

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ 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 и педагогики детства

КИРИЛЛОВА МАРИЯ ВЛАДИМИРОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО СНИЖЕНИЮ СТРАХОВ ЧАСТО
БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 4-5 ЛЕТ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ
МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ**

Направление подготовки 44.03.01 Педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы
Дошкольное образование

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

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

Научный руководитель
д-р мед.наук, профессор Ковалевский В.А.

Дата защиты

Обучающийся

Кириллова М.В.

Оценка _____

Красноярск 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	1
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ И СТРАХОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ.....	8
1.1. Родительское отношение к часто болеющим детям: понятие, виды, факторы, показатели. Специфика материнского отношения.....	8
1.2. Особенности эмоционального развития детей 4-5 лет, специфика переживания ими страхов.....	18
1.3. Часто болеющие дети: особенности психосоциального развития.....	24
Вывод по Главе 1.....	35
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ И СТРАХОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА 4-5 ЛЕТ.....	38
2.1. Организация исследования.....	38
2.2. Анализ результатов исследования.....	49
2.3. Методические рекомендации педагогам по снижению страхов болеющих детей в возрасте 4-5 лет.....	77
Выводы по Главе 2.....	88
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	90
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	100
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	104

Актуальность исследования

Психическое развитие ребенка определяется его эмоциональным благополучием. Однако среди типичных детских эмоций нередко существенное место занимают не только положительные, но и отрицательные эмоции, негативно влияющие как на общий психологический настрой ребенка, так и на его деятельность, в том числе учебную. В результате во многих случаях можно говорить не об одной эмоции страха или тревожности, а о целом их комплексе, который охватывает сознание ребенка практически целиком и тем самым предопределяет его поведение и деятельность, зачастую весьма неэффективно.

Страх и тревожность являются наиболее опасными из всех эмоций. Обширные области исследования, посвященные страху и тревожности, создают прекрасные основания для дальнейшего понимания этих важных эмоций. Литературы по данной проблеме разработано немного, но она свидетельствует о том, что изучение страхов и тревожности у дошкольников и учащихся младших классов весьма актуальна.

Проблема страхов мало используется в практике дошкольных учреждений. И будучи ещё в детском саду, дети должны пройти все тесты тревожности и преодолеть барьер страха в своём сознании.

Проблемой страхов у детей дошкольного и младшего школьного возраста занимались многие учёные. Безруких М.М. и Ефимова С.П. указывают на большой вклад Боулби в обозначение причин детских страхов, а так же на заслуги Рэчмена, согласно концепции которого, события или ситуации, которые вызывают так же боль, могут вызвать страх независимо от наличного ощущения боли. Черясворт предложил перечень индикаторов страха. Много методов и приёмов для снятия тревожности младших школьников разработано у А.М. Прихожан.

Актуальность темы не вызывает сомнений, и определяется широкой распространенностью эмоциональных комплексов, среди дошкольников и

младших школьников. Они являются причиной возникновения неврозов и различных расстройств, и с помощью психолого-педагогического исследования детского страха, возможно проведение его коррекции В.В. Ковалев [27].

Родители по-разному реагируют на болезнь ребенка. Обычно отцы не склонны драматизировать ситуацию, в то время как матери часто впадают в депрессию, испытывают чувство вины. Поэтому у матерей, как правило, проявляется больше психических симптомов в связи с болезнью ребенка, чем у отцов. Многие говорят о том, что модель реакции родителей непосредственно сказывается на психологической адаптации ребенка.

Большинство исследований показывает, что появление у ребенка хронического заболевания может повлиять на функцию семьи, особенно в случаях с болезнями, которые трудно поддаются лечению, например нестабильно протекающий диабет, тяжелая астма или рак. Обычно отношения в семье ухудшаются.

Как больному ребенку, так и его родителям, особенно в период стресса, необходима связь с обществом. Обычно она ухудшается, когда ребенок заболевает. Зачастую это связано с психическими проблемами семьи, особенно при болезнях, вызывающих социальные ограничения, например муковисцидозе, тяжелой аллергии или ревматоидном артрите.

Во время болезни родители нередко забывают о других своих детях. В то же время у них, даже если нет очевидных психических симптомов, часто наблюдаются низкая самооценка, беспокойство и неуверенность С.Л. Рубинштейн [36].

Болезни органов дыхания у детей занимают доминирующее положение в структуре заболеваемости детского населения, поэтому заслуживают серьезного внимания из-за их возрастающей медицинской и социальной значимости. В этом плане особое внимание заслуживают часто болеющие, а в ряде случаев и длительно болеющие дети, у которых тяжело протекающие острые респираторные заболевания (ОРЗ) могут негативно отражаться на

состоянии иммунной реактивности, способствовать формированию неспецифических хронических воспалительных процессов в органах дыхания.

При этом вероятность заболеть для часто длительно болеющих детей сравнительно одинакова во все сезоны года. Соответственно контингент часто длительно болеющих детей должен планомерно целенаправленно оздоравливаться круглый год. Острые респираторные инфекции (ОРИ), являются основной причиной обращений (до 90%) за амбулаторной педиатрической помощью в осенне-зимний период. ОРЗ, чаще всего болеют дети раннего возраста, в особенности на первом году посещения детских дошкольных учреждений. Среди детей школьного возраста наиболее часто (до 50%) ОРЗ встречаются у учащихся начальных классов. Дети в возрасте старше 10 лет болеют ОРЗ в 2-2,5 раза реже, чем дети раннего возраста. В зависимости от возраста, развития иммунной системы, эпидемиологических и социальных факторов удельный вес часто длительно болеющих детей среди всех детей варьирует от 15 до 50%. В то же время среди всех случаев ОРЗ у детей, на долю часто длительно болеющих детей приходится от 67,7 до 75% А.Г. Румянцев [37].

Однако в литературе нами не найдены сведения о том, каким образом взаимосвязаны материнское отношение и переживание страхов часто болеющим ребенком 4-5 лет.

Цель исследования: выявление и обоснование особенностей педагогической работы по снижению страхов ЧБД 4-5 лет на основе изучения материнского отношения.

Задачи:

- рассмотреть теоретические аспекты особенностей взаимосвязей материнского отношения и страхов часто болеющих детей;
- изучить специфику родительского и материнского отношения к часто болеющим детям;

- выявить особенности эмоционального развития часто болеющих детей 4-5 лет.

- проанализировать особенности психосоциального развития часто болеющих детей;

- провести эмпирическое исследование особенностей взаимосвязей материнского отношения и страхов часто болеющих детей 4-5 лет: организацию исследования и анализ результатов исследования;

- разработать методические рекомендации для педагогов с целью осуществления ими педагогической работы с матерями часто болеющих детей 4-5 лет.

Предмет исследования: особенности педагогической работы по снижению страхов часто болеющих детей 4-5 лет.

Объект исследования: родительское отношение к часто болеющим детям 4-5 лет.

Гипотеза исследования: основным типом материнского отношения часто болеющих детей 4-5 лет является симбиоз, отвержение часто болеющих детей свойственны такие виды страхов «медицинские страхи», «страхи темноты», «страхи причинения физического ущерба», «страхи смерти» так же предполагаем, что существует прямая положительная связь выделенных типов материнского отношения и видов страха, снижая которые по средствам педагогической работы возможно достижение гармонизации во взаимоотношения матерей и часто болеющих детей.

Для решения поставленных задач нами были использованы теоретические методы исследования:

- сравнение,
- обобщение.

Методы исследования:

Эмпирические: наблюдение, эксперимент.

Статистические

Метод ранговой корреляции Спирмена.

У критерии Манна-Уитни.

В качестве диагностического инструментария были использованы следующие методики:

- исследование особенностей семейной ситуации и состояния здоровья детей посредством изучения медицинских карт дошкольников;
- методика выявления детских страхов «Страхи в домиках» (А.И. Захаров, И. М. Панфилова);
- методика диагностики родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин);
- методика «Взаимодействие родитель – ребенок» (И.М. Марковская.)

Практическое значение работы состоит в том, что на основе полученных данных разработаны методические рекомендации для педагогов с целью осуществления ими педагогической работы с матерями часто болеющих детей 4-5 лет.

Работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы и приложений.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ И СТРАХОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ

1.1. Родительское отношение к часто болеющим детям: понятие, виды, факторы, показатели. Специфика материнского отношения

Преодолеть болезнь, сформировать к ней адекватное отношение, выработать антиципационную состоятельность (способность с высокой вероятностью предвосхищать ход событий, прогнозировать развитие ситуаций и собственные реакции на них и реагировать с временно-пространственным упреждением) ребенок не сможет без надлежащей помощи взрослых, а именно своих родителей. Именно они, начиная с самого раннего возраста, формируют у ребенка отношение к заболеванию. Как отмечал А. Р. Лурия, внутренняя картина заболевания складывается на основе как социально-конституциональных факторов (пол, возраст, профессия), так и на основе индивидуально-психологических особенностей личности (темперамент, характер, личностные особенности). Что касается характера, который является сформированным на основе темперамента и условий воспитания качеством человека, то именно родители могут развить в ребенке два основных типа отношения к заболеванию. Это либо «стоическая модель» отношения, предусматривающая отношение к болезни как к незначительному событию, на котором не следует акцентировать внимание и преувеличивать его тяжесть, либо «ипохондрическая модель» - которая предполагает отношение к здоровью, как к самой главной ценности, преувеличение тяжести заболевания, принятие всего на веру, повышенная внушаемость. С таким сформированным отношением к своему здоровью ребенок пойдет по жизни, вырабатывая на этой основе свои взаимоотношения с другими людьми и выстраивая линию своей жизни [13, с. 66-67].

Определяя подходы к исследованию межличностных отношений в семье, имеющей соматически больного ребенка, мы предполагаем, что их оптимальное развитие определяется сложным взаимодействием многих факторов, в числе которых одним из важнейших являются особенности родительского отношения к ребенку: стиль отношений родителей к детям, их позиции и установки по отношению к ним. Структура родительского отношения к соматически больному ребенку характеризуется нарушениями трех компонентов, а именно:

1) эмоционального (фобии и повышенная тревожность родителей, неразвитость родительских чувств);

2) когнитивного (нарушенное представление о состоянии здоровья ребенка, необъективное количество и качество требований к ребенку в семье);

3) поведенческого (высокий уровень протекции, неустойчивость родительской позиции, нарушения системы взаимоотношений в семье, низкая степень удовлетворения потребностей ребенка).

Эти нарушения сказываются на взаимодействии родителей и соматически больных детей, создавая «дефицитарную» социальную ситуацию развития. Дефицитарность проявляется в признаках особого психологического паттерна психосоматического расстройства, выражающегося в нарушенном (патогенном) влиянии родителя на соматически больного ребенка.

Понятие «родительская позиция» связывается с сознательно принятыми, выработанными взглядами, намерениями родителей по отношению к своим детям. В литературе описаны различные варианты родительских позиций, установок, родительского (чаще материнского) отношения. Анна Варга выделила следующие типы [11, с. 108-107]:

1) симбиоз (чрезмерная эмоциональная близость);

2) авторитарность;

3) эмоциональное отвержение («маленький неудачник»).

Владимир Николаевич Дружин в качестве ведущих родительских позиций описывает [11, с. 111-112]:

- 1) поддержка, разрешение;
- 2) приспособление к потребностям ребенка;
- 3) формальное чувство долга при отсутствии подлинного интереса к ребенку;
- 4) непоследовательное поведение.

А.А.Михеева выделила две основные родительские позиции, основанные на авторитете [31, с. 91-92]:

- 1) любви, доброты, уважения и
- 2) подавления, расстояния, педантизма, резонерства, подкупа.

Оптимальная родительская позиция должна отвечать трем главным требованиям: адекватности, гибкости и прогностичности. Адекватность позиции взрослого основывается на реальной точной оценке особенностей своего ребенка, на умении увидеть, понять и уважать его индивидуальность. Родитель не должен концентрироваться только на том, чего он хочет в принципе добиться от своего ребенка; знание и учет его возможностей и склонностей – важнейшее условие успешности развития. Гибкость родительской позиции рассматривается как готовность и способность изменения стиля общения, способов воздействия на ребенка по мере его взросления и в связи с различными изменениями условий жизни семьи, с особенностями его здоровья. «Закостенелая», инфантилизирующая позиция ведет к барьерам общения, вспышкам непослушания, бунта и протеста в ответ на любые требования. Прогностичность позиции выражается в ее ориентации на «зону ближайшего развития» ребенка и на задачи вчерашнего дня; это опережающая инициатива взрослого, направленная на изменение общего подхода к ребенку с учетом перспектив его развития.

Часто болеющего ребенка воспринимают как человека, которому с самого раннего детства пришлось сталкиваться с трудными проблемами и который нуждается в особой поддержке и помощи. Именно семья должна

стать развивающей средой для такого ребенка. Здоровый психологический климат служит гарантией его гармоничного развития и позволяет полнее раскрыть потенциальные возможности. Во многом это зависит от принятия родителями информации о заболевании ребенка, выбора стиля и тактики его воспитания, адекватного восприятия заболевания на всех этапах развития ребенка и сохранения уважительных отношений между всеми членами семьи.

С момента постановки диагноза ребенку жизнь в семье может поменяться коренным образом, родители первое время могут находиться в «шоковом состоянии». Они живут в условиях хронической психотравмирующей ситуации, постоянного эмоционального напряжения и волнующих вопросов: «Почему мой ребенок не может быть таким, как все? Как справиться со страхом? Можно ли вылечить ребенка?» и т.д. Сначала родители отвергают саму мысль о возможности серьезного заболевания и о том, что их ребенок не такой, как все. Зачастую они склонны обвинять друг друга и близких родственников в плохой наследственности, неправильном поведении. Отрицание заболевания сменяется переживанием вины.

Экстравертированные матери, как правило, винят в случившемся медицинский персонал в недосмотре, некачественной работе и т.д. Они неадекватно воспринимают болезнь ребенка, считая, что она вполне излечима, - так проявляется механизм психологической защиты от травмирующих переживаний. Интровертированные матери, винят в случившемся себя. Они впадают в отчаяние и проявляют депрессивные реакции. Настроение их преисполнено печалью, а в сознании доминирует мысль о случившемся. С течением времени матери становятся более замкнутыми, теряют интерес к окружающему, прежние привязанности. В эмоциональной сфере отмечается обидчивость, раздражительность, несдержанность аффектов, слезливость при разговорах о детях [4, с. 102-103].

В большинстве случаев из-за различных физических, эмоциональных и социальных нагрузок, обусловленных наличием хронических заболеваний

ребенка, матери страдают и переживают гораздо сильнее и острее, чем отцы.

У родителей, начиная с первых месяцев болезни их ребенка, по мнению Дмитрия Николаевича Исаева, может сформироваться три типа отношения к заболеванию [22, с. 87-88]:

- 1) адекватный, обуславливающий гармоничное воспитание;
- 2) сверхценный (тревожно-мнительный), сопряженный с воспитанием ребенка в условиях гиперопеки;
- 3) безразличный, с недооценкой тяжести болезни ребенка, воспитанием по типу гиперопеки.

