

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

ПЕРЕВАЛОВА ЕЛЕНА НИКОЛАЕВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА


**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО
ОТНОШЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ
ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ**

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.
15.06.2017 

Научный руководитель
д.м.н., профессор Ковалевский В.А.
15.06.2017 

Дата защиты
27.06.2017

Обучающийся
Перевалова Е. Н. гн - 15.06.2017

Оценка _____

Красноярск 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ОБЩЕНИЯ И ИХ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ	7
1.1.Родительское отношение: понятие, типы, структура, факторы.....	7
1.2 Характеристика общения: понятие, функции, структура, факторы и показатели.....	15
1.3 Часто болеющий ребенок: понятие, особенности социальной ситуации развития, показатели.....	18
1.4 Особенности психического развития ребенка третьего года жизни	24
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1	33
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ОБЩЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ	33
2.1 Организация и проведение исследования	34
2.2 Анализ эмпирических результатов исследования	39
2.3 Рекомендации родителям по формированию оптимальной родительской позиции к часто болеющему ребенку	51
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	56
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	56
ПРИЛОЖЕНИЯ	61

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. За последние годы в России четко обозначились негативные тенденции, вызывающие значительную тревогу экспертов в области детского здоровья. В национальном докладе о здоровье населения России отмечено, что число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%, длительно болеющие дети составляют 70-75%, а 15-20% имеют хронические заболевания. Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что большинство детей в течение года переносят от трех до пяти эпизодов ОРЗ. Заболеваемость у детей первых трех лет жизни в 2,5 раза выше, чем в десятилетнем возрасте и старше [5, с. 18].

Представителями психоаналитического направления подчеркивается роль семьи (а особенно матери и ребенка) в развитии адекватной самооценки ребенка. При отвержении ребенка в раннем детстве, у него могут сложиться нереалистичные представления о себе, впоследствии это может привести к формированию чувства неполноценности, враждебности к другим людям, что создаст определенные трудности в установлении доверительных, теплых отношений с другими людьми [17, с. 43].

Дети третьего года жизни, становятся более восприимчивыми к критике, порицаниям и сравнениям с другими. Для них очень важна поддержка и оценка их деятельности, это оказывает немалое влияние на дальнейшее формирование самооценки. Родителям нужно научить ребенка преодолевать трудности, помогая ему достичь положительных результатов [4, с. 20].

Ребенок третьего года жизни может испытывать трудности в общении, что негативно сказывается на речевом развитии ребенка [12, с. 43].

Общение для ребенка играет важную роль, так как на третьем году жизни он начинает испытывать потребность в общении с взрослыми и со сверстниками [10, с. 43].

Проблема исследования. Без внимания остается вопрос об особенностях взаимосвязей родительского отношения и общения часто болеющих детей третьего года жизни.

Цель исследования – особенности взаимосвязей родительского отношения и общения часто болеющих детей третьего года жизни.

Задачи исследования.

1. Дать понятие родительского отношения.
2. Провести теоретический анализ родительского отношения.
3. Рассмотреть характеристику общения: понятие, функции, структура, факторы и показатели.
4. Описать часто болеющего ребенка и особенности социальной ситуации развития.
5. Рассмотреть особенности психического развития ребенка третьего года жизни.
6. Провести эмпирическое исследование особенностей взаимосвязей родительского отношения и развития общения часто болеющих детей третьего года жизни.
7. Разработать рекомендации для родителей по формированию оптимальной родительской позиции к часто болеющему ребенку.

Предмет исследования – особенности взаимосвязей родительского отношения и общения часто болеющих детей третьего года жизни.

Объект исследования – родительское отношение к ребенку дошкольного возраста, общение ребенка дошкольного возраста.

Гипотеза исследования. В семьях с часто болеющим ребенком родители стремятся инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность, тем самым у ребенка наблюдаются низкие показатели общения и речи.

Для изучения особенностей взаимосвязей родительского отношения и общения часто болеющих детей третьего года жизни применялись следующие методы:

1. теоретические: анализ литературы по проблеме исследования;
2. эмпирические: диагностика родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин), диагностика развития общения и речи детей третьего года жизни (Смирнова Е.О., Галагузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю.);
3. интерпретационно-описательные: количественный и качественный анализ эмпирических данных.

Теоретическое значение состоит в том, что систематизация теоретического материала по проблеме родительского отношения к часто болеющим детям третьего года жизни позволяет расширить и углубить знания о влиянии родительского отношения на развитие общения детей третьего года жизни, обогатить теорию эмпирическим знанием о проблеме родительского отношения к часто болеющему ребенку.

Практическое значение: на основе полученных теоретических и эмпирических данных были разработаны методические рекомендации родителям, по формированию оптимальной родительской позиции к часто болеющему ребенку, которые помогут более эффективно организовать воспитательный процесс и оптимизировать детско-родительские отношения по развитию общения часто болеющих детей третьего года жизни.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ, ОСОБЕННОСТЕЙ ОБЩЕНИЯ ДЕТЕЙ ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ И ИХ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ

1.1. Родительское отношение: понятие, типы, структура, факторы

Детско-родительские отношения представляют собой специфическую и многокомпонентную систему. Как известно, ребенок с первых месяцев осознает себя через отношения с родителями, и такое взаимодействие продолжается на протяжении всей жизни человека. Само по себе родительское отношение меняется с течением онтогенеза ребенка. Нельзя не согласиться с Л. Берковиц, что основным компонентом родительского отношения считается любовь к ребенку, формирующая доверительные отношения и определяющая удовольствие от общения с ним [10, с. 32].

При этом существует и обратная сторона этого отношения: требовательность и контроль, необходимые для воспитания социальных навыков и норм поведения, принятых в обществе. Подобное разделение мы видим ещё на заре исследований родительского отношения. Модель, предложенная А.Г. Харчевым, предполагает два основных фактора: - эмоциональный (любовь / ненависть) и поведенческий (автономия/контроль). Похожее разделение мы увидим, если будем подробнее разбирать более узкий и более распространенный термин – «родительская позиция» или «родительская установка» [34, с. 68].

Понятие родительской позиции фигурирует в различных разделах психологии, но относится в первую очередь, на мой взгляд, к психологии развития и детско-родительским отношениям. В статье С.С. Жигалина «Родительские позиции как система отношений родителя» мы видим выделенные автором особенности современного этапа исследования родительских позиций:

- отсутствие диалектического подхода к трактовке родительских позиций (их связи с другими видами позиций – жизненная, личностная, социально-ролевая);
- нечеткость в трактовке самого понятия «родительская позиция»;
- отсутствие общей классификации родительских позиций и слабое выделение специфики материнской и отцовской родительских позиций;
- рассмотрение родительских позиций в статичном состоянии;
- преобладание исследований позиций родителей дошкольников и младших школьников и отсутствием подобных исследований родителей подростков;
- отсутствие моделей формирования родительских позиций [21, с. 34].

К списку этих проблем можно добавить и проблему небольшого количества исследований родительской позиции в сфере специальной психологии. Но чтобы рассуждать о родительской позиции, необходимо определить это понятие, и как следствие выстроить связи этой позиции с другими, в том числе с жизненной и с личностной. В этой работе мы постараемся выстроить логический мост от общего понятия родительской позиции к особенностям родительских позиций в семьях, где есть дети с нарушениями развития.

Первоочередной задачей при освещении темы родительской позиции является разбор её компонентов. На этом этапе мы сталкиваемся с тем, что само понятие родительской позиции в литературе по отечественной психологии считается одним из наиболее изученных аспектов детско-родительских отношений и часто употребляется синонимично понятию родительской установки. Можно выделить типологию рассмотрения двойственности родительской позиции с предметным и личностным началом, когда с одной стороны идет воспитательная, оценочная позиция в отношениях, а с другой – личностное отношение, самооценку ребенка как личности. Соответственно характер родительского отношения определяется

степенью преобладания в нем одного или другого начала, что в дальнейшем проявится в стиле его воспитания.

Среди отечественных психологов наиболее систематическое экспериментальное исследование в области детско-родительских отношений осуществляли А.Я. Варга и В.В. Столин, которые понимали под родительскими установками «систему, или совокупность родительского, эмоционального отношения к ребенку, восприятия ребенка родителем и способов поведения с ним» [13, с. 25]. А.С. Спиваковская уточнила данное определение: по её мнению, родительские позиции — это реальная направленность, в основе которой лежит сознательная или бессознательная оценка ребенка, выражающаяся в способах и формах взаимодействия с детьми [33, с. 45].

Детская психология выделяет 3 основных типа отношений родителей и их детей:

1. тип излишней вовлеченности (авторитарный контроль);
2. тип излишней отстраненности (эмоциональное отвержение);
3. оптимальный тип.

Тип излишней вовлеченности.

Неумеренная родительская любовь, чрезмерные опека и участие в делах и жизни ребёнка и, даже, проникновение в его внутренний мир. В этом случае эго ребенка как бы «растворяется», становится нечетким. Родители стремятся реализовать не только все потребности ребёнка, но и предугадать и исполнить его желания, часто ещё не оформившиеся.

Тип излишней отстраненности. Этот тип отношений характеризуют: пренебрежение к ребенку, нежелание считаться с его особенностями и полное отсутствие внимания к нему, что, естественно, оказывает вредное влияние и на развитие личности ребенка. Ребенка либо жестко контролируют, либо наоборот, не обращают на него внимания.

Оптимальный тип детско-родительских отношений. Для него характерно полное взаимное доверие между родителем и ребенком,

возможность диалога в любых жизненных затруднениях. При этом условия положительные качества ребенка усиливаются, а отрицательные преодолеваются или приобретают более допустимые формы. В отношениях присутствует открытое личностное общение между родителем и ребенком, цель которого — полное раскрытие и развитие индивидуальных особенностей, потенциальных возможностей, как ребёнка, так и взрослого. В этом случае личность ребенка (в плане его самооценки и представлений о самом себе) развивается нормально, а процесс воспитания ребёнка родителем облегчается [10, с. 19].

Выделяют 4 принципа, которые стоит учитывать при реализации оптимального типа детско-родительских отношений:

- принцип равенства. Взаимоотношения должны поддерживаться на уровне партнёрства, ведь «ребёнок – это не будущий человек, а просто человек, обладающий свободой быть и стать, правом быть понятым и принятым, способностью принимать и понимать других» [25, с. 11];

- принцип добровольности, как отсутствие насилия над личностью другого человека;

- принцип открытости и искренности. Важно уметь признавать свои ошибки и быть честными. Дети особенно остро чувствуют фальшь;

- принцип взаимного уважения друг к другу.

«Любовь, принятие, уважение, понимание которые родители заложат в своё дитя в первые пять лет, он пронесет по жизни. Как, правило, такой человек вырастает жизнестойким и оптимистичным. Дарите любовь своим детям, ее много не бывает. Потребность в родительской любви не только самая сильная из всех человеческих потребностей, но и самая длительная. Пройдут увлечения, отзвучат некогда потрясавшие нашу жизнь страсти, минут многие привязанности, но любовь к родителям и необходимость ответной любви остается с нами до конца наших дней» [33, с. 43].

Отношение к родительству в целом может характеризоваться через призму его восприятия родителями как: счастливое, приносящее гордость и

радость; тяжелое, приносящее неприятности; требующее усилий по саморазвитию, самоизменению личности отца и матери; способствующее их самореализации. Отношение к родительской роли проявляется в принятии, отвержении, либо амбивалентном отношении, как к своей роли, так и роли другого родителя; адекватном принятии собственной родительской роли и роли партнера [1, с. 32].

Отношение к себе как родителю во многом совпадает с личностным отношением. В этом случае чаще всего проявляются такие дихотомии: уверенный - неуверенный, добросердечный – требовательный, уступчивый - доминантный, доверчивый – недоверчивый.

Отношение к ребенку может быть эмоционально уравновешенным, с излишней концентрацией внимания на ребенке или отстраненным и равнодушным. Возможно и противоречивое отношение родителей к своему ребенку, что часто зависит от неудач или достижений последнего, от настроения родителей или других факторов.

Все виды отношений родителя формируют родительскую позицию как систему отношений, в которой изменение любого элемента приводит к изменению других элементов и системы в целом. Другими словами, если меняется отношение к ребенку, то это отражается на отношении к родительской роли, родительству, воспитательной практике, себе как родителю и т.д.

Неадекватные родительские позиции, в отличие от адекватных, подразумевающих эмоциональную уравновешенность и гордость за своих детей, предполагают отстранение и потакание. Существует ещё и неустойчивая позиция, которая характеризуется противоречивым отношением к ребенку, амбивалентностью в принятии своей роли, неуверенностью родителя и т.д.

Потакающая родительская позиция характеризует неуверенного, добросердечного, уступчивого, не доверяющего ребенку родителя она связана с гипертрофией родительской роли, приводит к излишней

концентрации внимания на ребенке. В свою очередь требовательная родительская позиция связана с концентрацией внимания на ребенке, гипертрофией родительской роли, восприятием родительства как сферы самоутверждения, недоверчивостью, доминантностью.

Отстраненная родительская позиция характеризуется равнодушным отношением к ребенку, доминантностью и недоверчивостью родителя, отвержением родительской роли.

Адекватная родительская позиция обусловлена целями развития личности ребенка и родителей, самореализации в родительстве. Ее ведущими мотивами являются мотивы сохранения отношений с ребенком и другим родителем, мотивы помощи, сотрудничества. Главной ценностью является личность, а воспитательная практика семьи характеризуется позитивным настроем [14, с. 19].

При неадекватной родительской позиции личность ребенка является сверхценностью для родителя при низкой ценности его собственного Я. Воспитательная практика семьи, характеризуется гиперпротекцией, инфантилизацией ребенка.

Отстраненная родительская позиция обусловлена конкурирующими целями: гиперсоциализации ребенка и самоутверждения отца и/или матери через родительство. Можно наблюдать конкуренцию ценностей: низкая ценность ребенка и сверхценность родителей.

Когда речь идет об эффективности родительских позиций, то одним из основных критериев считают их адекватность, причем как адекватность в конкретных воспитательных ситуациях, как и социально-ролевую адекватность. Главными характеристиками адекватности родительских позиций считают динамичность, гибкость, внутреннюю и внешнюю согласованность, комплиментарность и прогностичность.

В основу классификации типов семейного воспитания должны быть положены такие параметры, как эмоциональное принятие ребенка родителем,

заинтересованность в ребенке и забота о нем, требовательность к ребенку, демократизм или авторитарность в семейных отношениях.

Любовь или принятие – это уважение к ребенку, забота о нем, понимание его внутреннего мира, а также терпеливое отношение к его психофизическим особенностям, поощрение самостоятельности и инициативы. Враждебность, неприятие – это неуважительное отношение к ребенку жестокость, пренебрежительность, невнимательность. Вторая ось – ось автономии – контроля – описывает типы дисциплинарной регуляции поведения ребенка. Крайние их варианты – полная автономия, граничащая с безнадзорностью, и чрезмерно строгий, жесткий контроль, предполагающий абсолютное подчинение родительской воле [12, с. 44].

