

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
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 детства

ФИШЕРОВА АНАСТАСИЯ ОЛЕГОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО
ОТНОШЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ЧАСТО
БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ**

Направление подготовки 44.03.02. Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы
Психология и педагогика дошкольного образования

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой д.м.н.,
профессор Ковалевский В.А.

Научный руководитель д.м.н.,
профессор Ковалевский В.А.

Дата защиты

Обучающийся
Фишера А.О.

Оценка _____

Красноярск 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ	6
1.1. Мелкая моторика детей преддошкольного и дошкольного возраста: понятие, структура, показатели, факторы	6
1.2. Родительское отношение к ребенку: понятие, структура, показатели, факторы.....	17
1.3. Специфика развития часто болеющих детей	24
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ	31
2.1. Методики исследования и описание испытуемых.....	32
2.2. Взаимосвязи родительского отношения и развития мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет	39
2.3. Рекомендации родителям по развитию мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет	48
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	63
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	66
ПРИЛОЖЕНИЯ	70

ВВЕДЕНИЕ

В многочисленных научных исследованиях отмечается неблагоприятная динамика состояния здоровья дошкольников (Б.Б. Егоров, Т.В. Нестерюк, З.С. Макарова, Л.Г. Голубева). В настоящее время не более 10% детей дошкольного возраста можно считать абсолютно здоровыми. Почти у 60% детей выявляются хронические заболевания. В структуре заболеваемости детей дошкольного возраста преобладают болезни органов дыхания (бронхиты, грипп, ОРЗ, ОРВИ, трахеиты и др. (63,23%), инфекционные и паразитарные заболевания (7,38%), болезни органов пищеварения гастриты, панкреатиты, язвенные болезни желудка и пр. (23,23%) и др.).

В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик (Г.А. Арина, Д.Н. Исаев, Н.А. Коваленко, В.А. Ковалевский, В.В. Николаева), а также по специфике семейного воспитания (Д.Н. Исаев, В.Н. Касаткин, И.А. Коробейников, А.А. Михеева, В.В. Николаева, А.Б. Холмогорова). Так для них характерны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих, что может перерасти в стойкие черты личности.

Нервно-психическое развитие «истинно» часто болеющих детей чаще замедлено. Наблюдается задержка активной речи, сенсорики, конструирования, как основы формирования логического и наглядно-образного мышления, нарушена моторика мелких мышц, что проявляется в трудностях с одеванием, застегиванием пуговиц, завязыванием шнурков.

Развитие мелкой моторики ребенка – тонких движений кистей и пальцев рук – в психологии имеет большое значение и расценивается как один из показателей психического развития ребенка. Т.П. Буцыкина, Г.М. Вартапетова, Т.А. Ткаченко показали, что овладение относительно тонкими

действиями рук приходит в процессе развития зрения, осязания, развития кинестетического чувства – положения и перемещения тела в пространстве [2, 20].

Известно, что семья является главным инструментом социализации ребенка, где в отношениях со взрослыми происходит формирование личности (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн и др.). Поэтому без анализа родительского отношения к ребенку невозможно целостное понимание развития личности.

Специфика родительского отношения представляется весьма важной и в отношении проблемы развития соматически больного ребенка. Рядом исследований, посвященных анализу родительского отношения к соматически больным детям (Е.Ю. Дубовик, В.А. Ковалевский, Е.В. Котова, А.А. Михеева, С.В. Чекрякова и др.) показано преобладание неэффективного родительского отношения к ним, оказывающее негативное влияние на развитие всех личностных структур ребенка (формирование заниженной самооценки, тревожности и др.).

Причиной построения неэффективного (нарушенного) отношения родителей к ребенку является незнание психологических особенностей возраста детей, содержания, форм и методов воспитания ребенка (Е.Ю. Дубовик).

Однако следует отметить слабую разработанность проблемы взаимосвязи родительского отношения и развития мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет.

Цель исследования – изучить особенности взаимосвязей родительского отношения и развития мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет.

Задачи исследования:

1. Изучить проблему мелкой моторики у детей и родительского отношения в психологии.

2. Представить психолого-педагогическую характеристику часто болеющих детей.

3. Провести эмпирическое исследование родительского отношения и развития мелкой моторики часто болеющих детей и здоровых детей 2-3 лет и проанализировать полученные результаты их взаимосвязи.

4. Разработать методические рекомендации родителям по развитию мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет.

Объект исследования – родительское отношение, мелкая моторика.

Предмет исследования – особенности взаимосвязей родительского отношения и развития мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет.

Гипотеза исследования – мы предполагаем, что родительское отношение в семье часто болеющего ребенка по типу «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация», «маленький неудачник», обусловленные частыми заболеваниями ребенка, будет способствовать снижению развития мелкой моторики в силу создаваемой болезнью особой социальной ситуации развития.

Методы исследования: теоретический анализ литературы по проблеме исследования; эмпирические: метод опроса, методы математической статистики: t-критерий корреляции Спирмена.

Структура работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, библиографического списка.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ

1.1. Мелкая моторика детей дошкольного и дошкольного возраста: понятие, структура, показатели, факторы

В огромном арсенале движений, обеспечивающем человеку самые разнообразные виды деятельности, особое место отводится различным по сложности, целенаправленным движениям и действиям, совершаемым руками и пальцами. Эта специфическая область двигательной активности называется ручной или тонкой моторикой (ТМ) [26].

Свобода движений дистальных звеньев руки, осмысленность манипуляций с использованием различных орудий дала толчок к развитию мозга и повлекла за собой выработку не менее сложных механизмов управления со стороны центральной нервной системы. Теперь уже совершенно точно установлено, что тонкомоторные движения обусловлены и контролируются настолько, насколько развита кора головного мозга. Высший контроль обеспечен тем, что проекция руки в корковом представительстве двигательного анализатора занимает самые обширные участки, причем каждый палец представлен отдельной функциональной зоной.

Тонкомоторные движения являются удобной моделью для исследования теоретических основ физиологии произвольных движений, а также раскрытия механизмов управления ими со стороны центральной нервной системы. Поскольку у человека данная категория движений обусловлена и контролируется деятельностью коры головного мозга, то уровень развития тонкой моторики является едва ли не единственным внешним проявлением сложных процессов управления, происходящих в высших структурах центральной нервной системы.

Необходимость изучения тонкой моторики диктуется не только развитием физиологии движений, но и нуждами практики, так как многие

формы учебной, трудовой или спортивной деятельности человека не могут быть осуществлены без высокоточных, координированных движений пальцев рук. Поэтому состояние двигательных функций руки относится к числу профессионально значимых качеств для всех специальностей, где требуется быстрота двигательных реакций, тонкая координация движений в пространстве.

Наибольшее количество работ посвящено исследованию становления и совершенствования различных показателей двигательных функций руки у детей в процессе их индивидуального развития. Исследования А.С. Горева выполнены с позиций теории управления движениями, а в качестве испытуемых участвовали дети школьного возраста от 7-8 до 17-18 лет [10].

Современная физиология, исследуя внешнюю сторону движений с целью раскрытия закономерностей их организации, опирается на системный подход. Научным фундаментом такого подхода являются труды И.М. Сеченова, И.П. Павлова, Н.А. Бернштейна, П.К. Анохина.

Высказанная И.М. Сеченовым мысль о том, что все двигательные действия имеют рефлекторную природу и регулируются с помощью ощущений, подчеркивает ведущую роль головного мозга в осуществлении двигательной деятельности и формировании двигательных актов у ребенка [15].

Заслугой И.П. Павлова явилось экспериментальное обоснование учения о двигательном анализаторе. С позиций рефлекторной теории определено наличие и неразрывность сенсорного и двигательного компонентов в осуществлении движений [25].

Бернштейн Н.А. показал, что регуляция движений обеспечивается физиологическими процессами, создающими непрерывное, организованное, циклическое взаимодействие между восприятием и реализацией движений. Произвольное движение по Н.А. Бернштейну – это сложная многоуровневая система, где каждый уровень характеризуется своей ведущей афферентацией. Механизм такого движения складывается из двух основных компонентов:

- прогнозирование ситуации, связанной с движением, на основе воспринимаемой сенсорной информации;

- программирование действия, которое должно привести к достижению цели [4].

Принципы, сформулированные Н.А. Бернштейном, его идея о существовании обратной связи биологических систем получила развитие в теории функциональных систем П.К. Анохина. Функциональная динамическая система по Анохину, формирующаяся с целью получения полезного результата, постулируется как принцип работы мозга. Она работает также по «кольцевому» способу, формируя на основе афферентного синтеза «акцептор действия» и пошагово устраняя рассогласование между реальным результатом и запланированным. При этом достижение цели произвольного движения автор напрямую связывает с качеством сенсорного анализа, придавая ему решающее значение в управлении моторными действиями [4].

Изучая область психомоторных движений у спортсменов, Е.М. Сурков также выделяет сенсорный компонент, включающий процесс обнаружения и восприятия стимула; центральный, объединяющий более или менее сложные процессы, связанные с переработкой воспринятого, иногда с различением, узнаванием, оценкой и выбором тех или иных стимулов; моторный компонент – процессы, определяющие начало движения [36].

Особое внимание заслуживает мнение ученых о том, что для выполнения целенаправленного тонкомоторного движения нервная система должна использовать внешнюю и внутреннюю сенсорную информацию и найти адекватное соединение условий временной, пространственной и силовой организации движения, выработать необходимые напряжения и расслабления мышц, которые должны обеспечить нужные значения ускорения, скорости, амплитуды движения.

Под сенсорным компонентом понимаются механизмы и принципы восприятия и переработки афферентной информации, а моторный компонент

– это управление двигательными актами, принципы и механизмы процессов реализации программы движения. Однако в условиях функционирования целостного организма сенсорный и моторный компоненты являются звеньями замкнутой системы кольцевой регуляции [15].

В настоящее время можно считать очевидным, что эффективность управления тонкомоторными движениями во многом зависит и существенно определяется степенью развития мышечно-суставного чувства и совершенством аналитических процессов, происходящих в центральных отделах двигательного анализатора.

При разработке проблемы сенсорного обеспечения движений основное внимание исследователей посвящено изучению функций рецепторов аппарата двигательной системы, формированию афферентной интерпретации, а также раскрытию механизмов переработки сенсорной информации в структурах центральной нервной системы [16].

Считается доказанным, что осознанное восприятие положения тела и его движений обусловлено одновременным действием проприорецепторов мышц, суставов, связок, а также механорецепторов кожи и является результатом интеграции этих афферентных сигналов в структурах соматосенсорной коры головного мозга.

В ходе онтогенеза ребенка морфологическое формирование рецепторного аппарата и афферентной иннервации суставов и связок начинается со второй половины внутриутробного развития. По данным того же автора мышечные веретена начинают образовываться раньше и к концу четвертого месяца во всех скелетных мышцах плода выражены отчетливо [10].

В 6-7 летнем возрасте уже может осуществляться произвольная регуляция сенсорных и двигательных функций, однако механизмы их реализации еще существенно отличаются от взрослого организма, что связано с возрастными особенностями функционирования структур коры головного мозга.

Оценка качества сенсорного анализа при совершении любых произвольных движений – задача комплексная. Определенную информацию о состоянии и взаимоотношениях периферических и центральных структур двигательного анализатора и межанализаторных связях дают результаты электрофизиологических исследований. Однако эти данные не характеризуют конкретных двигательных проявлений. В качестве более информативных критериев, достаточно полно раскрывающих внешнюю сторону управления мышечной активностью, выступает способность к восприятию и оценке информации о пространственных, временных и силовых параметрах движения.

В настоящее время установлено, что пространственная точность движений верхних конечностей целиком зависит от сенсорной деятельности.

Исследованию возрастных особенностей дифференцирования пространственных характеристик движения посвящено большое количество работ, однако большинство данных получено при обследовании детей школьного возраста – от 8 до 16 лет [10].

Во многих исследованиях отмечается, что с возрастом точность мануальных движений, исполняемых под кинестетическим контролем, улучшается. Так, по данным М.И. Семенова, наибольший рост точности пространственной оценки отмечается в возрасте 8-13 лет. В то же время Л.Е. Любомирский указывает, что от 7-8 до 11-12 лет этот показатель существенно не изменяется, наиболее интенсивное развитие кинестетического анализа происходит в период 12-15 лет.

Исследованиями В.А. Комарова показано, что в 15-16 лет точность движений руки в 2,7 раза выше, чем в 4-5 лет [12].

Отмечая недостаточно высокую точность движений без зрительного контроля у детей дошкольного возраста, Л.А. Леонова и О.Н. Васильева объясняют это несовершенством способности к выработке пространственной программы движения на основе проприоцептивной обратной афферентации [13].

Для характеристики возрастных особенностей развития двигательной функции представляет интерес исследование В.А. Гатева о роли различных сенсорных систем в формировании способности к ориентации в пространстве. По данным автора, у детей от 1 года до 7 лет по мере накопления двигательного опыта постепенно меняется относительная роль кинестетического и зрительного анализаторов. Если ребенок 3-4 лет регулирует движения рук в основном с помощью зрения, то к 6-7 годам возрастает роль проприоцептивного контроля, который становится ведущим в восприятии пространства. Два способа регуляции движения – со зрительной и проприоцептивной обратной связью В.А. Гатев рассматривает как два этапа формирования двигательных реакций в ходе онтогенетического развития [16].