Оценка детьми своего состояния в большей мере представляет копию родительской. При сверхценном подходе родителей к заболеванию ребенка у последнего отмечается фиксация на соматическом неблагополучии, «уход в болезнь», ипохондрические жалобы, отрицательная прогностическая оценка выздоровления. При безразличном отношении родителей к заболеванию дети демонстрируют явное непонимание важности комплексного лечения, смысла госпитализации. Тем самым неадекватное отношение родителей к болезни детей выступает в качестве фактора, приводящего к формированию у ребенка искаженной внутренней картины болезни, что имеет место для расстановки акцентов при проведении психотерапии.

Эффективность реабилитационных мероприятий (медицинских, психологических, психотерапевтических и др.) во многом зависит от участия и родителей, и ребенка. Только сплоченность всех членов семьи, уважительное отношение друг к другу, наличие общих целей и единой системы ценностей, желание максимально проявить и реализовать собственные возможности, помочь в этом своим близким – все это позволяет прогнозировать наиболее оптимальный и эффективный путь построения активной жизненной позиции часто болеющего ребенка [6, с. 33-34]. Е.И.Андреевой была предложена методика работы с родителями «Родительский семинар» для решения задач изменения сферы сознания и самосознания родителей и реальных форм взаимодействия в семье. На

семинаре совершенствуется восприятие супругами друг друга, меняется представление о своем ребенке, расширяется палитра педагогических приемов воздействия на ребенка, которые уже дома, в повседневной жизни апробируются родителями. Во время семинара родители обсуждают и обдумывают свои семейные отношения, обмениваются опытом, самостоятельно в ходе группового обсуждения вырабатывают пути разрешения семейных конфликтов. В рамках семинара следует использовать как лекционные приемы, так и активные формы работы (решение анонимных трудных ситуаций, групповая дискуссия и др.). Желательно, чтобы занятия родительского семинара посещали и матери, и отцы часто болеющих детей [2, с. 6-7].

Качество развития и здоровья ребёнка является следствием адекватности используемых воспитательно-развивающих технологий. Не случайно ст. 51 закона «Об образовании» гласит: «Образовательное учреждение создаёт условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся, воспитанников». Федеральный закон «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» ст. 28 вменяет системе образования охраняющие здоровье детей санитарно-гигиенические требования. В дошкольных и других образовательных учреждениях независимо от организационно-правовых форм должны осуществляться меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников, в том числе меры по организации их питания, и выполняться требования санитарного законодательства. Программы, методики и режимы воспитания и обучения, технические, аудиовизуальные средства обучения и воспитания, учебная мебель, а также учебники и иная издательская продукция допускаются к использованию при наличии санитарно-эпидемиологических заключений о соответствии их санитарным правилам.

Анализ медицинских и психолого-педагогических характеристик часто болеющих детей подтвердил базовые положения психосоматического

подхода к модели развития человека о том, что в развитии часто болеющего ребенка важно учитывать степень и характер влияние всех факторов, оказывающих влияние на становление личности ребенка [17, с. 69-40].

Опубликованы исследования [18, с. 101-102], указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду психологических характеристик. Так, ЧБД свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг. Плохое самочувствие, ограничение движений, длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, депрессивным и регрессивным реакциям.

Для ЧБД дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни. Если говорить о поведении, то оно изменяется, часто становится «трудным» для окружающих его взрослых, формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму [19, с. 97-98].

Существуют специфические особенности межличностного взаимодействия и деятельности ЧБД, такие как: ограниченность круга общения больного ребенка, объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь. Особое влияние оказывает преобладание симбиотического, симбиотически – авторитарного, привязывающего–подавляющего стилей родительского отношения к ребенку. Родители фиксируют внимание ребенка на

болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения; наблюдается скованность, замкнутость детей; они менее контактны и общительны; утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми, нет радости от совместных игр и развлечений; нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства; ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и как следствие – двигательная потребность ребенка [19. с. 69-70].

Неразработанность проблемы формирования тревожности часто болеющих детей в связи с особенностями семейной среды определяет проблемное поле зрения для психологов. Повышенная тревожность оказывает негативное влияние на поведение и деятельность ребенка, препятствуя его гармоничному развитию. Неэффективное родительское отношение рассматривается как один из факторов формирования тревожности. Отсутствие у родителей эмоционального контакта с детьми или чрезмерная его интенсивность, неверие в способность ребенка быть самостоятельным, инициативным, ответственным, чрезмерная тревога и забота о ребенке, предъявление ребенку завышенных требований без учета реальных его возможностей. Семьи с часто болеющим ребенком имеют особую структуру, в которой тесная симбиотическая связь матери и ребенка сочетается с психологической отстраненностью отца. Болезнь ребенка может являться пусковым механизмом, вызывающим неэффективное родительское отношение, которое способствует высокой тревожности у ребенка. Для снижения тревожности ребенок часто использует неадаптивные механизмы защиты – соматизацию тревоги, бегство в болезнь. Возникает психосоматический замкнутый круг, выбраться из которого можно изменив неэффективное родительское отношение к ребенку на эффективное.

Часто болеющие мальчики имеют более высокий уровень самооценочной и межличностной тревожности. В семьях с часто болеющими детьми симбиоз сочетается с инфантилизацией ребенка, что ставит его в позицию слабого, независимо от пола. Существует прямая взаимосвязь

между уровнем тревожности и неэффективным родительским отношением, а также и обратная связь между тревожностью и эффективным отношением. Несмотря на предпринимаемые со стороны медицины меры по укреплению и сохранению здоровья часто болеющих детей, проблемы, связанные с развитием и социализацией их личности остаются достаточно острыми. Вопрос адаптации часто болеющих детей к условиям дошкольного образовательного учреждения является достаточно острым, поскольку поступление ребенка в детский сад и адаптация к нему являются факторами риска в возникновении заболеваний. Это обуславливает необходимость грамотного психолого-педагогического и медицинского сопровождения адаптации часто болеющих детей. Предпринята попытка выявления специфики адаптации часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению в связи с особенностями их психосоматического статуса и родительского отношения к ним и обеспечения благоприятной адаптации часто болеющих детей [15, с. 77-78].

Внедрены коррекционно–развивающие программы, основные направления которых включают оптимизацию родительского отношения к часто болеющему ребенку посредством информационно–просветительской работы и тренинговых занятий с родителями; подготовку ребенка к посещению образовательного учреждения через совместную с родителем деятельность в новой среде, посредством игровых занятий с детско–родительскими парами. В рамках занятий происходит принятие ребенком правил новых условий жизни, условия разлуки с близкими взрослыми, установление ритуалов прощания с ребенком через трансляцию их родителем, снятие эмоционального напряжения, развитие игровых и коммуникативных навыков, становление доверия к новому социальному окружению. Результаты контрольного среза выявили положительные изменения специфики адаптации часто болеющих детей экспериментальной группы и родительского отношения к ним: повысились показатели аппетита, сна, настроения, инициативности в общении со сверстниками и взрослыми,

уверенности в себе, при этом снизилась аффективная привязанность к взрослому; отмечено повышение показателей адаптации: аппетит; сон; эмоциональное состояние; социальные контакты и их стабилизация. Уменьшилась длительность адаптационного периода, снизилась частота заболеваемости (46% детей в течение года не болели совсем; 34% детей болели значительно реже); наблюдали укорочение длительности периода выздоровления (длительность заболеваний составляла от 3–5 дней); отсутствие осложнений после перенесенного заболевания. В контрольной выборке положительные изменения менее существенны.

Снижению самооценочной и межличностной тревожности, изменению родительского отношения и гармонизации детско-родительских отношений способствует внедрение корреляционных программ в образовательные учреждения, предложенные Ж.Г. Дусказиевой [25, с. 79-80].

Для часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни [23, с. 111-112].

К особенностям познавательной деятельности часто болеющих старших дошкольников можно отнести: истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности; трудности переключения внимания; снижение продуктивности воспроизведения; снижение продуктивности внимания; уменьшение уровней развития творческого воображения; уменьшение объема произвольной зрительной памяти; большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность [19, с. 88-89].

Таким образом, родителям необходимо помнить, что их личностные особенности, их стиль взаимоотношения с ребенком оказывает непосредственное влияние на его развитие как личности, как

индивидуальности, на формирование жизненных и поведенческих стратегий в условиях психотравмирующей ситуации, какой может выступать болезнь ребенка. Учет данного контекста необходим при проведении лечебных и реабилитационных мероприятий в условиях стационара или детской поликлиники, где необходимо имеет кабинеты психологической помощи, и проводить работу не только с детьми, но также и с их родителями. Воспитывая детей, родители изменяются сами, ведь любовь к ребенку способна созидать не только личность маленького человека, она способна преобразовывать и совершенствовать личность взрослых, обогащать их внутренний мир.вследующем разделе рассмотрим особенности эмоционального развития детей 4-5 лет, специфику переживания ими страхов.

1.2. Особенности эмоционального развития детей 4-5 лет, специфика переживания ими страхов

Дошкольное детство - очень короткий отрезок в жизни человека, всего первые семь лет. Одним из основных направлений психического развития в дошкольном возрасте является формирование основ личности. Ребенок начинает осознавать свое «Я», свою активность, деятельность, начинает объективно себя оценивать. Усложняется эмоциональная жизнь дошкольника: обогащается содержание эмоций, формируются высшие чувства.

Дошкольник в 4-5 лет - это человек с богатым и разнообразным эмоциональным миром, он глубоко чувствует, его переживания, прежде всего, тесно связаны с отношениями в кругу близких [9, с. 119-120].

Эмоциональное развитие дошкольника связано, прежде всего, с появлением у него новых интересов, мотивов и потребностей. Важнейшим изменением в мотивационной сфере выступает возникновение общественных мотивов, уже не обусловленных достижением узколичных утилитарных

целей. Поэтому интенсивно начинают развиваться социальные эмоции и нравственные чувства.

Эмоции играют важную роль и в жизни ребенка. Они помогают воспринимать действительность и реагировать на нее. У дошкольника формируется эмоциональное предвосхищение, которое заставляет его переживать по поводу возможных результатов деятельности, предвидеть реакцию других людей на его поступки. Поэтому роль эмоций в деятельности ребенка существенно изменяется. Если раньше ребенок испытывал радость от того, что получил желаемый результат, то теперь он радуется потому, что может этот результат получить. Если раньше он выполнял нравственную норму, чтобы заслужить положительную оценку, то теперь он ее выполняет, предвидя, как обрадуются окружающие его поступку.

В дошкольном возрасте эмоциональный мир ребенка богаче и разнообразнее. От базовых эмоций (радости, страха) он переходит к более сложной гамме чувств: радуется и сердится, ревнует и грустит. Так же усваивается язык таких чувств, как выражение оттенков переживаний при помощи взглядов, жестов, улыбок, движений, интонаций голоса.

Именно в дошкольном возрасте ребенок осваивает высшие формы экспрессии - выражение чувств с помощью интонации, мимики, пантомимики, что помогает ему понять переживания другого человека, «открыть» их для себя.

Вся жизнь ребенка раннего и дошкольного возраста подчинена его чувствам. Управлять своими переживаниями он еще не может. Поэтому дети, гораздо больше подвержены переменам настроения, чем взрослые. Их легко развеселить, но еще легче огорчить или обидеть, так как они почти совсем не знают себя и не умеют владеть собой. Вот почему они способны пережить целую гамму чувств и волнений за необычайно короткий промежуток времени. Настроение ребенка во многом зависит от взаимоотношений с взрослыми и сверстниками [16, с. 31- 32].

Развитие эмоций и чувств у дошкольников зависит от ряда условий.

1. Эмоции и чувства формируются в процессе общения ребенка со сверстниками.

Сопереживание сверстнику во многом зависит от ситуации и позиции ребенка. В условиях острого личного соперничества эмоции захлестывают дошкольника, резко возрастает количество негативных экспрессии в адрес ровесника. В групповых же соревнованиях главным стержнем служат интересы группы, а успех или неудачу делят все вместе, сила и количество негативных экспрессии снижается, ведь на общем фоне группы личные удачи и неудачи менее заметны.

2. При специально организованной деятельности (например, музыкальные занятия, чтения сказок) дети учатся испытывать определенные чувства, связанные с восприятием (например, музыки). Наиболее яркие положительные эмоции ребенок испытывает в ситуации сравнения себя с положительным литературным героем, активно ему сопереживая. Такое сравнение дошкольник проводит лишь мысленно и с уверенностью, что в подобной ситуации поступил бы так же. Поэтому негативные эмоции в адрес персонажа отсутствуют.

3. Эмоции и чувства очень интенсивно развиваются в соответствующем возрасту дошкольников виде деятельности - в игре, насыщенной переживаниями.

Мощным фактором развития гуманных чувств является и сюжетно-ролевая игра. Ролевые действия и взаимоотношения помогают дошкольнику понять другого, учесть его положение, настроение, желание.

4. В процессе трудовой деятельности, направленной на достижение результата, полезного для окружающих, возникают новые эмоциональные переживания: радость от общего успеха, сочувствие усилиям товарищей, удовлетворение от хорошего выполнения своих обязанностей, недовольство от своей плохой работы.

Важной особенностью эмоционального развития является тесная связанность с ситуацией непосредственного общения переживаний через призму непосредственных коммуникативных отношений.

В целом дети относятся к жизненным ситуациям оптимистично. Им присуще бодрое, жизнерадостное настроение. Обычно эмоции и чувства дошкольников сопровождаются выразительными движениями: мимикой, пантомимикой, голосовыми реакциями. Выразительные движения являются одним из средств общения. Развитие эмоций и чувств связано с развитием других психических процессов и в наибольшей степени - с речью.

Одним из важнейших компонентов нравственного развития детей является развитие эмпатии как способности человека к сочувствию другим людям и сопереживанию с ними, к пониманию их состояний. Изучение эмоций ребенка играет большую роль в выявлении причин поведения ребенка, позволяет определить его отношение к миру. Детские страхи также являются эмоциональным переживанием. Детские страхи, в целом, нормальное явление, сопровождающее развитие и социальную адаптацию ребенка. Но если они не соответствуют возрасту, переживаются чересчур эмоционально или начинают угнетать ребенка, то для борьбы с ними требуются специальные занятия.

В начале своей жизни ребенок опасается всего нового. Он одушевляет предметы, верит в реальность сказочных персонажей и героев мультфильмов. Он слишком мал, чтобы выстроить цепь логических рассуждений, поэтому верит словам взрослых и переносит на себя их реакцию на самые разные ситуации. Психологи выявили, что очень часто причиной возникновения страха у ребенка выступают именно взрослые люди. Порой родители излишне эмоционально предупреждают ребенка о грозящей ему опасности («Упадешь!», «Обожжешься!»), запугивают его («Отдам тебя дяде!», «Придет Баба-Яга и заберет!» и др.). Зачастую ребенок напуган не столько самой ситуаций, сколько реакцией на нее со стороны взрослого человека. Он

различает тревожные нотки в голосе, ему передается волнение. Другими причинами, вызывающими детские страхи, являются [11, с. 61-62]:

Рис.1. Причины, вызывающие детские страхи

Увеличению количества страхов способствуют следующие факторы:

- наличие страхов у родителей;
- строгость в воспитании, ограничения в шумных эмоциональных играх;
- отсутствие товарищей по играм; нервно-психические перегрузки матери, вынужденной или сознательно взявшей на себя роль главы семьи;
- гиперопека со стороны родителей; воспитание в неполной семье.