Существуют исследования, доказавшие то, что стиль семейного воспитания не выбирается родителями случайно, а связан с учетом индивидуально-психологических особенностей (темперамента) ребенка. В этом же исследовании подчеркивается мысль: стиль семейного воспитания не столько воспитывает личностные особенности, сколько опосредует уже имеющиеся, учитывает и переводит их на уровень личностных свойств в более старшем возрасте.

Итак, родительские позиции рассматриваются в первую очередь как показатели самоотношения родителей и выбранных ими типов воспитания, а также как основа для анализа образа Я у ребенка.

Под родительскими установками, или позициями, А.С. Спиваковская понимает «систему или совокупность родительского эмоционального отношения к ребенку, восприятие ребенка родителем и способов поведения с ним». То есть родительская позиция может быть рассмотрена как система отношений родителя, которая обуславливает характер воспитательной практики в семье. В качестве этих отношений выступают: отношения родителя к своему ребенку, себе как родителю и родительству в целом. Как следствие той или иной родительской позиции мы можем видеть определенный тип воспитания ребенка [33, с. 29].

Несмотря на то, что сами родительские позиции хоть и делятся на адекватные и неадекватные изучались скорее в контексте различных возрастов детей, чем в контексте наличия или отсутствия у членов семьи нарушений развития. Однако общая направленность в данном случае указывает лишь на то, что изучая семьи, где воспитываются дети с нарушениями развития, мы заведомо ставим их в полюс «нормы» и даем оттуда точку отсчета. Кроме того, родительская позиция представляет собой большей частью описательную, качественную информацию, которая не нуждается в факторных анализах и стандартизированных счетных категориях.

В психологии существует несколько исследований на тему влияния семейной ситуации, а точнее некоторых характеристик внутрисемейных отношений на различные личностные качества и особенности ребенка. Это касается непосредственно проявлений родительских позиций.

Представителями психоаналитического направления подчёркивается роль семьи (а особенно отношения матери и ребёнка) в развитии адекватной самооценки ребёнка. При отвержении ребёнка в раннем детстве, у него могут сложиться нереалистичные представления о себе, впоследствии это может привести к формированию чувства неполноценности, враждебности к другим людям, что создаст определённые трудности в установлении доверительных, тёплых отношений с другими людьми.

Важнейшую роль в обеспечении психического здоровья детей старшего дошкольного возраста, развития их личностных особенностей, социальной адаптации в будущем школьном коллективе, усвоении нравственных норм, развитии эмпатии, эмоциональной отзывчивости отводится детско-родительским отношениям.

Первой социальной группой, активно воздействующей на формирование личности ребёнка, является семья. Невозможно решить все проблемы семейного воспитания оптимизацией только социально-экономических условий жизни семьи. Огромное влияние на психическое

развитие ребёнка, формирование его личности оказывают социально-психологические факторы, связанные с особенностями межличностных отношений и общения в семье [17, с. 54].

Таким образом, любые семейные конфликты оказывают большое влияние на поведение ребёнка при контакте со сверстниками, способствуют росту внушаемости. Родительская позиция отвержения формирует у ребёнка агрессивность, затормаживает его эмоциональное развитие, создаёт проблемы при общении с взрослыми и другими детьми. Позиция уклонения от общения способствует развитию эмоциональной неустойчивости в общении с другими людьми.

Понятие родительское отношение имеет наиболее общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителя и ребенка. Родительское отношение включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, которое определяет особенности родительского восприятия, способ общения с ребенком, характер приемов воздействия на него. Как правило, в структуре родительского отношения выделяют эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты.

1.2. Характеристика общения: понятие, функции, структура, факторы и показатели

Понятие общения обозначает сложный и многосторонний процесс коммуникационного взаимодействия индивидов, который имеет зависимость от множества обстоятельств. Результативность общения бывает эффективной, малоэффективной или абсолютно неэффективной. Общение бывает разных видов, форм и имеет специфические способы и методы.

Любой вид коммуникаций тесно взаимосвязан между собой и характеризуется неотделимостью от других. Для эффективности коммуникаций нужно соблюдать три обязательных критерия. Первый

критерий коммуникативного взаимодействия предполагает то, что как минимум двое индивидов должны принимать участие в общении [31, с. 43].

Другими словами любые коммуникационные взаимодействия предполагают наличие субъекта, передающего информацию, и адресата. Вторым непреложным условием является наличие общего предмета или темы разговора. Третье условие заключается в необходимости общности (одинаковости) языковой системы, которой владеют два субъекта коммуникаций.

Понятие общения в психологии обозначает форму деятельности, реализуемой между индивидами, которые являются равноправными партнерами по коммуникациям, приводящей к появлению психического взаимодействия. Понятие общения предполагает обмен сообщениями, восприятию и пониманию товарищами по разговору друг друга. Субъектами коммуникаций являются люди. Хотя общение и характерно для всех живых существ, однако только лишь на уровне индивида коммуникационный процесс является осознанным, т.е. связанным речевыми и невербальными актами. Субъект, транслирующий информацию, имеет название коммуникатор, а получающий ее называется реципиентом.

В коммуникативных взаимодействиях можно выделить целый ряд аспектов: суть, задача, средства. Суть коммуникаций лежит в сведениях, которые при межличностных контактах передаются от одной живой сущности другой.

Такие сведения могут транслировать информацию об эмоциональном настрое, об условиях внешней среды. Задача общения должна отвечать на вопрос, - с какой целью существо вступает в процесс общения. Такие цели могут быть довольно разнообразными и представлять собой инструменты удовлетворения социокультурных, созидательных, когнитивных, эстетических, нравственных и других потребностей [30, с. 11].

Инструментами общения являются способы шифрования, трансляции, преобразования и декодирования сообщений, которые передаются в ходе

коммуникационных взаимодействий от одного создания другому. Шифровка сообщений - это так называемый прием передачи данных. Информация между индивидами передается при помощи речи, органов чувств и других систем знаков, письменности, технических механизмов записи и сохранения данных.

К коммуникационным взаимодействиям относят такие виды общения, как терапевтическое, межличностное, прямое и опосредованное, групповое и межгрупповое, массовое, интимное и криминогенное, доверительное и конфликтное, деловое и личное, ненасильственное.

Между общением и деятельностью, как видами человеческой активности, существуют различия. Результатом деятельности является обычно создание какого-либо материального или идеального предмета, продукта (например, формулировка мысли, идеи, высказывания). Итогом общения становится взаимное влияние людей друг на друга. И деятельность, и общение следует рассматривать как взаимосвязанные стороны развивающей человека социальной активности.

В реальной жизнедеятельности человека общение и деятельность как специфические формы социальной активности выступают в единстве, но в определённой ситуации могут быть реализованы и независимо друг от друга. Содержание категории общения многообразно: это не только вид человеческой деятельности, но и условие, и результат этой, же деятельности; обмен информацией, социальным опытом, чувствами, настроениями [32, с. 21].

Общение свойственно всем высшим живым существам, но на уровне человека оно приобретает самые совершенные формы, становится осознанным и опосредствованным речью. В жизни человека нет даже самого непродолжительного периода, когда бы он находился вне общения, вне взаимодействия с другими субъектами. В общении выделяются: содержание, цель, средства, функции, формы, стороны, виды, барьеры.

Предметом общения может быть все, что окружает людей, все, что они знают и чего не знают, все, что их волнует или затрагивает, все, о чем нужно говорить, чтобы правильно понять реальную обстановку и конкретно определить свои действия, уточнить свое отношение к фактам, событиям и даже к конкретным людям. Общение может быть направлено на явления природы, мир вещей, явления общественной жизни, социальные связи и отношения, явления психической деятельности в комплексе, а точнее, в их любых сочетаниях друг с другом. Следует отметить, что предметная отнесенность всегда главное в содержании общения [33, с. 17].

Таким образом, предметная область общения является фундаментом, который объединяет людей, составляет содержание любых актов общения и, по существу, предопределяет вопросы, которые интересуют или могут интересовать партнеров общения.

1.3. Часто болеющий ребенок: понятие, особенности социальной ситуации развития, показатели

Часто болеющие дети – это группа диспансерного наблюдения. Если ребенок часто болеет, это означает, что он постоянно сталкивается с источниками инфекции. Они могут находиться внутри самого организма или во внешней среде - например, при большом числе контактов с людьми. Не случайно многие родители связывают всплеск заболеваний именно с началом посещения ребенком детского сада. Но причины могут быть и дома, и в семье.

Часто болеющие дети – категория детей, подверженных высокому уровню заболеваемости острыми респираторными заболеваниями вследствие преходящих, корригируемых нарушений в защитных системах организма. В группу часто болеющих включены дети, переносящие более 4-6 эпизодов ОРЗ в год, которые могут протекать в различных клинических формах [8, с. 19].

Часто болеющие дети должны быть обследованы педиатром, ЛОР-врачом, аллергологом-иммунологом. Алгоритм диагностики включает: ОАК, посев со слизистых зева и носа, выявление инфекций методом ПЦР, аллерготесты, исследование иммунограммы, рентгенографию придаточных пазух и грудной клетки. Часто болеющие дети нуждаются в санации очагов хронической инфекции, этиопатогенетической терапии ОРЗ, вакцинации и неспецифической профилактике.

Главная проблема, по мнению родителей, одна: ребенок болеет ОРЗ и ОРВИ намного чаще, чем его одноклассники. Однако нужно понимать, что проблема эта исключительно возрастная: чем старше ребенок, тем лучше иммунитет. У малышей иммунная система не развита, поэтому к ним, как магнитом, притягиваются все «болячки», которые постепенно тренируют и закаляют детский организм [7, с. 21].

Часто болеющие дети – проблема не только конкретных семей. Это целая медицинская и социальная катастрофа, ведь такие малыши, будучи ослабленными и хилыми, часто нарушают график прививок, пропускают занятия в школе. Родители тоже страдают, если ребёнок часто болеет простудными заболеваниями. Что делать взрослым в такой ситуации? Конечно, они вынуждены отпрашиваться с работы, чтобы посидеть с чадом, у которого высокая температура или сильно болит горло. Также они тратят много денег на дорогие лекарства.

Ситуация наиболее остро проявляется, когда малыш первый раз отправляется в дошкольное учреждение. Новые контакты приводят к тому, что ребёнок часто болеет в садике. Что делать в этой ситуации, знает каждая молодая мама. Главное – не паниковать. Ведь часто болеющие дети – не диагноз, а всего лишь временное явление. Да и нужно для начала уяснить, относится ли ваш карапуз к категории хилых малышей.

Медики утверждают, что часто болеющими можно назвать таких детей:

- младенцев до года, которые страдают от респираторных инфекций более 4 раз в год;

- малышей от 1 до 3 лет, если они болеют более 6 раз за 12 месяцев;
- дошкольников от 3 до 5 лет, которые подхватывают простуду более 5 раз за аналогичный период;
- школьников, болеющих более 4 раз в год.

Кроме того, в эту категорию попадают и те несовершеннолетние, которые болеют редко, но долго – больше двух недель. Обычно такие малыши жалуются на кашель, боль в горле, насморк. Они постоянно вялые и усталые. Если же у ребёнка нет этих признаков ОРЗ, но поднимается температура, это может говорить о хронических болезнях или других инфекциях. Один из факторов – это неправильный образ жизни в семье. Например, когда взрослые не отдают малыша в спортивный кружок, не приучают его к физкультуре и утренней зарядке, не обеспечивают ему полноценного питания, нормального режима дня и санитарных условий в квартире. Всё это приводит к тому, что ребёнок очень часто болеет простудными заболеваниями. Отзывы педиатров о таком поведении, мягко говоря, негативные. Понятно, они делают акцент на том, что в большинстве случаев именно от родителей зависит то, насколько часто будет их малыш болеть. Ведь если правильно организовать день, карапуз будет крепнуть на глазах. И соответственно, станет менее восприимчивым к инфекциям [6, с. 11].

Несмотря на закономерность частоты детской заболеваемости, существуют определенные причины, ухудшающие естественное течение процесса:

- в возрасте от одного до двух лет у ребенка в организме практически не остается материнских антител, а активный иммунитет еще слабо сформирован, поэтому особенно уязвим. Отсюда практически непрерывные респираторные заболевания.

- не последнюю роль играет окружающая среда, в которой находится малыш. Если в непосредственной близости от дома расположены крупные автомобильные пути или железнодорожные вокзалы, промышленные

предприятия, фабрики или заводы, то обычные детские ОРЗ и ОРВИ в 50% осложняются кишечными расстройствами или заболеваниями щитовидной железы.

- соблюдение правил личной гигиены - один из важных моментов в формировании детского иммунитета. Если ребенок приучен «с пеленок» мыть руки после уличной прогулки, перед едой, то и в дальнейшем он будет чистоплотен и менее подвержен случайным инфекциям.

У часто болеющих детей ОРВИ может протекать с осложнениями, вследствие которых происходит поражение лор-органов. Если родители не сумели противостоять инфекции, она опускается ниже. Сначала она поражает верхние дыхательные пути, затем нижние. Так ребенок и «обзаводится» бронхитом, бронхиолитом или пневмонией [6, с. 31].

Было отмечено, что, если ребенок часто болеет ОРВИ, то это способствуют снижению иммунорезистентности (иммунной устойчивости), срыву компенсаторно-адаптационных механизмов, нарушениям функционального состояния организма (особенно органов дыхания, желудочно-кишечного тракта, вегетативной нервной системы) и раннему развитию хронической патологии. Если ребенок часто болеет простудными заболеваниями, то у него во много раз чаще обнаруживают хронические заболевания дыхательных путей (рота - и носоглотки, бронхов), чаще развиваются пневмонии. Такие дети чаще страдают тяжело протекающей бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, ревматизмом, гломерулонефритом (воспалительным заболеванием почек). Обнаружено, что нередко в подростковом возрасте такие дети склонны к хроническим заболеваниям желудочно-кишечного тракта, сосудистым дистониям, у них легче развиваются невротические реакции, они быстрее утомляются, хуже физически развиты и хуже учатся.

Следовательно, группа часто болеющих детей — это повод для диспансерного наблюдения, включает детей с частыми респираторными инфекциями, возникающими из-за преходящих (непостоянных,

транзиторных) отклонений в защитных системах организма, которые можно корректировать, и не имеющих стойких органических (необратимых) нарушений в них. При формировании групп, в которые входят часто длительно болеющие дети, следует принимать во внимание, что определение резистентности организма у детей, вновь поступивших в детское учреждение, проводится без учета заболеваний в первые 3 месяца пребывания в детском коллективе, то есть в период адаптации.

Уровень заболеваемости у часто болеющих детей в несколько раз выше, чем у их сверстников. Следовательно, выделение диспансерной группы ЧБД является в настоящее время актуальным. Ребенка можно отнести к группе ЧБД в том случае, если повышенная заболеваемость вирусно-бактериальными респираторными инфекциями не связана со стойкими врожденными, наследственными или приобретенными патологическими состояниями (первичный иммунодефицит, пороки развития ЛОР-органов, бронхолегочной системы, муковисцидоз и др.) [6, с. 34].