Приведенные данные, а также результаты более поздних исследований, свидетельствуют о том, что анализ временных параметров движений связан с возрастным развитием центральных механизмов управления моторикой. Это проявляется в совершенствовании как афферентного синтеза, так и процессов программирования ритма движений.

Способность к произвольной регуляции мышечных напряжений, как показатель качества управления двигательной активностью, исследовалась многими авторами.

Критерием оценки мышечно-суставной чувствительности по данному параметру может служить порог последовательного различения, в котором проявляется основной психофизический закон Э. Вебера. В соответствии с этим законом порог ощущения дополнительного мышечного напряжения при действии непосредственного раздражителя является величиной постоянной и равен $1/17$ части или 5,88% от величины удерживаемого груза.

Исследованию возрастных особенностей дифференцирования мышечных усилий детьми от 5 до 17 лет посвящены работы А.П. Тамбиевой. Она установила, что «чувство напряжения» при работе мышц-сгибателей пальцев кисти с возрастом изменяется мало. Ошибки воспроизведения

усилий, равных четверти и половине от максимального, у детей младшего возраста достигают 23-30%. При этом не выявлено различий в точности движений мальчиков и девочек.

Е.П. Ильин с соавторами обнаружили снижение дифференциальных порогов восприятия мышечных усилий у детей от 7 до 12 лет. Качественных изменений мышечного чувства в более старшем возрасте не наблюдалось [12].

По данным З.В. Апштейн, дети 4-6 лет по сравнению со школьниками отличаются резко сниженной способностью к дифференцированию мышечных усилий. Отсутствие выраженной связи между кинематическими и динамическими характеристиками движения позволили авторам предположить, что у таких детей отсутствует четкое реагирование на проприоцепторику [3].

Возрастно-половые пороги различения мышечных усилий в условиях добавления и убавления грузов при движениях в разных суставах изучены Ю.М. Нидерштрат.

Онтогенетические особенности эфферентных процессов управления тонкой моторикой изучаются по показателям, характеризующим двигательные качества силы и быстроты совершаемых движений.

Основными формами проявления качества быстроты являются: время максимально быстрого выполнения одиночного движения, максимальная частота движений, время выполнения целостного двигательного акта.

В современных исследованиях для оценки быстроты достаточно часто используются модели двигательных реакций. Это может быть, как простая сенсомоторная реакция в виде одиночного движения руки на появление заранее известного сигнала, так и сложная, типа реакции выбора или реакции на движущийся объект. По мнению Т.П. Буцыкиной, простая сенсомоторная реакция является одной из элементарных форм специфической человеческой деятельности и в полной степени отражает функциональное состояние головного мозга в период подготовки к движению. Однако вне зависимости

от модели общее время реагирования на внешний стимул складывается из величины скрытого (латентного) и моторного компонентов и характеризует сенсомоторные действия [7].

Установлено, что скрытый период двигательных реакций интегрально отражает время проведения возбуждения в афферентных и эфферентных нервах, восприятия и переработки информации, программирования, а также преднастройки системы регуляции движений.

Известно, что величина латентного периода имеет некоторую нижнюю границу, свидетельствующую о минимальном времени для информационного процесса, результатом которого является порождение целенаправленной двигательной активности. На прямую связь латентного времени реакции с процессами программирования предстоящих действий указывают факты об увеличении его продолжительности в связи с усложнением двигательной задачи.

Мелкая моторика, координация движений – ключевые понятия для периода раннего дошкольного возраста.

В первые годы жизни ребенок осваивает множество движений. Сначала его действия неловки, неумелы, негармоничны. Моторные навыки развиваются постепенно, и у каждого ребенка их формирование идет своим темпом. Чтобы помочь малышу лучше овладеть своими движениями, важно создать активную подготовительную среду, предложить разнообразные игры и упражнения, способствующие развитию координации и совершенствованию двигательных навыков.

От рождения до двух лет ребенок постепенно учится сидеть, вставать и делать первые шаги. Он начинает активно исследовать окружающий мир, брать в руки различные предметы, совершать простые действия. К примеру, в этот период ребенок учится брать небольшие легкие предметы и класть их в коробку, рисовать мелком, брать руками твердую пищу и класть ее в рот, стаскивать с себя носки или шапку.

В рассматриваемый нами в данной работе возраст от 2 до 4 лет навыки, приобретенные ребенком на предыдущей стадии, постепенно совершенствуются. Дети в этом возрасте постепенно учатся класть предмет в определенное место. Если на предыдущем этапе ребенок преимущественно захватывал и держал предмет ладонью, то теперь он начинает активнее использовать пальцы. В это время он учится рисовать линии, круги, резать бумагу ножницами, снимать и надевать свободную одежду.

То есть развитие мелкой моторики (умения рук) у ребенка происходит постепенно и последовательно: сначала он учится дотягиваться до предмета и хватать его, а потом манипулировать им. Важную роль в этом процессе играет координация движений глаз и руки, а также действий обеих рук [20].

Овладение относительно тонкими действиями рук происходит в процессе развития кинестетического чувства – положения и перемещения тела в пространстве, то есть в процессе формирования зрительно-тактильно-кинестетических связей. После сформирования этих связей движения руки начинают в большей степени выполняться под контролем зрения, теперь уже вид предмета — это стимул движений рук по направлению к нему.

Среди других двигательных функций движения пальцев рук имеют особое значение, так как оказывают огромное влияние на развитие высшей нервной деятельности ребенка. Однако прежде чем рука ребенка начинает в своих действиях походить на руку взрослого человека проходит довольно значительное время.

По данным Т.А. Ткаченко, к нормативным показателям развития мелкой моторики у дошкольников от 1 года до 6 лет относят следующие: стучит одним предметом о другой; берет крошку хлеба большим и указательным пальцами; рисует и черкает на листе бумаги; вытаскивает крошку из прозрачной банки; строит (копирует) мостик из 3-х кубиков; строит башню из 2-х кубиков; строит башню из 4-х кубиков; перерисовывает крестик; рисует вертикальную линию (ошибка до 30 град.); перерисовывает квадрат; перерисовывает круг; строит (копирует) мостик из 5 кубиков; строит

башню из 8 кубиков; рисует человечка (3 элемента); рисует человечка (6 элементов) [37].

По А.С. Гореву, у детей период наибольшего улучшения показателей времени простой двигательной реакции и реакции выбора приходится на 6-10 лет и совпадает с периодом наиболее существенных изменений в функционировании зрительной воспринимающей системы, что выявлено методом регистрации вызванных потенциалов и свидетельствует о повышении в процессе онтогенеза оперативных возможностей [10].

Во многих исследованиях отмечается совершенствование с возрастом детей эфферентной регуляции мышечной активности. Об этом свидетельствует, во-первых, выраженная синхронность работающих мышц, сохраняющаяся на всем протяжении выполнения динамической нагрузки у детей, начиная с 6-7 лет; во-вторых, уменьшение к подростковому возрасту среднего уровня биоэлектрической активности мышц работающих в изометрических условиях, что характеризует экономичность исполнения двигательных задач; в-третьих, значительный прирост времени вызванного одиночного изометрического сокращения мышцы у детей от 8-10 до 13-15 лет, что связано с повышением количества медленных, устойчивых к утомлению моторных волокон [10].

Характерной возрастной особенностью является преобладание темпов роста силы проксимально расположенных мышц конечностей по отношению к дистальным. По данным М.В. Антроповой и др., у детей к 6-7 годам относительно хорошо развиты крупные мышцы плеча и предплечья и сравнительно слабее мелкие мышцы кисти. В этом авторы видят одну из причин, по которым, хорошо осваивая амплитудные движения, дети не обладают точной координацией тонких движений пальцев.

Возраст 6-7 лет для детей является временем радикальных перемен, поскольку совпадает с началом систематического обучения в школе. Снижение двигательной активности, новые обязанности и требования дисциплины представляют для каждого ребенка большие трудности. Чтобы

успешно справиться с непрерывными учебными нагрузками, он должен обладать определенной степенью зрелости основных физиологических систем. Поэтому вне зависимости от содержания образования, возраста будущих первоклассников остается неизменной необходимостью выявления функциональной готовности детского организма к началу обучения [18].

Любиной Г. показано, что развитие тонкой моторики рук влияет на становление речи ребенка, а кисть руки рассматривается автором как часть артикуляционного аппарата. В связи с этим работа по формированию и совершенствованию тонких движений пальцев рук является неотъемлемой частью комплексной системы коррекционно-педагогического воздействия на детей с нарушением речи [27].

Кольцова М.М. указывает на тесную связь тонкой моторики с высшей нервной деятельностью ребенка, следовательно, степень сформированности данной категории движений может служить для определения готовности к обучению, прогнозировать его успешность [15].

Заключая обзор, отметим, что тонкомоторные движения, относящиеся к категории произвольных, сложно координированных и контролируемых корой головного мозга, необходимо изучать с позиций утвердившегося в научных исследованиях системного подхода. В этом случае построение и регуляцию движений следует рассматривать как многокомпонентный информационно-управляющий процесс, где сенсорный компонент обеспечивает восприятие и переработку различной афферентной информации, связанной с осуществлением движения, а моторный – программирует и осуществляет действие, которое должно привести к достижению цели.

Развитие моторики происходит в процессе активности ребенка, которую родители могут ограничивать и/или направлять, поэтому следует рассмотреть понятие родительского отношения.

1.2. Родительское отношение к ребенку: понятие, структура, показатели, факторы

Огромный вклад в развитие представлений о специфике отношений между детьми и родителями внесла теория классического психоанализа. Согласно З. Фрейду, мать выступает для ребенка, с одной стороны, как первый и самый важный источник удовольствия, как первый объект либидо, а с другой — как первый законодатель и «контролер». З. Фрейд придавал значение отделению ребенка от родителей, утверждая, что отход ребенка от родителей должен быть неизбежным для его социального благополучия [38]. Теория психоанализа дала начало многим основным современным концепциям детского развития, разработавшим новые подходы к проблеме детско-родительских отношений, к числу которых относятся концепции Э. Эриксона, Э. Фромма, Д. Боулби, К. Роджерса и других.

Так, в эпигенетической концепции Э. Эриксона подчеркивается, что «в отношениях между родителями и ребенком существует двойственная интенция, которая совмещает в себе чувственную заботу о нуждах ребенка с чувством полного личного доверия к нему. С одной стороны, родители должны оберегать ребенка от окружающих его опасностей, с другой — предоставлять ему определенную степень свободы, а ребенок устанавливает необходимый баланс между требованиями родителей и своей инициативой» [41, с. 45].

Фромм Э., рассматривая родительское отношение как фундаментальную основу развития ребенка, провел качественное различие между особенностями материнского и отцовского отношения к ребенку [39].

Это различие наиболее ярко прослеживается по следующим линиям: условность – безусловность; контролируемость – неконтролируемость.

Материнская любовь безусловна – мать любит своего ребенка за то, что он есть. Материнская любовь не подвластна контролю со стороны ребенка, ее нельзя заслужить (либо она есть, либо ее нет). Отцовская любовь

обусловлена – отец любит за то, что ребенок оправдывает его ожидания. Отцовская любовь управляема, ее можно заслужить, но ее можно и лишиться. Таким образом, Э. Фромм выделяет такие существенные характеристики родительского отношения, как его двойственность и противоречивость [39].

Аналогичное противопоставление условной и безусловной любви рассматривается и в гуманистической психологии. К. Роджерс подчеркивает, что именно безусловное позитивное внимание родителя к ребенку, безотносительно к совершаемым им поступкам, обеспечивает полноценное развитие личности ребенка [28].

В теории привязанности Д. Боулби привязанность ребенка к матери характеризуется двумя противоположными тенденциями: стремлением к риску, активному познанию мира, которое уводит ребенка от матери, и стремлением к защите и безопасности, которое возвращает его к ней; и чем надежнее привязанность, тем выше инициативность ребенка. С одной стороны, ребенок осознает себя через отношение к нему близкого взрослого, и это отношение становится его внутренним самоощущением, сквозь которое он воспринимает окружающий мир. С другой – отношение ребенка к себе и его представление о себе определяют его отношение к близким взрослым (прежде всего, к матери). Это положение представляется чрезвычайно важным для понимания специфики взаимоотношений между ребенком и его родителями [5].

Родительское отношение, по определению А.С. Спиваковской, это реальная направленность, позволяющая описывать широкий фон отношений, в основе которых лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с детьми, а также позволяющая представить структуру в целом и изучить каким образом сознательные или бессознательные мотивы структуры личности родителей выражаются, актуализируются в конкретных формах поведения и взаимопонимания с детьми [35].

Родительское отношение – сложное переплетение, комплекс всех отношений в семье. По мнению многих исследователей, ребенок не только «получает» родительскую любовь, но, как член семьи, оказывает влияние на чувства и отношения родителей как к себе, так и друг к другу. Ребенок не может существовать в одиночестве, он по существу своему является частью взаимоотношений.