Очень многие страхи возникают у ребенка именно в процессе его воспитания, что необходимо учитывать родителям. Возрастные фобии и виды ↑ Взросление ребенка сопровождается появлением тех или иных страхов. Такие возрастные фобии — признак нормального развития, кроме того, они важны для маленького человека, так как являются этапами адаптации к условиям окружающего мира.

В возрасте от 3-5 лет дети осознают конечность жизни и начинают бояться смерти (своей, близких людей и вообще смерти). В связи с этим

появляются страхи тяжело заболеть, пожара, нападения бандитов, укуса ядовитых насекомых и змей. Остается страх перед стихией.

Страх – своеобразная защитная функция организма. Если он проявляется соответственно возрасту, то легко поддается коррекции, да и проходит самостоятельно. Патологический же страх, особенно проявляющийся в крайних формах, таких как ужас или эмоциональный шок, может затормозить развитие и привести к формированию особых качеств личности: замкнутость, неуверенность в себе, безынициативность. В этом случае без консультации специалиста не обойтись. Непреодоленные страхи могут повлиять и на взрослую жизнь человека, мешать гармоничной семейной жизни, передаваться его детям. Чтобы побороть детские страхи, необходимо их диагностировать [31, с. 102-103].

Трудность диагностики у детей дошкольного возраста заключается в том, что они не говорят о своих страхах. Их наличие родители могут заметить по поведению ребенка: нервозности; капризности; беспокойному сну; некоторым привычкам (грызет ногти, накручивает на палец волосы).

Таким образом, эмоции помогают определённым образом воспринимать действительность, реагировать на неё. Умение искренне радоваться, понимать чувства и эмоциональные состояния людей, чётко выражать свои желания и общаться с людьми, быть восприимчивым к искусству и проявлениям жизни — всё это зависит от того, как сформирован ребёнок эмоционально. То, как развита эмоциональная сфера ребёнка дошкольного возраста, влияет на понимание маленьким человеком мира и успешного взаимодействия с ним. В следующем разделе рассмотрим особенности психосоциального развития часто болеющих детей.

1.3. Часто болеющие дети: особенности психосоциального развития

Несмотря на большое количество общеукрепляющих и оздоровительных мероприятий, разработанных традиционной медициной, проблема помощи, развития и обучения соматически больных детей остается актуальной.

В системе охраны здоровья матери и ребенка проблема часто болеющих детей (ЧБД) остается важной не только с медико-социальной, но и с экономической точки зрения. Основным объемом ЧБД среди детского населения приходится на возраст 3 – 4 лет. Кроме этого, современные исследования показывают, что на долю ЧБД приходится от 25,0 до 56,9% всех заболеваний детей дошкольного возраста. Уход за больными детьми является причиной третьей части всех трудовых потерь, что тоже обусловлено контингентом ЧБД. Исследователи утверждают, что частые заболевания ребенка являются факторами риска хронической патологии в подростковом периоде и у взрослых (в 2 раза больше анемий, в 5 раз чаще сердечно-сосудистые заболевания, у 60% – аллергические проявления) [8, с. 102-103].

В последние годы проявилась тенденция к проявлению заболеваний в более раннем возрасте. Общее количество заболеваний среди детей, в том числе детей дошкольного возраста, постоянно растет. Возросло число детей с функциональными расстройствами и хроническими болезнями. В частности, дети первой группы здоровья (отсутствие функциональных и морфологических отклонений) составляют всего лишь 16,2%, второй группы (функциональные и морфологические отклонения со сниженной сопротивляемостью организма – ЧБД) – 82,2%, третью группу здоровья (хронические заболевания в стадии компенсации) составляют 1,6 % детей. [17, с. 99-100]. Соответственно, группа ЧБД является наиболее обширной в современном обществе.

Принято считать, что часто болеющие дети – феномен специфически возрастной. Эту группу составляют преимущественно дети дошкольного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более

четырёх раз в году. Однако исследования показывают, что острые респираторные вирусные инфекции не единственная причина частых заболеваний. В число причин входят детские инфекции, отиты, синуситы и обращения по поводу хронических заболеваний только в фазе обострения [1, с. 111-112].

В исследовании Н.Г. Веселова [8, с. 69-70] указано, что в медицине часто болеющими считаются:

дети до 1 года, если случаи острых респираторных заболеваний (ОРЗ) – 4 и более в год;

дети от 1 до 3 лет – 6 и более ОРЗ в год;

дети от 3 до 5 лет – 5 и более ОРЗ в год;

дети старше 5 лет – 4 и более ОРЗ в год.

Когда мы употребляем термин «часто болеющий ребенок», речь не идет о диагнозе, так как практикующий врач имеет дело с клинически здоровым ребенком, который периодически болен по причине временных отклонений в защитных системах организма и не имеет стойких органических нарушений в них [18, с. 89-90].

Д.Н. Исаев [22, с. 66-67] характеризует общее состояние таких детей проявлениями, которые можно обозначить как преневротические (нарушения сна, тики, патологические привычки, беспричинный плач), вегетодистонические (головокружения, головные боли, нарушения ритма сердцебиения, одышка, обмороки, повторные боли в животе, гиперемия кожи, отрыжка воздухом), соматические (жажда, булимия, рвота после еды, ожирение, непереносимость отдельных видов пищи, кожный зуд и высыпания).

В структуре хронических заболеваний ЧБД, по исследованиям Н.Г. Веселова [8, с. 110-111], наиболее значительными являются: заболевания ЛОР–органов (от 32% до 87,3%), органов пищеварения (от 20% до 25%), опорно-двигательного аппарата (от 18,3% до 28,7%) и болезни нервной системы (неврозы – 23%, астенический синдром – 16,4%, малая мозговая

дисфункция – 9,8%, невротические реакции – 6,5%). Заболеваемость во всех возрастных группах выше у мальчиков.

Проанализировать совокупность факторов, оказывающих непосредственное влияние на развитие личности ребенка, представляется возможным в ходе изучения отношений в рамках системы «ребенок – среда».

С позиции отечественной психологии наследственность, среда и активность являются определяющими факторами, ведущими детерминантами развития человека [16, с. 106-107].

В данном случае роль фактора наследственности проявляется в индивидуальных свойствах человека и выступает в качестве предпосылок развития. Действие фактора среды отражается в социальных свойствах личности, а действие фактора активности обнаруживается во взаимодействии факторов среды и наследственности.

Социальный фактор в современных психологических исследованиях рассматривается как совокупность общественной среды, микросреды (семья, сверстники, образовательное учреждение), природной среды и экологии. В данном случае важно, что «неправильно решение проблемы среды и ее роли..., когда среда рассматривается как нечто внешнее по отношению к ребенку, как обстановка развития, как совокупность объективных, безотносительно к ребенку существующих и влияющих на него самим фактом своего существования условий. К началу каждого возрастного периода складывается совершенно своеобразное, специфичное для данного возраста, исключительное, единственное и неповторимое отношение между ребенком и окружающей его действительностью, прежде всего социальной. Это отношение мы называем социальной ситуацией развития» [9, с. 86-87].

В.В.Николаева [32, с. 77-78] отмечает, что «...в структуре социальной ситуации развития среда теряет качество «безличности» и становится субъективно окрашенным социальным пространством, активным творцом которого выступает сам человек как субъект деятельности».

Соответственно, важным фактором развития личности выступает ее активность, а условием развития – успешность ее самореализации в деятельности и во взаимодействии с окружающими. В процессе изучения этого вопроса было показано, что для полноценного психического развития ребенок должен активно и адекватно действовать в окружающем мире.

Кроме того, определено, что уровень осознания и разрешения человеком различных жизненных ситуаций во многом определяется степенью зрелости его личности в целом. Однако ребенок дошкольного возраста, в силу своих возрастных особенностей, не способен адекватно осознать происходящее. Именно поэтому очевидна зависимость развития ребенка от количественных и качественных показателей его общения со взрослыми: родителями, педагогом, а также от содержания деятельности, в которую они вовлекают ребенка [19, с. 70-71].

Следовательно, анализируя социальную ситуацию развития ребенка и особенности его психического развития в ситуации болезни, мы можем определить факторы социальной среды, детерминирующие развитие личности больного ребенка.

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

- а) ограничение движения,
- б) ограничение познавательной деятельности.

Однако известно, что двигательная активность является важной формой самовыражения ребенка, а также сильнейшим фактором его развития. Кроме того, изменение познавательной активности соматически больного дошкольника и ограниченность общения со сверстниками существенно меняют социальную ситуацию развития, инфантилизируя его [32, с. 107-108].

Отличная от ситуации развития здорового ребенка, особая объективная социальная ситуация развития часто болеющего дошкольника, которая имеет место ввиду существующей болезни, субъективно переоценивается ребенком

и образует субъективный компонент общей картины соматического заболевания – внутреннюю картину болезни (ВКБ) [32, с. 33-34]. ВКБ является основным комплексом вторичных, психологических по своей природе, симптомов заболевания, и возникновение их, прежде всего, связано с социальными факторами жизни и воспитания ребенка.

Своеобразная теоретическая модель развития ВКБ предложена в работах А.Ш. Тхостова и В.В. Николаевой. Особенность подхода состоит в том, что авторы предлагают рассматривать процесс формирования ВКБ как особую форму познавательной деятельности (соматоперцепции), направленной на понимание новой жизненной ситуации – ситуации болезни и овладения ею, а также собственным поведением в новых жизненных обстоятельствах. Причем ВКБ, с их позиции, обладает собственным содержанием и специфичностью, хотя и подчиняется общепсихологическим закономерностям формирования, развития и функционирования [32, с. 77-78].

Особый, качественно иной характер развития личности часто болеющего ребенка обусловлен также и его личностными особенностями, которые во многом тесно связаны с характером взаимоотношений ребенка с родителями, его субъективными знаниями и отношением к здоровью, а не только объективной тяжестью заболевания. Все это определяет своеобразное поведение ребенка в ситуации болезни, которое исследователи характеризуют как адаптивное. Болезнь ограничивает активность человека, формирует дефицитарные условия для развития личности, может стать причиной кризиса психического развития, привести к появлению новообразований как нормального, так и патологического типа и тем самым оказать прямое влияние на жизненный опыт человека.

Психологические особенности часто болеющих детей достаточно подробно описаны разными авторами, которые связывают их со стойким эмоциональным напряжением ребенка и, в том числе, со сложностями в развитии волевого поведения [3, с. 112-113].

Исследования по данной проблематике позволяют нам выделить психологические особенности соматически больных детей и представить их следующим образом.

В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, им свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг.

Плохое самочувствие, ограничение движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям. Все это отражает социальную ситуацию развития, складывающуюся в условиях болезни. Основными последствиями этой ситуации являются изменения в направленности личности, в системе самооценок, в установке на деятельность.

Параллельно с адекватной и даже несколько завышенной осознанной самооценкой у часто болеющих детей сосуществует негативное эмоциональное самоотношение. В этом случае часто имеет место сравнение с матерью, проявляющееся в самоуничижении, приписывании себе отрицательных эмоций, таких, как горе (печаль), страх, гнев (злость) и чувство вины.

Интересно то, что с точки зрения субъективной картины болезни, для часто болеющих детей характерно амбивалентное (биполярное) отношение к ней. Так, большинство детей понимает, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на подсознательном уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье: она «выгодна» ребенку, потому что дает

ему возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Основная часть часто болеющих детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, больше обращать внимание и заботиться о них.

Е.О. Смирнова, В.М. Холмогорова выделили три варианта формирования личности дефицитарного типа: тормозимый, возбудимый и смешанный. Все типы первичных дефектов анализаторов являются причиной появления большого иерархически построенного комплекса вторичных нарушений, который включает в себя как недоразвитие отдельных функций, тесно связанных с первичным дефектом, так и сложные, социально обусловленные личностные образования. Однако по мере отдаленности от первичного дефекта специфичность вторичного дефекта снижается [40 с. 91-92].

Соматическая болезнь может оказывать значительное влияние на условия протекания деятельности, ее динамику, выносливость человека к нагрузкам (в том числе и ребенка), условия деятельности, сохранности операционального состава. Для соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста характерны патологические изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-ролевой игры, что оказывает крайне негативное влияние на освоение ребенком собственного внутреннего мира, мешает психологической борьбе ребенка с ситуацией болезни.

Если говорить о поведении соматически больного ребенка старшего дошкольного возраста, то оно изменяется, часто становится «трудным» для окружающих его взрослых. И хотя болезнь, в большинстве случаев, не останавливает психическое развитие ребенка, она искажает, отягощает и замедляет его ход. Ситуация болезни, являясь тяжелой психической травмой, может не только активизировать его компенсаторный потенциал психики, но и разрушительно воздействовать на нее.

К особенностям познавательной деятельности группы часто болеющих старших дошкольников можно отнести:

- 1) истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности;
- 2) трудности переключения внимания;
- 3) снижение продуктивности воспроизведения;
- 4) снижение продуктивности внимания;
- 5) уменьшение уровней развития творческого воображения;
- 6) уменьшение объема произвольной зрительной памяти;
- 7) большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность.

Таким образом, среди особенностей развития личности часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста можно выделить преобладание позиции «малоценности», ущербности и непосредственно-чувственное отношение к себе (Ливанова М.Н., Николаева В.В.).

Для часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как горе, страх, гнев и чувство вины (Арина Г.А., Коваленко Н.А.). Кроме того, ярко выражена тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения (Касаткин В.Н., Румянцев А.Г.). У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила.

Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму (Ливанова М.Н.). В младшем и среднем дошкольном возрасте у часто болеющих детей более чем у их здоровых сверстников выражена тенденция к адекватной самооценке, но она во многом зависит от типа семейного воспитания. Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми (Ковалевский В.А.).

Кроме того, существуют специфические особенности межличностного взаимодействия и деятельности часто болеющего ребенка, такие как: ограниченность круга общения больного ребенка, объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь [28, с. 111-112].

Социальная ситуация развития ребенка в условиях болезни меняется кардинальным образом. Это оказывает немаловажное влияние на динамику развития познавательных способностей соматически больных детей, развития их личности, а значит, возможно, и развития волевого поведения.

Особое влияние оказывает преобладание симбиотического, симбиотически–авторитарного, привязывающего–подавляющего стилей родительского отношения к ребенку (Ковалевский В.А., Николаева В.В.). Родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения; наблюдается скованность, замкнутость детей; они менее контактны и общительны (Арина Г.А., Коваленко Н.А.); утрачивается непосредственность общения со взрослыми и детьми, нет радости от совместных игр и развлечений; нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства; ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и как следствие – двигательная потребность ребенка (Исаев Д.Н., Николаева В.В.) [28, с. 77-78].

К группе социальных факторов, влияющих на развитие предрасположенности к частым соматическим заболеваниям относятся алкоголизм, наркомания и курение родителей, а также использование по дороге в ясли-сад и обратно общественного транспорта. Некоторые исследователи [32, с. 22-34], к ним относят наоборот высокое социальное положение и образование родителей.

