей другими членами семьи.

3. Влияние родительского отношения на развитие личности часто болеющего ребенка подтверждается выделением типов эффективных (оптимальных) родительских отношений, которые способствуют общему развитию личности ребенка, а также типы неэффективных (нарушенных) родительских отношений, которые указывают на особую роль последних в создании патологических новообразований в психической деятельности и поведении ребенка. Наблюдается дефицит разработанности научно-практических аспектов данной проблемы: отсутствие эффективных коррекционных программ, направленных на оптимизацию детско-родительских отношений в семье с часто болеющим ребёнком, в то же время способствующих улучшению соматического статуса такого ребёнка.

Глава 2. Эмпирическое исследование особенностей взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям 8-9 лет

2.1 Организация и методы исследования

Исследование проводилось в течение 2018 г. по 2020 г. на базе МАОУ СШ № 7 г. Красноярск. Для исследования были сформированы две группы респондентов по 15 человек в каждой. Это были матери, дети которых являлись учащимися 3-х классов. Первая группа носила название «Матери РБД», что означает редко болеющих детей, вторая группа «Матери ЧБД», чьи дети относятся к группе часто болеющих. Соматический статус детей оценивался в процессе анализа медицинских карт (форма № 086/у) и информации, полученной в процессе бесед с родителями и педагогами образовательного учреждения.

В исследовании принимали участие 30 респондентов, дети которых являются учащимися (в возрасте 8–9 лет) начальной школы (характеристики представлены в таблице 1), в том числе:

- 15 испытуемых, чьи дети являются часто болеющими учащимися младшего школьного возраста (обращение к врачу ОРВИ, ОРЗ 4–5 раз в году);
- 15 испытуемых, чьи дети младшего школьного возраста являются здоровыми / редко болеющими (учащиеся с первой группой здоровья).

Таблица 1

Характеристика здоровых и часто болеющих учащихся начальной школы, участвующих в исследовании

Соматический статус детей	Количество детей (чел.)	Возраст	Состав семьи	Диагноз	Частота заболеваний
Редко болеющие дети	15	8лет 7 мес.–9 лет. 10 мес.	87% полных семей. 13% неполных семей.	33% имеют кариес. 40% имеют избыток массы тела	ОРВИ 1–2 раза в год.

Продолжение таблицы 1

Соматический статус детей	Количество детей (чел.)	Возраст	Состав семьи	Диагноз	Частота заболеваний
Редко болеющие дети	15	8 лет 7 мес.–9 лет. 10 мес.	73% имеют брата или сестру 27% являются единственным ребенком в семье.	13% имеют плоскостопие 13% здоровы	ОРВИ 1–2 раза в год.
Часто болеющие дети	15	9 лет–10 лет 1 мес.	80% полных семей 20% неполных семей. 53% имеют брата или сестру 47% единственные дети в семье.	53% имеют плоскостопие 53% имеют кариес 13% имеют избыток массы тела 13% имеют дефицит массы тела 20% имеют искривление осанки.	ОРВИ / ОРЗ 4–5 раз в год.

*Примечание – ОРВИ (острая респираторная вирусная инфекция); ОРЗ (острое респираторное заболевание).

Таким образом, для установления особенностей взаимосвязей материнской роли и отношением к часто болеющему ребенку были выбраны две группы матерей, чьи дети имеют разный соматический статус.

Возраст детей определен не случайно. Как с психологической (кризис 7 лет), так и с медицинской точки зрения, этот этап считается критичным. На границе дошкольного и младшего школьного возраста ребенок переживает очередной возрастной кризис. Этот перелом может начаться в 7 лет, а может и в 6 или 8 лет. Объективная кризисная ситуация в этом возрасте сопровождается сложным рядом личных переживаний, которые уже сознательны и могут быть выражены в символической форме. Из психологических характеристик этой возрастной группы школьного возраста, которые являются наиболее важными в данном исследовании, необходимо выделить следующие:

– ребенок младшего школьного возраста отдает себе отчет в том, какое место среди людей занимает;

– ориентирован на семью и семейные отношения и может занимать место, соответствующее его социальному положению среди родственников и друзей;

– младший ученик умеет строить отношения со взрослыми и сверстниками: обладает соответствующими коммуникативными навыками, начинает осознавать себя субъектом отношений;

– значительные изменения происходят в сфере общения с близкими взрослыми (родителями). Это берет определенный контекст, это становится внеситуативным. В процессе общения дети получают возможность полагаться не на личный ситуационный опыт, а на все содержание, которое создает контекст общения с родителем;

– ребенок осознает отношения между ним и окружающими, начинает понимать социальные мотивы поведения, нравственную оценку, важность конфликтных ситуаций, т.е. в этом возрасте формирование личности вступает в сознательную фазу.

Исходя из объекта исследования был сформирован диагностический инструментарий:

– Тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин).

Методика направлена на выявление родительского отношения родителей, имеющих детей в возрасте 3-10 лет. Опросник состоит из 61 вопроса, на которые испытуемый отвечает согласием либо несогласием. При обработке результатов каждый утвердительный ответ оценивается в 1 балл, отрицательный 0 баллов. Далее положительные ответы анализировались по пяти шкалам: принятие-отвержение, социальная желательность поведения ребенка, симбиоз, авторитарный контроль, отношение к неудачам ребенка. Высокие баллы по шкалам указывают о значительной развитости соответствующего вида родительского отношения, а низкие баллы о том, что они сравнительно слабо развиты.

– Методика PARI (Parental attitude research instrument).

Предназначена для изучения отношения родителей к разным аспектам семейной жизни (семейной роли). Опросник состоит из 115 утверждений, которые относятся к различным сторонам отношения родителя к ребенку и к

семейной роли. Группа вопросов, характеризующих отношение к семейной роли, описывается с помощью 8 признаков. Группа вопросов, описывающих родительское отношение, характеризуется 15 признаками, которые, в свою очередь разделены на 3 группы: оптимальный эмоциональный контакт, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, излишняя концентрация на ребенке. При ответе на вопросы опросника испытуемому предлагается ответить в виде полного согласия, частичного согласия, частичного несогласия либо полного несогласия. Варианты ответа оцениваются от 4 до 1 баллов. Сумма баллов по каждой шкале указывает на выраженность признака.

Таким образом, определены две группы исследования: экспериментальная и контрольная и представлены характеристики их состояния здоровья, определены методы исследования.

2.2 Результаты исследования родительского отношения и отношения к семейным ролям матерей часто болеющих детей 8-9 лет

В исследовании использовались две методики. На основе полученных данных опросника родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин), двух групп респондентов матерей редко и часто болеющих детей 8-9 лет, можно выделить ярко выраженные типы родительского отношения к часто болеющему ребенку младшего школьного возраста. В таблице 2 представлены результаты средних значений по шкалам методики.

Таблица 2

Результаты средних значений по шкалам опросника родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столин

Группа	Критерий				
	Принятие/ отвержение	Кооперация	Симбиоз	Контроль	Отношения к неудачам ребенка
Матери редко болеющих детей	100% принятие	33% кооперация 67% без выраженной позиции	20% не устанавливают псих. дистанцию, 80% без выраженной позиции	13% осуществляют контроль 87% без выраженной позиции	100% без выраженной позиции 0% позиция маленький неудачник

Группа	Критерий				
	Принятие/ отвержение	Кооперация	Симбиоз	Контроль	Отношения к неудачам ребенка
Матери часто болеющих детей	33% отвержение 67% без выраженной позиции	73% без выраженной позиции 27% имеют кооперации с ребенком	46% не устанавливают псих. дистанцию с ребенком 34% без выраженной позиции 20% устанавливают псих. дистанцию с ребенком	67% осуществляют жесткий контроль 33% без выраженной позиции	40% считают ребенка маленьким неудачником 60% без выраженной позиции

Преобладающими типами родительского отношения являются «Симбиоз», «Авторитарная гиперсоциализация». Симбиотическая связь выражается в чрезмерной заботе и тревожности о здоровье и состоянии ребёнка. Матери таких детей прикладывают все усилия для того, чтобы их ребенок был здоров, обращаются за помощью к разным специалистам. «Авторитарная гиперсоциализация» определяет форму и направление контроля за поведением ребенка. В родительском отношении ярко наблюдается авторитаризм. Родитель навязывает ребёнку свое мнение и взгляды, отрицая наличие у ребенка собственного мнения, требуя от него безоговорочного послушания и дисциплины. Родитель контролирует социальные достижения ребёнка, привычки, мысли и чувства.

По отношению к редко болеющему ребенку преобладающим типом родительского отношения является «Принятие». Это говорит о том, что родитель принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом. Сравнительный анализ двух групп респондентов представлен на рисунке 1. Подробные результаты диагностики в приложении А.

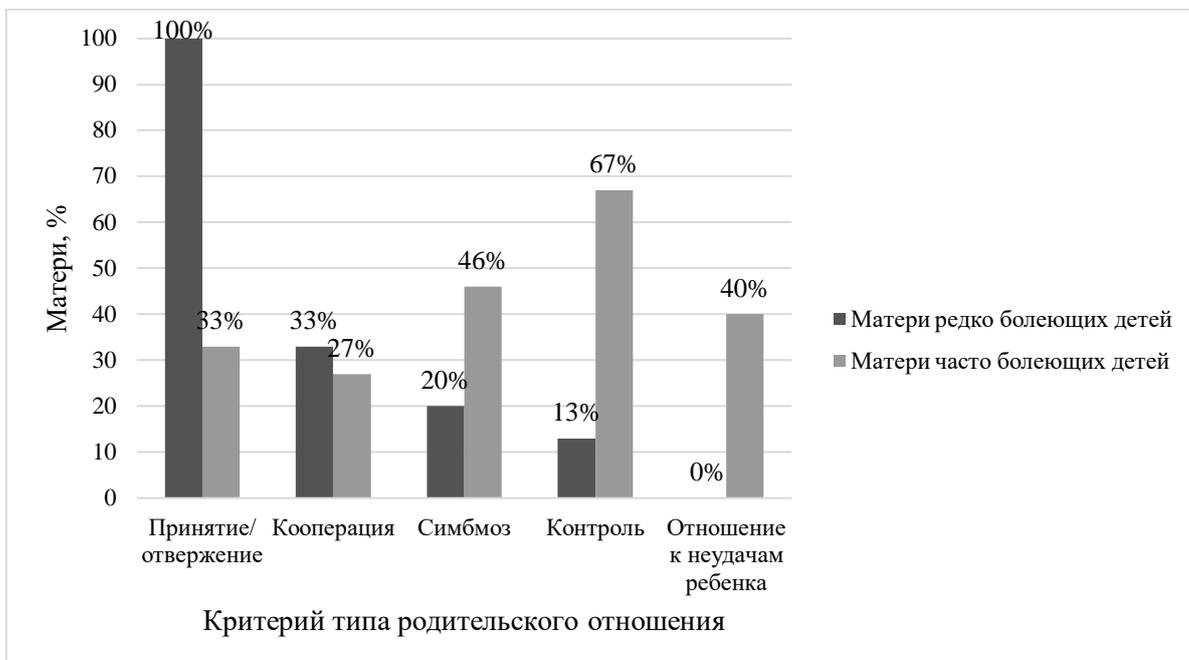


Рисунок 1. Распределение матерей часто и редко болеющих детей по типам родительского отношения (по методике Опросник родительского отношения»)

Данные по результатам методики PARI можно разделить на две группы: отношение матери к семейной роли и отношение матери к ребёнку. В таблице 3 представлены результаты средних значений по критериям, относящимся к группе «отношение к семейной роли».

Таблица 3

Результаты средних значений по методике PARI, относящихся к группе «отношение матери к семейной роли»

Группа	Критерий							
	Зависимость от семьи	Самопожертвование	Семейные конфликты	Сверхавторитет родителей	Неудовлетворённость ролью хозяйки	Безучастность мужа	Доминирование матери	Несамостоятельность матери
Матери редко болеющих детей	M= 11,6	M= 10	M= 11	M= 10,4	M= 9,8	M= 11,8	M= 12,8	M= 10,8

Группа	Критерий							
	Зависимость от семьи	Самопожертвование	Семейные конфликты	Сверхавторитет родителей	Неудовлетворённость ролью хозяйки	Безучастность мужа	Доминирование матери	Несамостоятельность матери
Матери часто болеющих детей	M= 14,6	M= 10,8	M= 12,7	M= 15,7	M= 14,9	M= 12,7	M= 13,6	M= 10,8

Из вышеуказанных признаков наиболее актуальными для анализа и установления особенностей взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям были выбраны следующие критерии, так как по этим признакам был набран высоких балл:

– Зависимость от семьи. Высокие показатели как признак ограниченных интересов женщины с семьей, наличие чувства самопожертвования в роли матери, высокий уровень семейных конфликтов.