Поэтому в каждом конкретном случае для уточнения причин высокой восприимчивости к РИ необходимо проводить тщательный анализ семейного анамнеза, истории развития ребенка, клинических особенностей переносимых заболеваний, данных лабораторного и инструментального обследования.

Развитие часто болеющих детей, как правило, замедленное, поскольку любая мать стремится обеспечить своему ребенку максимум этого комфорта, оберегая от воздействия холода, закармливая вкусной, но не всегда полезной пищей, обеспечивая новыми гаджетами, что способствует малоподвижной жизни.

Чрезмерная забота и комфорт приводят к тому, что ребенок превращается в тепличное растение, неспособное противостоять естественным природным опасностям в виде инфекций, вирусов и возбудителей обычных простуд.

Адаптация часто болеющих детей к негативным факторам окружающей среды отсутствует, поскольку они реже гуляют во дворах, вместо этого они сутки напролет проводят в помещении. Вместо природной стихии вокруг детей уют, свежий воздух преимущественно из окна и во время прогулки по дороге в детский сад или школу и обратно. Профилактику болезней родители в основном не проводят, не хватает времени, да и хлопотно. А в случае болезни родители идут по более простому (на их взгляд), пути - дают сильнодействующие лекарства, часто - антибиотики. Вот и становится комфортная жизнь одной из первых причин низкой сопротивляемости ребенка. Проблемы часто болеющих детей в будущем сказываются на всех сферах их жизни [9, с. 32].

Дополнительным ударом по иммунитету стал компьютер. Став во многих случаях благом, компьютер, к сожалению, стал в то же время и злом. Компьютерные игры, позволяющие ребенку почувствовать себя в другом мире, получить удовольствие, свободу делать, что хочешь, ни под кого не подстраиваться и никому не уступать, надежно привязали детей к уютному помещению, сидячему образу жизни, формированию замкнутой, исключенной из окружающего мира жизни.

Нередко болезни малыша - это своеобразный способ решить проблемы в семье. Когда ребенок, переживая из-за ссор между родителями и боясь, что они расстанутся, заболевает, это приводит к временному затишью, во время которого мысли и чувства родителей сосредоточиваются на его выздоровлении. В этом случае возникает иллюзия семейного благополучия. Процесс этот происходит на уровне подсознания, поэтому не всегда очевиден, но им пренебрегать не следует. Нередко внутренние противоречия ребенка кажутся ему неразрешимыми, особенно когда ребенок не может найти поддержки и получить совет. В этом случае болезнь становится временным выходом из тупика, своего рода самозащитой.

Таким образом, часто болеющие дети - проблема социальная и медицинская. У таких детей, как правило: нарушен календарь

профилактических прививок; они не могут посещать детские дошкольные учреждения; в школьном возрасте вынуждены пропускать занятия в школе.

1.4. Особенности психического развития ребенка третьего года жизни

На третьем году жизни продолжается совершенствование деятельности всех органов и психологических функций ребенка.

Повышается работоспособность нервной системы, увеличивается выносливость, удлиняется активное бодрствование до 6-7 часов в сутки. Ребенок может уже сдерживать свои эмоции и не плакать, даже если ему больно. Он становится более терпеливым и может дольше заниматься одним делом без отвлечения. Теперь ребенку трудно быстро переключаться с одного вида деятельности на другой, например, сразу прекратить игру, чтобы пойти есть, или быстро ответить даже на хорошо знакомый вопрос. Успокоить ребенка этого возраста отвлечением его внимания становится трудно. В данном возрасте сознание детей несколько меняется, и они начинают воспринимать себя как самостоятельную личность. В связи с этим родители могут сталкиваться с некоторыми трудностями, а иногда даже проблемами [12, с. 43].

У малышей возникает желание самостоятельно управлять своей жизнью. При этом они попадают в весьма нелегкое положение, так как с одной стороны дети стремятся делать все сами, отвергая помощь близких, а с другой – продолжают тянуться к родителям, понимая, что не могут обойтись без их заботы. Это может стать причиной неуравновешенного поведения, протестов, упрямства, истерик и даже вспышек агрессии.

В этот период взрослым важно с уважением относиться к своему чаду, дать ему психическое развитие трехлетних детей осознать ценность собственного мнения, вкусов и интересов. Необходимо поддерживать его стремление к самореализации и предоставить ребенку возможность для

выражения индивидуальности, ведь он уже четко понимает все свои желания и стремления.

Также психологические особенности ребенка 3 лет заключаются в неумной любознательности и активности. Он все чаще задает вопросы «Почему?» и «Зачем?», крохе интересно абсолютно все, ведь до этого он просто знакомился с окружающим миром, а теперь хочет его понять. Уровень развития ребенка 3 лет определяется тем, насколько рано он начнет задавать подобные вопросы – чем раньше, тем полноценнее умственное развитие. Родителям очень важно поддерживать любознательность ребенка, помогать познавать мир.

Трехлетний возраст является наилучшим периодом для развития детей с помощью игр, например, лепки, рисования и конструирования. Это благоприятно отразится на формировании памяти, восприятия, речи, усидчивости и мышления [4, с. 18].

Дети этого возраста становятся более восприимчивыми к критике, порицаниям и сравнениям с другими. Для них очень важна поддержка и оценка их деятельности, это оказывает немалое влияние на дальнейшее формирование самооценки. Родителям нужно научить ребенка преодолевать трудности, помогая ему достичь положительных результатов.

В данном возрасте малыш начинает радоваться, если у него получается что-либо сделать и огорчаться, если не выходит. Он проявляет гордость, как за себя, так и за своих близких, например, «мой папа самый смелый», «я лучше всех прыгаю» и т.д.

У него вызывают разные эмоции красивые и некрасивые вещи, он отмечает между ними разницу и оценивает их. Также он замечает радость, недовольство, огорчение окружающих. Может сопереживать различным персонажам при просмотре мультфильмов или прослушивании сказок: сердиться, печалиться, радоваться и т.д.

Кроха может испытывать чувство стыда или огорчения. Знает, когда провинился, переживает, когда его ругают, может долго обижаться за

наказание. Понимает, если кто-то другой поступает плохо и дает этому отрицательную оценку. Также ребенок может проявлять чувство ревности или заступаться за других.

Обычно, в возрасте 3 лет дети уже достаточно хорошо разговаривают, могут высказываться и понимать, чего от них хотят. Если у двухлетних детей речь может развиваться по-разному, и к ней нет определенных требований, то, нормально развитый, трехлетний ребенок должен обладать некоторыми умениями.

В три года ребенок должен уметь назвать по картинкам животных, одежду, предметы быта, растения, технику и т.д. Должен о себе говорить «Я», а также употреблять местоимения: «мое», «мы», «ты». Должен уметь разговаривать простыми фразами, состоящими из трех-пяти слов. Начинать соединять две простые фразы в сложное предложение, например, «когда мама закончит уборку, мы пойдем гулять». Вступать в диалоги с взрослыми и детьми [2, с. 31].

Должен уметь рассказать о том, что он делал недавно и чем он занимается сейчас, т.е. вести разговор, состоящий из нескольких предложений. Должен уметь отвечать на вопросы по сюжетной картинке. Должен отвечать, как его зовут, называть свою фамилию и возраст.

В трех летнем возрасте из-за ускоренного роста происходит изменение пропорций тела, дети становятся более стройными, заметно меняется их осанка и форма ног. В среднем рост трехлетних детей составляет 90-100 сантиметров, а вес 13-16 килограмм.

В этом возрасте ребенок умеет выполнять и совмещать различные действия. Он умеет перепрыгивать через линию, перешагивать через препятствие, спрыгивать с небольшой высоты, стоять на носках в течение нескольких секунд, самостоятельно подниматься по лестнице. Также малыш должен уметь есть вилкой и ложкой, обуваться, одеваться, раздеваться, застегивать и расстегивать пуговицы. Уровень развития ребенка 3 лет

должен позволять ему самостоятельно регулировать физические потребности – своевременно ходить в туалет, при этом усаживаясь, раздеваясь и одеваясь.

Характерны аффективные вспышки по незначительным поводам. Эмоциональный фон неустойчивый. Эмоциями управлять не может, потому что у него низкий самоконтроль поведения и волевой регуляции. В норме самооценка завышена – это позволяет ребенку осваивать новые виды деятельности. Чувства произвольны - легко вспыхивает, ярко горят, и быстро гаснут [10, с. 32].

К 3 годам фактически заканчивается формирование коры больших полушарий головного мозга и ее основных отделов. В дальнейшем идет уже ее специализация и усовершенствование, увеличивается предел работоспособности нервных клеток ребенка, бодрствует подряд 6-6,5 часов. Кора головного мозга лучше контролирует деятельность подкорки, и ребенок становится более терпеливым. Быстрее формируются новые условные рефлексы, лучше развиваются тормозные процессы. Ребенок умеет подождать, легче адаптируется к новым условиям, но по-прежнему у него недостаточно развита подвижность нервных процессов. Малыш плохо реагирует на запреты, ему трудно переключиться с одного вида деятельности на другой. Формирующиеся привычки не являются прочными и требуют частого подкрепления.

Восприятие является доминирующей функцией сознания. Этот период является началом развития предметного восприятия. Восприятие становится тоньше, дифференцировка лучше. Ребенок узнает голоса и различает звуки на слух, ориентируется в физических свойствах предметов: цвет, форма, величина, в числовых и пространственных представлениях: много-мало, далеко-близко. У ребенка развивается память. Он может вспомнить, что было в прошлом году. Воспроизводит в играх действия взрослых, узнает по частям предмет. Внимание становится более устойчивым. Ребенок может заниматься одним делом 15-20 минут. Совершенствуется способность

переключать внимание и распределять его. Взрослый может фокусировать внимание ребенка.

На 3 году жизни мышление из наглядно-действенного становится наглядно-образным. В 3 года у ребенка появляются элементы причинно-следственных связей. На 3 году жизни происходит расширение функций речи, развивается способность к обобщениям, формируются элементарные представления о явлениях природы, общественной жизни, труде взрослых, о назначении предмета, пространственных отношениях. Ребенок понимает устный рассказ взрослого без показа игрушки или картинки.

Основной из ведущих линий развития на 3 году жизни является речь. Активный словарь к 2 годам – 200-300 слов, к 3-м годам – 1200-1500 слов. Ребенок начинает говорить сложными предложениями, происходит грамматизация слов, улучшается дикция, появляются вопросы. В 2 года 6 мес. – 3 года ребенок способен действовать в воображаемой ситуации, заменить один предмет другим. К 3 годам также способен делать умозаключения, сравнения и глубокие обобщения. На 3 году ребенок учится пользоваться речью, т.е. развивается инициативная речь ребенка. Речь становится саморегулятором поведения. В этом возрасте, выступает как средство социального общения [15, с. 31].

Ребенок играет с сюжетными и дидактическими игрушками, рассматривает картинки, целенаправленно двигается с мячом, выполняет простые просьбы взрослого. Большое место в жизни ребенка занимает сюжетная игра. В 2 года – 2 года 6 месяцев преобладает сюжетно-отобразительная игра, в 3 года меняется содержание игр. Дети производят в игре последовательные, взаимосвязанные действия, и в игре начинают отражаться социальные отношения. С 2 лет 6 месяцев начинает формироваться сюжетно-ролевая игра. Ребенок начинает отображать те или иные действия, но при этом сам кого-то изображает. В период от 2,6 – 3 лет дети играют без определенного сюжета. Дети могут играть непрерывно 25-30 минут. На 3 году жизни появляются специфические поведенческие реакции,

говорящие о кризисе самоопределения. Идет борьба двух противоречивых тенденций: стремление к автономизации « я сам» и сохранения потребности в защите и эмоциональной близости.

Таким образом, к 3 годам выявляются следующие показатели зрелости ребенка:

- коммуникативное поведение, формирующее партнерские отношения со сверстниками;

- продолжает развиваться наглядно – образное мышление и сенсорно-моторный интеллект, формируются сенсорные эталоны цвета, формы, размера и происходит ориентация на эти признаки в практической жизни. Появляются первые навыки графика – символической деятельности, элементарный предметный рисунок, но остаются каракули;

- игровая деятельность в виде сюжетной и сюжетно-ролевой игры вместе с взрослым. Игровые действия более развернутые. Продолжает развиваться предметно практическая игра, элементарные формы творческого конструирования и игры с дидактической игрушкой.

Именно в этот период ребенок продолжает довольно интенсивно развиваться физически, хотя и медленнее по сравнению с предыдущим годом [12, с. 33].

В этот период у детей совершенствуется деятельность нервной системы, благодаря чему увеличивается длительность их активного бодрствования (6 – 6,5 часов). У малыша уже легко можно сформировать навыки правильного поведения. На короткое время он может сдерживать свои действия, желания. Однако в 3 года малыш еще легко возбуждается, быстро утомляется от разнообразных действий.

Происходит интенсивное нервно-психическое развитие. Самые заметные изменения в психике ребенка происходят за счет дальнейшего формирования речи. Словарь малыша в этом возрасте увеличивается в 3 – 4 раза по сравнению с предыдущим периодом, изменяясь не только количественно, но и качественно. Дети начинают употреблять все части речи,

почти исчезают облегченные формы слов, а также не правильно произносимые слова. Малыш уже употребляет распространенные и сложные слова: «Лиса больше зайчика. Она может его съесть». В этом возрасте ребенок задает взрослому массу вопросов. Это говорит о развивающейся познавательной потребности малыша, а использование различных частей речи, появление вопросов и придаточных предложений в активной речи - а дальнейшем этапе развития мыслительной деятельности. Дети воспринимают предметы, явления окружающей действительности, не изолированно, а пытаются установить между ними прочную взаимосвязь, улавливают их свойства, сравнивают, сопоставляют; развивается речь и мышление [3, с. 18].

Существенно меняется понимание речи окружающих. С ребенком можно уже говорить не только о данном моменте, но и о прошлом и в какой-то мере о будущем. Появляются более сложные обобщения. Существенно изменяется воспитательное значение речи. Не смотря на то, что при обучении ведущую роль занимает показ, использование речи, как средства обучения и воспитания в этом возрасте значительно возрастает. Словом уже можно прекратить то или иное действие, предупредить отрицательное поведение, вызвать новое действие. Сформировать представления и понятия. Однако, в этом возрасте, дети не овладели достаточно хорошо грамматическим строем языка, их речь остается еще несколько своеобразной. Их правильное произношение звуков еще не закреплено. Многие звуки произносятся еще смягченно. Одни и те же звуки в разных сочетаниях произносятся по-разному. Не все дети в этом возрасте выговаривают звуки: р, л, ш, ж, ч, щ. Встречаются замены и пропуски трудных звуков, их перестановка. Однако дети замечают недостатки произношения звуков у других детей и могут их исправлять. Очень важно, чтобы взрослые, общаясь с детьми, не допускали в своей речи искажение звуков.

На протяжении 3 года ребенок овладевает разнообразными представлениями и понятиями об окружающем его мире. Он знает уже

свойства и назначения многих предметов, находящихся в его повседневном обиходе. Он не только различает, но и называет цвет, форму, размер предметов, ориентируется в основных пространственных соотношениях. У него формируется начальное представление о количестве. Происходит дальнейшее сенсорное развитие. Претерпевает значительные изменения ориентировочно-познавательная деятельность ребенка [9, с. 33].