Важным социальным фактором, располагающим к частым соматическим заболеваниям, является факт поступления и посещения ребенком детского дошкольного учреждения, которое, в свою очередь,

сопровождается такими провоцирующими стресс факторами как длительное расставание с родителями и домашними; попадание в незнакомую, новую по организации и структуре предметно-пространственную среду; длительный контакт с чужими детьми, воспитателями, персоналом [22, с.101-102].

В целом анализ медицинских и психолого-педагогических характеристик часто болеющих детей подтвердил базовые положения системного подхода, психосоматического подхода и биопсихосоциоэтической модели развития человека о том, что в развитии часто болеющего ребенка важно учитывать степень и характер влияние всех факторов, оказывающих влияние на становление личности ребенка. Изучение влияния биологических, социальных, психологических и духовных факторов в комплексе даст полное представление о характере этого развития.

В частности, социальная ситуация развития данных категорий детей является качественно иной по сравнению со здоровыми сверстниками. Внешними, социальными факторами, определяющими развитие детей, являются характер взаимоотношений соматически больного ребенка со взрослыми и сверстниками, особенности адаптации ребенка к образовательному учреждению, активность его в процессе деятельности и общения, субъективная позиция в отношении здоровья (осознание болезни на различных уровнях).

В субъективной картине болезни часто болеющего ребенка достаточно ярко отражена ее эмоционально-волевая составляющая, а наибольшее влияние на формирование именно такой внутренней картины болезни оказывает та система отношений в семье, которая складывается вокруг ребенка. Немаловажным оказывается также социальное положение и образование родителей, культура семьи (наличие вредных привычек), характер адаптации ребенка к детскому саду (успешность его взаимодействия со взрослыми и сверстниками).

Вывод по Главе 1

Эмоции играют важную роль и в жизни ребенка. Они помогают воспринимать действительность и реагировать на нее. У дошкольника формируется эмоциональное предвосхищение, которое заставляет его

переживать по поводу возможных результатов деятельности, предвидеть реакцию других людей на его поступки. В дошкольном возрасте эмоциональный мир ребенка богаче и разнообразнее. Важной особенностью эмоционального развития является тесная связанность с ситуацией непосредственного общения переживаний через призму непосредственных коммуникативных отношений. В начале своей жизни ребенок опасается всего нового. Он одушевляет предметы, верит в реальность сказочных персонажей и героев мультфильмов. Психологи выявили, что очень часто причиной возникновения страха у ребенка выступают именно взрослые люди. Порой родители излишне эмоционально предупреждают ребенка о грозящей ему опасности.

Зачастую ребенок напуган не столько самой ситуацией, сколько реакцией на нее со стороны взрослого человека. Он различает тревожные нотки в голосе, ему передается волнение. Трудность диагностики у детей дошкольного возраста заключается в том, что они не говорят о своих страхах. Их наличие родители могут заметить по поведению ребенка: нервозности; капризности; беспокойному сну; некоторым привычкам.

Когда мы употребляем термин «часто болеющий ребенок», речь не идет о диагнозе, так как практикующий врач имеет дело с клинически здоровым ребенком, который периодически болен по причине временных отклонений в защитных системах организма и не имеет стойких органических нарушений в них. Социальный фактор в современных психологических исследованиях рассматривается как совокупность общественной среды, микросреды (семья, сверстники, образовательное учреждение), природной среды и экологии. В данном случае важно, что «неправильно решение проблемы среды и ее роли..., когда среда рассматривается как нечто внешнее по отношению к ребенку, как обстановка развития, как совокупность объективных, безотносительно к ребенку существующих и влияющих на него самим фактом своего существования условий. Следовательно, анализируя социальную ситуацию развития ребенка

и особенности его психического развития в ситуации болезни, мы можем определить факторы социальной среды, детерминирующие развитие личности больного ребенка. Особый, качественно иной характер развития личности часто болеющего ребенка обусловлен также и его личностными особенностями, которые во многом тесно связаны с характером взаимоотношений ребенка с родителями, его субъективными знаниями и отношением к здоровью, а не только объективной тяжестью заболевания.

Таким образом, из всех социально-психологических факторов, обозначенных в современных исследованиях в качестве детерминирующих развитие личности часто болеющего ребенка, наиболее значительными объективно являются родительское (в частности, материнское) отношение и психологический климат в семье, в общую картину которого можно включить отношение в семье ребенка к здоровому образу жизни, а конкретно, его соблюдение.

Среди особенностей развития личности часто болеющего ребенка выделить приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как горе, страх, гнев и чувство вины, выраженную тревожность, неуверенность в себе, зависимость от чужого мнения. Формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила.

Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми [28, с. 77-78].

Основной идеей Концепции формирования здорового образа жизни в системе образования является развитие физического и психического здоровья подрастающего поколения, что станет важным компонентом

образования, необходимого для решения понимания ценности жизни каждого человека.

В следующем параграфе изучим эмпирическое исследование особенностей взаимосвязей материнского отношения и страхов часто болеющего ребенка 4-5 лет, изучим организацию исследования; проанализируем результаты исследования; дадим методические рекомендации родителям, воспитывающим часто болеющих детей в возрасте 4-5 лет.

Гипотеза исследования: состоит в предположении того, что типы материнского отношения, в основу которого положена гиперопека, излишнее переживание родителей за здоровье ребенка, потакание прихотям ребенка, влияет на увеличение частоту страхов часто болеющих детей 4-5 лет; так как подобная неоптимальная родительская позиция [9, с.32-37].

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ МАТЕРИНСКОГО ОТНОШЕНИЯ И СТРАХОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА 4-5 ЛЕТ

2.1. Организация исследования

Первый этап – поисково-теоретический.

Обоснование темы, изучение психологической, психолого-педагогической литературы, её обобщение и теоретический анализ. Постановка целей, задач, объекта и предмета исследования, формирование гипотезы исследования, отбор соответствующих методов и методик исследования.

Второй этап – опытно-экспериментальный.

Проведение констатирующего эксперимента. Формирование базы опрашиваемых – подбор дошкольников, мальчиков и девочек в возрасте от 4 до 5 лет. Проведение эмпирического исследования:

– исследование особенностей семейной ситуации и состояния здоровья детей посредством изучения медицинских карт дошкольников;

– Методика выявления детских страхов «Страхи в домиках» (А.И. Захаров и М. Панфилова);

- Методика диагностики родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин);

- Методика «Взаимодействие родитель – ребенок» (Марковская И.М.)

Третий этап – обобщающий

Анализ показателей, с целью выявления особенностей страхов часто болеющих детей 4-5 лет, подведение итогов исследования.

Выборка исследования: дети групп «Светофорчик» и «Летучий корабль» в возрасте от 4 до 5 лет, в количестве 24 человек. Исследование проводилось в г. Боготоле на базе детского сад № XX.

Описание методов исследования.

1) Данные по группам здоровьям детей группы «Светофорчик» и «Летучий корабль» были проанализированы, посредством анализа медицинских карт дошкольников в детской поликлинике №Х г. Боготола.

Группы здоровья – это условные категории, объединяющие в себе детей с разным уровнем физического состояния. Относя человека к той или иной группе, врач как бы дает условный знак тем людям, кто еще будет работать с малышом.

В первую очередь, группа здоровья определяет, нуждается ли дошкольник в зачислении в специализированное учебное учреждение, или нет. На основе этой цифры, в карте для ребенка, подбирается подходящий тип физической нагрузки, стол (диета), выставляются ограничения на занятия той или иной деятельностью.

Распределение детей по группам здоровья, осуществляет врач педиатр, на основании медицинского заключения о состоянии детского здоровья, которое оформляется по результатам полного, комплексного обследования, результатов анализов и функциональных тестов.

2) Методика выявления детских страхов «Страхи в домиках» (А.И. Захаров и М. Панфилова)

Цель – выявление и уточнение преобладающих видов страхов у детей старше 3-х лет.

Перед началом рисования с ребёнком проводится беседа о способах и содержании рисунка.

Список вопросов состоит из 31 различных страхов, которые можно разделить на несколько групп:

- медицинские страхи – боль, уколы, врачи, болезни;
- страхи, связанные с причинением физического ущерба - транспорт, неожиданные звуки, пожар, война, стихии;
- страх смерти (своей);
- боязнь животных;
- страхи сказочных персонажей;

- страх темноты и кошмарных снов;
- социально-опосредованные страхи - людей, детей, наказаний, опозданий, одиночества;
- пространственные страхи - высоты, глубины, замкнутых пространств.

После выполнения задания ребенку предлагается закрыть черный дом на замок (нарисовать его), а ключ - выбросить или потерять. Данный акт успокаивает актуализированные страхи.

Обработка и анализ результатов: Анализ полученных результатов заключается в том, что экспериментатор подсчитывает количество выбранных ребёнком страхов. Полученные ответы объединяются в несколько групп по видам страхов. В среднем из 31 вида страхов, выделенных автором, у детей наблюдаются от 6 до 15.

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

Тест-опросник родительского отношения является психодиагностическим инструментом, который измеряет, насколько родитель доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

Обработка и анализ результатов: 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.

4) Методика «Взаимодействие родитель – ребенок» (Марковская И.М.)

Методика предназначена для параллельного опроса детей и родителей. Она позволяет измерить одни и те же параметры детско-родительского взаимодействия, имеет три формы: одну – детскую и две – взрослые, по 60 вопросов в каждой.

В опроснике «Взаимодействие родитель – ребенок» для подростков и их родителей представлены следующие 10 шкал.

1. Нетребовательность – требовательность родителя. Чем выше показания по этой шкале, тем более требователен родитель, тем больше ожидает он высокого уровня ответственности от ребенка.

2. Мягкость – строгость родителя. По результатам этой шкалы можно судить о суровости, строгости мер, применяемых к ребенку, о жесткости правил, устанавливаемых во взаимоотношениях между родителями и детьми, о степени принуждения детей к чему-либо.

3. Автономность – контроль по отношению к ребенку. Чем выше показатели по этой шкале, тем более выражено контролирующее поведение по отношению к ребенку.

4. Эмоциональная дистанция – эмоциональная близость ребенка к родителю. Следует обратить особое внимание, что эта шкала отражает представление родителя о близости к нему ребенка.

5. Отвержение – принятие ребенка родителем. Эта шкала отражает базовое отношение родителя к ребенку, его принятие или отвержение личностных качеств и поведенческих проявлений ребенка.

6. Отсутствие сотрудничества – сотрудничество. Наличие сотрудничества между родителями и детьми как нельзя лучше отражает характер взаимодействия.

7. Несогласие – согласие между ребенком и родителем. Эта шкала тоже описывает характер взаимодействия между родителем и ребенком и отражает частоту и степень согласия между ними в различных жизненных ситуациях.

8. Непоследовательность – последовательность. Последовательность родителя является важным параметром взаимодействия, в этой шкале отражается, насколько последователен и постоянен родитель в своих требованиях, в своем отношении к ребенку, в применении наказаний и поощрений и т. д.

9. Авторитетность родителя. Результаты этой шкалы отражают самооценку родителя в сфере его влияния на ребенка, насколько его мнения, поступки, действия являются авторитетными для ребенка, какова сила их влияния.

10. Удовлетворенность отношениями ребенка с родителем. По данным 10-й шкалы можно судить об общей степени удовлетворенности отношениями между родителями и детьми – как с той, так и с другой стороны.

Вариант опросника для родителей подростков послужил основой для составления другой формы опросника – для родителей дошкольников и младших школьников. Были изменены некоторые вопросы, которые оказались неадекватными для детей этого возраста и заменены две шкалы опросника. Вместо шкал несогласие – согласие и авторитетность родителя (7-я и 9-я шкалы) были введены две новые шкалы: **7-я – тревожность за ребенка; 9-я – воспитательная конфронтация в семье.**

Замена 7-й и 9-й шкал вызвана отсутствием параллельной формы этих шкал в детском варианте опросника, так как в этом возрасте детям достаточно трудно отвечать на вопросы, связанные с их отношением к родителям, а без сравнения с детскими данными шкалы согласия и авторитетности утрачивают свою диагностическую ценность.

Обработка результатов. Все три формы опросника (детская и взрослые) обрабатываются по сходной схеме. Подсчитывается общее количество баллов по каждой шкале, при этом учитывается – прямые это или обратные утверждения. Обратные утверждения переводятся в баллы таким образом:

Ответы: 1 – 2 – 3 – 4 – 5.

Баллы: 5 – 4 – 3 – 2 – 1.

В бланках-ключах обратные вопросы обозначены звездочками. Поскольку шкалы 3 и 5 содержат по 10 утверждений, а не по 5, как в остальных, то арифметическая сумма баллов по этим шкалам делится на 2.

Суммарная оценка проставляется в последнем столбце регистрационного бланка. Каждая строка бланка для ответов принадлежит одной шкале.

Исследование особенностей семейной ситуации и состояния здоровья детей мы провели с помощью беседы и анализа детских медицинских карт. Результаты исследования особенностей семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников, посещающих группу «Светофорчик», представлены в таблице 1.

Таблица 1

Категория здоровых детей группа «Светофорчик»

№ п/п	ФИ	Возраст	Состав семьи	Категория здоровья, болеет ОРВИ в год
1.	Алина П.	4,5	Мама –25 лет. Продавец. Образование среднее –специальное. Папа – 30 лет. Инженер. Образование –Высшее Дети –1.	1
2.	Арсений К.	4,8	Мама –28 лет. Продавец – консультант. Образование – высшее. Папа – 30 лет. Машинист. Образование –Высшее Дети –1.	2
3.	Богдан Н.	4,3	Мама –27 лет. Технический работник. Образование –среднее специальное. Папа – 28 лет. Таксист. Образование – среднее специальное. Дети –2. Дочь Мария Н. 2.2года	2

Продолжение таблицы 1

4.	Борис А.	5	Мама –25 лет. Медсестра. Образование –среднее специальное. Папа – 32 года. ИП. Образование–	1
----	----------	---	---	---

			Высшее Дети –1.	
5.	Геннадий Г.	4,7	Мама –30 лет. Врач. Образование – Высшее Папа – 30 лет. Врач. Образование– Высшее Дети –1.	1
6.	Григорий К.	4,6	Мама –30 лет. Домохозяйка. Образование-среднее специальное. Папа – 35 лет. ИП. Образование – Высшее Дети –3. Близняшки Арина и Алина –1.2 года	1
7.	Галина П.	4,8	Мама –25 лет. Воспитатель. Образование –среднее специальное. Папа – 30 лет. Таксист. Образование – начальное профессиональное Дети –1.	2
8.	Марина П.	4,6	Мама –23 года. Продавец. Образование –среднее специальное. Папа – 28 лет. Учитель. Образование –Высшее Дети –1.	3
9.	Мария О.	5	Мама –35 лет. Учитель. Образование –высшее Папа – 36 лет. Участковый. Образование –Высшее Дети –2. Сын Михаил О. –9 лет. Ученик.	2
10.	Нина В.	4,2	Мама –27 лет. Продавец. Образование –среднее специальное. Папа –30 лет. Продавец. Образование –Высшее Дети –1.	2

Продолжение таблицы 1

11	Олег Г.	4,9	Мама –26 лет. Учитель. Образование – высшее. Папа –36 лет. Полицейский. Образование –Высшее	1
----	---------	-----	--	---

Отразим результаты исследования особенностей семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников группы «Светофорчик» в виде гистограммы на рис. 2.