– Сверхавторитет. Мать считает, что ребенку не следует давать много свободы и прав, что он должен повиноваться ее воле и авторитету во всем. Неслучайно, что мать в своей воспитательной практике, которая стремится развивать дисциплину у ребенка, как правило, не оставляет ему возможности выбирать поведенческие варианты, ограничивает его независимость, лишает его права возражать против старших, даже если ребенок прав. Такая мама обычно не пытается как-то обосновать свои потребности. Самый распространенный способ дисциплинарного взыскания является запугивание и угрозы.

– Неудовлетворенность ролью хозяйки. Мать управляет домом, мужем и детьми организуют жизнь семьи, устанавливая ее власть, она боится одиночества в воспитании ребенка.

На рисунке 2 представлен сравнительный анализ полученных результатов по критериям относящихся к группе «отношение матери к семейной роли».

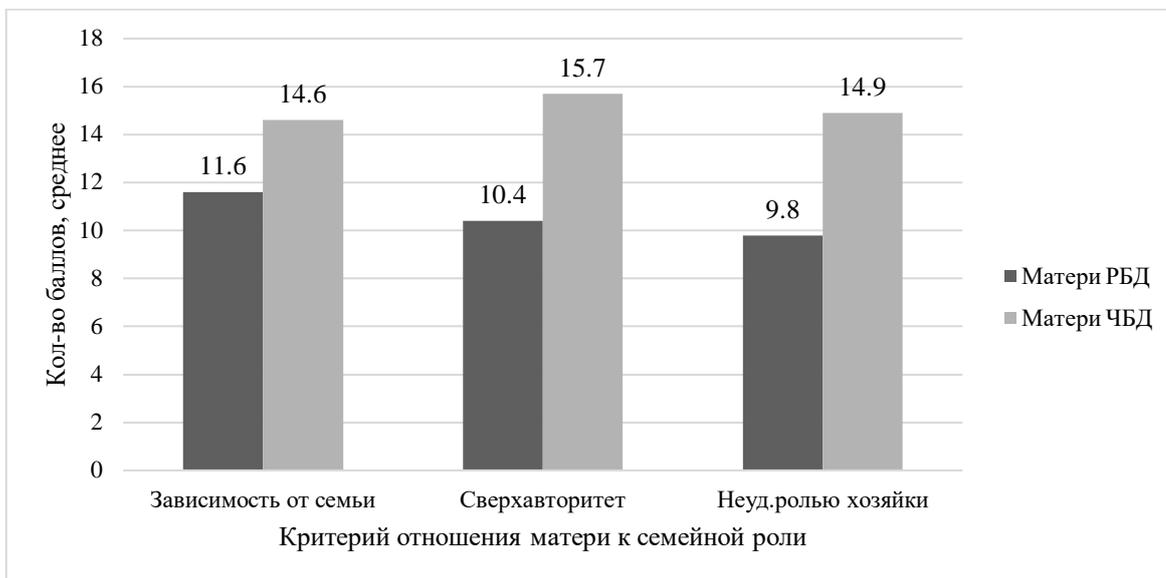


Рисунок 2. Сравнительный анализ результатов отношения матери к семейной роли по методике PARI, групп матерей редко и часто болеющих детей

К группе результатов «отношение матери к ребёнку» относятся 15 критериев, которые в свою очередь делятся также на три группы: оптимальный эмоциональный контакт, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, излишняя концентрация на ребенке. В таблице 4 отражены сравнительные результаты двух групп респондентов по тем критериям, по которым набран наивысший балл, среди матерей часто болеющих детей.

Таблица 4

Результаты средних значений по методике PARI, относящихся к группе «отношение матери к ребёнку»

Группа	Критерий					
	Оптимальный эмоциональный контакт		Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком		Излишняя концентрация на ребенке	
	Партнёрские отношения	Излишняя строгость	Раздражительность	Опасение обидеть	Подавление воли	Стремление ускорить развитие ребёнка
Матери редко болеющих детей	M=12,4	M=12	M=10,4	M=10	M=9,7	M= 10,9

Группа	Критерий					
	Оптимальный эмоциональный контакт		Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком		Излишняя концентрация на ребенке	
	Партнёрские отношения	Излишняя строгость	Раздражительность	Опасение обидеть	Подавление воли	Стремление ускорить развитие ребёнка
Матери часто болеющих детей	M= 15,9	M=15,7	M=12,9	M=13,8	M= 12,7	M= 14,9

Наличие высокого балла по представленным критериям свидетельствует о следующих проблемных зонах:

– Подавление воли. Высокий показатель как признак чрезмерной заботы о ребенке, боязнь оскорблений, выстраивание зависимых отношений, преодоление сопротивления, подавление воли, агрессивность, чрезмерное вмешательство в мир ребенка, стремление ускорить развитие ребёнка.

– Излишняя строгость. Выступает как показатель чрезмерной раздражительности, вспыльчивости, серьезности, строгости, избегания контакта с ребенком.

– Раздражительность. Является сопутствующим фактором тех условий, при которых мать не может реализовать себя, свои желания, поэтому чувствует недовольство собой и раздражительность.

– Опасение обидеть. Детско-родительские отношения построены на повышенном, обостренном внимании и заботе, чрезмерной опеке и мелочном контроле поведения, запретах, ограничениях. Вместе с чувством вины у матери возникает опасение обидеть своего ребёнка.

– Партнерские отношения. Мать пытается зацепить ребенка, модель отношений между родителем и ребенком основана на ложной схеме равенства прав и привилегий, потому что интерес к жизни ребенка имеет желание получить информацию об отношениях между ребенком и родителем, проанализировать и принять меры для их исправления.

– Стремление ускорить развитие ребёнка. Мать настаивает на необходимости ребенка учиться жизни, устанавливает обязанности, не соответствующие его возрасту, а ребенок боится ее разочаровать, принимает взгляды старшего за основу своего развития.

На рисунке 3 представлен сравнительный анализ полученных результатов по критериям, относящихся к группе «отношение матери к ребёнку», среди которых матери часто болеющих детей набрали наивысший балл. Полные результаты диагностики можно просмотреть в приложении Б.

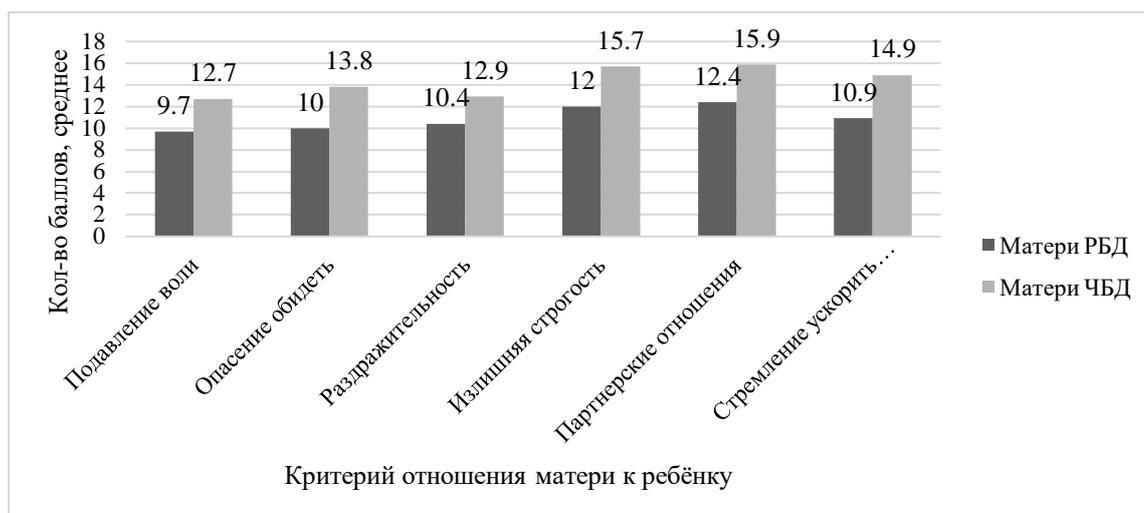


Рисунок 3. Сравнительный анализ результатов отношения матери к ребёнку по методике PARI, групп матерей редко и часто болеющих детей

Для проверки наличие взаимосвязи между доминирующими типами родительского отношения, выявленных по методике опросника родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин), и отношением матери к семейной роли по методике PARI, был произведен расчёт математической статистики, методом корреляции Спирмена, на наличие взаимосвязи между доминирующими факторами.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия симбиоза (ОРО) и уровнем критерия неудовлетворенность ролью хозяйки (PARI). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.976. Так как $\rho(0,976) > \rho \text{ табл. } (0,601)$, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия неудовлетворенность ролью хозяйки (PARI) и уровнем критерия симбиоза (ОРО). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.976. Так как $\rho(0,976) > \rho$ табл. (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия симбиоза (ОРО) и уровнем критерия зависимости от семьи (PARI). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0,952. Так как $\rho(0,952) > \rho$ табл. (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия зависимости от семьи (PARI) и уровнем критерия симбиоза (ОРО). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0,952. Так как $\rho(0,952) > \rho$ табл. (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия симбиоза (ОРО) и уровнем критерия сверхавторитет родителей (PARI). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.948. Так как $\rho(0,948) > \rho$ табл. (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия сверхавторитет родителей (PARI) и уровнем критерия симбиоза (ОРО). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.948. Так как $\rho(0,948) > \rho$ табл. (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия контроль (ОРО) и уровнем критерия сверхавторитет родителей (PARI). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.942. Так как $\rho(0,942) > \rho$ табл. (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между

уровнем критерия сверхавторитет родителей (PARI) и уровнем критерия контроль (ОРО). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.942. Так как $\rho(0,942) > \rho \text{ табл. } (0,601)$, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия контроль (ОРО) и уровнем критерия неудовлетворенность ролью хозяйки (PARI). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.952. Так как $\rho(0,952) > \rho \text{ табл. } (0,601)$, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия неудовлетворенность ролью хозяйки (PARI) и уровнем критерия контроль (ОРО). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.952. Так как $\rho(0,952) > \rho \text{ табл. } (0,601)$, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия контроль (ОРО) и уровнем критерия зависимость от семьи (PARI). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.919. Так как $\rho(0,919) > \rho \text{ табл. } (0,601)$, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Произведен расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена между уровнем критерия зависимость от семьи (PARI) и уровнем критерия контроль (ОРО). Коэффициент корреляции Спирмена равен 0.919. Так как $\rho(0,919) > \rho \text{ табл. } (0,601)$, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Анализ корреляционных связей (на основе подсчета коэффициента корреляции Спирмена) показал, что между преобладающими типами родительского отношения (симбиоз, авторитарная гиперсоциализация) и отношением матери к семейной роли (зависимость от семьи, сверхавторитет родителей, неудовлетворенность ролью хозяйки) существует достоверная прямая связь на уровне 95% (99%) вероятности. Полные расчёты представлены в приложении В.

Резюмируя итоги диагностических методик можно выделить следующее:

1. Преобладающими типами родительского отношения являются «Симбиоз», «Авторитарная гиперсоциализация». Симбиотическая связь проявляется в чрезмерной тревожности, заботе о здоровье ребенка. Родители стараются делать все для того, чтобы ребенок был здоров, обращаются за помощью к специалистам. «Авторитарная гиперсоциализация» отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. В родительском отношении отчетливо просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, старается навязать ему во всем свою волю, не в состоянии принять его точку зрения. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами.

2. По отношению к редко болеющему ребенку преобладающим типом родительского отношения является «Принятие». Это говорит о том, что родитель принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом.

3. Сравнивая полученные результаты опроса матерей часто и редко болеющих детей, можно выявить следующие проблемные зоны: зависимость от семьи, подавление воли, излишняя строгость, сверхавторитет родителей, неудовлетворенность ролью хозяйки, партнерские отношения. Матерям часто болеющих детей свойственно иметь сверхавторитет, проявлять гиперопеку и излишнюю строгость по отношению к ребенку. Матерям часто болеющих детей присуще низкое самопринятие и негативное самоотношение. В их эмоциональной жизни преобладают отрицательные эмоции (страх, обида, злость, неудовольствие и беспокойство). Чувство вины (неосознаваемое или осознаваемое) связано для большинства таких матерей с болезнью ребенка, однако ответственность за выздоровление возлагается на других (врачей). Такое поведение находит отражение на отношении матери к своей семейной роли, чаще всего это неудовлетворенность ролью хозяйки и проблемы в супружеских отношениях.