Важным средством сенсорного и общего развития малыша являются наблюдения. Наблюдая, ребенок в естественных условиях может познакомиться со свойствами предметов, их свойствами, величиной, цветом. Однако определить их самостоятельно малыш еще не может. Он научился пока только смотреть, но не видеть, слушать, но не слышать. Поэтому его надо учить выделять свойства предметов. Если малыш, зачем-либо наблюдает, его надо обязательно поддержать, а самое главное – помочь увидеть в наблюдаемом главное, существенное, ответить на многочисленные вопросы.

Если же малыш не задает вопросов надо его побуждать к этому, создавать соответствующие ситуации. Деятельность ребенка на 3 году жизни становится сложной и своеобразной: предметная деятельность. Сюжетные игры, наблюдения, рассматривание картинок, элементы трудовой деятельности, игры со строительными материалами, лепка и рисование. Все эти виды деятельности имеют значение для развития умственной деятельности. Новым в развитии ребенка 3 года жизни является то, что он, прежде чем начать действовать, заранее определяет цель, т.е. в деятельности детей этого возраста появляются элементы планирования.

В этом возрасте ребенок любит заниматься строительным материалом. Он самостоятельно может выполнить довольно сложные постройки: гараж, дорогу, забор и играть с ними. Очень важно иметь несколько разных строительных наборов: строительный набор из различных форм, тематические строительные наборы «Веселый городок», «Ферма», крупные конструкторы «Лего».

Ребенок начинает овладевать совершенно новым видом деятельности – рисование, лепка. Малыш понимает, что при помощи пластилина и карандаша можно что-то изобразить и к концу 3 года рисует дорожки, дождик, шарики, лепит палочки, колечки, лепешки. В процессе деятельности у ребенка начинает складываться определенное отношение к окружающим его людям и явлениям, а в соответствии с этим и различное поведение.

Если мама или папа чем-то расстроены, или у них что-то болит ребенок подходит к ним, гладит с выражение сочувствия, заглядывая в глаза, проявляет стремление оказать помощь, но возможно и противоположное отношение. Надо помнить, что все положительные формы поведения уже доступны детям этого возраста и их надо формировать [17, с. 54].

Характерно для детей этого возраста проявление эстетических чувств, на развитие которых надо обращать особое внимание, особенно полезна классическая музыка в соответствующей обработке «Волшебные голоса природы». Для малышей специально подобраны и аранжированы признанные шедевры классической музыки. Нежные и ласковые мелодии успокоят малыша перед сном, развлекут в течение дня, разовьют музыкальный слух и чувство ритма.

Ребенок рассматривает хорошую картину, замечает красивое в природе, в обстановке, в одежде. Изменяются поводы для эмоциональных переживаний: ребенок радуется сделанной постройке, очень доволен, что помог взрослому, сердится, когда ему мешают играть. Самое главное – помочь малышу в его развитии быть рядом с ним в моменты открытий, научить его познавать мир.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Понятие родительское отношение имеет наиболее общий характер и указывает на взаимную связь и взаимозависимость родителя и ребенка. Родительское отношение включает в себя субъективно-оценочное, сознательно-избирательное представление о ребенке, которое определяет особенности родительского восприятия, способ общения с ребенком, характер приемов воздействия на него. Как правило, в структуре родительского отношения выделяют эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты.

Часто болеющими считаются дети, у которых острые респираторные заболевания (ОРЗ) возникают 4 раза в год и более. Порой ребенок болеет не только часто, но и длительно (более 10–14 дней одно ОРЗ). Длительно болеющие дети также могут быть отнесены к категории часто болеющих детей.

Психологическое развитие детей третьего года жизни отличается большой интенсивностью: если примерно до года шло, условно говоря, спонтанное накопление информации об окружающем мире, то сейчас малыш учится сознательно “извлекать” ее из памяти и ею оперировать.

Общение - сложный многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми (межличностное общение) и группами (межгрупповое общение), порождаемый потребностями совместной деятельности и включающий в себя как минимум три различных процесса: коммуникацию (обмен информацией), интеракцию (обмен действиями) и социальную перцепцию (восприятие и понимание партнера).

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что в семьях с часто болеющим ребенком родители стремятся инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность, тем самым у ребенка наблюдаются низкие показатели общения и речи.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И РАЗВИТИЯ ОБЩЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ТРЕТЬЕГО ГОДА ЖИЗНИ

2.1. Организация и проведение исследования

Нами было проведено экспериментальное исследование среди 24 семей, воспитывающих детей третьего года жизни.

Цель исследования – определить взаимосвязь родительского отношения и развития общения часто болеющих детей третьего года жизни.

Задачи исследования.

1. Провести исследование по определению особенностей родительского отношения к часто болеющим детям третьего года жизни.

2. Провести исследование по определению особенностей развития общения часто болеющих детей третьего года жизни.

3. Определить взаимосвязь родительского отношения и развития общения часто болеющих детей третьего года жизни.

3. Разработать рекомендации родителям.

Мы взяли две группы детей в количестве 24 человек. Возраст от 2 лет 1 месяца до 2 лет 8 месяцев. Из них 12 детей – здоровые, 12 детей – часто болеющие дети. В таблицах 1-2 представлена характеристика детей.

Таблица 1

Характеристика часто болеющих детей

имя ребенка	возраст	состав семьи			медицинский диагноз
		член семьи	возраст	род занятий	
Катя С.	2 г 1 м	мама	25 лет	вожатый в школе	ОРВИ 4 раза в год
		папа	25 лет	ИП	
Ваня П.	2 г 1 м	мама	29 лет	домохозяйка	ОРВИ 4 раза в год
		папа	42 года	тракторист	
		брат	4 года	посещает дет.сад	
Даниил П.	2 г 3 м	сестра	7 лет	первоклассник	ОРВИ 4 раза в год
		мама	28 лет	продавец	
		брат	7 лет	первоклассник	

Продолжение Таблицы 1

Лиза С.	2 г 3 м	мама	24 года	доярка	ОРВИ 4 раза в год
		папа	35 лет	водитель автобуса	
		брат	4 года	посещает дет.сад	
Даша С.	2 г 4 м	мама	31 год	завхоз	ОРВИ 4 раза в год
		папа	33 года	учитель	
		брат	9 лет	школьник	
Рома З.	2 г 5 м	мама	42 года	продавец	ОРВИ 4 раза в год
		сестра	20 лет	кондуктор	
Кирилл Ж.	2 г 5 м	мама	29 лет	домохозяйка	ОРВИ 4 раза в год
		папа	32 года	строитель	
		сестра	9 мес.		
Аня П.	2 г 7 м	мама	30 лет	пекарь	ОРВИ 4 раза в год
		папа	31 год	тракторист	
		сестра	4 года	дошкольник	
Витя Ю.	2 г 7 м	папа	42 года	безработный	ОРВИ 4 раза в год
		сестра	5 лет	дошкольник	
		сестра	5 лет	дошкольник	
Марина П.	2 г 7 м	мама	25 лет	домохозяйка	ОРВИ 4 раза в год
		папа	25 лет	водитель	
Маргарита П.	2 г 8 м	мама	27 лет	домохозяйка	ОРВИ 4 раза в год
		папа	30 лет	ИП	
		брат	8 лет	школьник	
Гульнара К.	2 г 8 м	мама	34 года	бухгалтер	ОРВИ 4 раза в год
		папа	35 лет	электрик	
ИТОГО: 12	2 г 1 м – 2 г 8 м	75 % - полные семьи 25 % - неполные семьи 25 % - имеет брата или сестру			100 % ЧБД

Как мы видим из таблицы 1, в исследовании приняли участие часто болеющие дети в возрасте от 2,1 лет до 2,8 лет, имеющие диагноз ОРВИ. В полной семье воспитываются 75% детей, в неполной – 25% детей, из них имеют брата или сестру 25% детей.

Таблица 2

Характеристика здоровых детей

имя ребенка	возраст	состав семьи			медицинский диагноз
		член семьи	возраст	род занятий	
Семен Б.	2 г 1 м	мама	43 года	санитарка	здоров
		папа	45 лет	кочегар	
Артем П.	2 г 2 м	мама	29 лет	повар	здоров
		папа	37 лет	тракторист	
		сестра	5 лет	посещает дет.сад	

Продолжение Таблицы 2

Настя А.	2 г 2 м	мама	37 лет	пекарь	здоров
		брат	12 лет	школьник	
Рома Ч.	2 г 4 м	мама	24 года	домохозяйка	здоров
		папа	35 лет	ИП	
		сестра	1 год		
Илья Д.	2 г 4 м	мама	31 год	учитель	здоров
		папа	33 года	электрик	
		сестра	10 лет	школьница	
Софья К.	2 г 5 м	мама	26 лет	повар	здоровая
		сестра	6 лет	посещает дет.сад	
Ксюша П.	2 г 5 м	мама	29 лет	домохозяйка	здоровая
		папа	35 лет	ИП	
		сестра	1 год		
Вероника З.	2 г 5 м	мама	28 лет	продавец	здоровая
		папа	31 год	водитель	
Таня Л.	2 г 6 м	мама	32 года	повар	здоровая
		папа	35 лет	водитель	
		брат	7 лет	дошкольник	
Вика А.	2 г 7 м	мама	25 лет	продавец	здоровая
		брат	4 года	посещает дет.сад	
Алексей Ш.	2 г 8 м	мама	32 лет	домохозяйка	здоров
		папа	34 лет	лаборант	
		брат	6 лет	посещает дет.сад	
		брат	4 года	посещает дет.сад	
Юля К.	2 г 8 м	мама	34 года	учитель	здоровая
		папа	36 лет	водитель	
ИТОГО: 12	2 г 1 м – 2 г 8 м	75 % - полные семьи 25 % - неполные семьи 25 % - имеет брата или сестру			100 % здоровы

Как мы видим из таблицы 2, в исследовании приняли участие дети в возрасте от 2,1 до 2,8 лет, в полной семье воспитываются 75%, в неполной – 25%, 25% детей имеют брата или сестру, все дети здоровы.

Исследование проводили с помощью следующих методик:

1. Методика диагностики родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин) (Приложение А).

Цель – выявление педагогической социальной установки по отношению к детям, включающая в себя рациональный, эмоциональный и поведенческий компоненты.

Опросник состоит из 5 шкал.

1. "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 склонностей. По большей части родитель испытывает к ребенку злость, досаду, раздражение, обиду. Он не доверяет ребенку и не уважает его.

2. "Кооперация" - социально желательный образ родительского отношения. Содержательно эта шкала раскрывается так: родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребёнку, 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 встать на его точку зрения в спорных вопросах.

3. "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 ему кажется маленьким и беззащитным. Тревога родителя повышается, когда ребенок начинает автономизироваться в силу обстоятельств, так как по своей воле родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда.

4. "Авторитарная гиперсоциализация" отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. При высоком балле по этой шкале в родительском отношении данного родителя отчетливо просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявления своеволия ребенка сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами.

5. "Маленький неудачник" - отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем. При высоких значениях по этой шкале в родительском отношении данного родителя имеются стремления 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 не приспособленным, не успешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его не успешность и не умелость. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия [4, с. 38].

2. Диагностика развития общения и речи детей третьего года жизни (Смирнова Е.О., Галагузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю.) (Приложение Б).

Цель – выявить показатели общения ребенка третьего года жизни.

Диагностика направлена на выявление следующих показателей: инициативность; чувствительность к воздействиям взрослого; средства общения; активная речь; понимание речи; выполнение речевых инструкций.

Оценивание диагностики проводится по критериям.

1. Высокий уровень общения. Данный уровень характеризуется высоким значением всех параметров общения.

2. Средний уровень общения. Уровень развития общения оценивается как средний в следующих случаях: во-первых, когда большинство показателей всех параметров имеют средние значения, во-вторых, когда выраженность разных показателей существенно различается; в-третьих, когда в ситуациях индивидуальной деятельности инициативность ребенка значительно ниже, чем в ситуациях совместной деятельности.

3. Низкий уровень общения. Данный уровень общения характеризуется слабой степенью выраженности всех его параметров (оценка обычно «1 балл»).

2.2. Анализ эмпирических результатов исследования

Проведенное исследование дало следующие результаты.

Таблица 3

Типы родительского отношения в семьях с часто болеющим ребенком
(по методике Варга А.Я., Столин В.В.)

имя	принятие – отвержение (3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 23, 24, 26, 27, 29, 33, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 51, 52, 53, 55, 56, 60)	кооперация (6, 9, 21, 25, 31, 34, 35, 36)	симбиоз (1, 5, 7, 28, 32, 41, 58)	авторитарная гиперсоциализация (2, 19, 30, 48, 50, 57, 59)	маленький неудачник (9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61)
Катя С.	28	7	5	4	1
Ваня П.	16	3	6	4	3
Даниил П.	13	1	3	3	7
Лиза С.	18	2	7	4	2
Даша С.	27	6	5	3	2
Рома З.	17	3	5	7	4
Кирилл Ж.	29	6	5	4	1
Аня П.	15	3	7	3	2
Витя Ю.	17	2	4	3	7
Марина П.	16	3	6	4	3
Маргарита П.	12	3	3	3	7
Гульнара К.	10	1	4	3	5

% семей с высоким баллом	25 %	8,33 %	33,34 %	8,33 %	25 %
% семей с низким баллом	0 %	33,33 %	0 %	0 %	33,33 %

Как мы видим из таблицы 3, в группе часто болеющих детей выявлен тип родительского отношения «симбиоз», что говорит о межличностной дистанции в общении с ребенком, а также тип родительского отношения «маленький неудачник», что говорит об особенностях восприятия и понимания ребенка родителем.

Представим полученные данные в виде рисунка 1.