Аналогичное определение родительского отношения дает А.Я. Варга – это «система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков» [8, с. 81]

Таким образом, можно видеть, что родительское отношение описывается различными понятиями и терминами, которые определяются исходными теоретическими позициями авторов.

Специфика родительского отношения заключается в двойственности и противоречивости позиции родителя по отношению к ребенку. С одной стороны, это безусловная любовь и глубинная связь, с другой – это объективное оценочное отношение, направленное на формирование общественных способов поведения. Данные характеристики родительского отношения обусловлены определенной родительской позицией и (или) установками. Наличие этих двух противоположных начал характерно не только для родительского отношения, но и для межличностных отношений вообще.

Таким образом, во-первых, родительское отношение определяет стиль поведения родителя с ребенком, предпочтения родителей в выборе занятий с ребенком и оценку ребенка и себя в качестве родителя; во-вторых, родительское отношение имеет возрастную динамику и изменяется в сторону преобладания предметного начала над личностным. Проблема разработки типологии родительского отношения стояла во многих отечественных и зарубежных исследованиях. Многие отечественные авторы рассматривают типы родительского отношения в связи с нарушениями в нормальном

развитии личности ребенка. В отечественной литературе существует множество классификаций родительского отношения. Так, в зависимости от позиции родителя, Е.В. Буренкова выделяет шесть типов родительского отношения [6]:

- пристрастное (либеральная позиция);
- безразличное (демократическая позиция);
- эгоистическое (автократическая позиция);
- отношение к ребенку как к объекту воспитания без учета особенностей его личности (авторитарная позиция);
- отношение к ребенку как к помехе (позиция отстранения);
- уважение к ребенку в сочетании с возложенными на него обязанностями (позиция равенства).

Данный подход объясняет цикличность и специфичность процесса взаимоотношений в семейной системе.

Некоторые авторы пытаются положить в основу описания типов родительского отношения степень выраженности эмоциональной стороны общения.

Насонова Е.Б. выделила четыре группы семей, отличающихся по типу и окрашенности эмоциональных межличностных связей [20]:

- семьи с наибольшим числом положительных эмоциональных связей и отсутствием негативных эмоций (гиперопекающие родители);
- семьи с преобладанием положительных эмоций при незначительной доле отрицательных, возникающих как непосредственная реакция на запреты родителей, требования дисциплины, порядка, однако не затрагивающих личностных отношений и социальных потребностей ребенка (разумная любовь);
- семьи с существованием в равной мере положительных и отрицательных отношений (амбивалентное родительское отношение);
- семьи с преобладанием отрицательных эмоциональных связей между родителями и детьми.

Данная классификация указывает на значимость характера эмоциональных связей в семье.

Не менее значимой является и классификация родительского отношения, предлагаемая А.Я. Варгой и В.В. Столиным, которые в ходе исследования дали описание обобщенных типов родительского отношения [8].

«Принятие-отвержение». Отражает эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы – родителю нравится ребенок таким, какой он есть, уважает индивидуальность ребенка, одобряет его интересы и планы. На другом полюсе – родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым; по большей части родитель испытывает к ребенку раздражение, злость, он не уважает ребенка и не доверяет ему.

«Кооперация». Отражает социально желаемый образ родительского отношения. Содержание этого типа: заинтересованность в делах и планах ребенка, помощь. Родитель высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, имеет чувство гордости за него, поощряет инициативы и самостоятельность, доверяет ребенку, старается быть с ним на равных.

«Симбиоз». Отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. Родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком: старается удовлетворить все его потребности, слиться с ним воедино; постоянно ощущая тревогу за ребенка, родитель ограждает его от трудностей и неприятностей в жизни, считает его маленьким и беззащитным.

«Авторитарная гиперсоциализация». Отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. Четко прослеживается авторитаризм: родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, навязывание во всем своей воли, не в состоянии принимать точку зрения ребенка; пристально следит за достижениями, особенностями, привычками, чувствами ребенка.

«Маленький неудачник». Отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. В родительском отношении имеется стремление инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность; родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом; ребенок представляется неприспособленным, неуспешным; отсутствие доверия к ребенку, в связи с этим ограждение ребенка от трудностей жизни и стойко контролировать его действия.

Структура родительского отношения содержит следующие составляющие: интегральное принятие-отвержение; межличностная дистанция; формы и направления контроля; социальная желательность поведения.

Каждая образующая содержит три компонента: эмоциональный, поведенческий и когнитивный. Раскрывая типы родительского отношения нельзя не затронуть причины возникновения того или иного отношения к ребенку. Психологами указываются следующие факторы, оказывающие влияние на тип родительского отношения [29]:

- этологический фактор (Л.С. Печникова);
- бактериологические особенности родителей (Е.Т. Соколова);
- интериндивидуальные причины, отражающие опыт общения ребенка с родителями (А.Н. Дьякова, В.Н. Дружинин, Н.Ю. Синягина);
- психический инфантилизм родителей, внешние материальные затруднения, супружеские конфликты (А.Н. Ганичева, Е.А. Архин);
- социокультурные условия (В.Н. Дружинин, Л.С. Печникова);
- супружеские отношения (Е.Н. Новикова);
- социальная активность ребенка (А.Н. Леонтьев, Д.Б. Эльконин).

В психологической литературе приводится достаточно много определений родительского отношения. Наиболее полным и точным мы считаем определение родительского отношения А. Я. Варги и В. В. Столина, так как оно позволяет анализировать отношение к ребенку в следующих

направлениях: реальное взаимодействие родителей с ребенком; отрефлексированное родителем отношение к ребенку и взаимодействие с ним; отношение родителя к ребенку, подчиненное влиянию неосознанной мотивации родителя. Исследователи определяют родительское отношение как систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

В психолого-педагогической литературе выделяются и описываются типы эффективного (оптимального) отношения родителей, способствующего полноценному развитию личности ребенка, и типы неэффективного (нарушенного) родительского отношения, оказывающего влияние на формирование патологических новообразований в психической деятельности и поведении ребенка. При этом под неэффективным родительским отношением Р. В. Овчарова понимает такое отношение, на основе которого у родителя и ребенка сформировался эмоционально-негативный фон взаимоотношений, трудности взаимопонимания [23].

Таким образом, детско-родительские отношения описываются различными понятиями и терминами, единой точки зрения на проблему родительского отношения не существует. Специфика родительского отношения заключается в двойственности и противоречивости позиции родителя по отношению к ребенку. С одной стороны, это безусловная любовь и глубинная связь, с другой – это объективное оценочное отношение, направленное на формирование общественных способов поведения.

Родительское отношение к часто болеющим детям обусловлено их психологическими особенностями и спецификой социальной ситуации развития, что актуализирует более детальное рассмотрение особенностей их развития.

1.3. Специфика развития часто болеющих детей

В медицине есть такое понятие – часто болеющие дети (ЧБД) – это собирательное понятие группы детей, которые достоверно чаще, чем среднестатистический ребенок, переносят острые респираторные заболевания, не связанные со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями.

Принято считать, что часто болеющие дети – феномен специфически возрастной. Эту группу составляют преимущественно дети дошкольного и младшего школьного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более 4-х раз в году. Однако исследования показывают, что острые респираторные вирусные инфекции не единственная причина частых заболеваний. В число причин входят детские инфекции, отиты, синуситы и обращения по поводу хронических заболеваний только в фазе обострения [30].

В исследовании Н.Г. Веселова указано, что в медицине часто болеющими считаются:

- дети до 1 года, если случаи острых респираторных заболеваний (ОРЗ) – 4 и более в год;
- дети от 1 до 3 лет – 6 и более ОРЗ в год;
- дети от 3 до 5 лет – 5 и более ОРЗ в год;
- дети старше 5 лет – 4 и более ОРЗ в год.

Нередко ребенок болеет не только часто, но и длительно (более 10-14 дней одно ОРЗ) [18].

По данным отечественных исследований, таковыми принято считать преимущественно детей дошкольного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более 4-х раз в году. А. Г. Румянцева и В.Н. Касаткин указывают на следующие неточности данного определения: во-первых, острые респираторные вирусные инфекции – основная причина частых заболеваний (62,7%), но не единственная (в эту же группу входят

детские инфекции, отиты, синуситы и др.); во-вторых, необходимо учитывать обращения по поводу хронических заболеваний только в фазе обострения [30].

Когда мы употребляем термин «часто болеющий ребенок», речь не идет о диагнозе, так как практикующий врач имеет дело с клинически здоровым ребенком, который периодически болен по причине временных отклонений в защитных системах организма и не имеет стойких органических нарушений в них.

Исаев Д.Н. характеризует общее состояние таких детей проявлениями, которые можно обозначить как преневротические (нарушения сна, тики, патологические привычки, беспричинный плач), вегетодистонические (головокружения, головные боли, нарушения ритма сердцебиения, одышка, обмороки, повторные боли в животе, гиперемия кожи, отрыжка воздухом), соматические (жажда, булимия, рвота после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, кожный зуд и высыпания) [13].

В структуре хронических заболеваний ЧБД, по исследованиям Н.Б. Соколовой, наиболее значительными являются: заболевания ЛОР-органов (от 32% до 87,3%), органов пищеварения (от 20% до 25%), опорно-двигательного аппарата (от 18,3% до 28,7%) и болезни нервной системы (неврозы – 23%, астенический синдром – 16,4%, малая мозговая дисфункция – 9,8%, невротические реакции – 6,5%). Заболеваемость во всех возрастных группах выше у мальчиков [13].

Самой большой группой является группа заболеваний, связанных с органами дыхания. За последние 10 лет они составили 60-80% всей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет. В группе детей дошкольного возраста первое место по частоте проявлений занимают острые респираторные инфекции, причем 49,5% из них приходится на контингент часто болеющих детей (болеют более 4-х раз в год) [34].

I группа (около 40% детей) – ОРЗ, как правило, протекают в легкой форме и выздоровление обычно происходит в короткие сроки. Чаще всего

дети начинают болеть в конце первого или на втором году жизни. Течение ОРЗ типичное, клиника зависит от вида вирусной инфекции. Выздоровление после обострений наступает быстро. Осложнения возможны, но редки. У большинства детей (70%) в возрасте после трех лет при благоприятной обстановке частота ОРЗ снижается. В неблагоприятных условиях повторные ОРЗ сохраняются до 5-6 лет. Физическое и психомоторное развитие детей соответствует возрастной норме.

II группа (20-25% детей) – ОРЗ протекает с длительным выздоровлением. После выздоровления у большинства детей отмечается недомогание, снижение аппетита, нарушение ритма сон-бодрствование, бледность и др. На фоне этого возникают очередные обострения, которые превращают заболевание в волнообразный процесс без полной нормализации состояния. Иногда процесс сразу приобретает тяжелое течение с наличием разного рода осложнений. Как правило, частота ОРЗ уменьшается после 5-7 лет. В 1,5-2 года у большинства детей выявляется гипертрофия аденоидов, аденоидиты.

Причинами такого состояния являются генетически обусловленная темповая задержка созревания иммунной системы и неблагоприятные факторы окружающей среды. Из-за наследственной предрасположенности заболеваемость у этих детей является трудно управляемой.

III группа – 30-35% случаев – отличается наличием ЛОР-патологии, как ведущего фактора развития респираторных заболеваний. Время начала повторных ОРЗ, как правило, в возрасте после 1 года, с максимальным учащением к 2-3 годам. Дети болеют независимо от посещения дошкольных учреждений. С 2-3 лет в течение ОРЗ отмечают чередование обострений и неполных ремиссий, во время которых сохраняется затрудненное носовое дыхание и ночной кашель. При осмотре у ЛОР врача чаще всего выявляются аденоидит, тонзиллит, отит и др. При отсутствии правильного лечения у многих развиваются трахеиты, бронхиты.

У часто болеющего ребенка формируется порочный круг: на фоне ослабленного иммунитета он заболевает ОРЗ, которые, в свою очередь, еще больше ослабляют иммунитет. В результате повышенной чувствительности организма к различным инфекционным агентам и снижения защитных механизмов велика вероятность развития хронических, вялотекущих инфекционных и неинфекционных заболеваний (гастрит и язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, бронхиальная астма, хронические гайморит, фронтит и др.). Наличие хронических инфекций может привести к отставанию в физическом развитии, аллергизации.

Исследования эмоционально-личностной сферы и коммуникативной компетентности истинно часто болеющих детей позволили выделить некоторые особенности, а именно: преобладание высокого уровня тревожности при полном отсутствии низкого, ухудшение отношения ребенка к себе;

Особенности развития личности и самосознания: для 62% часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций таких, как горе, страх, гнев, чувство вины. Выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения;

У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности; отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности; изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила;

Особенности познавательной деятельности:

- истощаемость психической деятельности, проявляющаяся в значительном снижении показателей умственной работоспособности, в частности колебания работоспособности (дети больные острой пневмонией, хроническим бронхитом, бронхиальной астмой);

- снижение продуктивности внимания (у часто болеющих детей меньше показатели объема, точности и устойчивости внимания);

- статически достоверное уменьшение уровня развития творческого внимания (часто болеющие старшие дошкольники);

- объем произвольной зрительной памяти меньше, чем у здоровых сверстников;

- большая эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшая самостоятельность, полнота и логическая последовательность (высокий уровень развития монологической речи в группе часто болеющих детей встречалась на 13% реже, а средний на 14% чаще) [13].