2.3 Содержание психолого-педагогической работы с матерями часто болеющих детей

Психолого-педагогическими условиями оптимизации детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих часто болеющих детей, являются учет возрастных и индивидуально-психологических особенностей детей и их родителей. Организация работы с родителями по обогащению их знаний об особенностях взаимоотношений с детьми, а также включает в себя информационно-мотивационный, эмоциональный, содержательный, деятельностный, оценочные этапы. Она предполагает проведение индивидуальных консультаций по результатам диагностики и проведение групповых встреч с родителями, в процессе которых будут проработаны родительские позиции и стили взаимодействия с детьми, базовые психологические цели детского поведения, актуальные для родителей способы воспитания детей и проблемы дисциплины.

Неблагоприятное психологическое состояние матерей часто болеющих детей соответствующе сказывается на их отношении к детям. С течением времени патохарактерологические черты приобретают постоянный характер, меняя систему восприятия матерью своих чувств, которые отрицательно повлияют в отношениях с окружающими людьми и, в первую очередь, взаимоотношения матери с часто болеющим ребенком.

Для работы с такими матерями нами была разработана и проведена программа «Здоровье в нашей жизни!», целью которой является оптимизация детско-родительских отношений и формирование у родителей позитивного отношения к здоровому образу жизни и желания следовать его принципам в воспитании собственных детей.

Программа направлена на участие семей с часто болеющими младшими школьниками.

Задачи программы:

1. Содействовать укреплению здоровья детей, их гармоничному физическому развитию через обучение родителей.

2. Способствовать оптимизации детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих часто болеющих детей.

3. Повышать мастерство родителей в использовании здоровьесберегающих технологий.

4. Способствовать развитию привычек здорового образа жизни в семье.

Место реализации проекта средняя общеобразовательная школа г. Красноярск.

Продукт программы представляет собой комплексную методическую разработку под названием «Здоровье в нашей жизни!». Программа, обеспечивающая оптимизацию детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих часто болеющих детей, а также формирование у родителей позитивного отношения к здоровому образу жизни и желания следовать его принципам в воспитании собственных детей.

Ожидаемые результаты:

1. Расширение кругозора детей и их родителей в вопросах сохранения здоровья и организации здорового образа жизни.

2. Улучшение детско-родительских отношений.

3. Снижение заболеваемости.

4. Внедрение здоровьесберегающих технологий в жизнь ребенка.

5. Овладение детьми культурно-гигиеническими навыками, знают о значении витаминов для здоровья человека.

6. Развитие у детей и их родителей привычки к здоровому образу жизни.

7. Желание и потребность заниматься физической культурой и спортом у всей семьи.

Показатели эффективности работы:

– положительные отзывы родителей и детей участников программы;
– улучшение детско-родительских отношений в семьях с часто болеющим ребенком младшего школьного возраста по окончании программы;

– внедрение здоровьесберегающих технологий в жизнь семьи с часто болеющим младшим школьником.

Возможные риски применения данной программы можно условно разделить на несколько групп:

1. Риски, связанные с образовательным учреждением:

- нежелание администрации школы организовывать такое взаимодействие с семьями обучающихся по различным причинам;
- дефицит компетентного персонала (психологов, педагогов) для реализации качественного содержания программы;
- дефицит ресурсов (нехватка свободных кабинетов для организации встреч, отсутствие оборудования в виде компьютера, проектора и прочее).

2. Риски, связанные со взаимодействием с родителями и обучающимися:

- нежелание родителей или детей контактировать со школой в таком формате;
- неудовлетворенность родителей или детей содержанием программы.

Программа состоит из четырех этапов:

1. Просветительская часть, подразумевающая собой проведение интерактивных лекций на темы «Часто болеющий ребенок – это не приговор!», «Азбука здоровья».

2. Коррекционно-развивающая часть, предусматривающая проведение психологических тренингов «Мы вместе», «Калейдоскоп эмоций», конкурс альбомов «Моя Семья», спортивно-оздоровительное мероприятие «Мама, папа, я – здоровая семья!», фестиваль здоровых привычек «ЗОЖфест», и групповые консультации.

3. Консультативная часть, включает в себя индивидуальные консультации психолога с мамами часто болеющих детей, связанных с оптимизацией их детско-родительских отношений.

4. Рефлексивная часть, подразумевает сочетание группового обсуждения и индивидуального осмысления результатов участия в программе, рефлексии ожиданий и построении планов в дальнейшем в данном направлении.

Содержание программы определяют следующие принципы:

- соблюдение интересов ребенка и его родителей (принцип определяет позицию специалиста, который призван решать вопросы с максимальной

пользой и в интересах участников программы);

– вариативность (принцип предполагает разнообразие форм работы и принятие различных мнений и взглядов на проблемы);

– системность и единство (принцип определяет регулярное взаимодействие участников программы, имеющих единую цель);

– рекомендательный характер работы (принцип обеспечивает соблюдение гарантированных законодательных прав родителей (законных представителей) и их детей).

Содержание программы «Здоровье в нашей жизни!» для удобства представлено в виде таблицы 5.

Таблица 5

Содержание программы «Здоровье в нашей жизни!»

№	Наименование	Направление психологической работы	Цель	Содержание
Просветительская часть				
1	Лекция-интерактив для родителей «Часто болеющий ребенок это не приговор!».	Развивающая деятельность и психологическое просвещение.	Сформировать у родителей часто болеющих детей понятие о том, какие особенности психологического развития имеет их ребенок. Сформировать понятие о специфике детско-родительских отношений в семье с таким ребенком; сформировать план дальнейшей работы направленных на их оптимизацию.	Лекция о том, что, если ребенку и «посчастливилось» попасть в категорию часто болеющих, это вовсе не означает «пожизненную» к ней принадлежность. Очень многое зависит от родителей, от их способности пересмотреть привычный режим жизни и внести в него изменения. Так для таких малышей важно правильно отрегулировать степень физической и умственной нагрузки. Просмотр подборки видео материалов из известных фильмов затрагивающих тему детско-родительских отношений, часто болеющих детей.

№	Наименование	Направление психологической работы	Цель	Содержание
1	Лекция-интерактив для родителей «Часто болеющий ребенок это не приговор!».	Развивающая деятельность и психологическое просвещение.	Сформировать у родителей часто болеющих детей понятие о том, какие особенности психологического развития имеет их ребенок.	Такие фильмы как: «Джон», «Билли Элиот», «Энни», с дальнейшим их обсуждением в формате дискуссии. Составление дорожной карты по достижению цели, на которую направлена данная программа.
2	Лекция интерактив для родителей и детей «Азбука здоровья».	Развивающая деятельность и психологическое просвещение.	Сформировать понятие здорового образа жизни и его влияния на жизнь семьи.	Лекция, раскрывающая понятия здорового образа жизни и его составляющих (спорт, гигиена, питание и т.д.). Интерактивная часть подразумевает собой закрепление полученных знаний путем викторины, где каждая семья представляет отдельную команду.
Коррекционно-развивающая часть				
3	Тренинг «Мы вместе».	Психологические тренинги	Предложить возможные пути доверительных отношений. Целью тренинга является создание ситуаций взаимодействия и сотрудничества направленных на активизацию коммуникаций в семье; расширение возможностей понимания психологических особенностей своего ребёнка.	В ходе тренинга создаются условия сотрудничества детей и родителей в игровой ситуации. Тренинг состоит из трех частей: приветствия, основной части под названием «сотрудничество» где выполняется ряд упражнений, соответствующих цели тренинга. Заключение, где происходит рефлексия и прощание с прошлым (проблемами / обидами).

Продолжение таблицы 5

4	Тренинг «Калейдоскоп эмоций».	Психологические тренинги	Дать возможность родителям взглянуть на свои собственные чувства и эмоции по отношению к своему ребенку и наоборот.	В игровой форме прорабатываются основные чувства и эмоции (радость, страх, злость, удивление, восторг и т.д.). Все участники работают в микрогруппах (т.е. семьях). Тренинг начинается с мозгового штурма по теме, далее следует практическая часть по проработке эмоций. Используются такие игры как: «Изобрази эмоцию», "Эмоциональная цепочка".
5	Конкурс альбомов / коллажей «Моя дружная спортивная семья».	Психологические тренинги	Содействовать укреплению детско-родительских отношений.	Презентация альбомов / коллажей с фотографиями семьи в рамках программы «здоровье в нашей жизни».
6	Спортивно – оздоровительное мероприятие «Мама, папа, я – здоровая семья!».	Психологические тренинги	Предложить возможные пути образования доверительных отношений между родителем и ребёнком.	Совместно с учителем физической культуры и семьями провести тренинг по обучению занятиями ЛФК, зарядкой и другим комплексом физических упражнений, способствующих развитию и укрепления физического здоровья семьи.
7	Фестиваль здоровых привычек «ЗОЖфест».	Психологические тренинги	Содействовать укреплению детско-родительских отношений.	Семья внедряет в свою жизнь здоровую привычку и после этого на общей встрече рассказывает о своих результатах.

Окончание таблицы 5

№	Наименование	Направление психологической работы	Цель	Содержание
Консультативная часть				
8	Групповые и индивидуальные консультации.	Психологическое консультирование, психологическая коррекция	Оказать помощь в формировании положительных мотивов взаимоотношения родителей и детей в семье; изменение порочных стереотипных ситуаций, повышение педагогической компетентности родителей; Формирование взглядов родителей и взаимодействия в семье способствующих снижению, ослаблению негативных тенденций, пессимистичных мнений и способов общения.	Индивидуальный подход с применением методик по ситуации.
Рефлексивная часть				
9	Групповое обсуждение работы программы.	Анализ, рефлексия	Проанализировать результат проделанной работы, сделать личные выводы.	Оценка достигнутых изменений в ходе реализации программы по оптимизации детско-родительских отношений. Оценка формирования у родителей позитивного отношения к здоровому образу жизни и желания следовать его принципам в воспитании собственных детей.

Сроки реализации программы: с февраля по апрель 2019 г. Встречи организуются раз в неделю по субботам. Состав рабочей группы: педагоги-психологи, классные руководители, учителя физической культуры. Оценка эффективности проекта осуществляется путем сопоставления первичной и повторной диагностики.

2.4 Выявление эффективности психолого-педагогической работы по оптимизации взаимоотношений матери и часто болеющего ребенка младшего школьного возраста

Основной целью разработанной коррекционной программы было оптимизировать детско-родительские отношения в семье с часто болеющим ребенком младшего школьного возраста. За период с февраля по апрель 2019 года было проведено 8 обязательных групповых встреч; 2 групповые консультации; 6 индивидуальных консультаций, 1 из которых была непосредственно с ребенком. Ожидаемы риски в процессе работы не оправдались, как администрация школ, так и родители активно шли на контакт и были заинтересованы в работе. Положительные отзывы от родителей и детей, а также желание следовать принципам здорового образа жизни могут свидетельствовать о наличии эффективности проделанной работы.

Для определения эффективности в области детско-родительских отношений, по окончании программы, направленной на работу с матерями группы часто болеющих детей, было проведено контрольное тестирование также по двум ранее использованным методикам.

В таблице 6 можно увидеть результаты средних значений по шкалам методики опросника родительских отношений (ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столина группы матерей часто болеющих детей до применения коррекционной программы направленной на оптимизацию детско-родительских отношений и после.

Результаты средних значений по шкалам опросника родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столин до и после применения коррекционной программы

Группа матерей часто болеющих детей	Критерий				
	Принятие/отвержение	Кооперация	Симбиоз	Контроль	Отношения к неудачам ребенка
До КРР	33% отвержение 67% без выраженной позиции	73% без выраженной позиции 27% имеют кооперацию с ребенком	46% не устанавливают псих. дистанцию с ребенком 34% без выраженной позиции 20% устанавливают псих. дистанцию с ребенком	67% осуществляют жесткий контроль 33% без выраженной позиции	40% считают ребенка маленьким неудачником 60% без выраженной позиции
После КРР	60% принятие 40% без выраженной позиции	53% Кооперация 47% без выраженной позиции	53% не устанавливают псих. дистанцию с ребенком 47% без выраженной позиции	26% осуществляют жесткий контроль 74% без выраженной позиции, но более склонной к контролю	87% без выраженной позиции 13% верят в своего ребенка

Результаты, полученные по двум замерам до применения программы и после показали положительную динамику в детско-родительских отношениях в семьях с часто болеющим ребенком (методика ОРО):

- 60% матерей выражено положительное отношение к ребенку;
- 53% матерей не выстраивают психологическую дистанцию, стараются быть ближе к ребенку;

- 13% опрошенных считают неудачи ребенка случайными и верят в него.

На рисунке 4 представлен сравнительный анализ полученных результатов

группы матерей часто болеющих детей по методике опросник родительских отношений (ОРО) А.Я. Варга и В.В. Столин, до и после применения коррекционной программы.