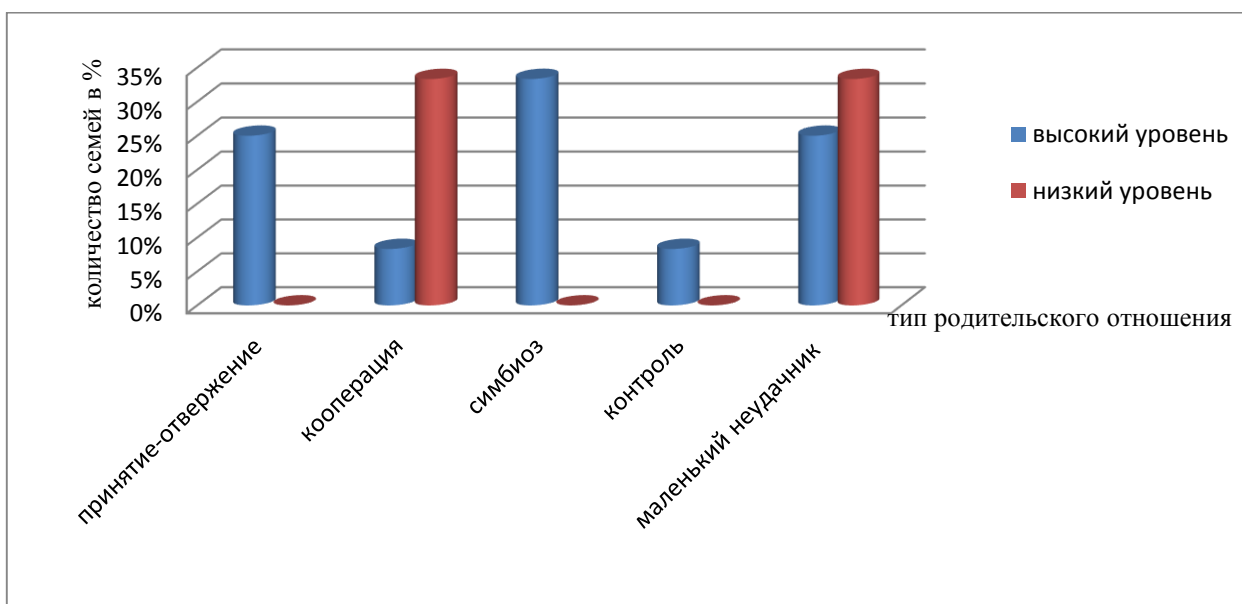


Рис. 1. Результаты диагностики родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин) группа часто болеющих детей

Как мы видим из рисунка 1, по результатам диагностики родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин) у большинства родителей часто болеющих детей выявлены следующие типы родительских отношений:

- высокий уровень: симбиоз – 33,33%, маленький неудачник – 25%.

- низкий уровень: кооперация 33,33%.

Таким образом, полученные результаты говорят о том, что родители часто болеющих детей часто заботятся о своих детях, переживают за них, сильно опекают и не дают ребенку свободы.

Таблица 4

Типы родительского отношения в семьях со здоровым ребенком
(по методике Варга А.Я., Столин В.В.)

имя	принятие – отвержение (3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 55, 56, 60)	кооперация (6, 9, 21, 25, 31, 34, 35, 36)	симбиоз (1, 5, 7, 28, 32, 41, 58)	авторитарная гиперсоциализация (2, 19, 30, 48, 50, 57, 59)	маленький неудачник (9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61)
Семен Б.	23	7	5	4	1
Артем П.	17	3	5	6	6
Настя А.	26	7	5	4	1
Рома Ч.	24	3	5	4	3
Илья Д.	21	4	4	4	3
Софья К.	23	7	5	4	2
Ксюша П.	20	7	4	3	3
Вероника З.	16	3	6	4	3
Таня Л.	28	7	5	3	2
Вика А.	16	4	4	3	5
Алексей Ш.	18	2	6	4	2
Юля К.	16	1	4	3	5
% семей с высокими баллами	25 %	41,67 %	16,67 %	8,33 %	8,33 %
% семей с низкими баллами	0 %	8,33 %	0 %	0 %	41,67 %

Как мы видим из таблицы 4, в группе здоровых детей среди большинства родителей выявлен тип родительских отношений кооперация, что говорит о желании помочь своему ребенку и в заинтересованности в его делах.

Представим полученные данные в виде рисунка 2.

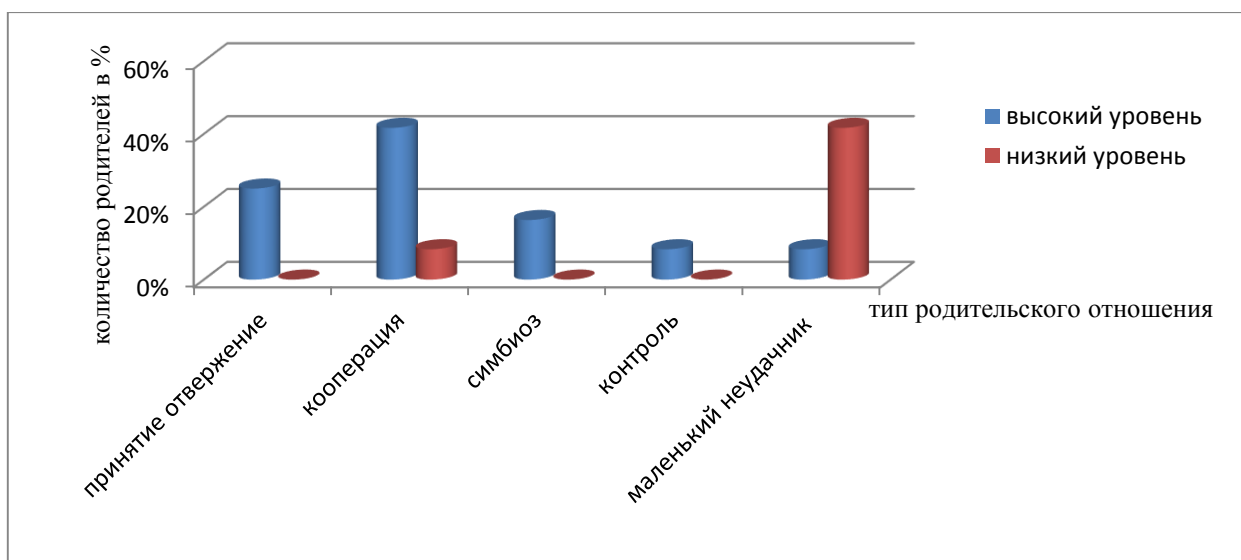


Рис. 2. Результаты диагностики родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин) группа здоровых детей

Согласно данным рисунка 2, мы определили, что в группе здоровых детей выявлен высокий уровень родительского отношения по следующим типам: кооперация – 41,67%, принятие – 25%. Низкий уровень выявлен по типу: маленький неудачник – 41,67%.

Таким образом, полученные результаты говорят о том, что родители здоровых детей желают помогать своему ребенку, и заинтересованы в его делах.

В таблице 5 представлена сравнительная характеристика результатов диагностики родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин).

Таблица 5

Сравнительная характеристика результатов диагностики родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин)

уровень	принятие – отвержение		кооперация		симбиоз		авторитарная гиперсоциализация		маленький неудачник	
	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД
% семей с высокими баллами	25 %	25 %	41,67 %	8,33 %	16,67 %	33,34 %	8,33 %	8,33 %	8,33 %	25 %
% семей с низкими баллами	0 %	0 %	8,33 %	33,33 %	0 %	0 %	0 %	0 %	41,67 %	33,33 %

Представим данные таблицы 5 в виде рисунков 3-4.

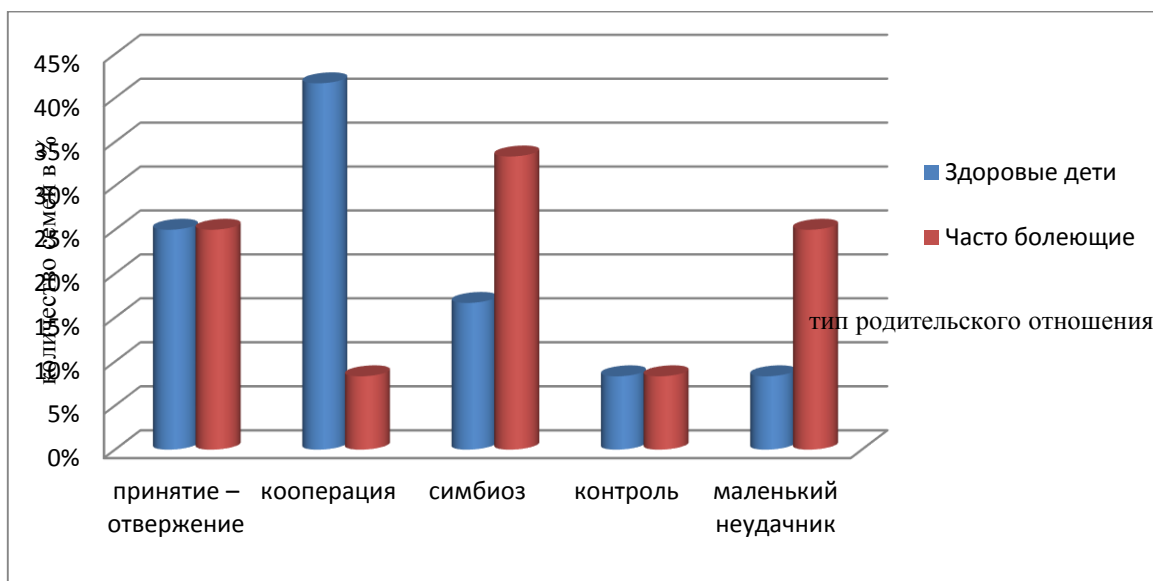


Рис. 3. Результаты диагностики родительского отношения (PRO) (А.Я. Варга, В.В. Столин) семей с высоким уровнем

Как мы видим из рисунка 3, в группе здоровых детей у большинства родителей выявлен тип кооперация, в группе часто болеющих детей выявлен тип симбиоз.

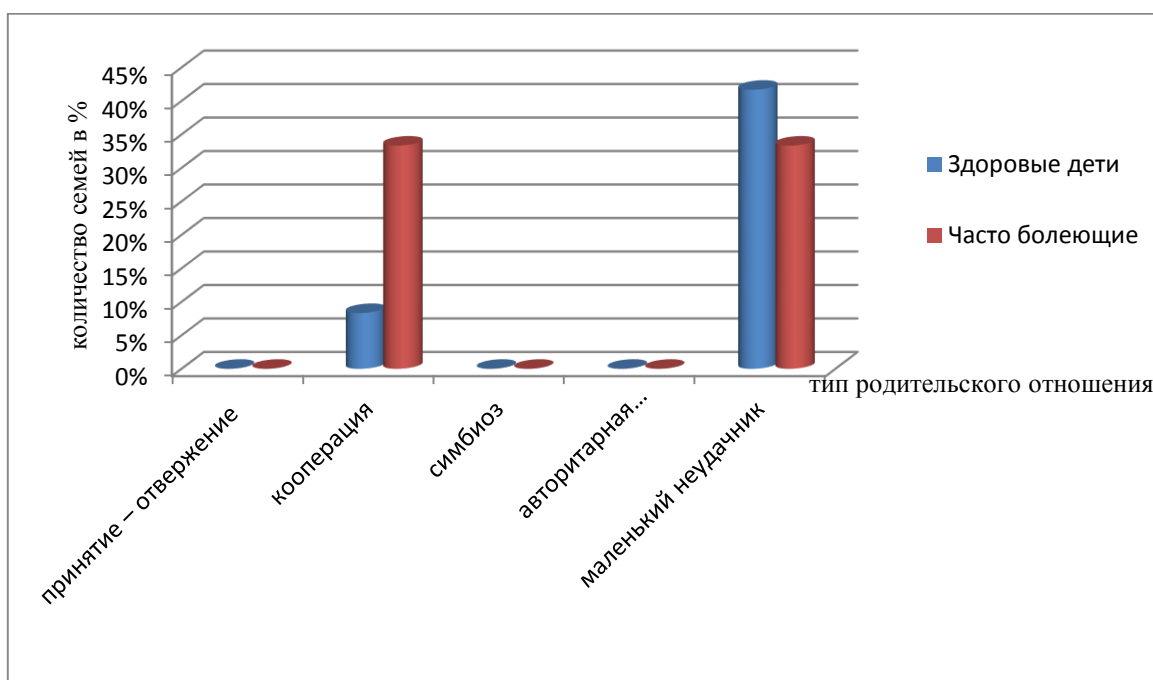


Рис. 4. Результаты диагностики родительского отношения (PRO) (А.Я. Варга, В.В. Столин) семей с низким уровнем

Как мы видим из рисунка 4, выявлен низкий уровень кооперации у 33,33% родителей в группе часто болеющих детей, у 8,33% в группе здоровых детей, низкий уровень типа маленький неудачник выявлен у 41,67% родителей здоровых детей, у 33,33% родителей в группе часто болеющих.

Таким образом, результаты диагностики родительского отношения показали, что в группе часто болеющих детей родители не доверяют своему ребенку, опекают его, в группе здоровых детей родители доверяют своему ребенку, поощряют инициативу и самостоятельность ребенка.

Далее проведем анализ диагностики развития общения и речи детей третьего года жизни.

Таблица 6

Уровень общения и речи у часто болеющих детей (по методике Смирновой Е.О., Галагузовой Л.Н., Ермоловой Т.В., Мещеряковой С.Ю.)

имя	показатели общения и речи					
	инициативность	чувствительность к воздействиям взрослого	средства общения	речь		
				активная речь	понимание речи	выполнение речевых инструкций
Катя С.	С	С	В	Н	С	С
Ваня П.	Н	С	С	Н	С	С
Даниил П.	Н	Н	С	Н	С	С
Лиза С.	Н	С	С	Н	С	С
Даша С.	В	В	В	С	С	В
Рома З.	С	С	Н	Н	С	С
Кирилл Ж.	В	В	С	С	С	В
Аня П.	Н	С	Н	Н	С	С
Витя Ю.	Н	Н	Н	С	С	С
Марина П.	С	С	С	С	С	С
Маргарита П.	Н	С	С	С	С	С
Гульнара К.	Н	Н	Н	Н	С	С
% детей с высоким уровнем	16,67 %	16,67 %	16,67 %	0 %	0 %	16,67 %

Продолжение Таблицы 6

% детей со средним уровнем	33,33%	50 %	50 %	41,67 %	100 %	83,33%
% детей с низким уровнем	50 %	33,33 %	33,33 %	58,33 %	0 %	0 %

По данным таблицы 6, мы видим, что в группе часто болеющих детей выявлен следующий уровень общения: на среднем уровне – понимание речи 100%, выполнение речевых инструкций 83,33%, средства общения 50%, чувствительность к воздействиям взрослого 50%, на низком уровне – инициативность 50%, активная речь 58,33%.

Представим полученные данные в виде рисунка 5.