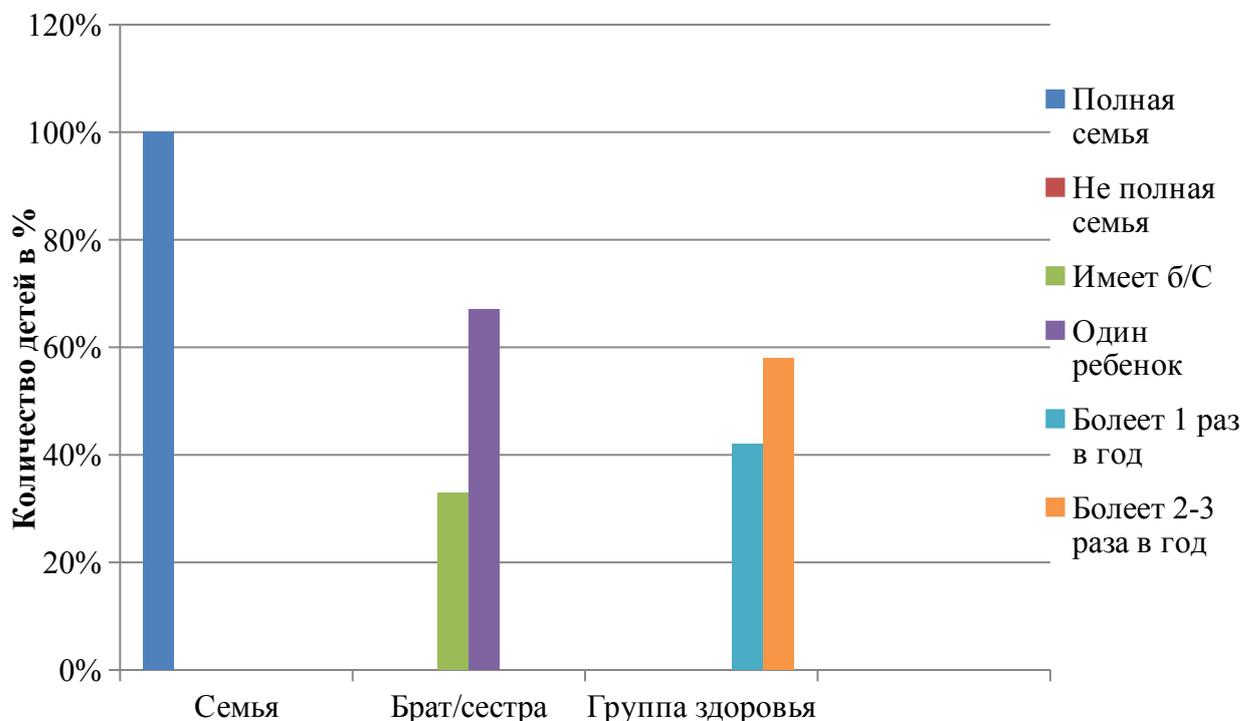


Рис. 2. Результаты состава семьи и группы здоровья детей в группе «Светофорчик»

Анализируя результаты исследования особенностей семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников, посещающих группу «Светофорчик» представленные в таблице 1 и на рисунке 1, можно выделить следующее:

- возраст детей от 4,3 месяцев до 5 лет.
- 12 дошкольников – 100%воспитываются в полных семьях;
- 4 дошкольника– 33% имеют брата или сестру;
- 8 дошкольников– 67%, являются единственными детьми в семье;
- 5 детей – 42%, болеют ОРВИ 1 раз в год;
- 7 детей – 58%, болеют ОРВИ 2-3 раза в год.

Результаты исследования особенностей семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников, посещающих группу «Летучий корабль», представим в таблице 2.

Таблица 2

Категория часто болеющих детей группа «Летучий корабль»

№ п/п	ФИ	Возраст	Состав семьи	Категория здоровья, болеют ОРВИ в год
1.	Арина Д.	4,5	Мама –30 лет. ИП. Образование-Высшее. Дети –1.	4
2.	Артур К.	4,8	Мама – 28 лет. Продавец. Образование –высшее. Папа –38 лет. Участковый. Образование –Высшее Дети –2. Дочь –Мария К. Ученица. – 8 лет	5
3.	Диана Н.	4,3	Мама – 37 лет. Техничка Образование – школьный аттестат Дети –4. Дочь Мария Н. – 6лет Сын Данил Г. –8 лет Сын Валерий У. –18 лет	5
4.	Денис А.	5	Мама – 25 лет. Медсестра. Образование –среднее специальное. Папа –32 года. ИП. Образование – Высшее Дети –1.	6
5.	Евгений Г.	4,7	Мама – 36 лет. Врач. Образование – Высшее Папа –40 лет. Учитель. Образование –Высшее Дети –1.	4

6.	Есения К.	4,6	Мама –25 лет. Домохозяйка. Образование –среднее специальное. Папа –35 лет. ИП. Образование – Высшее Дети –2. Дочь Алина К.–2 года	4
7.	Жанна П.	4,8	Мама -28 лет. Воспитатель. Образование –среднее специальное. Папа- 30 лет. Таксист. Образование – среднее специальное Дети –1.	5
8.	Зинаида П.	4,6	Мама – 33 года. Продавец. Образование –среднее специальное. Папа – 28 лет. Таксист. Образование –Среднее-специальное Дети – 2.Сын Петр П. 10 лет. Ученик.	6
9.	Мария Р.	5	Мама – 35 лет. Учитель. Образование –высшее Папа – 36 лет. Полицейский. Образование –Высшее Дети –2. Сын Михаил Р. –8 лет. Ученик.	4
10.	Матвей Г.	4,2	Мама – 27 лет. Менеджер. Образование –Высшее Дети –1.	5
11.	Николай З.	4,7	Мама –28лет. Учитель. Образование –среднее специальное. Папа –30 лет. Электрик . Образование –Высшее Дети – 2.Сын- Ринат З . 5.2 года посещает детский сад.	5
12.	Ольга Х.	4,9	Мама –26 лет. Парикмахер. Образование- среднее-специальное. Папа- 36 лет. Полицейский. Образование –Высшее Дети-1.	4

Отразим результаты исследования особенностей семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников группы «Летучий корабль» в виде гистограммы на рисунке 3.

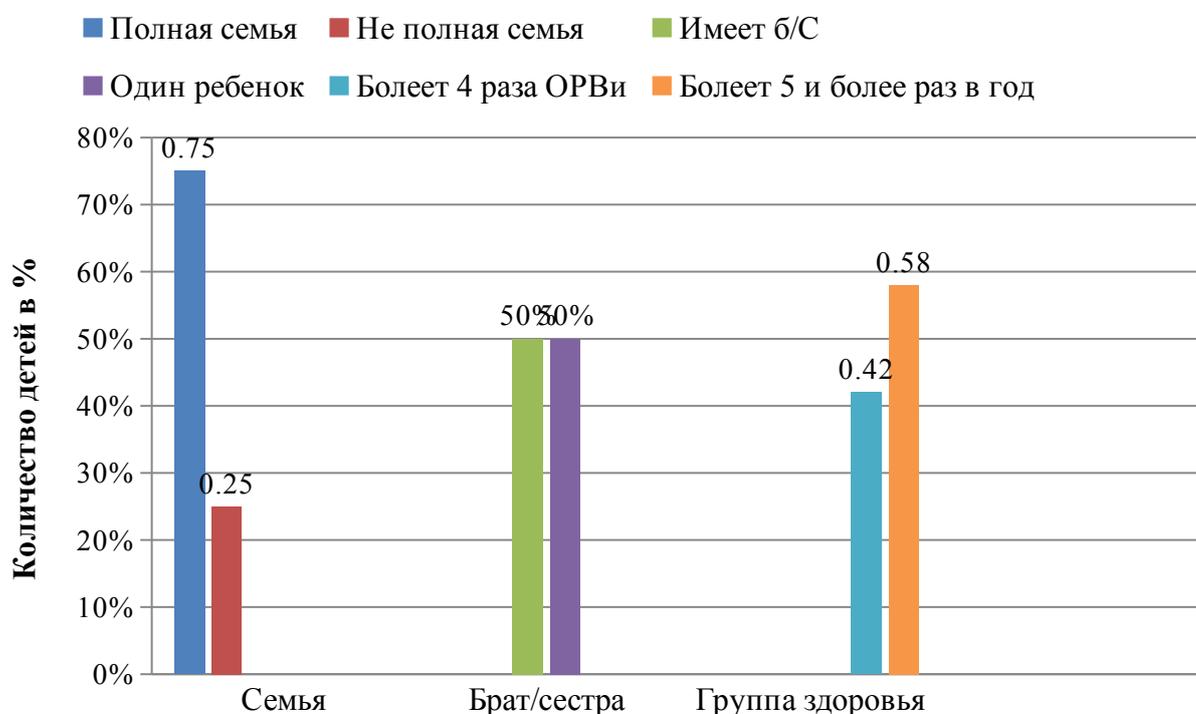


Рис. 3. Результаты состава семьи и группы здоровья детей «Летучий корабль»

Анализируя результаты исследования особенностей семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников, посещающих группу «Летучий корабль» представленные в таблице 2 и на рисунке 2, можно выделить следующее:

- возраст детей от 4,3 месяцев до 5 лет;
- 9 дошкольников — 75%, воспитываются в полных семьях;
- 3 дошкольников — 25%, воспитываются в неполных семьях (только мама);
- 6 дошкольников — 50%, из них 6 детей имеют брата или сестру;
- 6 дошкольников — 50%, не имеют брата или сестру;
- 5 дошкольников — 42%, болеют ОРВИ 4 раз в год;

– 7 дошкольников — 58%, болеют ОРВИ 5 и более раз в год.

При сравнении результатов исследования особенностей семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников в группах выделим, что:

– Возраст дошкольников в группах «Светофорчик» и «Летучий корабль» от 4,3 месяцев до 5 лет;

– В группе «Светофорчик» все дети воспитываются в полных семьях- 100%, а в группе «Летучий корабль» в полных семьях воспитывается 75% дошкольников;

– В группе «Летучий корабль» 25% воспитываются матерями в неполных семьях;

– В группе «Светофорчик» 33% дошкольников имеют брата или сестру;

– В группе «Летучий корабль» брата или сестру имеют – 50% дошкольников;

– В группе «Светофорчик» – 42% дошкольников болеют ОРВИ 1 раз в год, 58% – 2-3 раза в год;

– В группе «Летучий корабль» дошкольники болеют чаще — 42%, болеют ОРВИ 4 раз в год, 58% – более раз в год.

Таким образом, анализируя особенности семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников в группах можно выделить, что дошкольники посещающие группу «Летучий корабль», отличаются пониженным уровнем здоровья и болеют ОРВИ более 4 раз в год, в сравнении с дошкольниками, которые посещают группу «Светофорчик».

2.2. Анализ результатов исследования

Исследование особенностей детских страхов проводилось с помощью методики выявления детских страхов «Страхи в домиках» А.И. Захарова и М. Панфиловой.

Ответы детей мы посчитали по частоте выбора и разделили на темы, представленные в методике А. Захарова:

- медицинские страхи – боль, уколы, врачи, болезни;
- страхи, связанные с причинением физического ущерба - транспорт, неожиданные звуки, пожар, война, стихии;
- страх смерти (своей);
- боязнь животных;
- страхи сказочных персонажей;
- страх темноты и кошмарных снов;
- социально-опосредованные страхи - людей, детей, наказаний, опозданий, одиночества;
- пространственные страхи - высоты, глубины, замкнутых пространств.

В Таблице 3. представлены результаты частоты и степени выраженности страхов детей из группы «Светофорчик» (группы страхов по А. Захарову).

В Таблице 4. представлены результаты частоты и степени выраженности страхов детей из группы «Летучий корабль» (группы страхов по А. Захарову).

Таблица 3

Частота выраженности страхов детей из группы «Светофорчик»

ФИ, возр аст ребё нка	Перечень страхов по А.Н. Захарову	
	Остаться один	
А л и н а П	4	
	5	
		Нападения
	+	Заболеть, заразиться
		Умереть
		Смерть родителей
		Каких-то детей
		Каких-то людей
		Мамы или папы
		Наказания родителей
		Бабы-Яги, ..., чудовища
		Перед засыпанием
	+	Страшных снов
	+	Темноты
		Волка, медведя, собаку, пауков, ...
		Машин, поездов, самолётов
		Бури, урагана, наводн...
		Когда очень высоко
		Когда очень глубоко
		Замкнутого пространства
	Воды	
	Огня	
	Пожара	
	Войны	
	Больших улиц, площа...	
+	Врачей	
	Крови	
+	Уколов	
+	Боли	
	Резких звуков	
	Сделать что-то не так	
	Оползая в сад	

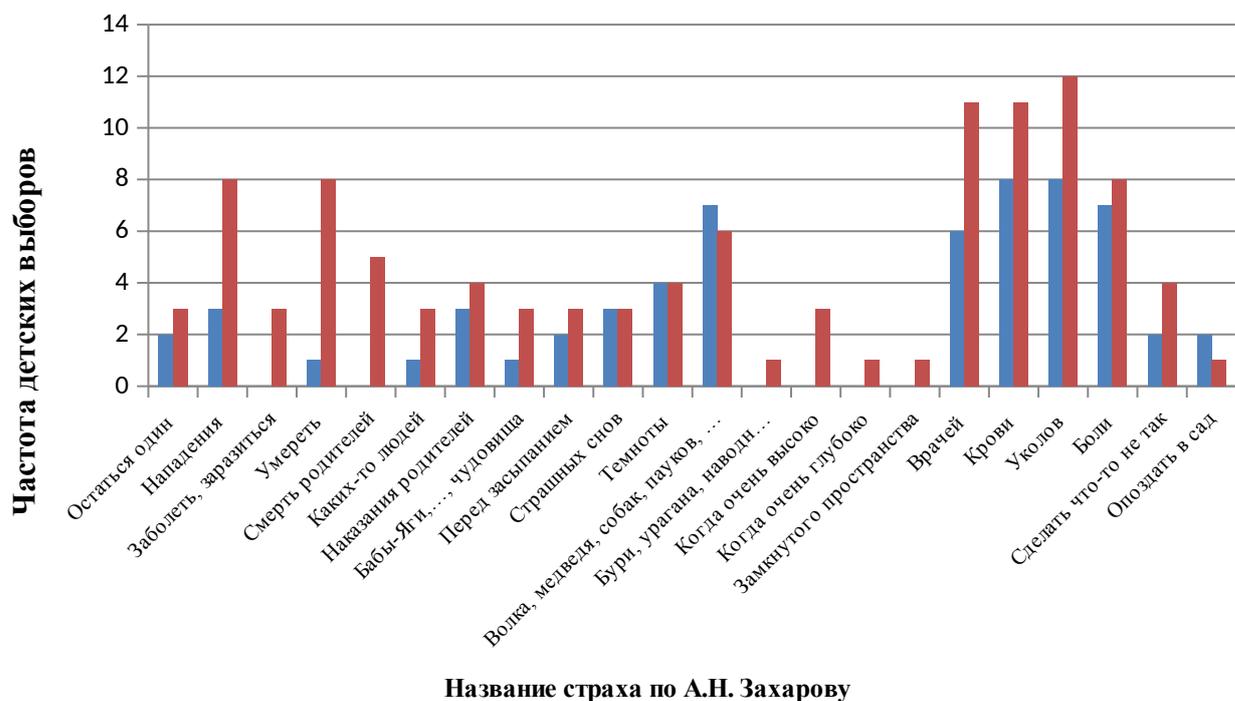


Рис.4. Сравнительный анализ частоты детских страхов в группах часто болеющих и здоровых детей

Нулевые средние значения по группе здоровых детей получили страхи:

- смерть родителей;
- каких-то детей;
- мамы или папы;
- машин, поездов, самолётов (транспорт);
- бури, урагана, наводнения, землетрясения;
- когда очень глубоко;
- когда очень высоко
- замкнутого пространства;
- воды, огня;
- пожара;
- войны;
- больших улиц, площадей;
- резких звуков.