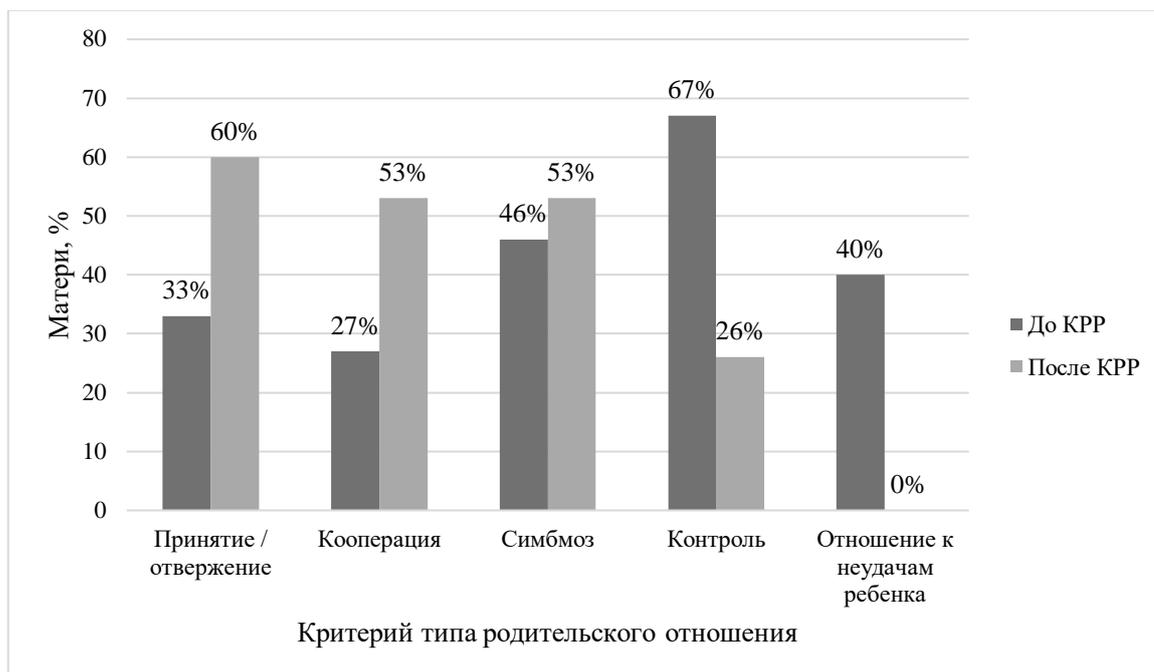


Рисунок 4. Сравнительный анализ результатов отношения матери к ребёнку по методике ОРО А.Я. Варга и В.В. Столин, до и после применения коррекционной программы

В таблице 7 можно увидеть результаты средних значений по критериям методики PARI группы матерей часто болеющих детей до применения коррекционной программы направленной на оптимизацию детско-родительских отношений и после. В таблице представлены результаты по двум группам критериев: отношение к матери к ребёнку и отношение матери к семейной роли. Признаки, относящиеся к группе отношение к ребёнку, в свою очередь делятся также на три группы: оптимальный эмоциональный контакт, излишняя эмоциональная дистанция с ребенком, излишняя концентрация на ребенке.

Результаты средних значений по критериям методики PARI до и после применения коррекционной программы

Группа матерей часто болеющих детей	Критерий							
	Отношение к ребёнку					Отношение к семейной роли		
	Оптимальный эмоциональный контакт	Излишняя эмоциональная дистанция с ребенком		Излишняя концентрация на ребенке		Зависимость от семьи	Сверхавторитет	Неудовлетворенность ролью хозяйки
		Партнёрские отношения	Излишняя строгость	Раздражительность	Опасение обидеть			
До ККР	М=15,9	М=15,7	М=12,9	М=13,8	М=14,9	М=14,6	М=15,7	М=14,9
После ККР	М=14,7	М=12	М=9,2	М=12,6	М=11,7	М=12,4	М=14,3	М=13

По отношению матери к семейной роли и по отношению к ребёнку (методика PARI), у многих респондентов, качественные изменения произошли в таких критериях как:

- Излишняя строгость. Матери часто болеющих детей стали менее строго относиться к своему ребенку.
- Стремление ускорить развитие своего ребенка. Родитель стал осознавать психологические и физические возможности своего ребенка, принимает его таким, какой он есть не стремясь ускорить его развитие.
- Раздражительность. Данное чувство сменяется пониманием и частичным принятием, свидетельствует об отсутствии эмоциональной дистанции между матерью и ребенком.
- Зависимость от семьи. Снижение чувства самопожертвования, расширения своих собственных интересов.
- Опасение обидеть. Отмечается снижение чрезмерной заботы о ребенке,

снижается риск образования зависимых отношений.

– Партнерские отношения. Стабильность среды для развития обоих партнеров (родителей), наличие эмоциональной моральной поддержки.

– Сверхавторитет. Мать считает, что ребенку следует предоставлять больше свободы и прав, что он может не во всем подчиняться ее воле, авторитету.

– Неудовлетворенность ролью хозяйки. У матери спадает внутреннее напряжение матери, происходит разделение обязанностей по дому.

На рисунке 5 представлен сравнительный анализ полученных результатов группы матерей часто болеющих детей по методике PARI до и после применения коррекционной программы.

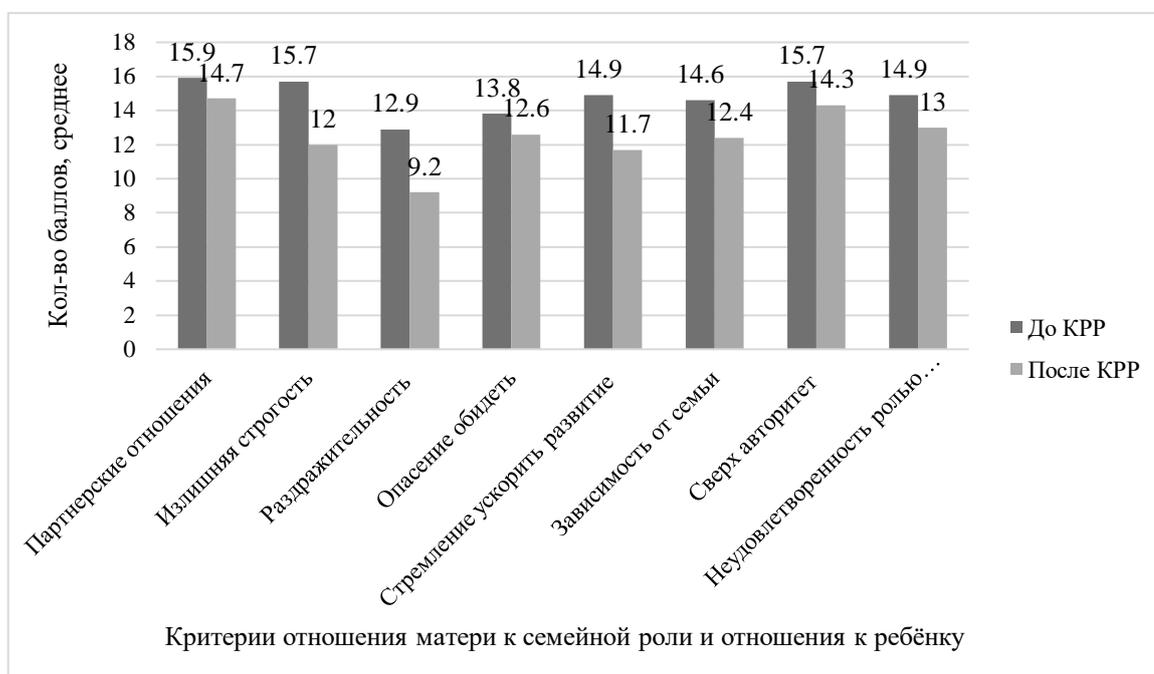


Рисунок 5. Сравнительный анализ результатов по методике PARI группы матерей часто болеющих детей до и после коррекционной работы

Таким образом, сравнивая полученные результаты с первым опросом можно выделить следующие моменты, большинство матерей часто болеющих детей смирились со статусом, что их ребёнок относится к группе часто болеющих, осознают физические и психологические особенности своего ребёнка принимают своего ребенка таким, какой он есть стараясь проявлять интерес к его

жизни и увлечениям, снизив при этом контроль над поведением ребенка, а также не стремясь ускорить его развитие. Матери часто болеющих детей стали менее строго относиться к своему ребёнку. Раздражительность сменяется пониманием и частичным принятием, свидетельствует об отсутствии эмоциональной дистанции между матерью и ребенком. Отмечается снижение чрезмерной заботы о ребенке, снижается риск образования зависимых отношений.

По отношению матери себя к семейной роли также наблюдается положительная динамика. Образование стабильной среды для развития обоих партнеров (родителей), наблюдается наличие эмоциональной и моральной поддержки. Мать считает, что ребенку следует предоставлять больше свободы и прав, что он может не во всем подчиняться ее воле, авторитету. Также у матери спадает внутреннее напряжение, происходит разделение обязанностей по дому.

Такая положительная динамика на основе измерений, полученных до проведения коррекционной программы и после, позволяет сделать вывод о том, что проделанная работа была эффективной так, как имеет положительно качественные изменения в системе детско-родительских отношений в семье с часто болеющим ребенком и изменением отношения матери к семейной роли в такой семье.

Выводы по главе 2

Во второй главе было проведено эмпирическое исследование особенностей взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их, часто болеющим детям 8-9 лет. Исследование проводилось по двум методикам Методика PARI (Е.С. Шеффер и Р.К. Белл) и опросник Родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин).

Полученные результаты опросника родительского отношения (А.Я. Варга В.В.Столин), выявили, что преобладающими типами родительского отношения к часто болеющему ребенку являются «Симбиоз» и «Авторитарная гиперсоциализация».

На основании полученных данных по результатам методики PARI было установлено, что матери часто болеющего ребенка свойственно иметь зависимость от семьи, сверхавторитет, иметь проблемы в партнерских отношениях, проявлять излишнюю строгость к ребенку, подавление воли, а также неудовлетворенность ролью хозяйки.

Матерям часто болеющих детей присуще низкое самопринятие и негативное самоотношение. В их эмоциональной жизни преобладают отрицательные эмоции (страх, обида, злость, неудовольствие и беспокойство). Чувство вины (неосознаваемое или осознаваемое) связано для большинства таких матерей с болезнью ребенка, однако ответственность за выздоровление возлагается на других (врачей).

Анализ корреляционных связей (на основе подсчета коэффициента корреляции Спирмена) показал, что между преобладающими типами родительского отношения (симбиоз, авторитарная гиперсоциализация) и отношением матери к семейной роли (зависимость от семьи, сверхавторитет родителей, неудовлетворенность ролью хозяйки) существует достоверная прямая связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Для работы с такими матерями, в семьях которых имеется часто болеющий младший школьник была разработана и проведена коррекционная программа под названием «Здоровье в нашей жизни!», целью которой является оптимизация

детско-родительских отношений и формирование у родителей позитивного отношения к здоровому образу жизни и желания следовать его принципам в воспитании собственных детей.

По окончании курса мероприятий, направленных на работу с матерями группы часто болеющих детей было проведено контрольное тестирование также по двум ранее использованным методикам. Это методика PARI – опросник родительских установок и также опросник родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столин.

По результатам опросника родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столин: у 60% матерей выражено положительное отношение к ребенку. Они принимают ребенка таким, какой он есть, признают и уважают его индивидуальность, одобряют его интересы, поддерживают планы, проводят с ним достаточно времени и не жалеют об этом. Оставшиеся 40% находятся без ярко выраженной позиции, но более склонной к принятию. Больше половины матерей проявляют искренний интерес к тому, что интересует ребенка, стараются быть с ним на равных и поощряют самостоятельность и инициативу, исходящую от ребенка. Помимо этого, 53% матерей не выстраивают психологическую дистанцию между собой и ребенком, стараются быть ближе к нему. Остальные же только стремятся к этому. 26% матерей осуществляют контроль над поведением своего ребенка, ведут себя авторитарно требуя безоговорочного послушания, задавая при этом строгие дисциплинарные рамки. Остальные же находятся без выраженной позиции, но все же больше склонны контролировать своих детей, почти во всем навязывая свою волю ребенка. Всего 13% опрошенных считают неудачи ребенка случайными и верят в него. 87% не выражают определенной позиции к способностям своего ребенка, к его достоинствам и недостаткам, успехам и неудачам. Подробной диагностики представлены в приложении Г.