Выявленный синдром искаженного психосоматического развития ребенка создает однотипную в психологическом отношении – дефицитарную для развития ребенка – ситуацию.

Николаева В.В. и Арина Г.А. выделяют два вида ограничений, которые создают для больного ребенка новую социальную ситуацию развития:

а) ограничение движений;

б) ограничение познавательной деятельности [21].

Первое связано с общим недомоганием, постельным режимом. А ведь известно, что двигательная активность является важнейшей формой самовыражения ребенка, а также сильнейшим фактором его развития.

Второе ограничение связано с фрустрацией познавательной потребности. Изменение познавательной активности ребенка и особенно ограниченность его общения со сверстниками существенно меняют социальную ситуацию развития часто болеющего дошкольника, инфантилизируя его.

Предрасполагающим фактором частой заболеваемости детей становится начало их посещения детских яслей и сада. Именно в контакте посещения организованных детских коллективов особенно обостряется проблема ЧБД. Поступление в детский сад сопровождается определенными стрессовыми факторами: первым длительным расставанием с родителями и домашними, попаданием в совершенно неизвестную по организации и структуре предметно-пространственную среду, длительным контактом с

чужими детьми, воспитателями, персоналом, мотивы которых непонятны, действия еще не знакомы и не предсказуемы.

Дети, как правило, не понимают причин болезни, часто рассматривают свое заболевание как наказание за плохое поведение. Маленькие дети видят причины возникновения заболевания в нарушении питания и гигиенических правил. Отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, уровня интеллектуального развития, характерологических особенностей, личностного опыта, восприятие проявления болезни и ее тяжести, но во многом оно определяется представлением родителей и других членов семьи о заболевании [21].

Для часто болеющих детей характерно амбивалентное отношение к болезни. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на несознательном эмоциональном уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье: «болезнь» чаще всего связывается с красным, желтым или фиолетовыми цветами, а «здоровье» - чаще с черным или серыми цветами. Болезнь «выгодна» ребенку, потому что она дает возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Так, 84% детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, будут больше обращать внимание и заботиться о них [34].

Одной из характеристик возрастного периода является социальная ситуация развития. Болезнь, независимо от ее нозологии, ставит ребенка в совершенно иную новую социальную ситуацию развития. Необходимо отметить, что социальная ситуация (среда) выступает не просто как внешнее условие, а как подлинный источник развития ребенка. Факторы, оказывающие влияние на формирование личности детей, находящихся в иной социальной ситуации развития: особенности общения детей с взрослыми и сверстниками, личностные качества родителей, тип отношений

родителей к ребенку, стиль воспитания, психическая атмосфера семьи, условия для реализации основного вида деятельности – имеют негативное психологическое содержание.

Таким образом, проведение теоретического анализа понятия часто болеющих детей, проблем их развития позволяет сделать следующие выводы:

Часто болеющие дети – группы детей, преимущественно дошкольного возраста, которые достоверно чаще, чем среднестатистический ребенок, переносят острые респираторные заболевания, не связанные со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями (болеют различными респираторными заболеваниями более четырех раз в году).

У часто болеющих детей преобладает высокий уровень тревожности, заниженная самооценка, неуверенность в себе, имеют негативное представление о собственной личности. Болезнь замедляет психическое развитие ребенка. У ЧБД совершенно иная социальная ситуация развития (мало двигается и мало познает).

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Влияние родительского отношения на развитие личности ребенка подтверждают психолого-педагогические исследования (А.Я. Варга, А.И. Захаров, А.С. Спиваковская). Авторы выделяют типы эффективного (оптимального) отношения родителей, способствующего полноценному развитию личности ребенка, и типы неэффективного (нарушенного) родительского отношения с указанием на особую роль последнего в формировании патологических новообразований в психической деятельности и поведении ребенка. При этом доказано психотравмирующее влияние ситуации болезни ребенка как на жизнедеятельность семьи в целом, так и на родительское отношение к нему.

Болезнь ребенка может стать «пусковым механизмом», определяющим особую социальную ситуацию его развития, характеризующуюся, в том числе, неэффективным родительским отношением, которое, в свою очередь, формируется на основе изначально «небезопасной» (тревожно-амбивалентной) привязанности часто болеющего ребенка к матери (Д. Боулби, М. Эйнсворт, П. Криттенден).

Родители часто болеющих детей, используя неэффективное родительское отношение, парализуют активность и самостоятельность ребенка (В.В. Столин, А.Я. Варга, Н.Б. Соколова), что оказывает влияние на развитие общей и мелкой моторики ребенка.

Следовательно, мы предполагаем, что родительское отношение в семье часто болеющего ребенка по типу «симбиоз»; «авторитарная гиперсоциализация»; «маленький неудачник», обусловленные частыми заболеваниями ребенка, будет способствовать снижению развития мелкой моторики в силу создаваемой болезнью особой социальной ситуации развития (Е.Ю. Дубовик, В.В. Николаева, В.В. Столин).

Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И РАЗВИТИЯ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 2-3 ЛЕТ

2.1. Методики исследования и описание испытуемых

Исследование проводилось на базе МДОУ г. Красноярска.

В исследовании принимали участие 24 ребенка в возрасте 2-3 лет, посещающие I младшую группу.

Первую группу составляют дети, которых мы относим к категории здоровых детей, болеющих в год не более 4 раз. Вторую группу составляют часто болеющие дети, болеющие в год 6-8 раз.

Таблица 1

Характеристика выборки здоровых детей

№	Имя ребенка	Возраст	Состав семьи	Мед. диагноз 2014-2015 год
1	Саша Б.	2,7	Мама 30 лет (инспектор) Папа 30 лет (гл. директор) Брат 5 лет / 4 чел.	ОРВИ – 4 раз
2	Лев К.	3	Мама 32 года (техник) Папа 28 лет (оперативный дежурный) / 3 чел	ОРВИ – 3 раза
3	Степа Т.	3,4	Мама 38 лет (---) Папа 41 год (начальник службы) / 3 чел	ОРВИ – 4 раз
4	Дима Г.	3,4	Мама 35 лет (Вед. инженер) Папа 37 лет (зам. начальника) / 3 чел	ОРВИ – 2 раза
5	Богдан С.	3,5	Мама 34 года (гл. редактор)	ОРВИ – 4 раз
			Папа 34 года (гл. конструктор)	

			Брат 3,5 года / 4 чел	
6	Тимофей С.	3,5	Мама 34 года (гл. редактор) Папа 34 года (гл. конструктор) Брат 3,5 года / 4 чел	ОРВИ – 4 раз
7	Лиза С.	2,11	Мама 42 года (ИП) Папа 31 год (директор) Брат 7 лет Бабушка / 5 чел	ОРВИ – 3 раза
8	Валерия П.	3,1	Мама 29 лет (мл. воспитатель) Папа 29 лет (директор) / 3 чел	ОРВИ – 2 раза
9	Варвара Л.	2,11	Мама 28 лет (бухгалтер) Папа 28 лет (о/уполн.) / 3 чел	ОРВИ – 4 раза
10	Елизавета Ф.	3,3	Мама 40лет (эксперт) Папа 45 лет (гл. эксперт) Сестра 18 лет Сестра 16 лет / 5 чел	ОРВИ – 4 раза
11	Ульяна С.	3,11	Мама 31 лет (уборщица) Папа 28 лет (---) Сестра 6 лет / 4 чел	ОРВИ – 3 раза
12	Ульяна П.	3,11	Мама 28 лет (повар) Папа / (ИП) 3 чел	ОРВИ – 2 раза
	Итого	2,7 – 3,11	100% полные семьи 72% детей имеют брата/сестру	100% здоровые дети

Таким образом, выборку здоровых детей составляют 12 детей в возрасте 2,7-3,11 лет, из них 50% девочек и 50% мальчиков. Дети воспитываются в полных семьях, 72% детей имеют брата/сестру. Болели ОРВИ за 1 год не более 4 раз.

Характеристика выборки часто болеющих детей

№	Имя ребенка	Возраст	Состав семьи	Мед. диагноз 2014-2015
1	Диана М.	2,4	Мама 31 год (---) Папа 32 года (ИП) Брат 8 мес. / 4 чел.	ОРВИ – 8 раз
2	София П.	2,8	Мама 31 год (инженер) Папа 36 лет (вед. специалист) / 3 чел.	ОРВИ – 6 раз
3	Настя Х.	2,4	Мама 40 лет (судья) Папа 42 года (зам. начальника) / 3 чел.	ОРВИ – 9 раз
4	Лиза Б.	3,2	Мама 32 года (бухгалтер) Папа 31 год (начальник) Брат 1,5 года / 4 чел.	ОРВИ – 6 раз
5	Ярослав Ш.	3,3	Мама 39 года (ст. специалист) Папа 53 года (зам. начальника) Сестра 18 лет Бабушка / 5 чел.	ОРВИ – 7 раз
6	Кира Г.	3,1	Мама 37 лет (кладовщик) Бабушка / 3 чел.	ОРВИ – 10 раз
7	Алиса С.	3,8	Мама 31 год (секретарь) Папа 33 года (ИП) / 3 чел.	ОРВИ – 6 раз
8	Семён К.	3,9	Мама 38 лет (менеджер) Сестра 12 лет / 3 чел.	ОРВИ – 6 раз
9	Антон К.	3,9	Мама 38 лет (бухгалтер) Брат 4,3 года / 3 чел.	ОРВИ – 6 раз

10	Миша Р.	3,4	Мама 36 лет (ст. специалист)	ОРВИ – 8 раз
			Папа 36 лет (инженер)	
			Сестра 15 лет / 4 чел.	
11	Миша Т.	3	Мама 39 лет (---)	ОРВИ – 8 раз
			Папа 43 года (ИП)	
			Брат 14 лет / 4 чел.	
12	Паша Д.	3	Мама 24 (воспитатель)	ОРВИ – 6 раз
			Папа 26 (инструктор) / 3чел.	
	Итого:	2,4 – 3,9	83,3% полные семьи	100% часто болеющие дети
			58,3% детей, имеющих брата/сестру	

Таким образом, выборку часто болеющих детей составляют 12 детей в возрасте 2,4-3,9 лет, из них 50% девочек и 50% мальчиков. 83,3% детей воспитываются в полных семьях, 58,3% детей имеют брата/сестру. Болели ОРВИ за 1 год 6-10 раз.

Сравнительный анализ двух групп свидетельствуют, что две выборки схожи по возрастному признаку, большинство детей воспитываются в полных семьях. Основное отличие двух групп – частота заболевания в течение года.

Для диагностики отношения родителей к ребенку использовался тест-опросник родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина. Данная методика ориентирована на выявление родительского отношения к детям и особенностей общения детей с родителями.

Опросник состоит из 5 шкал.

I. «Принятие – отвержение». Шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы: родителю нравится ребенок таким, какой он есть. Родитель уважает

индивидуальность ребенка, симпатизирует ему. Родитель стремится проводить много времени вместе с ребенком, одобряет его интересы и планы. На другом полюсе шкалы: родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым. Ему кажется, что ребенок не добьется успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума, дурных наклонностей. По большей части родитель испытывает к ребенку злость, досаду, раздражение, обиду. Он не доверяет ребенку и не уважает его.

II. «Кооперация» - социально-желательный образ родительского отношения. Содержательно эта шкала раскрывается так: родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, сочувствует ему. Родитель высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него. Он поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Родитель доверяет ребенку, старается стать на его точку зрения в спорных вопросах.

III. «Симбиоз» - шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. При высоких баллах по этой шкале можно считать, что родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком.

Содержательно эта тенденция описывается так: родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, ребенок кажется ему маленьким и беззащитным.

Тревога родителя повышается, когда ребенок начинает автономизироваться волей обстоятельств, так как по своей воле родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда.

IV. «Авторитарная гиперсоциализация» - отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. При высоком балле по этой шкале в родительском отношении отчетливо просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он

старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии стать на его точку зрения. За проявления своеволия ребенка сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка и требует социального успеха. При этом родитель хорошо знает ребенка, его индивидуальные способности, привычки, мысли, чувства.

V. «Маленький неудачник» - отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. При высоких значениях по этой шкале в родительском отношении имеется стремление инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся родителю детскими, несерьезными. Ребенок представляется неприспособленным, неуспешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

Уровень развития мелкой моторики определялся с помощью следующих заданий, предложенных Н.О. Озерецким и Н.И. Гуревич [14]. Предложенные авторами методики позволяют изучить основные показатели мелкой моторики рук, основные нарушения движений.

Задание № 1

Выполнение по зрительному образцу:

- соединяй 1 и 2 пальцы в кольцо - «О-КЕУ»
- пальцы сжаты в кулак, 2 и 3 пальцы вытянуты - «зайчик»
- 2 и 5 пальцы - «коза-дереза» То же левой рукой.

Задание №2

Выполнение по тактильному образцу с исключением зрительного анализатора:

- с закрытыми глазами задать своей рукой «зайчика» и «козу»
- открыть глаза - повтор движений.