Нулевые средние значения по группе часто болеющих детей получили страхи:

- каких-то детей;
- мамы или папы;
- машин, поездов, самолётов (транспорт);
- бури, урагана, наводнения, землетрясения;
- воды, огня;
- пожара;
- войны;
- больших улиц, площадей;
- резких звуков.

Практически одинаковые значения частоты детских выборов имеют страхи:

- остаться один,
- наказания родителей,
- перед засыпанием,
- глубины,
- замкнутого пространства,
- страшных снов,
- животных,
- опоздать в детский сад.

С большим преимуществом в группе часто болеющих детей представлены страхи по сравнению с группой здоровых детей:

- нападения,
- заболеть, заразиться,
- умереть,
- смерть родителей,
- каких-то людей,
- сказочных персонажей,
- высоты,
- врачей, крови, уколов, боли,
- сделать что-то не так.

Лидирующими в группе здоровых детей являются медицинские страхи (врачей, крови, уколов, боли). В группе часто болеющих детей соответственно: страхи физического ущерба, смерти, медицинские (врачей, крови, уколов, боли).

На Рис.5 представлены средние значения общего количества выбранных детьми страхов в первой и второй группах.

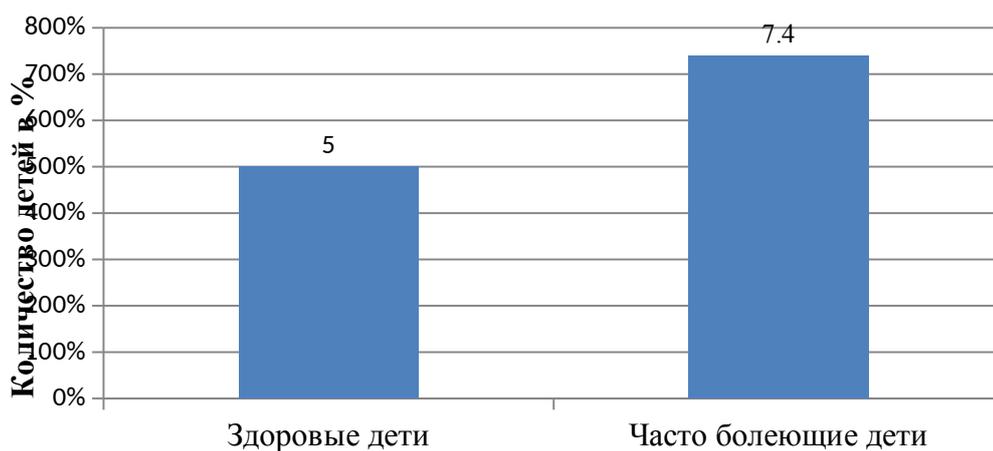


Рис.5. Средние значения количества страхов в группах здоровых и часто болеющих детей (баллы)

Из диаграммы видно, что в среднем количество страхов в первой группе детей (здоровых) меньше, чем во второй (часто болеющих).

На Рис. 6 мы представили сравнительный график среднеарифметических значений часто болеющих и здоровых детей по группам страхов А. Захарова.

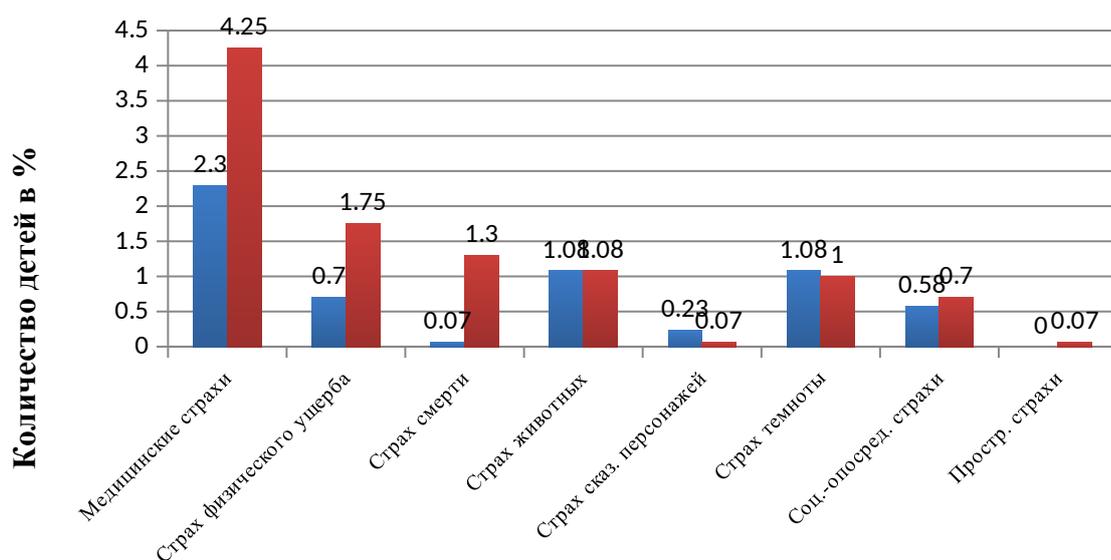


Рис. 6. Сравнительная диаграмма средних значений по группам страхов по А. Захарову

Из диаграммы видно, что наибольшее количество баллов в обеих группах детей набрали медицинские страхи, причем во второй группе со значительным перевесом. На втором месте часто болеющих детей по частоте выборов - страх физического ущерба. Второе место в группе здоровых детей занимают страх темноты и животных. На третьем месте в группе часто болеющих детей – страх смерти, в группе здоровых детей он выбран единожды.

В целом, значительные отличия по обеим группам детей со значительным перевесом детских выборов можно отметить в первых трёх группах страхов по А. Захарову: медицинские страхи, страхи физического ущерба, страх смерти.

Частоту детских выборов в процентном соотношении мы представили в Таблице 5.

Таблица 5

**Частота детских выборов по тематическим группам по А. Захарову
(методика «Страхи в домиках», %)**

№ пп	Группы детских страхов по	Нечасто	Часто
------	---------------------------	---------	-------

	А. Захарову	болеющие дети	болеющие дети
1	Медицинские страхи	81	100
2	Страхи, связанные с причинением физического ущерба	36	54
3	Страх смерти	9	64
4	Боязнь животных	0	36
5	Страхи сказочных персонажей	0	0
6	Страх темноты и кошмарных снов	45	54
7	Социально-опосредованные страхи	18	18
8	Пространственные страхи	0	18

Из Таблицы 5. видно, что на первом месте в обеих группах детей медицинские страхи. На втором – в первой группе страх темноты и кошмарных снов, на третьем – страхи, связанные с причинением физического ущерба. По 9 и 18% набрали страх смерти и социально – опосредованный страхи. Во второй группе на втором месте 64% выборов детей связаны со страхом смерти, третье место – 54% поделили ответы второй и шестой группы: страхи, связанные с причинением физического ущерба и страх темноты и кошмарных снов. 36% детей выбрали страх животных, 18% - отметили социально – опосредованные и пространственные страхи.

В группе часто болеющих детей частота детских выборов больше по темам: медицинские страхи; страхи, связанные с причинением физического ущерба; страх смерти; страх животных; страх темноты и кошмарных снов; пространственные страхи.

Самый высокий уровень различий по частоте встречаемости получили ответы, связанные со страхом собственной смерти и боязнь животных.

Анализ второй методики А. И. Захарова «Что мне снится страшное, или чего я боюсь днем» позволил разделить детские страхи по темам и уровню

его выраженности.

Детские рисунки мы разделили по выше обозначенным темам. Частоту встречаемости темы рисунка посчитали и представили в процентах.

Выбранные детьми темы в этой методике не совсем совпадают с выборами в предыдущей методике. Возможно, дети делали выбор в сторону того, «что легче или привычнее рисовать».

Выбор детей обеих групп не сильно различен. Числовые данные представлены в Таблице 6.

Таблица 6

**Частота детских выборов по тематическим группам по А. Захарову
(Методика ««Что мне снится страшное, или чего я боюсь днем», %)**

№ пп	Группы детских страхов по А. Захарову	Нечасто болеющие дети	Часто болеющие дети
1	Медицинские страхи	36	27
2	Страхи, связанные с причинением физического ущерба	9	9
4	Боязнь животных	36	27
5	Страхи сказочных персонажей	27	36
8	Пространственные страхи	0	9

Из Таблицы 6. видно, что темы третьей, шестой, седьмой группы по А. Захарову не были выбраны детьми. Примерно треть детей из первой и второй группы нарисовали страх животных, сказочных персонажей, медицинские страхи. Один ребёнок из второй группы нарисовал страх высоты.

Страхи по методике А. И. Захарова «Что мне снится страшное, или чего я боюсь днем» можно обозначить по степени выраженности.

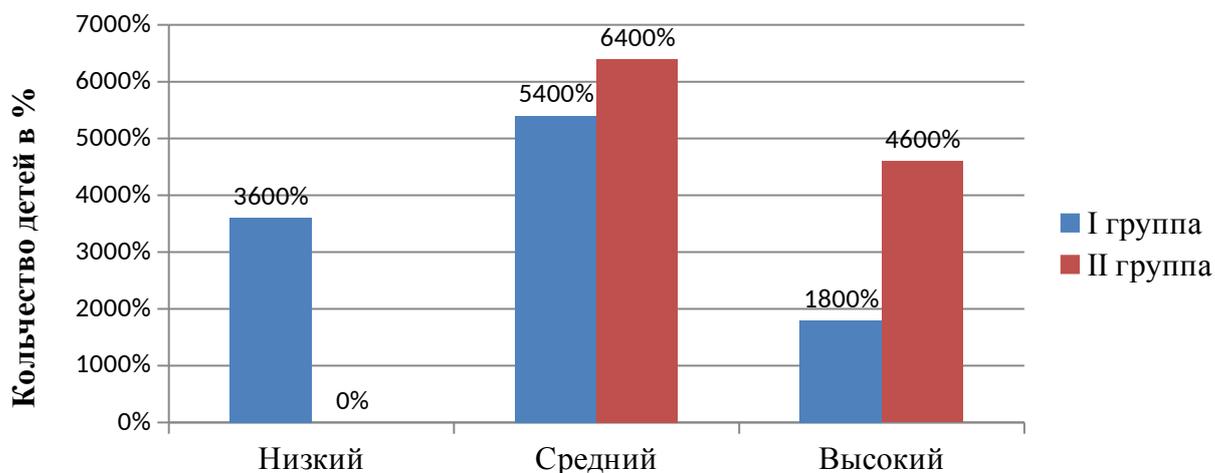


Рис. 7. Степень выраженности детских страхов по уровням в группах здоровых и часто болеющих детей (Методика «Что мне снится страшное, или чего я боюсь днем», %)

Из диаграммы, представленной на рисунке 7, мы видим, что степень выраженности детских страхов по методике А. И. Захарова «Что мне снится страшное, или чего я боюсь днем» в группе часто болеющих детей выше, чем в группе здоровых детей.

В первой группе преобладает низкий и средний уровень выраженности страхов (54 и 36 % соответственно). Во второй группе преобладает средний и высокий уровень выраженности страхов (64 и 46 % соответственно).

На следующем этапе мы сравнили результаты диагностики по группам – мальчики и девочки 4-5 лет – методом корреляционного анализа. Был использован метод ранговой корреляции Спирмена, который позволяет определить тесноту (силу) и направление корреляционной связи между двумя признаками или двумя профилями (иерархиями) признаков. В рамках нашего исследования такими признаками выступают: параметры материнского отношения (симбиоз, отвержение часто болеющих детей/принятие и пр.) и уровень страхов в разных ситуациях жизнедеятельности старшего дошкольника. Корреляционный анализ проводился в двух группах по отдельности: здоровые дети и часто болеющие

дети (N в данном случае = 24, а критические значения – 0,56 и 0,85), поэтому корреляционные таблицы получились разными (таб. 2.7-2.8):

Таблица 7

Результаты определения взаимосвязей материнского отношения и страхов не часто болеющих детей 4-5 лет методом Спирмена

	Принятие/ отвержение	Образ социальной желательности поведения	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
Страхи игровой ситуации	0,714 определены достоверные кор.связи	- 0,457 достоверные кор.связи не выявлены	0,345 достоверные кор.связи не выявлены	0,442 достоверные кор.связи не выявлены	0,817 определены достоверные кор.связи

Продолжение таблицы 7

Страхи ситуации занятия	0,689 определены достоверные кор.связи	- 0,581 достоверные кор.связи не выявлены	0,332 достоверные кор.связи не выявлены	0,210 достоверные кор.связи не выявлены	0,848 определены достоверные кор.связи
Страхи ситуации самостоятельной деятельности	0,711 определены достоверные кор.связи	- 0,563 достоверные кор.связи не выявлены	0,296 достоверные кор.связи не выявлены	0,215 достоверные кор.связи не выявлены	0,902 определены достоверные кор.связи

Из корреляционных таблиц видно, что:

1. И у не часто болеющих детей и часто болеющих детей 4-5 лет обнаружены положительные связи страхов во всех видах деятельности с такими характеристиками материнского отношения, как: «принятие часто болеющего ребенка/отвержение», «маленький неудачник» - то есть чем выше отвержение, тем более ребенок склонен к страхам, чем больше у матери выражен симбиоз, тем выше частота страхов этого ребенка;

**Результаты определения взаимосвязей материнского отношения часто
болеющих детей 4-5 лет методом Спирмена**

	Принятие/ отвержени е	Образ социальной желательнос ти поведения	Симбиоз	Авторитарн ая гиперсоциа- лизация	Маленький неудачник
Страхи игровой ситуаци и	0,848 определен ы достоверн ые кор.связи	- 0,599 достоверные кор.связи не выявлены	0,203 достоверн ые кор.связи не выявлены	0,739 определены достоверны е кор.связи	0,810 определен ы достоверн ые кор.связи

Продолжение таблицы 8

Страхи ситуации занятия	в 0,817 определен ы достоверн ые кор.связи	- 0,569 достоверн ые кор.связи не выявлены	0,255 достоверн ые кор.связи не выявлены	0,812 определен ы достоверн ые кор.связи	0,755 определен ы достоверн ые кор.связи
Страхи ситуации самостоятель ной деятельности	в 0,899 определен ы достоверн ые кор.связи	- 0,801 определен ы достоверн ые кор.связи	0,102 достоверн ые кор.связи не выявлены	0,731 определен ы достоверн ые кор.связи	0,701 определен ы достоверн ые кор.связи

- прямая зависимость между страхами во всех видах деятельности ребенка и параметром материнского отношения «авторитарная гиперсоциализация»: то есть чем больше у матери выражен симбиоз, мать проявляет авторитарность в воспитании, тем больше ребенок подвержен страхам;

- обратная зависимость между страхами в ситуации самостоятельной деятельности и параметром материнского отношения «образ социальной

желательности поведения»: то есть чем менее мать заинтересована в делах ребенка, старается во всем помочь ребенку, тем выше частота страхов ребенка.