Сравнивая полученные результаты с первым опросом можно выделить следующие моменты, большинство матерей часто болеющих детей смирились с этим статусом и принимают своего ребенка таким, какой он есть стараясь проявлять интерес к его жизни и увлечениям, снизив при этом контроль над

поведением ребенка. По результатам методики PARI можно отметить изменения при анализе отдельных шкал. Так, например, у трети опрошенных изменилась позиция себя относительно семьи, уходит чувство зависимости и самопожертвования. Доминирование матери сменяется разделением обязанностей в воспитании с отцом ребенка. Наблюдается снижение раздражительности и проявления излишней строгости по отношению к ребенку. Снижается стремление ускорить развитие ребенка и его активности, так как родитель стал принимать своего ребенка таким какой он есть. Полные результаты в приложении Д.

Такая положительная динамика на основе измерений, полученных до проведения коррекционной программы и после, позволяет сделать вывод о том, что проделанная работа была эффективной так, как имеет положительно качественные изменения в системе детско-родительских отношений в семье с часто болеющим ребенком и изменением отношения матери к семейной роли в такой семье.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На сегодняшний день, проблемы, связанные с институтом семьи и родительскими отношениями в частности являются особенно актуальными. Кризис, который переживает институт семьи, в первую очередь находит свое отражение на детско-родительских отношениях. Социальные связи между детьми и родителями ослабевают, растет число семейных конфликтов, снижается качество семейного воспитания и ответственности родителей за своих детей. Помимо этого, за последние годы в России уровень детской заболеваемости стремительно растет, что повлекло за собой рост числа детей, относящихся к группе «часто болеющие дети», а это в свою очередь является актуальной медицинской, социальной и психологической проблемой.

Цель нашего исследования было изучить особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям и разработать коррекционную программу, направленную на оптимизацию детско-родительских отношений.

Нами было выдвинуто предположение о том, что существует взаимосвязь родительского отношения матери в семье с часто болеющим ребенком 8-9 лет и ее отношения к семейной роли. При наличии симбиотической связи и авторитаризма в типе родительского отношения, матери часто болеющего ребенка свойственно наличие таких особенностей отношения к социальной роли, как неудовлетворенность ролью хозяйки, зависимость от семьи и сверхавторитет.

В ходе теоретического анализа проблемы были выявлены следующие психологические особенности развития часто болеющего ребенка: им свойственны ярко выраженная тревожность, наличие различных комплексов, неуверенность в себе, повышенное чувство страха, зависимость от семьи (прежде всего от матери), а также быстрая утомляемость. Таким детям сложно находить общий язык с окружающими, трудно заводить друзей. Их эмоции поверхностны, не возникает глубоких чувств. К задержке развития личности т.е. инфантилизму, приводит изменение социальной ситуации развития. Такие дети

непосредственны и несамостоятельны. У них отсутствует устойчивость внимания, не могут регулировать свое поведение, объективно и адекватно оценивать ситуацию и изменять поведение, согласно внешним условиям. Трансформация ролевых отношений в семье является важнейшей стороной современной перестройки семейных отношений. Неопределенность норм, регулирующих в настоящее время семейные, в том числе ролевые, отношения, ставит перед современной семьей ряд социально-психологических проблем. Важнейшими из них являются проблемы «выбора» каждой семьей способа ролевого взаимодействия и формирования отношения членов семьи к разным сторонам ролевого поведения в семье. Процесс возникновения ролевой структуры семьи является одной из главных сторон ее становления как социальной и психологической общности, адаптации супругов друг к другу и выработки стиля семейной жизни. Проблема выбора, принятия семьей того или иного ролевого образца неотделима от формирования отношения членов семьи к этому образцу, к своей роли в семье и к выполнению ролей другими членами семьи. Влияние родительского отношения на развитие личности часто болеющего ребенка подтверждается выделением типов эффективных (оптимальных) родительских отношений, которые способствуют общему развитию личности ребенка, а также типы неэффективных (нарушенных) родительских отношений, которые указывают на особую роль последних в создании патологических новообразований в психической деятельности и поведении ребенка.

Также проведенный нами теоретический анализ проблемы показал, что институт семьи, в целом, изучен достаточно широко, но в то же время не хватает научных и практических аспектов этой проблемы: очень мало эффективных программ и технологий, направленных на коррекцию и оптимизацию детско-родительских отношений в семье с часто болеющим ребёнком, а также способствуют улучшению соматического статуса такого ребёнка.

Для изучения взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношению к их часто болеющим детям был выбран следующий диагностический инструментальный тест-опросник родительского отношения

(А. Я. Варга, В. В. Столин), опросник родительских установок, методика PARI (Е.С. Шеффер и Р.К. Белл). Результаты проведенных диагностик позволили выявить следующее: преобладающими типами родительского отношения являются «Симбиоз», «Авторитарная гиперсоциализация». Сравнивая полученные результаты опроса матерей часто и редко болеющих детей, можно выявить следующие проблемные зоны: зависимость от семьи, подавление воли, излишняя строгость, сверхавторитет родителей, неудовлетворенность ролью хозяйки, партнерские отношения.

Анализ корреляционных связей (на основе подсчета коэффициента корреляции Спирмена) показал, что между преобладающими типами родительского отношения (симбиоз, авторитарная гиперсоциализация) и отношением матери к семейной роли (зависимость от семьи, сверхавторитет, неудовлетворенность ролью хозяйки) существует достоверная прямая связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Исходя из этого, можно сделать вывод, что у матери, занимающейся улучшением детско-родительских отношений с часто болеющим ребенком, будут происходить качественные изменения по отношению к себе в семейной роли.

Для работы с такими матерями нами была разработана и проведена программа «Здоровье в нашей жизни!», целью которой являлась оптимизация детско-родительских отношений и формирование у родителей позитивного отношения к здоровому образу жизни и желания следовать его принципам в воспитании собственных детей. Программа состояла из 4 этапов (просветительская часть, коррекционно-развивающая часть, консультативная часть, рефлексивная часть) и включала в себя 2 интерактивные лекции, 3 тренинга, 2 конкурса, а также индивидуальные и групповые консультации.

Для определения эффективности в области детско-родительских отношений, по окончании программы, направленной на работу с матерями группы часто болеющих детей, было проведено контрольное тестирование также по двум ранее использованным диагностическим методикам. Результаты, полученные по двум замерам до применения программы и после показали

положительную динамику в детско-родительских отношениях в семьях с часто болеющим ребенком. Большинство матерей часто болеющих детей смирились с этим статусом и принимают своего ребенка таким, какой он есть стараясь проявлять интерес к его жизни и увлечениям, снизив при этом контроль над поведением ребенка. По результатам методики PARI можно отметить изменения при анализе отдельных шкал. Так, например, у трети опрошенных изменилась позиция себя относительно семьи, уходит чувство зависимости и самопожертвования. Доминирование матери сменяется разделением обязанностей в воспитании с отцом ребенка. Наблюдается снижение раздражительности и проявления излишней строгости по отношению к ребенку. Снижается стремление ускорить развитие ребенка и его активности, так как родитель стал принимать своего ребенка таким какой он есть.

По данным нашего исследования предполагаемая гипотеза о том, что существует взаимосвязь родительского отношения матери в семье с часто болеющим ребенком 8-9 лет и ее отношения к семейной роли и что при наличии симбиотической связи и авторитаризма в типе родительского отношения, матери часто болеющего ребенка свойственно наличие таких особенностей отношения к социальной роли, как неудовлетворенность ролью хозяйки, зависимость от семьи и сверхавторитет, подтвердилась.

Положительная динамика на основе измерений, полученных до проведения коррекционной программы и после, позволяет сделать вывод о том, что проделанная работа была эффективной так, как имеет положительно качественные изменения в системе детско-родительских отношений в семье с часто болеющим ребенком и изменением отношения матери к семейной роли в такой семье. Таким образом, посредством реализации поставленных задач цель исследования была достигнута.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Абульханова-Славская, К.А. Личностный аспект проблемы общения // Проблема общения в психологии. М.: Наука, 1980. 245 с.
2. Ананьев Б.Г. Человек как предмет познания. СПб.: Питер, 2001. 288 с.
3. Бодалев А.А. Психология общения. М.: Московский психолого-социальный институт. Воронеж: НПО «МОДЭК», 2002. 320 с.
4. Божович Л.И. Избранные психологические труды: Проблемы формирования личности / Под ред. Д.И. Фельдштейна. М.: Международная педагогическая академия, 1995. 209 с.
5. Боулби Дж. Создание и разрушение эмоциональных связей // Пер. с англ. В. Старовойтова. М.: Академический проект, 2004. 232 с.
6. Братусь Б.С. Психология. Нравственность. Культура. М., Знание, 1998. 64 с.
7. Бурменская Г.В. Возрастно-психологический подход в консультировании родителей по вопросам психического развития и психологического благополучия детей и подростков // Мир психологии. 2017. № 2 (90). 133 с.
8. Варга А.Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. Серия 14. Психология. 1985. №4. С. 32–38.
9. Варга А.Я., Драбкина Т.С. Системная семейная психотерапия. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. 144 с.
10. Венгер А.Л. Психологическое обследование младших школьников [Электронный ресурс]. М.: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2007. 160 с. // Электронная библиотека КГПУ им. В.П. Астафьева. URL:http://library.kspu.ru/index.php?option=com_irbis&view=irbis&Itemid=114 HTML (дата обращения 29.04.2020 г.).
11. Водяха Ю.Е. Психология детей младшего школьного возраста [Электронный ресурс]. Екатеринбург: УрГПУ, 2018. 109 с. // Межвузовская электронная библиотека. URL: <https://icdlib.nspu.ru/views/icdlib/7590/read.php> HTML (дата обращения 25.04.2020 г.).

12. Воронина С.Н. Роль психологических факторов в развитии соматического заболевания у детей дошкольного возраста: на примере бронхиальной астмы: автореферат дис. ... канд. психол. наук. М.: 2006. 181 с.

13. Выготский Л.С. Собрание сочинений: В 6 т. Т.3. Проблемы развития психики. М.: Педагогика, 1983. 368 с.

14. Вылегжанина Г.Г. Взаимосвязь родительского отношения и преобладающих мотивов к деятельности часто болеющего ребенка дошкольного возраста: автореферат дис. ... канд. психол. наук. Красноярск, 2006. 165 с.

15. Вылегжанина Г.Г. Влияние родительского отношения на мотивацию часто болеющего ребенка дошкольного возраста к разным видам деятельности: основные подходы и методы изучения / Г.Г.Вылегжанина, В.А.Ковалевский // Вестник КрасГУ. Красноярск, 2006. С. 108–113.

16. Вылегжанина Г.Г. Психосоматический подход в развитии личности больного ребенка / Г.Г.Вылегжанина // Образование и здоровье: Внедрение новых оздоровительных технологий в образовательный процесс: сб. материалов II краевой научно-практической конференции. Красноярск, 2005. С. 10–11.

17. Вылегжанина Г.Г. Роль мотивации в развитии личности больного ребенка в условиях особой социальной ситуации развития / Г.Г.Вылегжанина // Бехтерев В.М. и современная психология. К 120-летию открытия первой психологической лаборатории: сб. материалов Российской научно-практической конференции. Казань: Центр инновационных технологий, 2005. С.71–78.

18. Гаркушева И.С. Групповое консультирование как средство повышения уровня развития эмпатии младших школьников, находящихся в социально опасном положении [Электронный ресурс]. Красноярск: 2018. 153 с. // Электронная библиотечная система КГПУ им. В.П. Астафьева. URL: <http://elib.kspu.ru/document/37929> НТМ (дата обращения 01.05.2020 г.).

19. Груздева О.В. Соматически больной ребенок: факторы речевого развития: Монография. Красноярск: РИО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2004.160 с.

20. Долгова Н.В. Методология и методы психолого-педагогических исследований [Электронный ресурс]. Горно-Алтайск: ГАГУ, 2010. 128 с. //

Межвузовская электронная библиотека. URL: <https://icdlib.nspu.ru/views/icdlib/2958/read.php> (дата обращения 28.04.2020 г.).

21. Доманецкая Л.В. Особенности общения с родителями часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста как условие улучшения его соматического статуса: автореф. дис. ... канд. психол. наук. Томск: 2011. 279 с.

22. Дубовик Е.Ю. Родительское отношение к часто болеющему ребенку дошкольного возраста как фактор формирования тревожности: Автореферат. дис. ... канд. психол. наук. Казань, 2006. 24 с.

23. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на мотивацию к выздоровлению у часто болеющего ребенка дошкольного возраста. Мотивационно-потребностное развитие ребенка // материалы 10-й регионально научно-практической конференции (г. Красноярск, 27–28 февраля 2008 года) Красноярск: КГПУ им. В.П. Астафьева, 2008. С. 52–57.