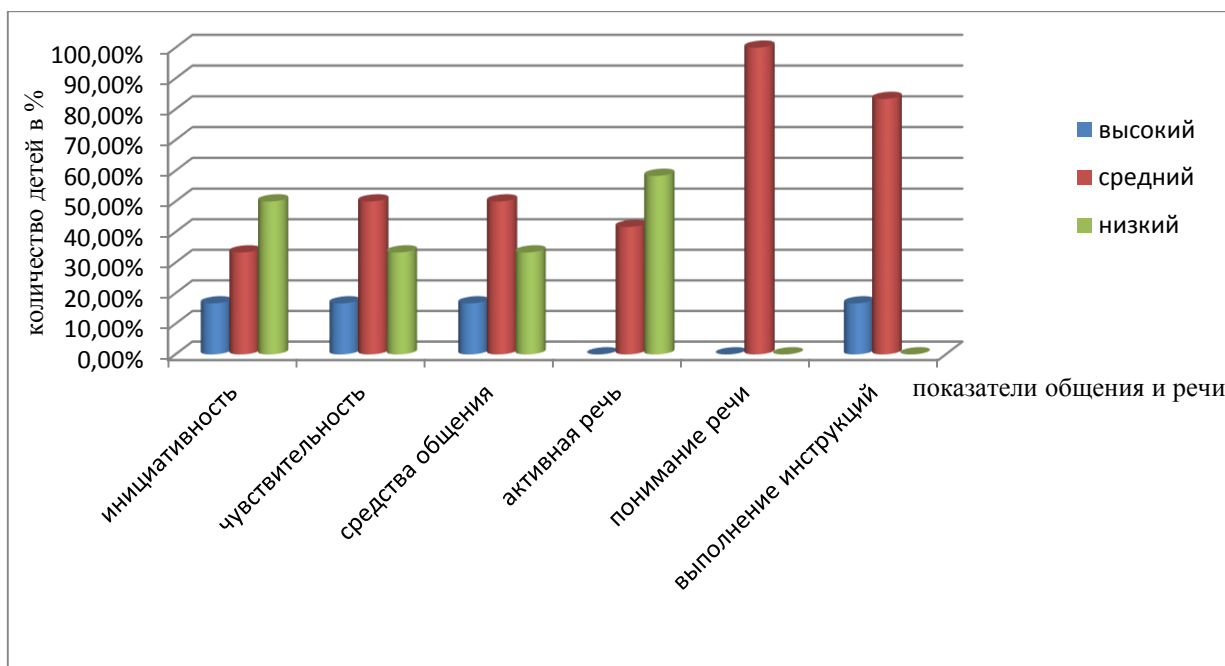


Рис. 5. Результаты диагностики общения и речи у часто болеющих детей

Как мы видим из рисунка 5, по результатам диагностики развития общения и речи в группе часто болеющих детей выявлен средний уровень развития общения и понимания речи. Полученные результаты говорят о том, что родители не принимают участие в развитии общения и речи ребенка.

Таблица 7

Уровень общения и речи здоровых детей (по методике Смирновой Е.О.,
Галагузовой Л.Н., Ермоловой Т.В., Мещеряковой С.Ю.)

имя	показатели общения и речи					
	инициативнос ть	чувствительнос ть к воздействиям взрослого	средств а общени я	речь		
				активна я речь	понимани е речи	выполнени е речевых инструкци й
Семен Б.	В	В	В	Н	С	В
Артем П.	С	В	С	Н	С	В
Настя А.	В	В	В	С	С	В
Рома Ч.	С	С	С	Н	Н	С
Илья Д.	В	С	С	С	С	С
Софья К.	В	В	В	С	С	В
Ксюша П.	С	В	В	С	С	В
Вероник а З.	С	С	С	Н	Н	С
Таня Л.	В	В	В	С	С	В
Вика А.	С	С	С	С	С	С
Алексей Ш.	С	С	С	С	С	С
Юля К.	Н	С	С	С	С	С
% детей с высоким уровнем	41,67 %	50 %	41,67 %	0 %	0 %	50 %
% детей со средним уровнем	50 %	50 %	58,33 %	66,67 %	83,33 %	50 %
% детей с низким уровнем	8,33 %	0 %	0 %	33,33 %	16,67 %	0 %

По данным таблицы 7, мы видим, что в группе здоровых детей выявлен следующий уровень общения: высокий уровень – инициативность 41,67%, чувствительность к воздействиям взрослого 50%, средства общения 41,67%, выполнение речевых инструкций 50%, средний уровень – инициативность 50%, чувствительность к воздействиям взрослого 50%, средства общения

58,33%, выполнение речевых инструкций 50%, активная речь 66,67%, низкий уровень - активной речи 33,33%, понимание речи 16,67%.

Представим полученные данные в виде рисунка 6.

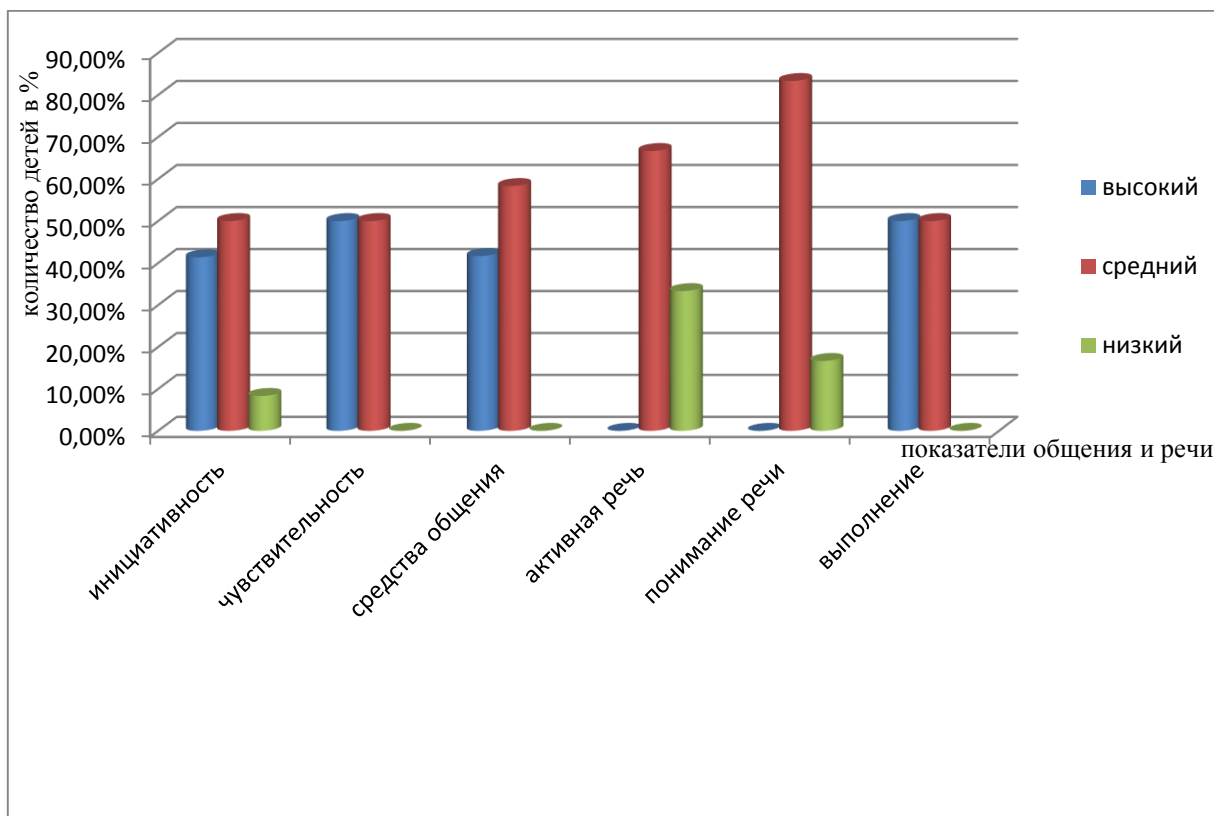


Рис. 6. Результаты развития общения и речи у здоровых детей

Как мы видим из рисунка 6, в группе здоровых детей выявлен средний показатель развития инициативности, чувствительности к воздействиям взрослого, средства общения, у большинства детей выявлен средний уровень развития активной речи, понимания речи.

Сравнительная характеристика детей по уровню общения представлена в таблице 8.

Таблица 8

Сравнительная характеристика общения и речи у здоровых и часто болеющих детей (по методике Смирновой Е.О., Галагузовой Л.Н., Ермоловой Т.В., Мещеряковой С.Ю.)

уровень	показатели общения и речи											
	инициативность		чувствительность к воздействиям взрослого		средства общения		речь					
	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	активная речь		понимание речи		выполнение речевых инструкций	
	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД
высокий	16,67 %	41,67 %	16,67 %	50 %	16,67 %	41,67 %	0 %	0 %	0 %	0 %	16,67 %	50 %
средний	33,33 %	50 %	50 %	50 %	50 %	58,33 %	41,67 %	66,67 %	10 %	83,33 %	83,33 %	50 %
низкий	50 %	8,33 %	33,33 %	0 %	33,33 %	0 %	58,33 %	33,33 %	0 %	16,67 %	0 %	0 %

Анализ результатов уровней часто болеющих и здоровых детей представим в виде рисунков 7-9.

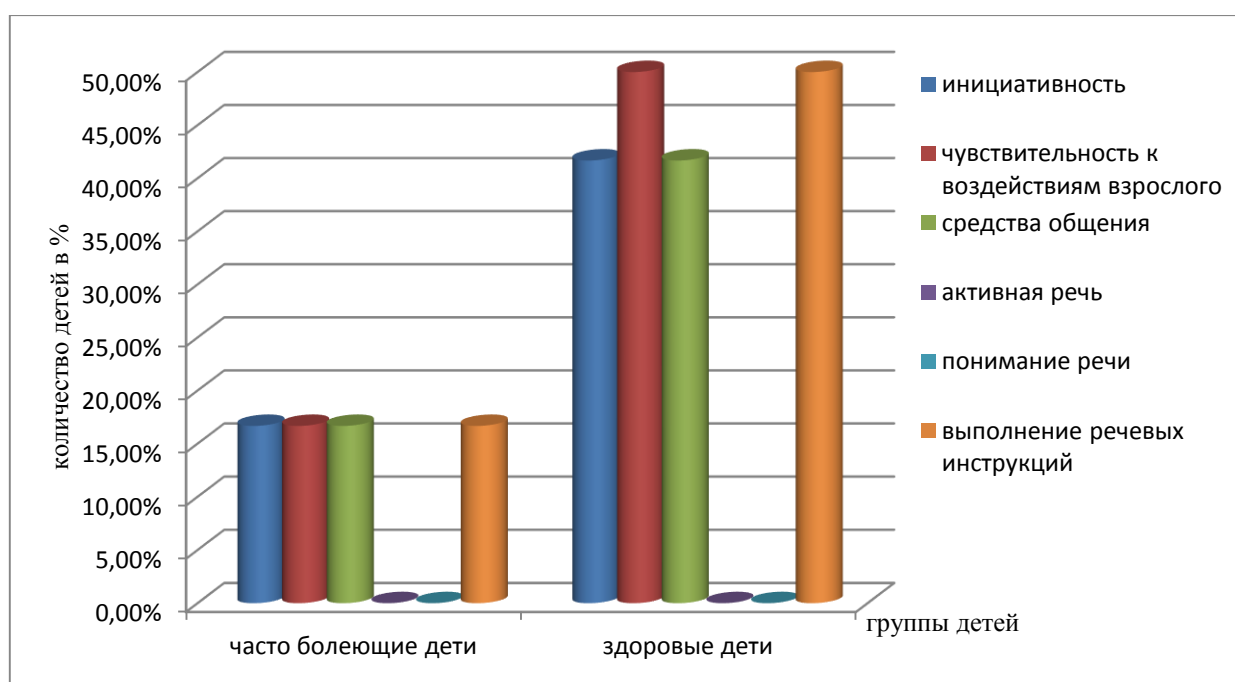


Рис. 7. Высокий уровень общения здоровых и часто болеющих детей

Как мы видим из рисунка 7, в группе здоровых детей выявлены более высокие показатели, чем в группе часто болеющих.

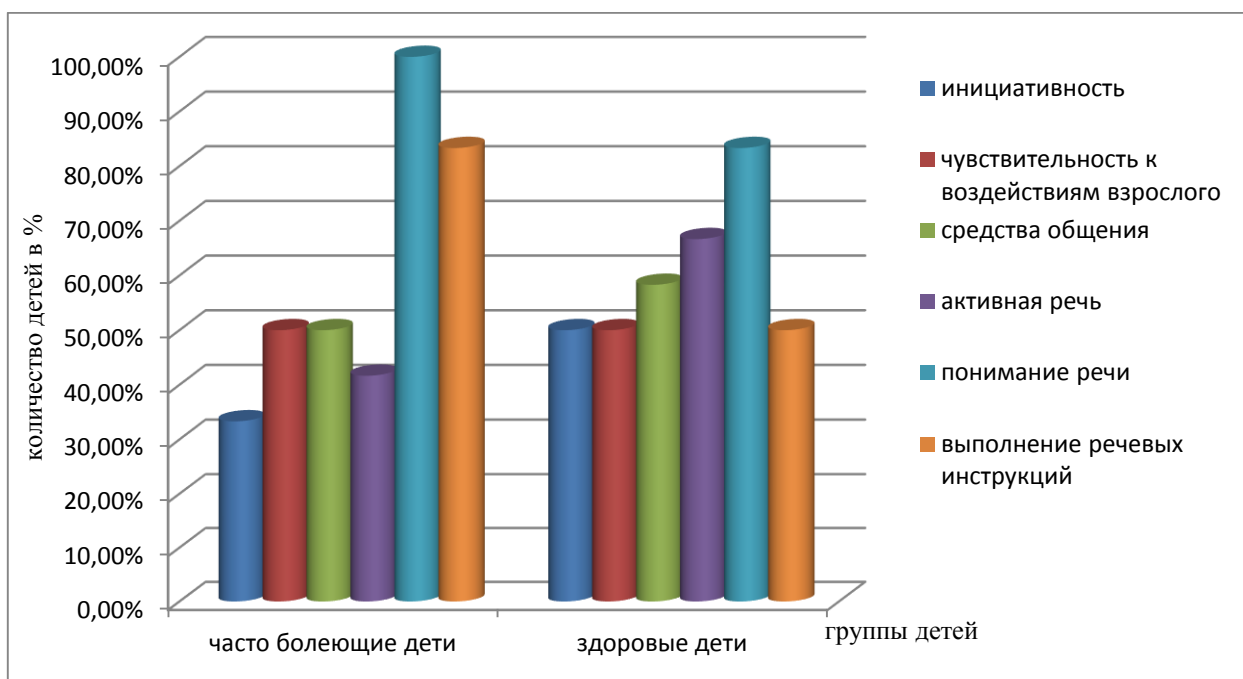


Рис. 8. Средний уровень общения здоровых и часто болеющих детей

Как мы видим из рисунка 8, в группе часто болеющих детей 100% выявлен средний уровень понимания речи, в группе здоровых детей выявлен у 67% средний уровень активной речи.