Задание №3

Перенос позы с выключением зрительного анализатора:

- Взрослый делает позу на левой руке, ребенок повторяет на правой и наоборот («зайчик» и «коза»).

Оценка результатов с точки зрения психологии.

1) Ребенок не может найти нужный набор движений (перебирает пальцы, помогает другой рукой, ошибается)

Оценка: нарушение кинестетического праксиса, левая рука - правое полушарие правая рука или обе - теменная.

2) Ребенок неправильно располагает позу в пространстве, воспроизводит позу зеркально.

Оценка: нарушение зрительно-пространственной организации движения.

3) Ребенок воспроизводит позу только правого указательного пальца, левого – игнорирует.

Оценка: односторонняя пространственная агнозия.

4) С трудом переключается на новую позу, повторяет одно из предыдущих движений.

Оценка: инертность движений (лобные доли).

5) Не может воспроизвести позу, заданную на другой руке. (Справа налево – теменные отделы левого полушария; слева направо – правое полушарие).

Оценка: нарушение кинестетической основы движения.

Оценка результата воспитателем.

(+) – 0 баллов – ребенок не справился с заданием.

(-) – 0,5 баллов – ребенок справился с помощью взрослого.

(=) – 1 балл – ребенок справился с заданием.

2.2. Взаимосвязи родительского отношения и развития мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет

Исследование особенностей родительского отношения по методике тест-опросник родительского отношения А.Я. Варги и В.В. Столина позволили выявить преобладающие типы родительского отношения матерей к часто болеющим детям и здоровым детям 2-3 лет (исходные данные родительского отношения представлены в приложении А).

Полученные среднегрупповые показатели по опроснику родительского отношения представлены в таблице 3.

Таблица 3

Типы родительского отношения родителей к здоровым и часто болеющим детям 2-3 лет

Шкала РО	здоровые дети	часто болеющие дети
I. Принятие-отвержение	10,9	10,8
II. Кооперация	6,0	6,2
III. Симбиоз	4,3	4,6
IV. Авторитарная гиперсоциализация	4,0	4,8
V. Маленький неудачник	1,1	1,3

Достоверность различий определялась с помощью критерия U-Манна-Уитни.

Наглядно результаты исследования родительского отношения родителей к здоровым и часто болеющим детям 2-3 лет представлено на рис. 1:

Прим.: I. Принятие-отвержение; II. Кооперация; III. Симбиоз IV. Авторитарная гиперсоциализация; V. Маленький неудачник.

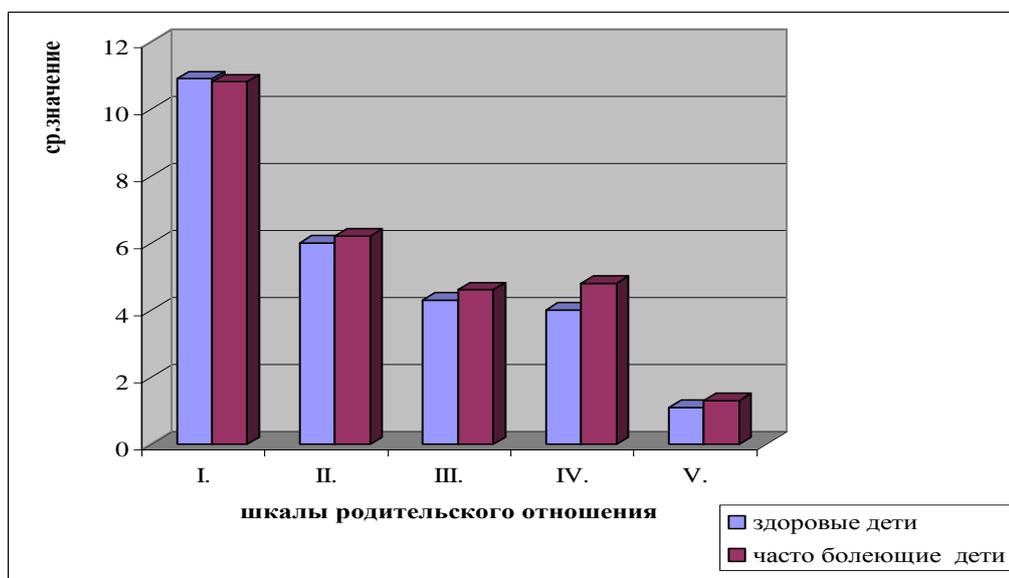


Рис.1. Типы родительского отношения родителей к здоровым и часто болеющим детям 2-3 лет

Среднегрупповой показатель 10,8 в группе часто болеющих детей и 10,9 в группе здоровых детей 2-3 лет по шкале «принятие-отвержение» свидетельствует, что в обеих группах показатель является средним. Родитель относится к ребенку двойственно, с одной стороны, положительно оценивает его, проводит с ним достаточно времени, однако, с другой стороны, может испытывать раздражение, негативные чувства, связанные с поведением ребенка. Мы можем предположить, что данное противоречивое отношение связано с проявлениями в поведении кризиса 3-х лет. Различия в двух группах не являются статистически значимыми по U-критерию Манна-Уитни.

Высокие показатели по шкале «кооперация» в обеих исследуемых группах (6,2 в группе часто болеющих детей 6,0 в группе здоровых детей) свидетельствует, что родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, сочувствует ему. Родители высоко оценивают интеллектуальные и творческие способности детей 2-3 лет, испытывают чувство гордости за него. Они поощряют инициативу и самостоятельность ребенка, стараются быть с ним на равных.

Следует отметить, что родители часто болеющих детей 2-3 лет, в сравнении с родителями в группе здоровых детей более высокие показатели

по данной шкале, следовательно, они в большей степени стараются во всем помочь часто болеющему ребенку, сочувствуют ему. Однако данные различия не являются статистически достоверными по U-критерию Манна-Уитни.

По шкале «симбиоз» получены средние показатели в обеих исследуемых группах (4,3 в группе здоровых детей и 4,6 в группе часто болеющих детей). Полученные данные свидетельствуют, что родители детей 2-3 лет стараются удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родители иногда ощущают тревогу за детей 2-3 лет. Следует отметить, что более высокие показатели выявлены в группе родителей часто болеющих детей, следовательно, родители часто болеющего ребенка в большей степени тревожатся и переживают за него, стараются удовлетворить его потребности. Полученные различия не являются статистически достоверными по U-критерию Манна-Уитни.

По шкале «авторитарная гиперсоциализация» получены средние показатели в обеих исследуемых группах (4,0 в группе здоровых детей и 4,8 в группе часто болеющих детей). Данные показатели приближены к максимальным. Полученные данные свидетельствуют, что родители требуют от ребенка послушания и дисциплины. Он старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии стать на его точку зрения. За проявления своеволия ребенка наказывают. Родители пристально следят за социальными достижениями ребенка и требуют социального успеха. При этом родители хорошо знают ребенка, его индивидуальные способности, привычки, мысли, чувства.

Следует отметить, что более высокие показатели выявлены в группе родителей часто болеющих детей, следовательно, родители часто болеющих детей 2-3 лет в большей степени требуют от ребенка послушания и дисциплины. Полученные различия не являются статистически достоверными по U-критерию Манна-Уитни.

Низкие показатели были получены по шкале «маленький неудачник» в обеих исследуемых группах (1,1 в группе здоровых детей и 1,3 в группе часто болеющих детей). Полученные данные свидетельствуют, что родители детей 2-3 лет считают неудачи ребенка случайными и верят в него. Уверенность в своем ребенке в больше отмечают родители здоровых детей 2-3 лет. Однако данные различия не являются статистически достоверными по U-критерию Манна-Уитни.

Таким образом, статистически значимых различий между двумя выборками не было выявлено, однако наметились следующие тенденции: преобладание родительского отношения «симбиоз». Данная тенденция подтверждается результатами исследования Е.В. Дубовик и Л.В. Доманецкой. Очевидно, что родители, на основе сложившихся на когнитивном уровне представлений о ребенке как о слабом, неприспособленном, беспомощном, транслируют желание защитить его от любых неприятностей, с ее точки зрения, обстоятельств жизни.

Это позволяет сделать вывод о неэффективности родительского отношения к часто болеющим детям.

Следующая тенденция – превалирование отношения к часто болеющему ребенку типа «авторитарная гиперсоциализация», характеризующаяся директивностью в общении с ребенком и стремлении строгому контролю его поведения.

Рассмотрим результаты диагностики развития мелкой моторики детей 2-3 лет в группе здоровых детей (исходные данные показателей мелкой моторики детей представлены в приложении А).

Среднегрупповые показатели представлены в таблице 4:

Показатели развития мелкой моторики здоровых детей и часто болеющих детей 2-3 лет по методикам Н.О. Озерецкого и Н.И. Гуревича

Имя ребенка	Здоровые дети	Часто болеющие дети
Нахождение набора движений	0,83	0,83
Расположение позы в пространстве	0,75	0,75
Правильность воспроизведения позы	0,75	0,67
Переключение на новую позу	0,58	0,46
Воспроизведение позы, заданную на другой руке	0,63	0,63

В группе здоровых детей наиболее высокие показатели представлены по показателю нахождения набора движений (0,83 балла), наибольшие затруднения вызывают у здоровых детей задания на переключение на новую позу, они в большинстве случаев повторяют одно из предыдущих движений (показатель 0,58 баллов)

Без помощи педагога в большинстве случаев не могут воспроизвести позу, заданную на другой руке (показатель 0,63 балла).

Полученные данные согласовываются с теоретическими исследованиями, где показано, что в раннем возрасте овладение относительно тонкими действиями рук происходит в процессе развития кинестетического чувства – положения и перемещения тела в пространстве, т.е. в процессе формирования зрительно-тактильно-кинестетических связей. Однако движения рук начинают в большей степени выполняться под контролем зрения, теперь уже вид предмета – это стимул движений рук по направлению к нему.

Среди других двигательных функций движения пальцев рук имеют особое значение, так как оказывают огромное влияние на развитие высшей нервной деятельности ребенка. Однако прежде чем рука ребенка начинает в своих действиях походить на руку взрослого человека, проходит довольно значительное время.

В группе часто болеющих детей наиболее высокие показатели также представлены по показателю нахождения набора движений (0,83 балла).

Наибольшие затруднения вызывают задания на переключение на новую позу, они в большинстве случаев повторяют одно из предыдущих движений (показатель 0,46 баллов)

Проведем сравнительный анализ развития мелкой моторики детей здоровых и часто болеющих детей. На рис. 2 представлены в сравнении показатели развития мелкой моторики здоровых детей и часто болеющих детей.

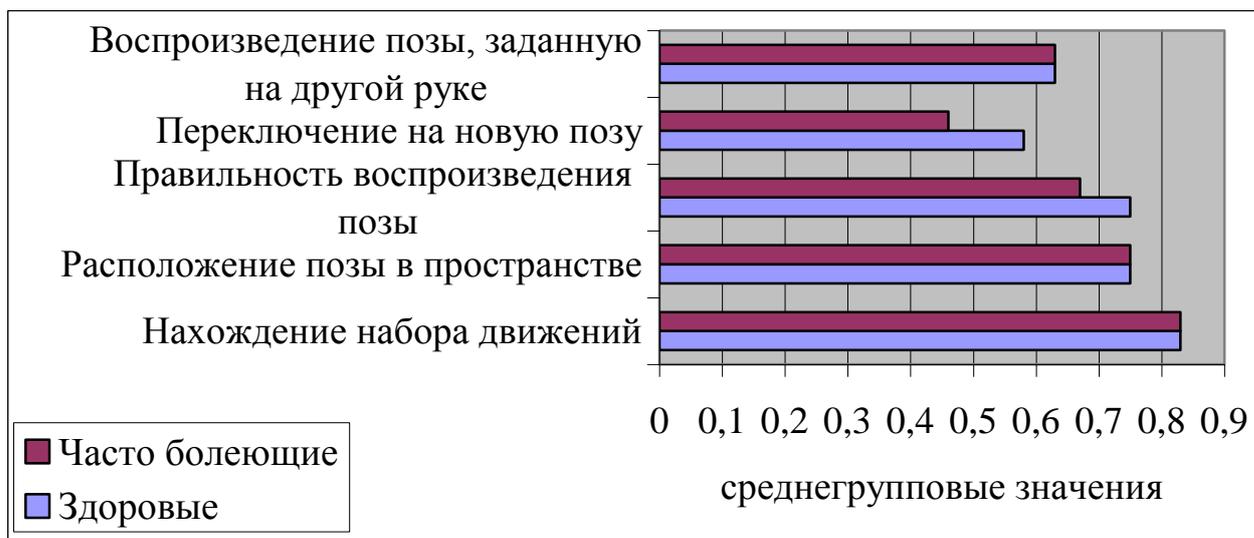


Рис. 2. Показатели развития мелкой моторики здоровых и часто болеющих детей 2-3 лет по методикам Н.О. Озерцкого и Н.И. Гуревича

Сравнительный анализ свидетельствует, что показатели мелкой моторики здоровых и часто болеющих детей набрали равное значение по показателям «Находит нужный набор движений», «Правильно располагает позу в пространстве», «Воспроизводит позу, заданную на другой руке».