24. Евдокимова Е.В. Формирование ценностного отношения к родительству у студентов: дис. ... канд. психол. наук. Пятигорск: 2015. 211 с.

25. Елиашвили М.Н. Особенности детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья: на примере аллергических болезней: автореферат дис. ... канд. психол. наук. М.: 2012. 172 с.

26. Залевский Г.В. Теория субъекта и фиксированные формы поведения. // Психол. журн. Т. 25. № 3. 2003. С. 32–36.

27. Запорожец А.В. Значение ранних периодов детства для формирования личности // Принцип развития в психологии. Сборник статей. / Под ред. Л.И. Анциферовой. М.: Наука, 1978. С. 243–248.

28. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка / А.И. Захаров. СПб.: Союз, 1997. 222 с.

29. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. СПб., 1993. 75 с.

30. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск, 1997. 122 с.

31. Ковалевский В.А., Груздева О.В. Соматически больной ребенок: специфика социально-психологического развития // Вестник КГПУ им. В.П.

Астафьева, 2010. №3. С. 115–122.

32. Колмогорова Л.С. Психологическое здоровье и психологическая культура школьников [Электронный ресурс]. Барнаул: 2012. 293 с. // Межвузовская электронная библиотека. URL: <https://icdlib.nspu.ru/views/icdlib/2281/read.php> (дата обращения 28.04.2020 г.).

33. Котова Е.А. Особенности родительского отношения к соматически больным детям старшего дошкольного возраста: на примере часто болеющих детей и детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата: автореферат дис. ... канд. психол. наук. Казань: 2003. 179 с.

34. Котова Е.В. Детско-родительские отношения в различных типах семей: монография. Красноярск: РИО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2004. 156 с. Краткий лекционный курс. СПб.: Речь, 2001. 144 с.

35. Леонтьев А.Н. Проблемы развития психики. М., Изд-во МГУ, 1998. 584 с.

36. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Академия, 2004. 352 с.

37. Лисина М.И. Общение, личность и психика ребенка. М.: МПСИ, 2001. 384 с.

38. Михеева А.А. Психологические особенности часто болеющих детей: автореферат дис. ... канд. психол. наук. М.: 1999. 169 с.

39. Млодик И.Ю. Современные дети и их несовременные родители. М.: Генезис, 2017. 292 с.

40. Млодик И.Ю. Школа и как в ней выжить: взгляд гуманистического психолога. М.: Генезис, 2018. 184 с.

41. Моница Г.Б., Лютова-Робертс Е.К. Коммуникативный тренинг (педагоги, психологи, родители). СПб.: Изд-во Речь, 2007. 224 с.

42. Мясищев В.Н. Психология отношений. М.: Воронеж, НПО «Модек», 1995. 356 с.

43. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во МГУ, 1987. 166 с.

44. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического

заболевания: автореферат дис. ... канд. психол. наук. М.: 1992. 400 с.

45. Овчарова Р.В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие. М.: Московский психолого-социальный институт, 2006. 496 с.

46. Петровский А.В. Психология развивающейся личности / Под ред. А.В. Петровского. М.: Педагогика, 1987. 240 с.

47. Рубинштейн С.Л. Основы общей психологии. Спб.: Питер, 2007. 720 с.

48. Сальникова И.А. Социально-психологическая коррекция неадекватных родительских позиций: автореф. дис. ... канд. психол. наук. М., 2011. 204 с.

49. Синягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. 96 с.

50. Смирнова Е.О., Быкова М.В. Опыт исследования структуры динамики родительского отношения // Вопросы психологии. 2000. №3 С. 3–14.

51. Смирнова Е.О. Теория привязанности: концепция и эксперимент // Вопросы психологии. 1995. №3. С. 139–150.

52. Спиваковская А.С. Обоснование психологической коррекции неадекватных родительских позиций // Семья и формирование личности: сб. науч. тр. / Под ред. А.А. Бодалева. М.: НИИОП, 1981. С. 38–44.

53. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. В 2 т. Т.1. М.: ООО «Апрель Пресс», 2000. 464 с.

54. Шамшикова Е.О. Психология развития и возрастная психология [Электронный ресурс]. Новосибирск: 2013. 132 с. // Межвузовская электронная библиотека. URL: <https://icdlib.nspu.ru/views/icdlib/2005/read.php> HTML (дата обращения 28.04.2020 г.).

55. Шамшикова О.А. Информационные и коммуникационные технологии в деятельности психолога [Электронный ресурс]. Новосибирск: 2013. 127 с. // Межвузовская электронная библиотека. URL: <https://icdlib.nspu.ru/views/icdlib/2007/read.php> (дата обращения 01.05.2020 г.).

56. Эйдемиллер Э.Г., Добряков И.В., Никольская И.М. Семейный диагноз и семейная психотерапия. Учебное пособие для врачей и психологов. СПб.: Речь, 2006. 352 с.

57. Эльконин Д.Б. Психическое развитие в детских возрастах. Москва Воронеж, 1995. 280 с.

58. Cowan C.P. Couple relationships, parenting styles, and the child's development at three. Paper presented at the Society for Society for Research in Child Development Meetings. Baltimore: 1987. 78 p.

59. Crittenden P.M., Claussen A.H. The organization of attachment relationships. Maturation, culture, and context. Cambridge: Cambridge University Press, 2003. 432 p.

60. Meddow K. Deafness and child development. Los Angeles, 1980. 236 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А
Таблица 8

Анализ детско-родительских отношений по методике ОРО А.Я. Варга и В.В. Столин

«Группа редко болеющие дети»

№	Имя матери	Критерий				
		Принятие/ отвержение	Кооперация	Симбиоз	Контроль	Отношения к неудачам ребенка
1	Надия Ш.	28	6	3	5	3
2	Юлия В.	26	7	5	3	3
3	Мария К.	24	6	4	3	3
4	Лара Ю.	27	5	6	5	4
5	Лилия А.	24	8	5	4	5
6	Регина Г.	32	6	4	7	4
7	Юлия А.	33	5	7	5	3
8	Лилия В.	28	6	7	3	4
9	Ксения В.	30	7	7	3	4
10	Елена В.	27	6	5	4	3
11	Мария Ю.	30	7	3	5	3
12	Елена А.	24	5	6	6	6
13	Оксана А.	29	7	3	3	3
14	Наила М.	28	6	4	5	3
15	Зина В.	28	6	4	3	3
	ИТОГО	М= 31,2 100% принятие	М= 6,2 33% кооперация 67% без выраженной позиции	М= 4,9 20% не устанавливают псих. дистанцию с ребенком 80% без выраженной позиции	М= 4,2 13% контроль 87% без выраженной позиции	М= 3,6 100% без выраженной позиции

Анализ детско-родительских отношений по методике ОРО А.Я. Варга и В.В. Столин

«Группа часто болеющие дети»

№	Имя матери	Критерий				
		Принятие/ отвержение	Кооперация	Симбиоз	Контроль	Отношения к неудачам ребенка
1	Наталья А.	15	6	5	6	5
2	Лариса Л.	7	3	6	6	7
3	Евгения А.	11	5	7	5	6
4	Оксана Г.	14	6	7	7	4
5	Татьяна Н.	9	2	3	6	7
6	Инга В.	8	3	5	3	8
7	Елена Д.	11	4	7	7	5
8	Анна Н.	8	2	7	7	6
9	Яна П.	17	5	6	3	4
10	Ирина С.	13	4	2	4	5
11	Анна Г.	7	2	2	7	8
12	Мария В.	10	4	4	6	5
13	Наталья А.	6	1	3	7	7
14	Олеся В.	7	3	2	6	8
15	Олеся Н.	12	5	6	4	6
	ИТОГО	М= 10,3 33% отвержение 67% без выраженной позиции	М= 3,6 73% без выраженной позиции 27% не имеют кооперации с ребенком	М= 4,8 46% не устанавливают псих. дистанцию с ребенком 34% без выраженной позиции 20% устанавливают псих. дистанцию с ребенком	М= 5,6 67% осуществляют жесткий контроль 33% без выраженной позиции	М= 6 40% считают ребенка маленьким неудачником 60% без выраженной позиции

Анализ детско-родительских отношений по методике PARI
«Группа редко болеющие дети»

№	Имя матери	Критерий																							
		Отношение к семейной роли								Отношение матери к ребенку															
		3	5	7	11	13	17	19	23	1	2	4	6	8	9	10	12	14	15	16	18	20	21	22	
1	Надия Ш.	7	9	13	11	8	10	13	9	15	13	6	14	12	10	11	10	9	15	13	10	17	14	15	
2	Юлия В.	6	12	10	13	10	11	12	10	12	12	10	11	9	12	14	12	10	11	9	12	12	10	17	
3	Мария К.	18	9	13	13	11	11	13	10	13	14	11	15	10	10	13	14	12	14	8	14	18	15	15	
4	Лара Ю.	11	10	12	10	11	13	14	11	12	11	12	14	8	14	12	13	8	14	12	9	13	10	11	
5	Лилия А.	14	13	10	11	9	10	10	11	14	14	13	10	11	14	11	13	10	12	14	12	12	11	17	
6	Регина Г.	15	7	9	12	10	16	17	11	13	15	12	11	13	15	14	12	12	12	13	15	14	13	16	
7	Юлия А.	9	6	10	12	11	15	17	12	10	12	9	8	11	12	12	9	7	16	10	13	11	15	10	
8	Лилия В.	15	14	11	9	9	7	10	10	13	13	11	16	14	10	11	10	15	17	14	17	10	14	9	
9	Ксения В.	18	15	8	14	13	14	18	11	18	15	14	19	15	16	15	14	16	18	12	11	14	11	10	
10	Елена В.	16	12	12	15	12	15	19	13	15	16	12	15	14	17	12	16	18	19	11	15	11	10	9	
11	Мария Ю.	11	11	7	10	11	12	17	12	14	10	9	11	12	16	14	15	16	18	13	17	16	15	13	
12	Елена А.	10	14	16	12	9	13	10	10	13	10	10	12	13	15	13	9	14	15	9	16	18	13	12	
13	Оксана А.	7	8	12	13	8	10	13	9	15	11	7	9	10	9	10	8	13	16	9	10	15	10	14	
14	Наила М.	19	15	13	17	6	10	12	13	12	10	13	12	9	13	9	7	11	14	7	8	15	8	16	
15	Зина В.	13	11	10	14	9	10	12	10	14	9	12	13	10	12	10	7	15	12	13	9	16	9	15	
	ИТОГО	M=12,6	M=11	M=11	M=12,4	M=9,8	M=11,8	M=13,8	M=10,8	M=13,5	M=12,3	M=10,7	M=12,6	M=11,4	M=13	M=12	M=11,2	M=12,4	M=14,8	M=11	M=12,5	M=14,1	M=11,8	M=13,2	

Анализ детско-родительских отношений по методике PARI

«Группа часто болеющие дети»

№	Имя матери	Критерий																							
		Отношение к семейной роли								Отношение матери к ребенку															
		3	5	7	11	13	17	19	23	1	2	4	6	8	9	10	12	14	15	16	18	20	21	22	
1	Наталья А.	18	10	11	17	13	16	18	11	17	18	15	15	13	18	12	13	17	19	10	11	18	17	19	
2	Лариса Л.	20	13	16	19	15	17	17	10	19	15	11	15	18	18	10	10	15	17	10	18	17	8	17	
3	Евгения А.	6	6	11	15	15	18	18	8	15	13	17	10	18	18	12	11	18	18	10	19	17	10	17	
4	Оксана Г.	12	6	7	17	14	18	18	9	10	19	12	18	12	19	12	12	16	13	14	16	17	11	14	
5	Татьяна Н.	11	7	10	15	11	6	9	9	13	16	10	17	11	11	8	14	17	12	9	12	11	16	13	
6	Инга В.	18	15	15	20	13	11	11	10	17	15	19	17	19	16	15	8	17	13	9	18	12	15	14	
7	Елена Д.	15	8	18	17	14	8	10	11	7	10	13	10	7	12	14	18	14	10	11	8	15	10	10	
8	Анна Н.	18	16	13	14	15	8	11	11	15	10	19	18	13	19	13	10	13	17	8	8	14	10	8	
9	Яна П.	18	19	15	15	18	10	11	7	17	15	6	19	15	19	15	10	15	18	15	18	18	8	14	
10	Ирина С.	12	8	17	15	17	19	19	6	15	10	10	12	9	14	10	12	15	16	7	16	16	10	11	
11	Анна Г.	18	20	8	20	19	19	20	11	19	18	18	17	15	20	16	11	15	19	8	20	18	8	11	
12	Мария В.	11	8	10	13	18	7	8	13	13	16	10	8	8	9	10	11	17	18	11	7	10	10	13	
13	Наталья А.	18	14	17	15	13	16	11	20	18	7	17	16	8	13	12	11	17	19	11	13	10	17	19	
14	Олеся В.	10	7	10	13	16	8	10	15	18	8	6	8	13	15	12	11	16	18	14	7	12	16	15	
15	Олеся Н.	15	6	13	11	13	10	13	11	15	10	8	8	15	15	12	11	17	18	11	7	11	17	11	
	ИТОГО	М = 14,6	М = 10,8	М = 12,7	М = 15,7	М = 14,9	М = 12,7	М = 13,6	М = 10,8	М = 15,2	М = 13,3	М = 12,7	М = 13,8	М = 12,9	М = 15,7	М = 12,2	М = 11,5	М = 15,9	М = 16,3	М = 10,5	М = 13,2	М = 14,4	М = 12,2	М = 13,7	

Расчёт коэффициента ранговой корреляции Спирмена

Таблица 12

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия симбиоза (ОРО) и уровнем критерия зависимости от семьи (PARI)

№	Ранг X _i	Ранг Y _i	d _i	d _i ²
1	2,5	1	1,5	2,25
2	2,5	4,5	-2	4
3	2,5	4,5	-2	4
4	2,5	4,5	-2	4
5	6	4,5	1,5	2,25
6	6	4,5	1,5	2,25
7	6	4,5	1,5	2,25
8	8,5	8,5	0	0
9	8,5	8,5	0	0
10	10	10,5	-0,5	0,25
11	11,5	10,5	1	1
12	11,5	12,5	-1	1
13	14	12,5	1,5	2,25
14	14	14	0	0
15	14	15	-1	1
			∑d _i =0	∑d _i ² =26,5

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 26,5}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{159}{3360} \approx 1 - 0,0473 \approx 0,9527$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза Н₀: Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза Н₁: Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,952) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза Н₁.