Также нами предпринята попытка определения корреляционной связи между типами материнского отношения и уровнями страхов не часто болеющих детей и часто болеющих детей 4-5 лет (таб. 2.9-2.10):

Таблица 9

Взаимосвязь типов материнского отношения и уровня страхов не часто болеющих детей 4-5 лет

	Принятие/ отвержение	Образ социальной желательности и поведения	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
--	-------------------------	---	---------	-----------------------------------	------------------------

Продолжение таблицы 9

Низкий уровень страхов	rs = 0.899 достоверные кор.связи не выявлены	rs = -0.511 достоверные кор.связи не выявлены	rs = 0.201 достоверные кор.связи не выявлены	rs = -0.755 достоверные кор.связи не выявлены	rs = 0.602 достоверные кор.связи не выявлены
Выраженный уровень страхов	Не может быть определена корреляционная связь, поскольку численность не часто болеющих 4-5 лет с выраженным уровнем страхов – менее 5				
Высокий уровень страхов	Не может быть определена корреляционная связь, поскольку численность не часто болеющих 4-5 лет с выраженным уровнем тревожности – менее 5				

Таблица 10

Взаимосвязь типов материнского отношения и уровня страхов часто болеющих детей 4-5 лет

	Принятие/ отвержение	Образ социальной желательности и поведения	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Маленький неудачник
Низки	rs = 0.799	rs = -0.061	rs = 0.899	rs = 0.756	rs = 0.736

й уровен ь страхо в	достоверны е кор.связи не выявлены	достоверные кор.связи не выявлены	определен ы достоверн ые кор.связи	достоверные кор.связи не выявлены	достоверны е кор.связи не выявлены
Выраженный уровень страхов	Не может быть определена корреляционная связь, поскольку численность часто болеющих детей -5 лет с выраженным уровнем тревожности – менее 5				
Высокий уровень страхов	Не может быть определена корреляционная связь, поскольку численность часто болеющих 4-5 лет с выраженным уровнем тревожности – менее 5				

Таким образом, выявлена положительная корреляционная связь между низким уровнем сформированности страхов часто болеющих детей мальчиков 4-5 лет и симбиотическими отношениями с матерями.

Результаты проведенного исследования будут положены в основу работы по оптимизации материнского отношения часто болеющих детей 4-5 лет.

Сделав качественный и количественный анализ частоты выборов и степени выраженности детских страхов по выбранным методикам, можно сделать выводы:

- часто болеющие дети из группы «Летучий корабль» больше проявляют страхи по темам: медицинские страхи; страхи, связанные с причинением физического ущерба; страх смерти; страх животных; страх темноты и кошмарных снов; пространственные страхи;
- здоровые дети из группы «Светлячок» больше проявляют страхи по темам: медицинские страхи; страх темноты и кошмарных снов; страхи, связанные с причинением физического ущерба;
- среднее значение частоты детских выборов страхов по всем темам в группе часто болеющих детей выше, чем в группе здоровых детей;
- степень выраженности детских страхов в группе часто болеющих детей выше, чем в группе здоровых детей.

Обзор зарубежной и отечественной литературы, показывает, что часть детских страхов могут быть по степени выраженности и разновидностям возрастными. Такие как, медицинские, пространственные, темноты, кошмарных снов. Механизм и факторы образования невротических страхов до конца не изучены. Феномен «часто болеющие дети» может быть одним из данных факторов. Этому может способствовать и страх родителей, и частое болезненное состояние, и более частая необходимость обращения за медицинской помощью [13, с. 101-102].

У часто болеющих детей могут развиваться и различные психологические проблемы, «комплексы». Прежде всего, это – «комплекс неполноценности», ощущение неуверенности в себе. Невозможность, из-за частых болезней, жить полноценной для своего возраста жизнью, может привести к социальной дезадаптации (ребенок может избегать сверстников, быть замкнутым, грубым, раздражительным). Учитывая такие возможные последствия, родители должны быть заинтересованы в том, чтобы предотвратить ослабление иммунитета ребенка (Никитин Ю.Н., 2014).

Исследований специфики возникновения и развития страхов часто болеющих детей не освещается в современной психолого-педагогической литературе.

Гипотеза о различии частоты, особенностей и степени выраженности детских страхов из группы часто болеющих и здоровых детей подтвердилась полностью.

Исследование типа родительского отношения проводилось с помощью опросника родительского отношения ОРО – Варга А.Я., Столина В.В., результаты которого характеризуют особенности детско-родительских взаимоотношений сложившихся в семье (Приложение 3).

Рассматривая индивидуальные результаты по семьям дошкольников можно выделить следующее:

– при нечастых заболеваниях ребенка 1-2 раза в год родители 29,17% дошкольников склонны к повышенному контролю жизнедеятельности, с

авторитарностью в отношениях и ограничением его самостоятельности;

– при частоте заболеваний ребенка 4-5 раз в год, в большинстве случаев (29,17%) увеличивается симбиотическая связь между матерью и ребенком, когда он воспринимается как часть единого целого, с попытками оградить его от решения проблем и воздействия социума, чем в итоге обусловлена инфантилизация с игнорированием и нежеланием его взросления.

– также следует отметить что формирование кооперации в родительно-детских отношениях с заинтересованностью родителей в делах и планах своего ребенка, и старанием во всем ему помочь не обусловлена частотой заболеваний ребенка (1-6 раз в год), то есть возможно формирование данного стиля обусловлено личностными особенностями родителей и непосредственно спецификой внутрисемейных отношений.

Результаты по группам отразим в таблице 11.

Таблица 11

Типы материнского отношения в экспериментальной и контрольной группах по методике ОРО

Принятие - отвержение	Коопераци я	Симбио з	Контрол ь	Инфантилизиаци я (инвалидизация)	Итог
Контрольная группа	20%	35%	20%	15%	10%
Экспериментальная группа	20%	10%	35%	10%	25%

Результаты исследования типов материнского отношения в экспериментальной и контрольной группах по методике ОРО, представленные в таблице 9 отразим в виде гистограммы на рисунке 9. Анализируя результаты исследования родительского отношения (по методике ОРО, представленные в таблице 13. и на рисунке 8., можно выделить следующее в семьях экспериментальной группы, наиболее

распространенными являются следующие типы отношения – симбиоз выявленный в семьях 35% дошкольников и инфантилизация выявленная в семьях 25% дошкольников, кооперация применяется в семьях 35% дошкольников и является наименее применяемым стилем отношения.

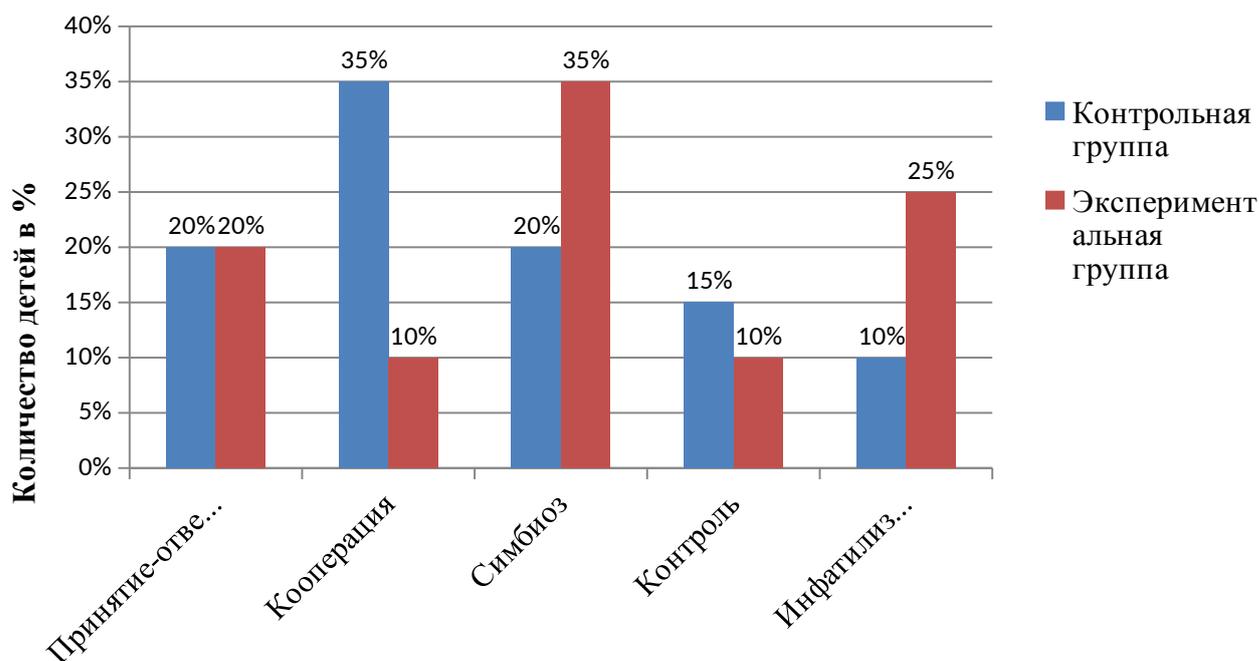


Рис. 8. Тип родительского отношения в экспериментальной и контрольной группах по методике ОРО

Таким образом, можно выделить, что в семьях, где воспитывается часто болеющий ребенок дошкольного возраста, родители стремятся к симбиотическому отношению с ребенком. 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, он кажется ему маленьким и беззащитным.

Высокие показатели по шкале инфантилизация, говорит о высоком авторитаризме. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он пытается навязать ребенку во всем свою волю, не в

состоянии встать на его точку зрения. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка и требует социального успеха.

Также возможны проявления в родительском отношении стремления приписать ребенку личную и социальную несостоятельность. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия.

Напротив, в семьях со здоровым ребенком родители проявляют стремление к кооперации с ребенком, что выражается в заинтересованности в делах и планах ребенка, старании во всем помочь ребенку, сочувствии 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.

Для подтверждения результатов родительско-детских отношений по методике ОРО, нами был использован опросник «Взаимодействие родитель-ребенок», полученные данные представлены в таблице 12. и на рисунке 9.

Таблица 12

**Тип материнского отношения в семьях дошкольников
экспериментальной и контрольной групп**

Тип материнского отношения (шкалы)		
	Контрольная группа	Экспериментальная группа
нетребовательность - требовательность	2%	6%
мягкость - строгость	8%	13%
автономность - контроль	8%	13%
эмоциональная дистанция - близость	13%	11%
отвержение - принятие	13%	11%
отсутствие сотрудничества - сотрудничество	15%	7%
тревожность за ребенка	9%	14%
непоследовательность - последовательность	9%	6%

воспитательная конфронтация	9%	13%
удовлетворенность отношениями с ребенком	14%	6%

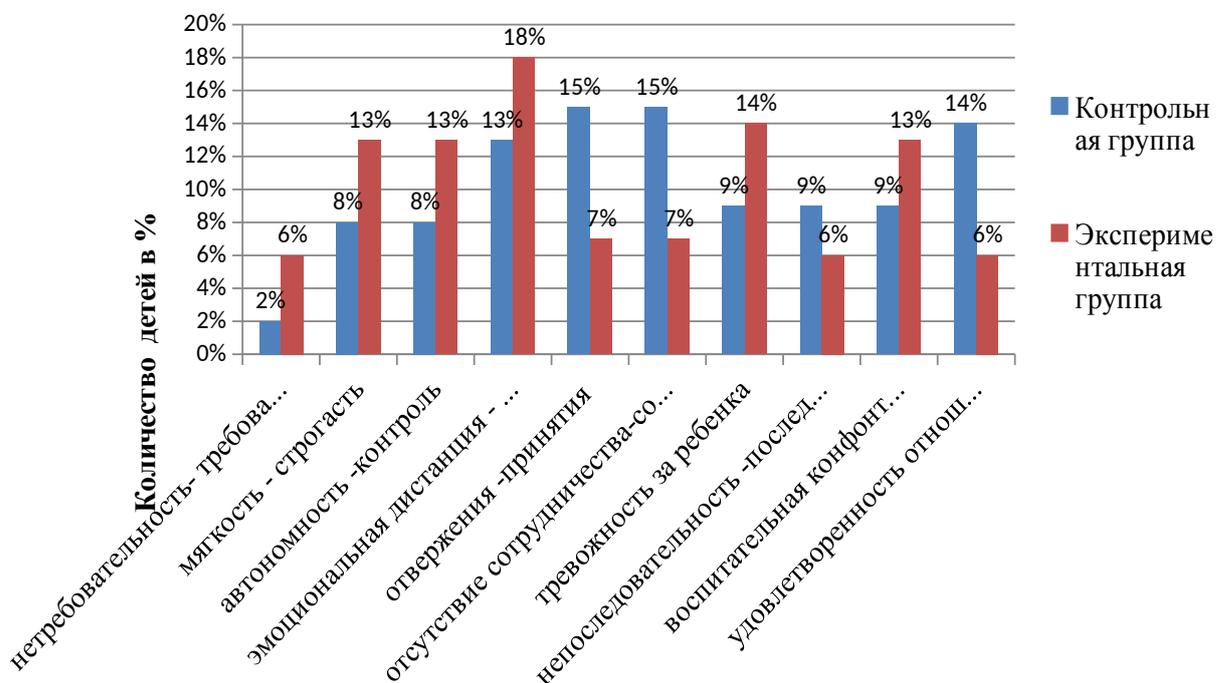


Рис. 9. Особенности взаимодействия в семьях дошкольников экспериментальной и контрольной групп

Рассматривая особенности взаимодействия в семьях дошкольников экспериментальной и контрольной групп изображённые в таблице 2.12 и на рисунке 2.10. можно отобразить что:

– в экспериментальной группе значительный балл по шкалам: автономность – контроль представили 13% родителей, мягкость – строгость 13% родителей, тревожность за ребенка 14% родителей, воспитательная конфронтация 13% родителей. То есть родителям в данных семьях характерно проявление лишней тревожности в отношении собственного ребенка, небольшой сплоченности и разногласиях членов семьи по проблемам воспитания. Значительный контроль может находить проявление в мелочной опеке, назойливости, ограничительности. Строгость родителя находит проявление в суровости, строгости мер, используемых к ребенку. Все эти характеристики, являются отображением такого типа родительского

отношения к часто болеющему ребенку как симбиоз и авторитарную гиперсоциализацию, что также было обнаружено при диагностике родительско-детских отношений по методике ОРО;

– в семьях контрольной группы значительные баллы были обнаружены по шкалам отсутствие сотрудничества – сотрудничество у 15% родителей, удовлетворенность взаимоотношениями с ребенком у 14% родителей.