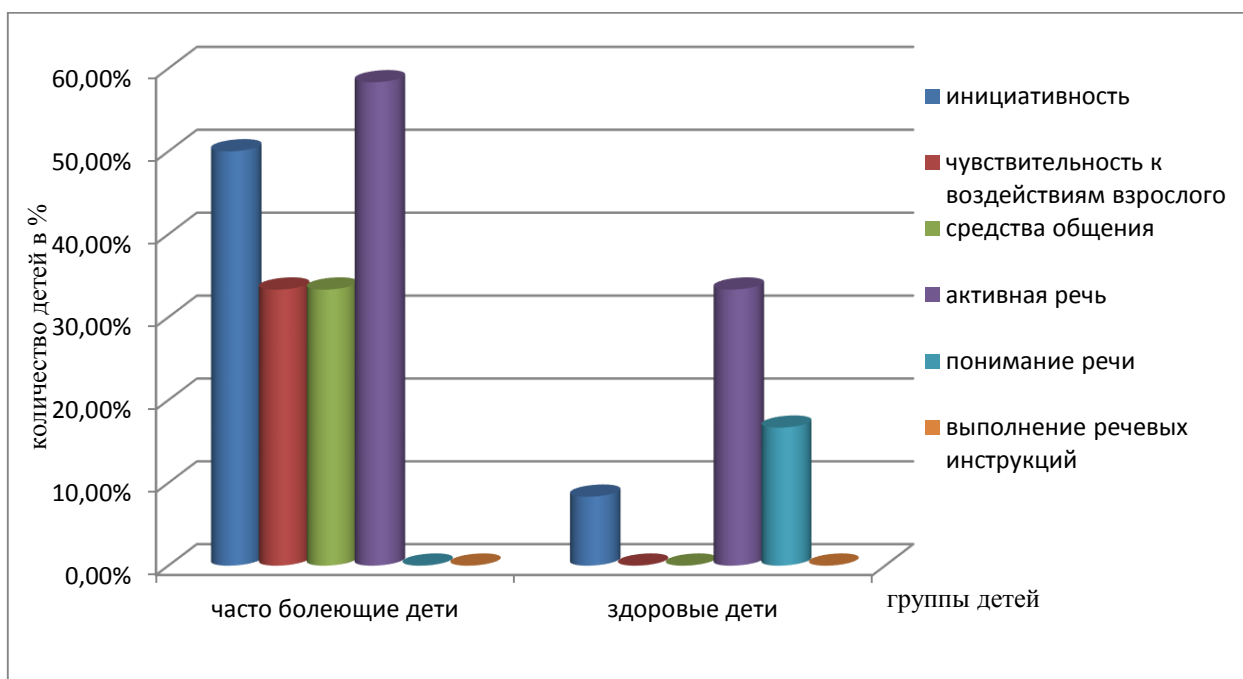


Рис. 9. Низкий уровень общения здоровых и часто болеющих детей

Как мы видим из рисунка 9, в группе часто болеющих детей выявлен низкий уровень развития общения по следующим показателям: инициативность у 50%, активная речь у 58,33%. В группе здоровых детей низкий уровень развития инициативности у 8,33%, понимания речи у 16,67%, активной речи у 33,33%.

Соотношение типа родительского отношения и уровня общения и речи детей третьего года жизни представлены в таблице 9.

Таблица 9

Соотношение типа родительского отношения и уровня общения и речи детей третьего года жизни

тип РО	кол-во детей		показатели общения и речи					
			инициативность	чувствительность к воздействиям взрослого	средства общения	активная речь	понимание речи	выполнение речевых инструкций
принятие	ЧБД	3	С	В	В	Н	С	С
	ЗД	5	В	В	В	С	С	В
отвержение	ЧБД	0	-	-	-	-	-	-
	ЗД	0	-	-	-	-	-	-
кооперация	ЧБД	0	-	-	-	-	-	-
	ЗД	1	С	В	В	С	С	В
симбиоз	ЧБД	4	Н	Н	С	Н	С	С
	ЗД	3	С	С	С	Н	Н	С
контроль	ЧБД	1	С	С	Н	Н	С	С
	ЗД	1	С	В	С	Н	С	В
инфантилизм	ЧБД	4	Н	Н	Н	Н	С	С
	ЗД	2	Н	С	С	С	С	С

Результаты исследования показали, При типе родительского отношения принятие у здоровых детей общение на высоком уровне, а у часто болеющих детей средний уровень. Тип родительского отношения «кооперация» наблюдается только у здоровых детей и уровень общения высокий. При типе родительского отношения «симбиоз» у здоровых детей общение на среднем уровне, а у часто болеющих на низком уровне. При типе родительского отношения «контроль» у здоровых детей и у часто болеющих детей уровень общения средний. При типе родительского отношения

«маленький неудачник» у здоровых детей средний уровень, а у часто болеющих детей низкий уровень.

2.3. Рекомендации родителям по формированию оптимальной родительской позиции к часто болеющему ребенку

На основании тренинга оптимального взаимодействия родителей и детей И.М Марковской, концептуальной основой которого является идея сотрудничества взрослого с ребенком, мы разработали рекомендации родителям. Основная цель тренинга — способствовать установлению и развитию отношений партнерства и сотрудничества родителя с ребенком. В программе использованы идеи Т. Гордона, К. Роджерса, А. Адлера, Р. Дрейкуса, а также опыт работы психологов Санкт-Петербурга, сотрудников Института Тренинга: Н. Ю. Хрящевой, Е. В. Сидоренко, Е. И. Лебедевой, Г. Л. Исуриной. Задачи тренинга:

- расширение возможностей понимания своего ребенка;
- улучшение рефлексии своих взаимоотношений с ребенком;
- выработка новых навыков взаимодействия с ребенком;
- активизация коммуникаций в семье.

В системе детско-родительских отношений, родитель является ведущим звеном и от него зависит, как складываются эти отношения. Признание за ребенком права на собственный выбор, на собственную позицию обеспечивает понимание и лучшее взаимодействие в семье. Ведь при нарушенных отношениях в семье вопрос осуществления воспитательных функций весьма проблематичен.

Информация о формировании группы и возможности принять участие в тренинге была сообщена родителям на родительском собрании. Краткий рассказ о тренинге и режиме работы в группе позволит избежать возможных уходов из группы из-за низкой мотивации или недостаточной информированности о целях и задачах тренинга.

Программа состоит из 11 занятий, в группу входит 12 семей. Тренинговая программа проводилась в течение 6 недель, по 2 занятия в течение 5 недель, и 1 заключительное занятие на 6 неделе. Группу могут посещать как один, так и сразу двое родителей. Посещение свободное. Эффективность участия в тренинге зависит от общих установок родителей на групповую работу, от готовности и умения слышать различные позиции людей и извлечения опыта из этого.

Рекомендации родителям по формированию оптимальной родительской позиции к часто болеющему ребенку.

- Принять участие в тренинге.
- Необходимо уделять ребенку достаточно внимания, проводить досуг всей семьей и не допускать ссор в присутствии ребенка.
- Оценивать поступки, а не личность. Не говорите своему ребенку: «Ты плохой». Лучше сказать: «Ты поступил не правильно». В этом случае ребенку проще оценить ситуацию, и его самооценка не пострадает.
- Обосновывать свои действия по отношению к ребенку.
- Не предъявлять завышенные требования к ребенку, но и стоит избегать чрезмерной мягкости.
- Не сравнивать своего ребенка с другими детьми. Ребенок должен понимать, что вы его понимаете и принимаете, таким, какой он есть.
- Не использовать повелительный тон или фразы типа « Потому что я так решил!» или «Я старше, а значит мое решение правильней!». Диалогу с обществом ребенок учится у нас, взрослых. Мы его мера, его масштаб, его критерии оценки других, отношения к другим и к себе. Первый шаг в мире взрослых и сверстников он начинает с того, что оглядывается на нас и судит этот мир по законам, преподанным ему нами.
- Чаще разговариваете с ребенком, объясняете ему суть запретов и ограничений. Помогите ребенку вербально выражать свои чувства и переживания, научиться понимать свое поведение и поведение других людей.

- Важно помнить, что дошкольник воспринимает этот мир через любовь. Поэтому иногда любая незначительная поддержка и слова благодарности, вовремя сказанные ребенку, помогут ему избежать больших проблем в будущем.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

Нами было проведено экспериментальное исследование, направленное на определение взаимосвязей родительского отношения и общения часто болеющих детей третьего года жизни.

Исследование проводилось в группе здоровых и часто болеющих детей третьего года жизни. Нами были использованы методики: диагностика родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин), диагностика развития общения и речи детей третьего года жизни (Смирнова Е.О., Галагузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю.).

Результаты нашего исследования показали, что в семьях с часто болеющим ребенком преобладает такой тип родительского отношения как «симбиоз». Родители ощущают себя с ребенком единым целым, стремятся удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Напротив, семьи со здоровыми детьми придерживаются типа родительского отношения, как кооперация. Родители заинтересованы в делах и планах ребенка, стараются во всем помочь ребенку, поощряют инициативу и самостоятельность ребенка, стараются быть с ним на равных.

У часто болеющих детей наблюдается средний уровень понимания речи, выполнения речевых инструкций, средств общения, чувствительности к воздействиям взрослых. Низкий уровень инициативности и активной речи. У детей здоровых также наблюдается средний уровень по таким показателям как понимание речи, средств общения, выполнение речевых инструкций, чувствительность к воздействиям взрослых, но уже у большего количества детей. На высоком уровне проявляется инициативность. Активная речь - на среднем уровне.

При типе родительского отношения принятие у здоровых детей общение на высоком уровне, а у часто болеющих детей средний уровень. Тип родительского отношения «кооперация» наблюдается только у здоровых

детей и уровень общения высокий. При типе родительского отношения «симбиоз» у здоровых детей общение на среднем уровне, а у часто болеющих на низком уровне. При типе родительского отношения «контроль» у здоровых детей и у часто болеющих детей уровень общения средний. При типе родительского отношения «маленький неудачник» у здоровых детей средний уровень, а у часто болеющих детей низкий уровень.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты многочисленных исследований свидетельствуют, что большинство детей в течение года переносят от трех до пяти эпизодов ОРЗ. Заболеваемость у детей первых трех лет жизни в 2,5 раза выше, чем в десятилетнем возрасте и старше [5, с. 18].

Представителями психоаналитического направления подчеркивается роль семьи (а особенно матери и ребенка) в развитии адекватной самооценки ребенка.

Дети третьего года жизни, становятся более восприимчивыми к критике, порицаниям и сравнениям с другими. Для них очень важна поддержка и оценка их деятельности, это оказывает немалое влияние на дальнейшее формирование самооценки.

Общение для ребенка играет важную роль, так как на третьем году жизни он начинает испытывать потребность в общении с взрослыми и со сверстниками [10, с. 43].

Результаты нашего исследования показали, что в семьях с часто болеющим ребенком преобладает такой тип родительского отношения как «симбиоз». Родители ощущают себя с ребенком единым целым, стремятся удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Напротив, семьи со здоровыми детьми придерживаются типа родительского отношения, как кооперация. Родители заинтересованы в делах и планах ребенка, стараются во всем помочь ребенку, поощряют инициативу и самостоятельность ребенка, стараются быть с ним на равных.

У часто болеющих детей наблюдается средний уровень понимания речи, выполнения речевых инструкций, средств общения, чувствительности к воздействиям взрослых. Низкий уровень инициативности и активной речи. У детей здоровых также наблюдается средний уровень по таким показателям как понимание речи, средств общения, выполнение речевых инструкций,

чувствительность к воздействиям взрослых, но уже у большего количества детей. На высоком уровне проявляется инициативность. Активная речь - на среднем уровне.

При типе родительского отношения принятие у здоровых детей общение на высоком уровне, а у часто болеющих детей средний уровень. Тип родительского отношения «кооперация» наблюдается только у здоровых детей и уровень общения высокий. При типе родительского отношения «симбиоз» у здоровых детей общение на среднем уровне, а у часто болеющих на низком уровне. При типе родительского отношения «контроль» у здоровых детей и у часто болеющих детей уровень общения средний. При типе родительского отношения «маленький неудачник» у здоровых детей средний уровень, а у часто болеющих детей низкий уровень.

Таким образом, мы доказали выдвинутую нами гипотезу что в семьях с часто болеющим ребенком родители стремятся инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность, тем самым у ребенка наблюдаются низкие показатели общения и речи.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абульханова-Славская К.А. Стратегия жизни. М.: Мысль, 2011. 299 с.
2. Аверин А.Н. Социальное управление: опыт философского анализа. М.: Наука, 2014. 285 с.
3. Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. М., 2012. 330 с.
4. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 2013. 330 с.
5. Андреева Н.Г. Этот удивительный младенец. СПб., 2013. 260 с.
6. Аршавский И.А. Ваш малыш может не болеть. М.: Советский спорт, 2013. 30 с.
7. Барановский А.Ю. Основы домашней медицины. СПб.: Комета, 2013. 688 с.
8. Белкина В.Л. Психология раннего и дошкольного детства. М.: Академический Проект: Гаудеамус, 2012. 120 с.
9. Белоусов Ю.Б. Клинико-экономическая оценка средств, применяемых для профилактики и лечения ОРВИ. Качественная клиническая практика, 2012. 120 с.
10. Берковиц Л. Агрессия: причины, последствия и контроль. СПб.: Прайм-Еврознак, 2012. 510 с.
11. Братнина И.П. Респираторные заболевания у детей: лечение растительными и гомеопатическими препаратами // РМЖ, № 2. 2012. 28 - 32 с.
12. Вавилова Е.Н. Укрепляйте здоровье детей. М.: Просвещение, 2012. 128 с.
13. Вайнерман С.М. Сенсомоторное развитие дошкольников. М.: Владос, 2012. 159 с.

14. Варга А.Я. Теоретические основы системной семейной психотерапии. Системная семейная психотерапия: классика и современность. М.: Класс, 2012. 269 с.
15. Венгер Л.А., Мухина В.С. Сенсорное воспитание дошкольников // Дошкольное воспитание, 2014. № 13. 14 с.
16. Выготский Л.С. Психология. М.: ЭКСМО-Пресс, 2012. 1008 с.
17. Галигузова Л.Н. Ступени общения: от года до семи лет. М.: Просвещение, 2012. 140 с.
18. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. М.: Просвещение, 2012. 365 с.
19. Гербова В.В. Воспитание и развитие детей раннего возраста: Пособие для воспитателя дет. сада. М.: Просвещение, 2012. 130 с.
20. Григорьева Л.П. Развитие восприятия у ребенка. М.: Школа Пресс, 2012. 320 с.
21. Жигалин С.С. Родительские позиции как система отношений родителя / Под ред. Л.М. Огородовой, Л.В. Капилевича. Томск: СибГМУ, 2013. 413 с.
22. Запорожец А.В. Сенсорное воспитание дошкольников. М.: Академия педагогических наук, 2012. 150 с.
23. Ильина М.Н. Развитие ребёнка от первого дня жизни до шести лет: тесты и развивающие упражнения. СПб.: Дельта, 2011. 150 с.
24. Кирпичникова Н. Развиваем сенсорику и мелкую моторику // Дошкольное воспитание, 2012. №2. С. 76 - 78.
25. Козлова С.А. Дошкольная педагогика: Учеб. пособие для студентов сред. пед. учебн. заведений. – 3-е изд., исправ. и доп. М.: Академия, 2012. 290 с.
26. Краснощёкова Н.В. Развитие ощущений и восприятия у детей от младенчества до младшего школьного возраста. Ростов на Дону: Феникс, 2013. 140 с.