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия зависимости от семьи (PARI) и уровнем критерия симбиоза (OPO)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	1	2,5	-1,5	2,25
2	4,5	2,5	2	4
3	4,5	2,5	2	4
4	4,5	2,5	2	4
5	4,5	6	-1,5	2,25
6	4,5	6	-1,5	2,25
7	4,5	6	-1,5	2,25
8	8,5	8,5	0	0
9	8,5	8,5	0	0
10	10,5	10	0,5	0,25
11	10,5	11,5	-1	1
12	12,5	11,5	1	1
13	12,5	14	-1,5	2,25
14	14	14	0	0
15	15	14	1	1
			$\sum di=0$	$\sum di^2=26,5$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 26,5}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{159}{3360} \approx 1 - 0,0473 \approx 0,9527$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза H_0 : Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза H_1 : Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,952) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза H_1 .

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия контроль (ОРО) и уровнем критерия зависимость от семьи (PARI)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	3	1	2	4
2	3	4,5	-1,5	2,25
3	3	4,5	-1,5	2,25
4	3	4,5	-1,5	2,25
5	3	4,5	-1,5	2,25
6	8	4,5	3,5	12,25
7	8	4,5	3,5	12,25
8	8	8,5	-0,5	0,25
9	8	8,5	-0,5	0,25
10	8	10,5	-2,5	6,25
11	11	10,5	0,5	0,25
12	12,5	12,5	0	0
13	12,5	12,5	0	0
14	14,5	14	0,5	0,25
15	14,5	15	-0,5	0,25
			$\sum di = 0$	$\sum di^2 = 45$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 45}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{270}{3360} \approx 1 - 0,0803 \approx 0,9197$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза H_0 : Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза H_1 : Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,919) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза H_1 .

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия зависимость от семьи (PARI) и уровнем критерия контроль (ОРО)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	1	3	-2	4
2	4,5	3	1,5	2,25
3	4,5	3	1,5	2,25
4	4,5	3	1,5	2,25
5	4,5	3	1,5	2,25
6	4,5	8	-3,5	12,25
7	4,5	8	-3,5	12,25
8	8,5	8	0,5	0,25
9	8,5	8	0,5	0,25
10	10,5	8	2,5	6,25
11	10,5	11	-0,5	0,25
12	12,5	12,5	0	0
13	12,5	12,5	0	0
14	14	14,5	-0,5	0,25
15	15	14,5	0,5	0,25
			$\sum di = 0$	$\sum di^2 = 45$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 45}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{270}{3360} \approx 1 - 0,0803 \approx 0,9197$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза Н₀: Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза Н₁: Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,919) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза Н₁.

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия симбиоза (ОРО) и уровнем критерия сверхавторитет родителей (PARI)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	2,5	1,5	1	1
2	2,5	1,5	1	1
3	2,5	3	-0,5	0,25
4	2,5	5	-2,5	6,25
5	6	5	1	1
6	6	5	1	1
7	6	9	-3	9
8	8,5	9	-0,5	0,25
9	8,5	9	-0,5	0,25
10	10	9	1	1
11	11,5	9	2,5	6,25
12	11,5	12	-0,5	0,25
13	14	13,5	0,5	0,25
14	14	13,5	0,5	0,25
15	14	15	-1	1
			$\sum di = 0$	$\sum di^2 = 29$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 29}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{174}{3360} \approx 1 - 0,0517 \approx 0,9483$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза H_0 : Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза H_1 : Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,948) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза H_1 .

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия сверхавторитет родителей (PARI) и уровнем критерия симбиоза (ОРО)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	1,5	2,5	-1	1
2	1,5	2,5	-1	1
3	3	2,5	0,5	0,25
4	5	2,5	2,5	6,25
5	5	6	-1	1
6	5	6	-1	1
7	9	6	3	9
8	9	8,5	0,5	0,25
9	9	8,5	0,5	0,25
10	9	10	-1	1
11	9	11,5	-2,5	6,25
12	12	11,5	0,5	0,25
13	13,5	14	-0,5	0,25
14	13,5	14	-0,5	0,25
15	15	14	1	1
			$\sum di = 0$	$\sum di^2 = 29$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 29}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{174}{3360} \approx 1 - 0,0517 \approx 0,9483$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза H_0 : Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза H_1 : Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,948) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза H_1 .

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия контроль (ОРО) и уровнем критерия сверхавторитет родителей (PARI)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	3	1,5	1,5	2,25
2	3	1,5	1,5	2,25
3	3	3	0	0
4	3	5	-2	4
5	3	5	-2	4
6	8	5	3	9
7	8	9	-1	1
8	8	9	-1	1
9	8	9	-1	1
10	8	9	-1	1
11	11	9	2	4
12	12,5	12	0,5	0,25
13	12,5	13,5	-1	1
14	14,5	13,5	1	1
15	14,5	15	-0,5	0,25
			$\sum di = 0$	$\sum di^2 = 32$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 32}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{192}{3360} \approx 1 - 0,0571 \approx 0,9429$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза Н₀: Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза Н₁: Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,942) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза Н₁.

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия сверхавторитет родителей (PARI) и уровнем критерия контроль (ОРО)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	1,5	3	-1,5	2,25
2	1,5	3	-1,5	2,25
3	3	3	0	0
4	5	3	2	4
5	5	3	2	4
6	5	8	-3	9
7	9	8	1	1
8	9	8	1	1
9	9	8	1	1
10	9	8	1	1
11	9	11	-2	4
12	12	12,5	-0,5	0,25
13	13,5	12,5	1	1
14	13,5	14,5	-1	1
15	15	14,5	0,5	0,25
			$\sum di = 0$	$\sum di^2 = 32$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 32}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{192}{3360} \approx 1 - 0,0571 \approx 0,9429$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза H_0 : Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза H_1 : Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,942) > \rho$ табл. (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза H_1 .

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия симбиоза (ОРО) и уровнем критерия неудовлетворенность ролью хозяйки (PARI)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	2,5	1,5	1	1
2	2,5	1,5	1	1
3	2,5	3	-0,5	0,25
4	2,5	4,5	-2	4
5	6	4,5	1,5	2,25
6	6	6	0	0
7	6	7	-1	1
8	8,5	8	0,5	0,25
9	8,5	9	-0,5	0,25
10	10	11	-1	1
11	11,5	11	0,5	0,25
12	11,5	11	0,5	0,25
13	14	13	1	1
14	14	14,5	-0,5	0,25
15	14	14,5	-0,5	0,25
			$\sum di=0$	$\sum di^2=13$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 13}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{78}{3360} \approx 1 - 0,0232 \approx 0,9768$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза H_0 : Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза H_1 : Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,976) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза H_1 .

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия неудовлетворенность ролью хозяйки (PARI) и уровнем критерия симбиоза (ОРО)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	1,5	2,5	-1	1
2	1,5	2,5	-1	1
3	3	2,5	0,5	0,25
4	4,5	2,5	2	4
5	4,5	6	-1,5	2,25
6	6	6	0	0
7	7	6	1	1
8	8	8,5	-0,5	0,25
9	9	8,5	0,5	0,25
10	11	10	1	1
11	11	11,5	-0,5	0,25
12	11	11,5	-0,5	0,25
13	13	14	-1	1
14	14,5	14	0,5	0,25
15	14,5	14	0,5	0,25
			$\sum di=0$	$\sum di^2=13$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 13}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{78}{3360} \approx 1 - 0,0232 \approx 0,9768$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза H_0 : Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза H_1 : Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,976) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза H_1 .

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия контроль (ОРО) и уровнем критерия неудовлетворенность ролью хозяйки (PARI)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	3	1,5	1,5	2,25
2	3	1,5	1,5	2,25
3	3	3	0	0
4	3	4,5	-1,5	2,25
5	3	4,5	-1,5	2,25
6	8	6	2	4
7	8	7	1	1
8	8	8	0	0
9	8	9	-1	1
10	8	11	-3	9
11	11	11	0	0
12	12,5	11	1,5	2,25
13	12,5	13	-0,5	0,25
14	14,5	14,5	0	0
15	14,5	14,5	0	0
			$\sum di = 0$	$\sum di^2 = 26,5$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 26,5}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{159}{3360} \approx 1 - 0,0473 \approx 0,9527$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза H_0 : Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза H_1 : Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,952) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза H_1 .

Расчёт наличия корреляционной связи между уровнем критерия
неудовлетворенность ролью хозяйки (PARI) и уровнем критерия контроль
(ОРО)

№	Ранг Xi	Ранг Yi	di	di ²
1	1,5	3	-1,5	2,25
2	1,5	3	-1,5	2,25
3	3	3	0	0
4	4,5	3	1,5	2,25
5	4,5	3	1,5	2,25
6	6	8	-2	4
7	7	8	-1	1
8	8	8	0	0
9	9	8	1	1
10	11	8	3	9
11	11	11	0	0
12	11	12,5	-1,5	2,25
13	13	12,5	0,5	0,25
14	14,5	14,5	0	0
15	14,5	14,5	0	0
			$\sum di = 0$	$\sum di^2 = 26,5$

$$\rho = 1 - \frac{6 \times 26,5}{15 \times (15^2 - 1)} = 1 - \frac{159}{3360} \approx 1 - 0,0473 \approx 0,9527$$

Для оценки значимости ρ необходимо сравнить полученный коэффициент с табличным коэффициентом.

Гипотеза H_0 : Если $\rho \leq \rho$ табличного, то между рядами показателей не существует достоверная связь на уровне 95% вероятности.

Гипотеза H_1 : Если $\rho > \rho$ табличного, то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Так как $\rho(0,952) > \rho$ табличного (0,601), то между рядами показателей существует достоверная связь на уровне 95% (99%) вероятности.

Подтвердилась гипотеза H_1 .