Следует отметить более низкие показатели у группы часто болеющих детей по показателям «Правильно воспроизводит позу», «Переключается на новую позу». Следовательно, можно сказать, что развитие мелкой моторики здоровых детей выше, чем у часто болеющих детей. Однако полученные различия не являются статистически достоверными по U-критерию Манна-Уитни.

Здоровые дети больше времени проводят играя, активно занимаются творческой деятельностью, следовательно, у здоровых детей больше возможностей для развития мелкой моторики.

С целью исследования взаимосвязей родительского отношения и развития мелкой моторики в двух группах здоровых детей и часто болеющих детей был проведен корреляционный анализ с использованием t-критерия Спирмена.

В таблице 5 представлены характеристики показателей родительского отношения и показателей мелкой моторики здоровых детей и часто болеющих детей, связь между которыми выявилась на значимом уровне.

Таблица 5

Взаимосвязи родительского отношения и показателей мелкой моторики
(коэффициенты Спирмена)

Типы РО/ Показатель мелкой моторики	Кооперация (здоровые дети)	Маленький неудачник (часто болеющие дети)
Нахождение набора движений	0,597	- 0,633
Правильность воспроизведения позы	0,602	
Переключение на новую позу		- 0,617

Проведенный корреляционный анализ позволил выявить ряд статистически значимых корреляционных связей между показателями родительского отношения и показателями развития мелкой моторики. Рассмотрим достоверно-значимые выявленные корреляционные связи.

В группе здоровых детей в результате корреляционного анализа выявлены следующие связи:

- умеренная прямая связь типа РО «кооперация» и показателя мелкой моторики «нахождение набора движений» ($r = 0,597$, $p < 0,05$),

- умеренная прямая связь типа РО «кооперация» и показателя мелкой моторики «правильность воспроизведения позы» ($r = 0,602$, $p < 0,05$).

В группе часто болеющих детей в результате корреляционного анализа выявлены следующие связи:

- умеренная обратная связь типа РО «маленький неудачник» и показателя мелкой моторики «нахождение набора движений» ($r = 0,633$, $p < 0,05$),

- умеренная обратная связь типа РО «маленький неудачник» и показателя мелкой моторики «переключение на новую позу» ($r = 0,617$, $p < 0,05$),

Анализ выявленных корреляционных связей в группе здоровых детей показал следующее:

- Чем больше родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных, тем успешнее здоровые дети выполняют задание на мелкую моторику по зрительному образцу

- Чем больше родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных, тем успешнее ребенок выполняет задание на мелкую моторику правильность воспроизведения позы.

Анализ выявленных корреляционных связей в группе часто болеющих детей показал следующее:

- Чем больше родитель стремится инфантилизировать ребенка, приписывает ему личную и социальную несостоятельность, считает его неприспособленным, неуспешным, не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость, тем менее успешно часто болеющие дети выполняют задание на мелкую моторику по зрительному образцу.

- Чем больше родитель стремится инфантилизировать ребенка, приписывает ему личную и социальную несостоятельность, считает его неприспособленным, неуспешным, не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость, тем менее успешнее часто болеющий ребенок выполняет задание на мелкую моторику переключения на новую позу.

Следовательно, полученные результаты свидетельствуют, что ориентация на партнерские отношения с детьми, поощрение инициативы и самостоятельности ребенка связаны с показателями мелкой моторики в группе здоровых детей 2-3 лет, что согласовывается с данными С.С. Савенышевой, В.Ф. Чижовой.

В группе часто болеющих детей трудности развития мелкой моторики детей 2-3 лет связаны с инфантилизированием ребенка, отсутствием к нему доверия, представления о ребенке как неумелого и неуспешного.

Таким образом, можно сделать вывод, что в группе здоровых детей использование в семье типа родительского отношения «кооперация» оказывает влияние на развитие мелкой моторики детей 2-3 лет, в группе часто болеющих детей использование в семье типа родительского отношения «маленький неудачник» затрудняют развитие мелкой моторики детей 2-3 лет.

2.3. Рекомендации родителям по развитию мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет

Часто болеющие младшие дошкольники характеризуется слабой интенсивностью физического и психического развития. Сниженная активность ребенка, отсутствие целенаправленности движения, в том числе и мелкая моторика руки.

Поэтому тренировка движений пальцев и кисти рук является важнейшим фактором, стимулирующим речевое развитие ребенка, способствующим улучшению артикуляционных движений, подготовке кисти руки к письму и, что и не менее важно, мощным средством, повышающим работоспособность коры головного мозга, стимулирующим развитие мышления ребенка.

Развитие навыков мелкой моторики важно еще и потому, что вся дальнейшая жизнь ребенка потребует использования точных, координированных движений кистей и пальцев, которые необходимы, чтобы одеваться, рисовать и писать, а также выполнять множество разнообразных бытовых и учебных действий.

Большинство часто болеющих детей имеют нарушение или недоразвитие мелкой моторики и зрительно-двигательной координации. Движения рук бывают неловкими, несогласованными, у них часто не выделяется ведущая рука. Дети порой не в состоянии одновременно действовать двумя руками сразу. Например, ребенок не может держать одной рукой основание пирамидки, а другой нанизывать колечко на стержень или просто держать предмет в одной руке, а другой подхватывать другой предмет и т.п.

Недостаточное развитие зрительно-двигательной координации приводит к тому, что ребенок часто промахивается при попытке взять предмет, так как неверно оценивает направление.

Считается, что для разностороннего гармоничного развития двигательных функций кисти руки необходимо тренировать руку в различных движениях – на сжатие, на растяжение, на расслабление.

Для часто болеющих детей необходимо использовать приемы:

- систематичность проведения игр и упражнений. Не следует ожидать немедленных результатов, так как автоматизация навыка развивается многократным его повторением;

- последовательность (от простого к сложному). Сначала на правой руке, затем на левой; при успешном выполнении – на правой и левой руке одновременно. Недопустимо что-то пропускать и перепрыгивать через какие-то виды упражнений, так как это может вызвать негативизм ребенка, который на данный момент физиологически не в состоянии справиться с заданием;

- все игры и упражнения должны проводиться по желанию ребенка, на положительном эмоциональном фоне. Для любого человека, независимо от его возраста, значим результат;

- если ребенок постоянно требует продолжения игры, необходимо постараться переключить его внимание на выполнение другого задания. Во всем должна быть мера;

- недопустимо переутомление ребенка в игре, которое также может привести к негативизму.

Для развития мелкой моторики часто болеющих детей эффективным будет использование пальчиковых игр.

В ходе пальчиковых игр дети совершают движения руками, совершенствуя моторику. Тем самым развивается умение управлять своими движениями, концентрировать внимание на одном виде деятельности.

Пальчиковые игры влияют на пальцевую пластику, руки становятся послушными, что помогает ребенку в выполнении мелких движений, необходимых в рисовании, а в будущем и при письме. Ученые рассматривают пальчиковые игры как соединение пальцевой пластики с

выразительным речевым интонированием, создание пальчикового театра, формирование образно-ассоциативного мышления. А это значит, что пальчиковая гимнастика влияет не просто на развитие речи, но и на ее выразительность, формирование творческих способностей.

Пальчиковые игры не только влияют на развитие речи, также они мгновенно переключают внимание часто болеющего ребенка с капризов или нервозности на телесные ощущения и успокаивают.

Игры с пальчиками создают благоприятный эмоциональный фон, развивают умение подражать взрослому, учат вслушиваться и понимать смысл речи, повышают речевую активность ребенка. Если ребенок будет выполнять упражнения, сопровождая их короткими стихотворными строчками, то его речь станет более четкой, ритмичной, яркой, и усилится контроль за выполняемыми движениями.

Работа с детьми включает в себя комплекс пальчиковых игр, в ходе которых развиваются следующие движения:

- хватание: ребенок учится захватывать предмет
- соотносящие действия: ребенок учится совмещать два предмета
- подражание движениям рук взрослого: это умение лежит в основе формирования многих полезных навыков ручных действий
- движения кистей и пальцев рук.

Содержание пальчиковых игр

«Дом»

Стук – стук, стук – по стук,
раздается где-то стук.

Молоточки стучат, строят домик для зайчат –

вот с такую крышей, *(ладошки над головой)*

вот с такими стенами, *(ладошки около щечек)*

вот с такими окнами, *(ладошки перед лицом)*

вот с такую дверь, *(одна ладошка перед лицом)*

и вот с таким замком! *(сцепили ручки)*

На двери висит замок.

Кто его открыть бы мог?

Повертели, покрутили,

Постучали, и – открыли!

«Моя семья»

Этот пальчик – дедушка,

Этот пальчик – бабушка

Этот пальчик – папочка,

Этот пальчик – мамочка,

Этот пальчик – я, *(Разжимаем поочередно пальцы из кулачка, начиная с большого)*

Вот и вся моя семья! *(Вращаем разжатой ладошкой)*

«Ладони»

Ладони вверх,

Ладони вниз,

А теперь их на бочок

И зажали в кулачок.

«Моя ладошка»

Моя ладошка – это пруд,

По ней кораблики плывут. *(медленно водить согнутым указательным пальцем по ладошке)*

Моя ладошка, как лужок,

А сверху падает снежок. *(дотрагиваться кончиками пальцев до ладошки)*

Моя ладошка, как тетрадь,

В тетради можно рисовать (*указательным пальцем «нарисовать» солнышко и др.*)

Моя ладошка, как окно,

Его помыть пора давно. (*потереть ладошку пальцами, сжатыми в кулак*)

Моя ладошка, как дорожка,

А по дорожке ходят кошки. (*осторожно переступить пальцами обеих рук*)

«Пальчики»

Наш массаж сейчас начнем,

Каждый пальчик разотрем:

Этот – всех красивей,

Этот – всех ленивей,

Этот пальчик – всех длинней,

Этот пальчик – всех умней, (*растирать каждый палец, начиная с мизинца, от основания пальца к кончику*)

Вместе – это пять друзей (*погладить сразу все пальчики*)

Пальцы растянуть хочу,

Каждый пальчик покручу,

Этот – всех красивей,

Этот – всех ленивей и т. д. (*взяв палец за кончик и приподняв, осторожно вращать*)

Каждый пальчик мы возьмем

И сожмем, сожмем, сожмем.

Этот - всех красивей, и т. д. (*сжимаем поочерёдно пальчики в своём кулачке*)

Каждый пальчик мы возьмем,

На подушечку нажмем

Этот – всех красивей, и т. д. (*нажимаем кончиком указательного пальца на кончик пальца*)

«Маленькая мышка»

Маленькая мышка по городу бежит, (*бежим пальцами обеих рук по столу или коленям*).

Глядит ко всем в окошки, (*сложив пальцы рук круглым окошечком, заглядываем в него или в два окошка*)

И пальчиком грозит: (*грозим пальчиком*)

«А кто не лег в кроватку? (*руки прижать ладонями друг к другу и положить под щеку*)

А кто не хочет спать? (*переворачиваем руки на другой «бок», под другую щеку*)

Такого непослушного

Я буду щекотать!» (*щекочем пальчиками то одну, то другую ладошку*)

«Капустка»

Мы капустку чистим, чистим, мы капустку чистим, чистим

Мы всех просим не зевать и немножко помогать. (*легкие скользящие движения всех пальцев, как бы рвать траву*)

Мы капустку рубим, рубим, мы капустку рубим, рубим,

Мы всех просим не зевать и немножко помогать. (*попеременное постукивание ребрами обеих ладоней*)

Мы капустку давим, давим, мы капустку давим, давим

Мы всех просим не зевать и немножко помогать. (*нажимаем осторожно ладонью с небольшим вращением*)

Мы капустку солим, солим, мы капустку солим, солим,

Мы всех просим не зевать и немножко помогать. (*легко постукиваем кончиками расслабленных пальцев*)

«Еж»

- Под березой, *(тянемся вверх, вытянув руки вверх, «раскрыв» как листья ладони и растопырив пальчики)*

на пригорке *(показать руками жест – горку)*

- Старый еж *(сложить руками замок, но растопырить пальчики – иголки)*

устроил норку *(сложить кулачки, руки в локтях, покрутить каждым кулачком вокруг другой руки)*

- А под листьями шуршат

пять *(показать пять пальчиков)* малюсеньких *(сложить ладошки лодочкой)* ежат *(сложить руками замок, растопырив пальчики)*

«Поросята»

Этот толстый поросенок *(Мизинцы)*

целый день хвостом вилял,

Этот толстый поросенок *(Безымянные)*

спинку об забор чесал.

Ля-ля-ля-ля, лю-лю-лю, *(«Фонарики»)*

поросенок я люблю

Ля-ля-ля-ля, лю-лю-лю, *(Сжимают и разжимают кулачки)*

поросенок я люблю

Этот толстый поросенок *(Средние пальцы)*

носом землю ковырял,

Этот толстый поросенок *(Указательные пальцы)*

что-то сам нарисовал.

Ля-ля-ля-ля ...