27. Лисина М.И. Общение и речь: Развитие речи у детей в общении со взрослыми. М.: Педагогика, 2013. 202 с.
28. Печора К.Л. Психолого-педагогическое обследование детей от 1 года 3 мес. до 6 лет. Реабилитационные игры и задания. М., 2012. 140 с.
29. Развитие познавательных способностей в процессе дошкольного воспитания / Под ред. Л. А. Венгера. М.: Педагогика, 2012. 224 с.
30. Смирнова Е.О. Особенности общения с дошкольниками. М.: Академия, 2013. 130 с.
31. Соловьева О.И. Методика развития речи и обучения родному языку в детском саду. М.: Просвещение, 2012. 176 с.
32. Спиваковская А.С. Психотерапия: игра, детство, семья. М.: Апрель Пресс, 2013. 360 с.
33. Столяренко Л.Д. Основы психологии. Ростов-на-Дону: Феникс, 2012. 130 с.
34. Харчев А.Г. Современная семья и ее проблемы. М.: Сфера, 2012. 246 с.
35. Щетинина А.М. Условия развития коммуникативной компетентности у детей // Детский сад: теория и практика. 2012. №3. С. 36 - 44.
36. Ядешко В.И. Развитие речи детей от трёх до пяти лет. М., 2013. 96 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Отвечая на следующие вопросы, испытуемый должен выразить свое согласие или несогласие с ними с помощью оценок «да» или «нет».

1. Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, о чем думает мой ребенок.
3. Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.
4. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
5. Я испытываю к ребенку чувство симпатии.
6. Я уважаю своего ребенка.
7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.
8. Мой ребенок часто мне неприятен.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
10. Бывают случаи, когда недоброе отношение к ребенку приносит ему пользу.
11. По отношению к своему ребенку я испытываю досаду.
12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
13. Мне кажется, что другие дети потешаются над моим ребенком.
14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые заслуживают осуждения.
15. Мой ребенок отстает в психологическом развитии и для своего возраста выглядит недостаточно развитым.
16. Мой ребенок специально ведет себя плохо, чтобы досадить мне.
17. Мой ребенок, как губка, впитывает в себя все самое плохое.
18. При всем старании, моего ребенка трудно научить хорошим манерам.

19. Ребенка с детства следует держать в жестких рамках, только тогда из него вырастет хороший человек.
20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.
21. Я всегда принимаю участие в играх и делах ребенка.
22. К моему ребенку постоянно «липнет» все дурное.
23. Мой ребенок не добьется успехов в жизни.
24. Когда в компании говорят о детях, мне становится стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как другие дети.
25. Я жалею своего ребенка.
26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, то они кажутся мне воспитаннее и разумнее, чем мой ребенок.
27. Я с удовольствием провожу с ребенком свое свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребенок взрослеет, и с нежностью вспоминаю то время, когда он был еще совсем маленьким.
29. Я часто ловлю себя на том, что с неприязнью и враждебно отношусь к ребенку.
30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг того, что лично мне не удалось в жизни.
31. Родители должны не только требовать от ребенка, но и сами приспособливаться к нему, относиться к нему с уважением, как к личности.
32. Я стараюсь выполнять все просьбы и пожелания моего ребенка.
33. При принятии решений в семье следует учитывать мнение ребенка.
34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.
35. Я часто признаю, что в своих требованиях и претензиях ребенок по-своему прав.
36. Дети рано узнают о том, что родители могут ошибаться.
37. Я всегда считаюсь с ребенком.
38. Я испытываю дружеские чувства по отношению к ребенку.
39. Основная причина капризов моего ребенка – это эгоизм, лень и упрямство.

40. Если проводить отпуск с ребенком, то невозможно нормально отдохнуть.

41. Самое главное – чтобы у ребенка было спокойное, беззаботное детство.

42. Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.

43. Я разделяю увлечения моего ребенка.

44. Мой ребенок кого угодно может вывести из себя.

45. Огорчения моего ребенка мне всегда близки и понятны.

46. Мой ребенок часто меня раздражает.

47. Воспитание ребенка – это сплошная нервотрепка.

48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.

49. Я не доверяю своему ребенку.

50. За строгое воспитание дети потом благодарят своих родителей.

51. Иногда мне кажется, что я ненавижу своего ребенка.

52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.

53. Мне близки интересы моего ребенка, я их разделяю.

54. Мой ребенок не в состоянии сделать что-либо самостоятельно, и если он это делает, то обязательно получается не так, как нужно.

55. Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни.

56. Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.

57. Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.

58. Я восхищаюсь своим ребенком.

59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.

60. Я невысокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.

61. Ребенок должен дружить с теми детьми, которые нравятся его родителям.

Обработка и оценка результатов

Для каждого из видов родительских отношений, выясняемых при помощи данного опросника, ниже указаны номера суждений, связанные с данным видом.

Принятие – отвержение ребенка: 3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 55, 56, 60.

Кооперация: 6, 9, 21, 25, 31, 34, 35, 36.

Симбиоз: 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

Контроль: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

«Маленький неудачник»: 9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61.

За каждый ответ типа «да» испытуемый получает 1 балл, а за каждый ответ типа «нет» – 0 баллов. Высокие баллы свидетельствуют о значительной развитости указанных выше видов родительских отношений, а низкие баллы – о том, что они сравнительно слабо развиты. Если говорить конкретно, то оценка и интерпретация полученных данных производится следующим образом.

Высокие баллы по шкале «принятие – отвержение» – от 24 до 33 – говорят о том, что у данного испытуемого имеется выраженное положительное отношение к ребенку. Взрослый в данном случае принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом.

Низкие баллы по этой же шкале – от 0 до 8 – говорят о том, что взрослый испытывает по отношению к ребенку в основном только отрицательные чувства: раздражение, злость, досаду, даже иногда ненависть. Такой взрослый считает ребенка неудачником, не верит в его будущее, низко оценивает его способности и нередко своим отношением третирует ребенка. Понятно, что имеющий такие наклонности взрослый не может быть хорошим педагогом.

Высокие баллы по шкале «кооперация» – 7-8 баллов – являются признаком того, что взрослый проявляет искренний интерес к тому, что

интересует ребенка, высоко оценивает способности ребенка, поощряет самостоятельность и инициативу ребенка, старается быть с ним на равных.

Низкие баллы по данной шкале – 1-2 балла – говорят о том, что взрослый по отношению к ребенку ведет себя противоположным образом и не может претендовать на роль хорошего педагога.

Высокие баллы по шкале «симбиоз» – 6-7 баллов – достаточны для того, чтобы сделать вывод о том, что данный взрослый человек не устанавливает психологическую дистанцию между собой и ребенком, старается всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные разумные потребности, оградить от неприятностей.

Низкие баллы по этой же шкале – 1-2 балла – являются признаком того, что взрослый, напротив, устанавливает значительную психологическую дистанцию между собой и ребенком, мало заботится о нем. Вряд ли такой взрослый может быть хорошим учителем и воспитателем для ребенка.

Высокие баллы по шкале «контроль» – 6-7 баллов – говорят о том, что взрослый человек ведет себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая ему строгие дисциплинарные рамки. Он навязывает ребенку почти во всем свою волю. Такой взрослый человек далеко не всегда может быть полезным, как воспитатель, для детей.

Низкие баллы по этой же шкале – 1-2 балла – напротив, свидетельствуют о том, что контроль за действиями ребенка со стороны взрослого человека практически отсутствует. Это может быть не очень хорошо для обучения и воспитания детей. Наилучшим вариантом оценки педагогических способностей взрослого человека по этой шкале являются средние оценки, от 3 до 5 баллов.

Низкие баллы по этой же шкале – 1-2 балла, напротив, свидетельствуют о том, что неудачи ребенка взрослый считает случайными и верит в него. Такой взрослый, скорее всего, станет неплохим учителем и воспитателем.

Приложение Б

Диагностика развития общения и речи детей третьего года жизни
(Смирнова Е.О. Галагузова Л.Н., Ермолова Т.В., Мещерякова С.Ю.)

Описание диагностических ситуаций

Организация предметной среды. Для проведения диагностики нужна отдельная комната, где есть детский столик, на котором находятся следующие предметы: матрешка, кубики, машинка, куколка, игрушечное животное (собачка, мишка, слоник или др.) и книжка с картинками (или набор картинок).

Картинки в книжке (или в наборе) должны содержать следующие изображения: 4-5 изображений знакомых ребенку животных (собачка, кошка, птичка, зайчик и т.д.); 4 изображения детей, совершающих определенные действия (например, девочка ест, мальчик рисует, дети бегут или играют с игрушками, девочка одевается, мальчик сидит на стуле и т.д.); 3 изображения знакомых ребенку транспортных средств различной величины (большая и маленькая машины, самолеты, троллейбусы или трамваи и т.д.); 3 изображения одного персонажа в разных пространственных положениях (например, птичка сидит под деревом, на дереве и летит высоко над деревом).

Ситуация 1. «Пассивный взрослый»

Цель: выявление предпочитаемого ребенком вида деятельности (общение с взрослым или индивидуальная предметная деятельность) и формы общения (ситуативно-деловое, внеситуативно-познавательное или ситуативно-личностное); определение уровня инициативности ребенка в общении.

Взрослый садится на стульчик неподалеку от ребенка и в течение 1 минуты, не проявляя никакой инициативы, наблюдает за поведением ребенка. Если ребенок самостоятельно начинает игру или вступает в контакт со взрослым, он поддерживает детскую инициативу. Если же в течение 1

минуты ребенок остается выжидающе пассивным, взрослый переходит к следующей пробе.

Ситуация 2. «Совместная игра со взрослым».

Цель: выявление уровня ситуативно-делового общения ребенка со взрослым, активной и пассивной речи ребенка.

1) Экспериментатор подводит ребенка к столу и предлагает рассмотреть, что на нем находится. Он показывает ребенку различные предметы и каждый раз спрашивает: «Это что?» Если ребенок не отвечает, взрослый называет предмет сам и просит повторить его название. Здесь проверяется уровень активной речи ребенка и его словарный запас.

2) Взрослый просит ребенка дать ему сначала 2-3 предмета поочередно, а потом по 2 предмета сразу. Например: «Дай мне, пожалуйста, матрешку и мишку». Затем он предлагает ребенку посадить куклу (или мишку) на стульчик, а потом спрятать ее под стульчик. Если ребенок не понимает этой просьбы и не выполняет действий, взрослый проделывает их сам, комментируя свои действия, после чего предлагает ребенку повторить их. Потом взрослый просит выбрать какой-либо определенный предмет из тех, что имеется на столе в нескольких экземплярах. Например: «Дай мне, пожалуйста, красный кубик». Таким образом проверяется уровень понимания речи и выполнение простых инструкций взрослого.

3) Взрослый предлагает ребенку поиграть с этими игрушками и спрашивает, какая из них ему больше всего нравится. В случае, если ребенок называет или выбирает какую-нибудь игрушку, взрослый начинает совместную игру с ней. Если ребенок не может сделать выбора, взрослый предлагает совместное действие, предполагающее участие двух партнеров (например, катание машинки или мячика от одного к другому или совместное собирание пирамидки). Так выявляется стремление и способность ребенка к ситуативно-деловому общению.

Ситуация 3. «Совместное разглядывание картинок»

Цель: выявление уровня развития внеситуативно-познавательного общения и речи ребенка.

Взрослый привлекает внимание ребенка к книжке и предлагает ее «почитать». Сначала он дает возможность ребенку самому рассмотреть картинки, назвать те, которые он узнает, поддерживая его активность поощрениями и вопросами. Если ребенок не проявляет никакой активности, взрослый старается вовлечь его в совместное рассматривание картинок и их обсуждение. В случае, если ребенок принимает эту форму взаимодействия, взрослый строит ее в такой последовательности:

1) просит назвать 2-3 знакомых животных, спрашивая: «Это кто? Где она живет? Что делает?» и т.д. Если ребенок молчит, взрослый сам отвечает на эти вопросы и просит повторить высказывания;

2) предлагает найти среди картинок машинку или самолет и просит назвать изображенный на картинке предмет;

3) показывает картинки с изображениями детей и спрашивает, что они делают («Что делает девочка?»). Если ребенок не отвечает, взрослый просит его показать ту или иную картинку (например, ту, на которой девочка ест, или мальчик рисует);

4) показывает картинки с животными и просит показать одну из них (например, ту, где птичка сидит на дереве).

В случае полной пассивности ребенка и отказа выполнять инструкции взрослого картинки убираются, а взрослый пытается осуществить с ребенком другие виды общения.

Данные наблюдения заносятся в протокол .

Таблица 10

Шкалы оценки параметров общения

параметры общения	критерии оценки параметров	баллы
инициативность	<i>Отсутствует:</i> ребенок не проявляет никакой активности и пассивно следует за взрослым.	0
	<i>Слабая:</i> ребенок редко (2-3 раза) проявляет инициативу и предпочитает следовать за взрослым.	1
	<i>Средняя:</i> ребенок проявляет инициативу почти во всех пробах, но его действия примитивны и однообразны.	2
	<i>Высокая:</i> ребенок активно привлекает взрослого к своим действиям и демонстрирует разнообразные способы контактов	3
чувствительность к воздействиям взрослого	<i>Отсутствует:</i> ребенок вообще не отвечает на предложения взрослого.	0
	<i>Слабая:</i> ребенок изредка реагирует на инициативу взрослого, предпочитая индивидуальную игру.	1
	<i>Средняя:</i> ребенок не всегда отвечает на предложения взрослого.	2
	<i>Высокая:</i> ребенок с удовольствием откликается на инициативу взрослого, активно подхватывает все его действия	3
средства общения	Экспрессивно-мимические; жесты и предметные действия; речь	э ж, пд р

Таблица 11

Шкалы оценки параметров речевого развития детей

параметры речевого развития	критерии оценки параметров	баллы
активная речь	<i>Отсутствует:</i> ребенок не произносит ни слова.	0
	<i>Низкий уровень:</i> ребенок повторяет за взрослым отдельные слова и предложения.	1
	<i>Средний уровень:</i> ребенок самостоятельно произносит названия знакомых предметов и действий, может составить двусловное предложение.	2
	<i>Высокий уровень:</i> ребенок обращается с высказываниями к взрослому, может составить 2-3 связных предложения	3

понимание речи взрослого	<i>Отсутствует:</i> ребенок вообще не понимает речи взрослого	0
	<i>Низкий уровень:</i> ребенок узнает знакомые предметы и животных по их названию, но не понимает слов, обозначающих признаки, действия и пр.	1
	<i>Средний уровень:</i> ребенок понимает обращенную к нему речь взрослого, легко находит нужные предметы и действия	2
	<i>Высокий уровень:</i> ребенок понимает значение прилагательных и предлогов (под, над, и др.)	3
способность к выполнению речевых инструкций взрослого	<i>Отсутствует:</i> ребенок не реагирует на просьбы и обращения взрослого	0
	<i>Низкая:</i> ребенок выполняет только простые, одноактные инструкции типа «Дай мячик»	1
	<i>Средняя:</i> ребенок, как правило, выполняет двухактные инструкции и ориентируется на название признаков предмета	2
	<i>Высокая:</i> ребенок легко и охотно выполняет все инструкции взрослого, включая пространственное расположение предметов	3

Лист нормоконтроля

Обучающийся Тереванова Елена Николаевна
фамилия, имя, отчество

Тема ВКР: Особенности взаимосвязей родительского
отношения и общения часто болеющих детей
третьего года жизни.

Нормоконтроль пройден.

Нормоконтролер М.А.М. 15.06.2017 Кожлова О.В.
(подпись, дата) (расшифровка подписи)