Анализ детско-родительских отношений по методике PARI
«группа часто болеющие дети» после проведения коррекционной программы

№	Имя матери	Критерий																						
		Отношение к семейной роли								Отношение матери к ребенку														
		3	5	7	11	13	17	19	23	1	2	4	6	8	9	10	12	14	15	16	18	20	21	22
1	Наталья А.	15	10	11	17	13	16	15	11	15	15	13	15	9	13	12	13	15	17	10	11	15	17	15
2	Лариса Л.	16	10	13	19	15	17	13	10	15	15	11	12	12	12	10	10	15	17	10	18	15	8	14
3	Евгения А.	6	7	11	15	15	15	15	8	15	13	17	10	12	11	12	11	15	15	10	19	13	10	13
4	Оксана Г.	12	6	7	17	14	18	15	9	10	15	12	15	9	14	12	12	16	13	14	16	17	11	14
5	Татьяна Н.	11	7	10	15	11	6	9	9	13	16	10	17	9	8	8	14	14	12	9	12	11	15	13
6	Инга В.	15	10	15	20	13	11	11	10	15	15	15	17	12	11	13	8	15	13	9	18	12	15	10
7	Елена Д.	15	8	15	17	14	8	10	11	7	10	13	10	7	10	14	14	14	10	11	8	15	10	10
8	Анна Н.	15	11	13	14	15	8	11	11	15	10	19	15	8	14	13	10	13	17	8	8	14	10	8
9	Яна П.	15	14	12	15	15	10	11	7	14	15	6	15	7	13	12	10	15	18	15	18	15	8	10
10	Ирина С.	12	8	15	15	17	15	16	6	15	10	10	10	9	14	10	12	15	16	7	16	16	10	11
11	Анна Г.	17	17	8	20	16	14	15	11	17	18	15	14	10	15	13	11	15	17	8	20	14	8	11
12	Мария В.	11	8	10	13	16	7	8	13	13	16	10	8	7	9	10	10	17	16	11	7	10	10	10
13	Наталья А.	16	14	15	15	13	13	11	17	16	7	17	12	8	11	12	11	14	15	11	13	10	17	15
14	Олеся В.	10	7	10	13	16	8	10	15	15	8	6	8	7	14	12	11	14	16	14	7	12	16	12
15	Олеся Н.	15	6	13	11	13	10	13	11	15	10	8	8	12	11	12	9	15	15	11	7	11	15	11
	ИТОГО	М=13,4	М=9,5	М=11,8	М=15,7	М=14,4	М=11,7	М=12,2	М=11,3	М=14	М=12,8	М=12,1	М=12,4	М=9,2	М=12	М=11,6	М=11,06	М=14,8	М=15,1	М=10,5	М=13,2	М=12	М=11,8	

Анализ детско-родительских отношений по методике ОРО А.Я. Варга и В.В. Столин
«группа часто болеющие дети» после проведения коррекционной программы

№	Имя матери	Критерий				
		Принятие/ отвержение	Кооперация	Симбиоз	Контроль	Отношения к неудачам ребенка
1	Наталья А.	24	7	5	5	2
2	Лариса Л.	25	7	6	5	5
3	Евгения А.	26	8	7	5	6
4	Оксана Г.	24	7	7	5	4
5	Татьяна Н.	20	6	5	4	5
6	Инга В.	19	5	5	3	6
7	Елена Д.	25	7	7	6	5
8	Анна Н.	17	5	7	6	5
9	Яна П.	27	7	6	3	2
10	Ирина С.	24	7	5	4	5
11	Анна Г.	15	5	5	6	6
12	Мария В.	26	7	6	5	5
13	Наталья А.	16	4	5	5	5
14	Олеся В.	20	5	4	6	6
15	Олеся Н.	26	6	6	5	4
	ИТОГО	М= 22,2 60% принятие 40% без выраженной позиции	М= 6,2 53 % Кооперация 47% без выраженной позиции	М= 5,7 53% не устанавливают псих. дистанцию с ребенком 47% без выраженной позиции	М= 5,6 26% осуществляют жесткий контроль 74% без выраженной позиции, но более склонной к контролю	М= 4,7 87% без выраженной позиции 13% верят в своего ребенка

Лист нормоконтроля

Выпускная квалификационная работа выполнена мной, Даниловой Надеждой Михайловной самостоятельно, оригинальность текста соответствует требованиям, предъявленным к такого рода работам и подтверждается справкой об оригинальности текста, сформированной системой «Антиплагиат».

Тема ВКР: Особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям 8-9 лет.

Нормоконтроль пройден.

Нормоконтролер  10.06.2020 г.
(подпись, дата)

Кербис И.Ю
(расшифровка подписи)

РЕФЕРАТ МАГИСТЕРСКОЙ ДИССЕРТАЦИИ

Особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям 8-9 лет

Объем магистерской диссертации составляет 87 страниц, включает в себя: 5 иллюстраций, 25 таблиц, 60 источников, 5 приложений.

Цель исследования: изучить особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям и разработать коррекционную программу, направленную на оптимизацию детско-родительских отношений.

Объект исследования: отношение матерей к семейным ролям и к их часто болеющим детям.

Предмет исследования: особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям 8-9 лет.

Методы исследования: теоретический анализ и систематизация данных по проблеме в психологической, педагогической и медицинской литературе. Эмпирический способ сбора данных: индивидуальные медицинские карты ребенка для оценки состояния здоровья (форма № 086/у); тест-опросник родительского отношения (А.Я. Варга, В.В. Столин), опросник родительских установок, методика PARI (Е.С. Шефер и Р.К. Белл). Методы математической статистики: расчет коэффициента корреляции Спирмена.

Новизна между научным работами и результатами, полученными от других авторов, заключается в следующем:

1. Впервые выделена и изучена взаимосвязь отношения матери к семейной роли и ее отношение к часто болеющему ребенку 8-9 лет.

2. Разработана и апробирована корректирующая программа, направленная на оптимизацию детско-родительских отношений в семье с часто болеющим ребенком.

Практическая значимость исследования определяется тем, что выявленная взаимосвязь отношения матери к семейной роли и отношению к ее часто болеющему ребенку младшего школьного возраста и разработанная программа, направленная на коррекцию и оптимизацию детско-родительских отношений в семье с часто болеющим младшим школьником могут быть

использованы работниками образования, здравоохранения для повышения эффективности форм и способов работы с родителями, для оптимизации детско-родительских отношений.

Результаты исследования апробированы в рамках XX международного научно-практического форума студентов, аспирантов и молодых ученых «Молодежь и наука XXI века» (Красноярск, 2019 г.); в рамках VIII Международного- образовательного форума «Человек, семья и общество: история и перспективы развития» (Красноярск, 2019 г.); в рамках психолого-педагогических чтений памяти Л.В. Яблоковой (Красноярск, 2019 г.). По теме исследования опубликована статья в сборнике «Современное психолого-педагогическое образование», материалы международных психолого-педагогических чтений памяти Л.В. Яблоковой, Красноярск 2019 г., электронное издание; в рамках декадника наук ИППО памяти М.Н. Высоцкой «Научный портал – 2020» (Красноярск 2020 г.).

Диссертация содержит введение, две главы, заключение, библиографический список, приложения. В тексте содержатся таблицы и рисунки.

Во введении разъясняется актуальность исследования, объект, предмет, цели, формулируется гипотеза, определяются задачи, методологические основы, раскрывается научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы, апробация и применение результатов.

В первой главе «Теоретический анализ взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к своим детям младшего школьного возраста в зависимости от состояния их здоровья» выявляются теоретические подходы к решению данной проблемы, рассматриваются основные понятия (часто болеющий ребенок, семейная роль, родительское отношение), используемые при работе их структура и особенности.

Во второй главе «Эмпирическое исследования особенностей взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям 8-9 лет» излагаются исходные положения, методики, коррекционная программа и результаты исследования.

В заключении диссертации делаются выводы о проделанной работе и ее эффективности.

MASTER DISSERTATION ABSTRACT

Features of the relationship of mothers to family roles and attitudes towards their often sick children 8-9 years' old

Thesis consists of 87 pages, 5 illustrations, 25 tables, 60 sources, 5 appendices.

The purpose of the study: to study the features of the relationship between mothers' relationships with family roles and attitudes towards their often ill children and develop a correctional program aimed at optimizing parent-child relationships.

Object of study: the attitude of mothers to family roles and to their often ill children.

Subject of study: features of the relationship of the relationship of mothers to family roles and relationships to their often sick children 8-9 years old.

Research methods: theoretical analysis and systematization of data on the problem in the psychological, pedagogical and medical literature. The empirical method of collecting data: individual medical records of the child for assessing health status (form No. 086/y); test questionnaire parent relationships (A.J. Varga, V.V. Stolin), the questionnaire parent plants, the method of the PARI (ES Schaefer and RK Bell). M Methods for Mathematical Statistics: the calculation of the correlation coefficient of Spearman.

The novelty between the scientific work and the results obtained from other authors is as follows:

1. For the first time, the relationship of the mother's attitude to the family role and her attitude to the often ill child of 8–9 years old was identified and studied.
2. A corrective program aimed at optimizing parent-child relationships in the family with a frequently ill child has been developed and tested.

The practical significance of the study is determined by the fact that the revealed relationship between the mother's attitude to the family role and the relation to her often ill child of primary school age and the developed program, directions for correcting and optimizing child-parent relations in the family with the often ill primary school student can be used by education workers, health care to increase the

effectiveness of forms and ways of working with parents, to optimize parent-child relationships.

The results of the study were tested in the framework of the XX International Scientific and Practical Forum of Students, Graduate Students and Young Scientists “Youth and Science of the XXI Century” (Krasnoyarsk, 2019); in the framework of the VIII International Educational Forum “Man, Family and Society: History and Development Prospects” (Krasnoyarsk, 2019). On the research topic, an article was published in the collection "Modern psychological and pedagogical education", materials of international psychological and pedagogical readings in memory of L.V. Yablokova, Krasnoyarsk 2019, electronic edition; in the framework of the decade of sciences IPPO memory M.N. Vysotsky “Scientific Portal - 2020”, Krasnoyarsk 2020.

The dissertation contains an introduction, two chapters, conclusion, bibliography, appendices. The text contains tables and figures. The introduction explains the relevance of the study, the object, subject, goals, formulates a hypothesis, defines the tasks, methodological foundations, reveals the scientific novelty, theoretical and practical significance of the work, approbation and application of the results. The first chapter, “Theoretical analysis of the relationship of mothers to family roles and attitudes towards their children of primary school age, depending on their state of health,” identifies theoretical approaches to solving this problem, discusses the basic concepts (often an ill child, family role, parental relationship), their structure and features used in the work. The second chapter, “An empirical study of the relationship between mothers and family roles and their often sick children of 8–9 years of age,” sets out the starting points, methods, procedure, and results of the study.

In the conclusion of the dissertation, conclusions are drawn about the work done and its effectiveness.

СПРАВКА

о результатах проверки текстового документа на наличие заимствований

Проверка выполнена в системе
Антиплагиат.ВУЗ

Автор работы	Данилова Надежда Михайловна
Подразделение	Кафедра психологии и педагогики детства
Тип работы	Магистерская диссертация
Название работы	Данилова Н.М. Особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям 8-9 лет
Название файла	Данилова Н.М. Особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям 8-9 лет.docx
Процент заимствования	10.94 %
Процент самоцитирования	3.13 %
Процент цитирования	20.59 %
Процент оригинальности	65.34 %
Дата проверки	11:19:49 09 июня 2020г.
Модули поиска	Модуль поиска ИПС "Адилет"; Модуль выделения библиографических записей; Сводная коллекция ЭБС; Коллекция РГБ; Цитирование; Модуль поиска переводных заимствований; Модуль поиска переводных заимствований по eLibrary (EnRu); Модуль поиска переводных заимствований по интернет (EnRu); Коллекция eLIBRARY.RU; Коллекция ГАРАНТ; Модуль поиска Интернет; Модуль поиска "КГПУ им. В.П. Астафьева"; Коллекция Медицина; Модуль поиска перефразирований eLIBRARY.RU; Модуль поиска перефразирований Интернет; Коллекция Патенты; Модуль поиска общеупотребительных выражений; Кольцо вузов
Работу проверил	Старосветская Наталья Алексеевна <small>ФИО проверяющего</small>
Дата подписи	 <small>Подпись проверяющего</small>

Чтобы убедиться
в подлинности справки,
используйте QR-код, который
содержит ссылку на отчет.



Ответ на вопрос, является ли обнаруженное заимствование
корректным, система оставляет на усмотрение проверяющего.
Предоставленная информация не подлежит использованию
в коммерческих целях.

Согласие
на размещение текста выпускной квалификационной работы, научного
доклада об основных результатах подготовленной научно-
квалификационной работы
в ЭБС КГПУ им. В.П. АСТАФЬЕВА

Я, Данилова Надежда Михайловна

(фамилия, имя, отчество)

разрешаю КГПУ ИМ. В.П. Астафьева безвозмездно воспроизводить и размещать (доводить до всеобщего сведения) в полном объеме и по частям написанную мною в рамках выполнения основной профессиональной образовательной программы выпускную квалификационную работу, (далее ВКР)

на тему: Особенности взаимосвязей отношения матерей к семейным ролям и отношения к их часто болеющим детям 8-9 лет (далее - работа) в ЭБС

КГПУ им. В.П.АСТАФЬЕВА, расположенном по адресу <http://elib.kspu.ru>, таким образом, чтобы любое лицо могло получить доступ к ВКР/НКР из любого места и в любое время по собственному выбору, в течение всего срока действия исключительного права на работу.

Я подтверждаю, что работа написана мною лично, в соответствии с правилами академической этики и не нарушает интеллектуальных прав иных лиц.

Дата 09.06.2020