Этот толстый поросенок *(Большие пальцы)*

- лежебока и нахал,

Захотел спать в серединке *(Рука сжимается в кулак)*
и всех братьев растолкал. *(Большой палец зажимается внутрь.)*

«Приходите, мыши»

Приходите, мыши, и не бойтесь кошки,
Вот для вас площадка на моей ладошке. *(махать ручкой)*
Вот вам карусели – можно покружиться,
Вы держитесь крепче, чтобы не свалиться. *(«рисовать» указательным пальцем кружочек на ладошке)*

Вот висят качели, можно покачаться,
Вы не упадете, нечего бояться. *(сгибать к ладошке и разгибать пальчики)*

А еще есть горка, для мышей бесплатно,
Покатайтесь мышки, это так приятно! *(гладить ручку малыша от ладони к сгибу локтя)*

Есть для вас песочек, можно покопаться,
Можно на песочке мышкам поваляться. *(пощекотать ладошку)*
А домой пойдете, я вам на прощанье
Помашу рукою: мышки, до свиданья! *(махать ручкой)*

«Комар»

Летит муха вокруг уха, жжж *(водим пальчиком вокруг уха)*
Летят осы вокруг носа, сссс *(водим пальчиком вокруг носа)*
Летит комар, на лоб – оп *(пальчиком дотрагиваемся до лба)*
А мы его – хлоп *(ладошкой до лба)*
И к уху, зззз *(зажимаем кулачок, подносим его к уху)*
Отпустим комара? Отпустим! *(подносим кулачок ко рту и дуем на него, разжимая ладошку)*

«Червячки»

Раз, два, три, четыре, пять,

Червячки пошли гулять (*ручки лежат на столе, ладошками вниз, сгибаем и разгибаем пальчики*)

Вдруг, ворона выбегает, (*пальчики «бегут» по столу*)

Каркает: «Вот и обед» (*указательный и большой пальчики «каркают».*)

Глядь (*разводим ручками*), а червячков уж нет (*сжимаем пальчики в кулачки*).

«Черепаша»

Шла по полю черепаха (*идем пальчиками*)

И дрожала вся от страха (*руки в кулачках, кулачки дрожат*)

Кусь, кусь! Кусь, кусь! (*большой и указательный пальцы «кусаются»*)

Никого я не боюсь! (*отрицание – указательным пальцем*)

«К Кате гости прибежали»

К Кате гости прибежали, (*бежим пальчиками по столу или по полу*)

Все друг другу руки жали.

Здравствуй Жора, (*соединяем большой и указательные пальчики*)

Здравствуй Жанна, (*большой и средний*)

Рад, Сережа, (*большой и безымянный*)

Рад, Снежана, (*большой и мизинец*)

Не хотите ль пирожок? (*ладошки складываем вместе*)

Может коржик? (*показываем 2 открытые ладошки*)

Иль рожок? (*2 кулачка ставим друг на дружку*)

Вот драже вам на дорожку (*пальчиком тычем в открытую ладошку*)

Вы берите понемножку (*несколько раз сгибаем ладошки в кулачки*)

Все стряхнули быстро крошки

И захлопали в ладошки!

«Перчатка»

Веселая мышка (*Раскрываем ладошку, пальцы растопырены*).

Перчатку нашла, (*Поворачиваем руки то ладонью, то тыльной стороной вверх*).

Гнездо в ней устроив, (*Складываем ладоши «ковшом»*)

Мышат позвала. (*Сгибаем – разгибаем пальцы («звующий» жест*)

Им корочку хлеба

Дала покусать, (*Кончиком большого пальца поочередно стучим по кончикам остальных пальчиков*)

Погладила (отшлепала) всех (*Большим пальцем гладим («шлепаем») остальные (скользящим движением от мизинца к указательному)*).

И отправила спать. (*Ладони прижимаем друг к другу, кладем под щеку (спим)*).

«Котята»

У кошечки нашей есть десять котят, (*Ладошки складываем, пальцы прижимаем друг к другу. Локти опираются о стол*)

Сейчас все котята по парам стоят: (*Покачиваем руками, не разъединяя их*).

Два толстых, два ловких,

Два длинных, два хитрых,

Два маленьких самых

И самых красивых.

(*Постукиваем соответствующими пальцами друг о друга, от большого к мизинцу*).

«В комнате»

Наша-то Катюша умная была:

В комнате работу всем зверям дала.

Чашечки собачка моет язычком, *(левая рука - чашечка, скребем пальцами правой руки по ее ладони движение «от себя» тыльной стороной пальцев).*

Мышка подбирает крошки под столом. *(хватательно- щипательные движения правой руки с ладони левой).*

Кошка коготками лавочку скребет, *(скрести согнутыми пальцами (коготками) ладонь левой руки).*

Курочка рябая пол крылом метет. *(скользящее движение ребром ладони одной руки по другой).*

Катя варит кашу для зверят своих *(указательным пальцем правой руки вращательные движения в ладони левой руки).*

Кашки наварила, с ложки кормит их *(«зачерпываем кашку из кастрюльки» левой рукой (ложкой), протягиваем левую руку вперед (кормим зверят)).*

«Радуга»

Гляньте: радуга над нами, *(нарисовать рукой над головой полукруг (маховое движение)).*

Над деревьями, *(руки поднять вверх, пальцы разомкнуты)*

Домами, *(руки сложены над головой крышей)*

И над морем, над волной, *(нарисовать волну рукой)*

И немножко надо мной. *(дотронуться до головы)*

«Дом»

Я хочу построить дом, *(руки над головой «домиком»).*

Чтоб окошко было в нем, *(руки перед глазами. Концы пальцев рук сомкнуты в «окошко»).*

Чтоб у дома дверь была, *(ладони повернуты к себе, сомкнуты боковыми частями).*

Рядом чтоб сосна росла *(пальцы растопырены, руки тянем вверх).*

Чтоб вокруг забор стоял, *(руки перед собой кольцом, соединены)*
Пес ворота охранял. *(одна рука «пес», мизинец отсоединить от других пальцев)*
Солнце было, *(скрестить кисти рук, пальцы растопырены).*
Дождик шел, *(«тряхивающие» движения)*
И тюльпан в саду расцвел *(предплечья прижаты, пальцы-лепестки смотрят вверх).*

«Дружные пальчики»

Эти пальчики щипают, *(Большим и указательным пальцем щипаем ладонь другой руки (или мамину ладонь)).*

Эти пальчики гуляют, *(Указательный и средний «идут» по другой руке)*

Эти – любят поболтать, *(Средний и безымянный шевелятся, трутся друг об друга (шурша)).*

Эти – тихо подремать, *(Безымянный и мизинец прижимаем к ладони).*

А большой с мизинцем братцем

Могут чисто умываться. *(Крутим большим пальцем вокруг мизинца).*

При разработке рекомендаций по оптимизации родительского отношения мы опираемся на определение родительского отношения А.Я. Варги, как «системы разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков» [8, с. 81]

По мнению В.А. Ковалевского, коррекционная работа с больным ребенком должна быть нацелена на создание жизненных перспектив, эмоционального комфорта и формирование уверенности в себе. Однако при этом необходимо избегать излишне тесного эмоционального контакта с

ребенком, гиперопеки над ним, следует расширять рамки его самостоятельности [96].

Поэтому работа по оптимизации взаимоотношений ребенка и взрослого направлены на решение задач: смягчение негативного эмоционального опыта; уменьшение доминантности, излишней концентрации на ребенке; повышение эмоционального принятия ребенка; изменение восприятия ребенка в сторону более позитивного; освоение матерью эффективных воспитательных стратегий.

1. Изменение поведения взрослого и его отношения к ребенку:

Стройте общение на взаимопонимании и доверии; контролируйте поведение ребенка, не навязывая ему жестких правил; избегайте, с одной стороны, чрезмерной мягкости, а с другой – завышенных требований к ребенку; не давайте ребенку категорических указаний, избегайте слов «нет» и «нельзя»; повторяйте свою просьбу пока ребенок не «услышит» вас; помните, что чрезмерная болтливость, подвижность и недисциплинированность ребенка не являются умышленными; выслушайте, что хочет сказать ребенок; не настаивайте на том, чтобы ребенок обязательно принес извинения за поступок.

2. Изменение психологического микроклимата в семье:

уделяйте ребенку достаточно внимания; радуйтесь любым успехам всей семьей; подключайте ребенка в различные бытовые процессы; не допускайте ссор в присутствии ребенка.

3. Организация режима дня и места для занятий:

установите твердый распорядок дня для ребенка и всех членов семьи; снижайте влияние отвлекающих факторов во время выполнения занятий – это способствует снижению самоконтроля и нарастанию гиперактивности.

4. Специальная поведенческая программа:

не прибегайте к физическому наказанию! Если есть необходимость прибегнуть к наказанию, то целесообразно использовать сидение в определенном месте после совершения поступка; чаще хвалите ребенка.

Постепенно расширяйте обязанности, предварительно обсудив их с ребенком; не разрешайте откладывать выполнение задания на другое время; не давайте ребенку поручений, не соответствующих его уровню развития, возрасту и способностям; помогайте ребенку приступить к выполнению, так как это самый трудный этап; не давайте одновременно несколько заданий. Задание, которое дается ребенку, не должно иметь сложной инструкции и состоять из нескольких звеньев.

Помните, что вслед за наказанием необходимо позитивное эмоциональное подкрепление, знаки «принятия». В коррекции поведения ребенка роль играет методика «позитивной модели», заключающаяся в постоянном поощрении желательного поведения ребенка и игнорировании нежелательного.

5. Поведение родителей с детьми в процессе игр и общения:

- нужно дать понять вашему ребенку, что вы его принимаете таким, какой он есть. Старайтесь употреблять такие выражения: «Ты самый любимый», «Мы любим, понимаем, надеемся на тебя», «Я тебя люблю любого», «Какое счастье, что ты у нас есть».

- каждое ваше слово, мимика, жесты, интонация, громкость голоса несут ребенку сообщение о его самоценности. Стремитесь создать у вашего ребенка высокую самооценку, подкрепляя это словами: «Я радуюсь твоим успехам», «Ты очень многое можешь».

- родители, которые говорят одно, а делают другое, со временем испытывают на себе неуважение со стороны детей.

- прежде чем начать общаться с вашим ребенком, нужно занять такое положение, чтобы видеть его глаза. В большинстве случаев вам нужно будет садиться на корточки.

- выражать свое отношение к поведению ребенка нужно без лишних объяснений и нравоучений. Выберите правильное, своевременное обращение к нему, например: «Паша, Пашенька, сын, сынок...».

- необходимо проявлять полную заинтересованность к ребенку в процессе общения. Подчеркивайте это кивком, восклицаниями. Слушайте его, не отвлекайтесь. Сконцентрируйте на нем все внимание. Предоставляйте ребенку время для высказывания, не торопите его и не подчеркивайте своим внешним видом, что это уже вам неинтересно.

- многие из тех установок, которые они получают от вас, в дальнейшем определяют их поведение. Не говорите своему ребенку того, чего бы вы ему на самом деле не желали.

- в общении с детьми следует использовать разнообразные речевые формулы (прощания, приветствия, благодарности). Не забывайте утром приветствовать ребенка, а вечером пожелать ему «спокойной ночи». Произносите эти слова с улыбкой, доброжелательным тоном и сопровождайте их тактильным прикосновением. Обязательно, хоть за маленькую услугу, оказанную ребенком, не забывайте поблагодарить его.

- нужно адекватно реагировать на проступки детей: спросите ребенка о том, что произошло, попытайтесь вникнуть в его переживания, выяснить, что явилось побудительным мотивом для его действий, и понять своего ребенка; не сравнивайте ребенка с другими детьми.

- организуя взаимоотношения с детьми в процессе общения, игр, необходимо преодолевать: барьер занятости (вы постоянно заняты работой, домашними делами); барьер взрослости (вы не учитываете переживания ребенка, не понимаете потребности); барьер «воспитательных традиций» (вы не учитываете изменившиеся ситуации воспитания и уровень развития ребенка, пытаетесь дублировать педагогические воздействия собственных родителей); барьер «дидактизма» (вы постоянно пытаетесь поучать детей).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование было посвящено изучению особенностям взаимосвязи родительского отношения и мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет. В основу исследования легло предположение о том, что частые заболевания ребенка в силу создаваемой болезнью особой социальной ситуации развития существенно влияет на развитие взаимоотношения между ребенком и родителями, что оказывает влияние на развитие мелкой моторики часто болеющего ребенка.

По итогам анализа психолого-педагогической литературы было выявлено: авторы, занимающиеся изучением семьи, отождествляют понятие родительское отношение, семейное воспитание, стиль детско-родительского отношения. В основе исследования основываемся на понятии «родительское отношение» (А.Я. Варга, В.В. Столин); в своем исследовании используем классификацию А.Я. Варги и В.В. Столина, которые выделили следующие типы родительского отношения к ребенку: «Принятие-отвержение»; «Кооперация»; «Симбиоз»; «Авторитарная гиперсоциализация»; «Маленький неудачник».

Мелкая моторика – совокупность скоординированных действий нервной, мышечной и костной систем часто в сочетании со зрительной системой в выполнении мелких и точных движений кистями и пальцами рук и ног. К области мелкой моторики относится большое разнообразие движений: от примитивных жестов, таких, как захват объектов, до очень мелких движений, от которых, например, зависит почерк человека.

Мелкая моторика развивается естественным образом, начиная с младенческого возраста на базе общей моторики. В дошкольном и раннем школьном возрасте моторные навыки становятся более разнообразными и сложными.

Часто болеющие дети – это преимущественно дети дошкольного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более

четырёх раз в году; болезнь, независимо от ее нозологии, ставит ребенка в совершенно иную новую социальную ситуацию развития. Факторы, оказывающие влияние на формирование личности детей, находящихся в иной социальной ситуации развития – это особенности общения детей с взрослыми и сверстниками, личностные качества родителей, тип отношений родителей к ребенку, стиль воспитания, психическая атмосфера семьи, условия для реализации основного вида деятельности, имеющие негативное психологическое содержание.

Проведенное собственное эмпирическое исследование выявило более высокие показатели по параметрам родительского отношения: «кооперация»; «симбиоз»; «авторитарная гиперсоциализация»; «маленький неудачник».

Полученные результаты свидетельствуют о следующих особенностях родительского отношения к часто болеющим детям 2-3 лет: они в большей степени стараются во всем помочь часто болеющему ребенку, сочувствуют ему; в большей степени тревожатся и переживают за детей, стараются удовлетворить все их потребности; в большей степени требуют от ребенка послушания и дисциплины; в некоторой степени считают неудачи ребенка случайными и верят в него. В меньшей степени выражена уверенность в своем ребенке.

Проведенное собственное эмпирическое исследование развития мелкой моторики часто болеющих детей 2-3 лет свидетельствует о более низких показателях развития мелкой моторики у часто болеющих детей по показателям «Правильно воспроизводит позу», «Переключается на новую позу»: часто болеющие дети воспроизводят позу только правого указательного пальца, а левого – игнорируют, то есть наблюдается односторонняя пространственная агнозия. Также у часто болеющих детей выявлена инертность движений.

Проведенное эмпирическое исследование позволило сделать вывод, что в группе здоровых детей использование в семье типа родительского отношения «кооперация» оказывает влияние на развитие мелкой моторики

детей 2-3 лет, в группе часто болеющих детей использование в семье типа родительского отношения «маленький неудачник» оказывает влияние на развитие мелкой моторики детей 2-3 лет.

Таким образом, в ходе исследования гипотеза исследования нашла свое подтверждение частично, тип родительского отношения «маленький неудачник», обусловленный частыми заболеваниями ребенка способствует развитию мелкой моторики в силу создаваемой болезнью особой социальной ситуации развития.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авдеева Т.Г. Детско-родительские отношения как фактор влияния на психическое развитие ребенка / Актуальные вопросы современной психологии: материалы II междунар. науч. конф. (г. Челябинск, февраль 2013 г.). Челябинск: Два комсомольца. 2013. С. 97 - 99.
2. Антонов А.И. Семья: современный аспект. М.: АСТ. 2010. 253 с.
3. Апштейн З.В. Функциональная структура двигательных актов у детей дошкольного возраста / Материалы 10 научной конференции по возраст., морфол., физиол. и биохимии. Т. II. М., 2011. С. 37 - 38.
4. Бернштейн Н.А. О построении движений. М.: Медгиз. 1999. 256 с.
5. Боулби Дж., Мельникова М., Бенедек Т., Эйнсворт М. Психология привязанности. М.: ERGO. 2005. 360 с.
6. Буренкова Е.В. Исследование взаимосвязи стиля семейного воспитания, личностных особенностей ребенка и стратегии поведения значимого взрослого. Пенза, 2000. 205 с.
7. Буцыкина Т.П., Вартапетова Г.М. Развитие общей и мелкой моторики как основа формирования графомоторных навыков у младших школьников // Логопед. 2005. №3. С. 24 - 29.
8. Варга А.Я. Теория семейных систем Мюррея Боуэна // Журнал практического психолога. 2009. №2. С. 5 - 14.
9. Гиппенрейтер Ю.Б. Введение в общую психологию. Курс лекций. М.: Юрайт. 2002. 336 с.
10. Горев А.С. Формирование в онтогенезе нейрофизиологических механизмов произвольной регуляции сенсорной деятельности / «Физиология развития человека»: Тезисы II Всесоюзной конф. Москва. 20-22 октября. 1981. С. 23.
11. Егоров Б.Б. Нестерюк Т.В. Оздоровительно-воспитательная работа с ослабленными детьми в ДОУ. Пособие для практических работников. Элиста: АПП «Джангар». 1999. 64 с.

12. Ильин Е.П. Психология индивидуальных различий. СПб., 2004. 701 с.
13. Исаев Д.Н. Формирование ВКБ у детей и психосоматическая ситуация // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2001. №1. С. 20 - 26.
14. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск, 1997. 122 с.
15. Кольцова М.М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка. М., 1993. 213 с.
16. Котова Е.В. Исследование особенностей детско-родительских отношений. Красноярск: КГПУ. 2003. 172 с.
17. Кроль В. Психофизиология человека. СПб.: Питер. 2003. 152 с.
18. Лурия А.Р. Основы нейропсихологии. М.: Academia. 2002. 148 с.
19. Микадзе Ю.В. Нейрофизиология детского возраста: Учебное пособие. СПб.: Питер. 2008. URL: http://www.scorcher.ru/neuro/science/base/ch_ontogene (дата обращения: 20.02.2017).
20. Насонова Е.Б. Влияние внутрисемейных отношений на эмоциональное поведение младшего школьника: Автореф. дис. канд. психол. наук. Киев, 1990. 27 с.
21. Николаева В.В., Арина Г.А. Тяжело больной ребенок, штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья. 1994. №2. С. 86 - 95.
22. Обухова Л.Ф. Возрастная психология: учеб. для студентов вузов. М.: Высшее образование. 2007. 460с.
23. Овчарова Р.В. Психология родительства. М.: Академия. 2007. 368 с.
24. Озерецкий Н.И., Гуревич М.О. Схема обследования уровня сформированности моторных и сенсорных процессов у детей. М.: АСТ. 1996. 136 с.
25. Павлов И.П. Лекции о работе больших полушарий головного мозга. М.: Либроком. 2017. 294 с.

26. Психология семейных отношений с основами семейного консультирования: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Е.Г. Силаевой. М.: Издательский центр «Академия». 2002. 192 с.
27. Развиваем моторику / С.Е. Гаврина [и др.]. Ярославль: Академия развития. 2007. 47 с.
28. Роджерс К. Консультирование и психотерапия. М.: ЭКСМО-Пресс. 2009. 423 с.
29. Родители и дети: психология взаимоотношений: сборник / Под ред. Е.А. Савиной. М.: Когито-Центр. 2010. 228 с.
30. Румянцева А.Г., Касаткин В.Н. Часто болеющие дети: традиционный взгляд // Школа здоровья. 1996. №2. С. 41 - 47.
31. Сигягина Н.Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений. М.: АСТ. 2011. 200 с.
32. Соколова С.Б. Гигиеническая оценка технологий оздоровления часто болеющих детей в дошкольных образовательных учреждениях // Здоровье населения и среда обитания. 2008. №6 (183). С. 18 - 21.
33. Соколова С.Б. Оценка состояния здоровья часто болеющих детей, посещающих ДООУ // Вестник Российской Академии медицинских наук. 2008. №6. С. 408 - 409.
34. Спиваковская А.С. Педагогика родителям. Как быть родителями: о психологии родительской любви. М.: Педагогика. 2006. 160 с.
35. Сурков Е.Н. Психомоторика спортсмена. М.: ФиС. 2013. 216 с.
36. Ткаченко Т.А. Мелкая моторика. Гимнастика для пальчиков. М.: Издательство ЭКСМО. 2010. 198 с.
37. Фрейд З. Введение в психоанализ. М.: Азбука-Аттикус. 2015. 480 с.
38. Фромм Э. Анатомия человеческой деструктивности. М.: Смысл. 2004. 600 с.
39. Шнягина Н.Ю. Психология родительских отношений. М.: ВЛАДОС. 2003. 377 с.
40. Эриксон Э. Детство и общество. СПб., 1996. С. 123 - 126.

41. Ямщикова Н.Л. Проблемы гигиенического обоснования воспитания и оздоровления часто болеющих детей в специализированных дошкольных образовательных учреждениях / Материалы XI Конгресса педиатров России «Актуальные проблемы педиатрии» 5-8 февраля 2007 г. М., 2007. С. 796 - 797.

42. Янушко Е.А. Развитие мелкой моторики рук у детей раннего возраста. Методическое пособие для воспитателей и родителей. М.: Мозаика-Синтез. 2009. 167 с.

Приложение А

Таблица 6

Показатели развития мелкой моторики в группе здоровых детей

№	Имя ребенка	Нахождение набора движений	Расположение позы в пространстве	Правильность воспроизведения позы	Переключение на новую позу	Воспроизведение позы, заданной на другой руке
1	Саша Б.	1	1	1	0.5	1
2	Лев К.	0.5	0.5	0.5	0.5	0
3	Степа Т.	1	1	1	0.5	0.5
4	Дима Г.	1	1	1	1	1
5	Богдан С.	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
6	Тимофей С.	0.5	0.5	0.5	0.5	0
7	Лиза С.	1	1	1	0.5	0.5
8	Валерия П.	1	0.5	1	0.5	1
9	Варвара Л.	0.5	0	0	0	0
10	Елизавета Ф.	1	1	0.5	0.5	1
11	Ульяна С.	1	1	1	1	1
12	Ульяна П.	1	1	1	1	1
Итого		0.83	0.75	0.75	0.58	0.63

Показатели развития мелкой моторики в группе часто болеющих детей

№	Имя ребенка	Нахождение набора движений	Расположение позы в пространстве	Правильность воспроизведения позы	Переключение на новую позу	Воспроизведение позы, заданной на другой руке
1	Диана М.	0.5	0.5	1	0.5	0.5
2	София П.	1	0.5	0.5	0.5	0.5
3	Настя Х.	0.5	0.5	0.5	0	0
4	Лиза Б.	1	1	1	0.5	0.5
5	Ярослав Ш.	0.5	0.5	0.5	0	0
6	Кира Г.	1	1	1	1	1
7	Алиса С.	1	1	1	0.5	1
8	Семён К.	1	1	0.5	0.5	1
9	Антон К.	1	1	0.5	0.5	1
10	Миша Р.	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5
11	Миша Т.	1	0.5	0.5	0.5	0.5
12	Паша Д.	1	1	0.5	0.5	1
Итого		0.83	0.75	0.67	0.46	0.63

Приложение Б

Таблица 8

Показатели родительского отношения в группе здоровых детей 2-3 лет

№	Ребенок, возраст/мамин возраст	Шкалы опросника				
		«Принятие/отвержение ребенка» (max от 24 до 33, min от 0 до 8)	«Кооперация» (max от 6 до 8, min от 1 до 2)	«Симбиоз» (max от 6 до 7, min от 1 до 2)	«Контроль» (max 6-7, min 1-2)	«Отношение к неудачам ребенка» (max 6-7, min 1-2)
1	Саша Б. 2,7/ 30	12	6	4	6	1
2	Лев К. 3/ 32	10	7	5	3	1
3	Степа Т. 3,4/ 38	12	6	4	7	1
4	Дима Г. 3,4/ 35	11	6	4	6	1
5	Богдан С. 3,5/ 34	11	7	5	4	1
6	Тимофей С. 3,5/ 34	11	7	5	4	1
7	Лиза С. 2,11/ 42	12	6	5	4	1
8	Валерия П. 3,1/ 29	10	7	2	4	1
9	Варя Л. 2,11/ 28	10	5	2	1	1
10	Лизаа Ф. 3,3/ 40	9	5	5	2	1
11	Ульяна С. 3,11/ 31	11	6	6	6	2
12	Ульяна П. 4,2/ 28	12	5	5	1	1

Таблица 9

Показатели родительского отношения в группе часто болеющих детей 2-3 лет

№	Ребенок, возраст/мамин возраст	Шкалы опросника				
		«Принятие/отвержение ребенка» (max от 24 до 33, min от 0 до 8)	«Кооперация» (max от 6 до 8, min от 1 до 2)	«Симбиоз» (max от 6 до 7, min от 1 до 2)	«Контроль» (max 6 -7, min 1-2)	«Отношение к неудачам ребенка» (max 6-7, min 1-2)
13	Диана М. 2,4/ 31	12	6	5	4	1
14	София П. 2,8/ 31	12	6	4	6	3
15	Настя Х. 2,4/ 40	10	6	4	4	1
16	Лиза Б. 3,2/ 32	11	7	5	4	1
17	Ярослав Ш. 3,3/ 39	10	5	2	2	2
18	Кира Г. 3,10/ 37	9	5	4	4	2
19	Алиса С. 3,8/ 31	12	7	6	6	1
20	Семён К. 4,3/ 38	11	7	6	6	1
21	Антон К. 4,3/ 38	11	7	6	6	1
22	Миша Р. 3,4/ 36	11	6	4	4	1
23	Миша Т. 3/ 39	10	5	4	6	1
24	Паша Д. 3/ 24	11	7	5	6	1