Необходимо заметить, что сотрудничество является последствием включенности ребенка во взаимодействие, с признанием его права и достоинства, отображая также равенство и партнерство в отношениях родителей и детей. Так же можно отобразить удовлетворенность отношениями родителей к детям, и большую эмоциональную близость. Посредством принятия родителем ребенка отображено основное отношение родителя к ребенку, с принятием его личных качеств и поведенческого проявления.

Разобрав полученные данные можно говорить о кооперации как молодичке родительского отношения в семьях контрольной группы (Параметры материнского отношения в группах «Светофорчик» и «Летучий корабль» представлены в приложении).

Таблица 13

Показатели видов страхов и степень их выраженности

Виды страхов		Медицинские страхи	Страхи, связанные с причинением физического ущерба	Страх смерти	Боязнь животных	Страхи сказочных персонажей	Страх темноты и кошмарных снов	Социально-опосредованные страхи	Пространственные страхи
Тип родительского отношения	Чб дети								
Родители, которые принимают часто болеющих									

детей									
Мама -30 лет. ИП. Образование- Высшее. Дети-1.	Арина Д.	+		+					+

Продолжение таблицы 13

Мама -28 лет. Продавец. Образование- высшее.	Артур К.							+	
Мама -28 лет. воспитатель. Образование- среднее специальное.	Жанна П.	+					+		
Мама -33 года. Продавец. Образование- среднее специальное.	Зинаида П.		+	+			+		
Мама -37 лет. Техничка Образование- школьный аттестат	Диана Н.	+		+			+		
Итого		3	1	3	0	0	3	1	1
Родители, считающие своих детей неудачниками					+			+	
Мама -36 лет. Врач. Образование- Высшее	Евгений Г.		+	+				+	+
Мама -25 лет. Домохозяйка. Образование- среднее специальное.	Есения К.		+	+	+		+		
Мама -25 лет. Медсестра. Образование- среднее специальное.	Денис А.	+		+				+	
Мама -35 лет. Учитель. Образование- высшее	Мария Р.	+	+		+				
Итого		2	3	3	3	0	1	3	1
Родители, которые не принимают		+	+		+	+	+	+	+

своих часто болеющих детей, стесняются их									
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Мама -27 лет. Менеджер. Образование- Высшее	Матвей Г.			+	+	+	+		
Мама -28лет. Учитель. Образование- среднее специальное.	Николай З.	+	+		+	+	+	+	+
Мама -26 лет. Парикмахер. Образование- среднее- специальное.	Ольга Х.	+	+	+	+	+	+	+	
Итого		3	3	2	4	4	4	3	2
Родители, которые принимают часто болеющих детей		3	1	3	0	0	3	1	1
Родители, считающие своих детей неудачниками		2	3	3	3	0	1	3	1
Родители, которые не принимают своих часто болеющих детей, стесняются их		3	3	2	4	4	4	3	2

По результатам исследования родительского отношения к часто болеющим детям, можно сделать следующие выводы: отмечаем родителей, которые принимают своего ребенка, то есть поддерживают его в любой ситуации, занимаются с ним, ведут активный образ жизни, поэтому результаты минимальные, например у некоторых из детей преобладают только медицинские страхи (3 балла), также страх смерти (3 балла), страх темноты (3 баллов), таких мам - 5.

Также имеется и вторая категория родителей, которая считает своих детей неудачниками, в отношении таких детей родители зачастую напоминают им о их недуге, активно стараются лечить их, упражнения проводят с учетом того, что ребенок не может выполнять упражнения в

отличие от здоровых детей, у таких детей уровень страхов большой, например: преобладает в наибольшей степени страхи, связанные с причинением физического ущерба (3 балла), страх темноты и кошмарных снов (3 балла), страх смерти (3 балла), таких мам – 4.

И последнее наблюдается родители, которые не принимают своих часто болеющих детей, стесняются их, не занимаются особо такими детьми, не поддерживают, ведут себя отчужденно, в обществе стесняются своих детей. УЦ таких детей самый максимальный уровень страхом, самый наибольший страх сказочных героев и персонажей, пространственные страхи (4 баллов). Таких мама – 3.

Таким образом, результаты исследования подтвердили гипотезу, о том, что основным типом материнского отношения часто болеющих детей 4-5 лет является симбиоз, отвержение часто болеющих детей свойственны такие виды страхов «медицинские страхи», «страхи темноты», «страхи причинения физического ущерба», «страхи смерти» так же предполагаем, что существует прямая положительная связь выделенных типов материнского отношения и видов страха, снижая которые по средствам педагогической работы возможно достижение гармонизации во взаимоотношения матерей и часто болеющих детей.

Также, в ходе проведения экспериментального исследования особенностей материнского отношения к часто болеющему ребенку 4-5 лет при анализе особенностей семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников в группах можно выделить, что дошкольники посещающие группу «Летучий корабль», отличаются пониженным уровнем здоровья и болеют ОРВИ более 4 раз в год, в сравнении с дошкольниками, которые посещают группу «Светофорчик».

В ходе исследования было выявлено, что в родительском отношении к часто болеющему ребенку проявляется такой тип отношения как симбиоз и инфантилизация, отвержение часто болеющих детей свойственны такие виды страхов «медицинские страхи», «страхи темноты», «страхи причинения

физического ущерба», «страхи смерти». Так при увеличении частоты заболеваний ребенка до 4-5 раз в год, в большинстве случаев увеличивается симбиотическая связь между матерью и ребенком, он воспринимается как часть единого целого, и предпринимаются попытки оградить его от решения проблем и воздействия социума, чем в итоге обусловлена инфантилизация, с игнорированием и нежеланием его взросления. Действительно, согласно данным исследований, у часто болеющих детей могут развиваться и различные психологические проблемы – «комплекс неполноценности», ощущение неуверенности в себе. Невозможность, из-за частых болезней, жить полноценной для своего возраста жизнью, может привести к социальной.

Непосредственно формирование кооперации в родительско-детских отношениях с заинтересованностью родителей в делах и планах своего ребенка, и старанием во всем ему помочь не обусловлено частотой заболеваний ребенка (1-6 раз в год), то есть возможно формирование данного стиля обусловлено личностными особенностями родителей и непосредственно спецификой внутрисемейных отношений, чем подтверждается точка зрения А.С. Спиваковской согласно которой в каждой семье объективно складывается определенная, далеко не всегда осознанная ее членами система воспитания [27, с. 88-89].

У родителей здорового ребенка в большей степени проявляется такой тип родительского отношения как кооперация.

По результатам экспериментального исследования особенностей материнского отношения к часто болеющему ребенку 4-5 лет, были составлены методические рекомендации для родителей.

Общепризнано, что значимым фактором, определяющим развитие личности ребенка, является его здоровье [7, с. 25-33]. За последние годы в России четко обозначились негативные тенденции, вызывающие значительную тревогу экспертов в области детского здоровья [7, с. 25-33]. Высокий уровень заболеваемости и, как следствие, увеличение числа часто

болеющих детей (Ч.БД) является актуальной медико-социально-психологической проблемой

[34, с.166]. Для часто болеющих детей характерна качественно иная, по сравнению со здоровыми сверстниками, особая социальная ситуация развития, которая может определяться ограничением внутренней и внешней активности ребенка, прерывистостью его социальных отношений вне семьи, т.е. дефицитарными условиями развития личности. При этом особую значимость приобретает изучение родительского отношения к часто болеющим детям (Варга А.Я., Столин В.В., 1988; Спиваковская А.С., 2000), поскольку именно родители в сложившихся условиях становятся наиболее стабильными и гарантированными социальными партнерами ребенка. Специфика родительского отношения к часто болеющему ребенку может стать пусковым механизмом формирования деформаций в его психическом и личностном развитии, что в свою очередь создает предпосылки искажения коммуникативного пространства детей и родителей (негативные тенденции в развитии форм детско-родительского общения, выраженности показателей его эффективности), а также может стать причиной дальнейших нарушений психического состояния ребенка (Николаева В.В., 1987; Исаев Д.Н., 2001).

Неэффективное родительское отношение, в свою очередь, определяет специфику общения часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста с родителями: регресс форм общения, а также снижение показателей его эффективности (недостаточную активность в общении и эмоциональное неблагополучие) в сравнении со здоровыми сверстниками. Коррекция родительского отношения к часто болеющему ребенку дошкольного возраста способствует развитию его общения с родителями и улучшению психического состояния ребенка.

2.3. Методические рекомендации педагогам по снижению страхов часто болеющих детей в возрасте 4-5 лет

Концептуальная основа методических рекомендаций: **идея сотрудничества взрослого с часто болеющим ребенком**. В программе использованы идеи Т.Гордона, К. Роджерса, А.Адлера, Р.Дрейкурса, Р. Берна, а также опыт работы психологов Санкт-Петербурга, сотрудников Института Тренинга Н.Ю.Хрящевой, Е.Сидоренко и другие.

В зависимости от отношения мамы к ребенку, нами были разработаны рекомендации:

1. Недостаток внимания со стороны матерей

Это одна из распространенных психологических причин периодических заболеваний. Объясняется банально. Ребенок чувствует себя одиноким. Мама постоянно на работе, а ему так хочется побыть с мамочкой, понежиться в ее объятиях, почувствовать себя окутанным заботой. А когда нас больше всего жалеют? Правильно, когда мы боеем. В подсознании ребенка откладывается мгновенно: Кашель + насморк + температура = бедный заболевший малыш = мама дома, обнимает, жалеет (может и подарочек купить).

Но он это делает, конечно, не нарочно. Просто ребенку очень не хватает внимания. Он чувствует себя одиноким. И, поверьте, он не симулирует, ему действительно плохо. Он даже и не знает, что его подсознание, таким образом, помогает ему решить проблемы одиночества.

Не зависимо от возраста, все дети (от 0-17 лет) нуждаются в заботе и внимании матерей. Каждый по-разному, но нуждается каждый. Вспомните, не пытался ли ваш ребенок упрекнуть вас в том, что вы все время на работе, а он один?

Постарайтесь быть ближе к вашим детям. Даже если вы вынуждены работать от зари и до зари, даже если вы устаете – никогда не забывайте про тех, кому вы очень нужны – про ваших детей. Ведь всегда можно выкроить

часик, чтобы обнять свое драгоценное чадо, почитать книжку, поиграть в кубики или посмотреть вместе фильм. Не важно что, главное быть почаще вместе.

2. Избыток внимания и гиперопека матерей

Если недостаток внимания со стороны матери может привести к ослаблению иммунитета ребенка с целью привлечь это самое внимание, то гиперопека дает немного другой эффект.

Есть такие мамы, которые, прям, не надышатся на ребенка, стремятся оградить его от всех и вся. Стерилизуют каждый предмет, попадающий в поле зрения ребенка, пичкают его таблетками при первом же «пчхи». Здесь чисто соматических причин предостаточно (иммунной системе даже не дают вступить в бой), но и психологических не меньше.

Такие мамы постоянно лечат детей. От всего. Им кажется, что у ребенка болит ВСЕ. Про таких говорят «залечила ребенка». А залечить действительно можно. Такому ребенку с пеленок внушают, что «он больной!». А внушение – коварная штука. Если хорошенько внушить здоровому, но мнительному человеку, что у него смертельная болезнь – он и вправду может лечь и умереть.

Подсознание усваивает: «Я – больной, слабый, мне нужна постоянная помощь мамы, постоянные лекарства» и командует мозгом, который слушается и включает механизм «саморазрушения» (страшное слово, но в психологии именно так и называется). Здесь иммунная система и рада бы вступить, но мозг ей командует: «Куда тебе? Ты не можешь. Тебя просто нет». И результат всегда один и тот же: Чем больше мама лечит, окутывает, обласкивает, контролирует ребенка — тем чаще он болеет. И она удваивает силы. Замкнутый круг.

Чтобы разорвать этот круг, важно успокоиться самой маме. От всего ребенка не уберечь. Дайте детям побольше самостоятельности. Никто еще не вырос без простуд, температур и прочих заболеваний. Именно так организм учится сопротивляться им.

Побольше веры в силы ребенка. Дайте ему почувствовать себя сильным, активным, здоровым. Это не значит, что не нужно давать лекарства детям, которые в этом нуждаются. Просто не стоит заострять внимание на физической слабости ребенка, на его болезни. Не надо охать и причитать.

Не нужно внушать ребенку, что: «если ты пойдешь гулять — ты заболеешь, потому, что ты слабый». Если будете так говорить — он будет болеть. Пересмотрите свою позицию. Опекать матери — это хорошо, но «много хорошо — тоже плохо». Все, что имеет приставку «гипер» — это плохо.

Вот самые основные психологические причины детских болезней. Их может быть больше. Все дети индивидуальны, и сказать сразу, отчего ваш ребенок часто болеет, невозможно. Сложность состоит еще и в том, что дети не умеют анализировать свое состояние и на вопрос «что с тобой?» не могут ответить.

Здесь важна внимательность матери, а лучше, профессиональная консультация у детского психолога. С помощью тестирования он сможет выявить детские тревоги, страхи и желания. Зная причину, бороться со следствием уже гораздо проще.

Основные правила для мам часто болеющих детей.

Эффективное оздоровление, воспитание и развитие ослабленного (часто болеющего) ребенка возможно при соблюдении ряда принципов [22]:

1. Организация оздоровительного режима
2. Организация двигательной активности
3. Формирование правильной осанки и навыков рационального дыхания
4. Реализация системы эффективного закаливания
5. Обеспечение полноценного питания
6. Обеспечение психологического комфорта

Оздоровительный режим — это главное условие правильной организации оздоровительной работы. Неправильно понимать режим — как жесткий распорядок с обязательным повторением определенных моментов в

строго установленное время. Оптимальный оздоровительный режим – это регулярно повторяющаяся деятельность, динамичная, изменяющаяся в зависимости от воздействия среды. Оздоровительный режим должен быть построен с учетом особенностей соматического и нервно – психического здоровья ребенка.

В оздоровительном режиме особое место занимает состояние бодрствования и сна. Особое беспокойство вызывают дети, которые не спят днем, но по состоянию нервной системы нуждаются в таком отдыхе. Часто причинами нарушения сна является отсутствие четкого режима, а также несоблюдение единства воспитания в семье.

Обязательны прогулки на открытом воздухе. Это наиболее эффективный вид отдыха, восстанавливающий в процессе деятельности функциональное состояние и работоспособность.

Режим можно считать правильным тогда, когда в нем предусмотрена рациональная двигательная деятельность (физ. упражнения, подвижные игры, всевозможные движения), которая способствует нормальному функционированию всех систем организма [25, с. 101-102].

При формировании необходимо обратить внимание на позу ребенка, на положение тела во время сидения, во время выполнения различных упражнений, т.к. развитие костно-мышечной системы у дошкольников еще не завершено. Во многом она состоит из хрящевой ткани. Это объясняет сравнительная мягкость костей, что создает возможность нарушения осанки при неправильном положении тела.

При реализации системы закаливания, необходимо основываться на принципах закаливания:

- 1.Осуществление закаливания только при полном здоровье детей.
- 2.Перерыв в закаливании не должен быть более 2-3 недель, т.к. он снижает сопротивляемость организма к простудным факторам.
- 3.Недопустимо закаливание при наличии у ребенка отрицательной реакции (плач, беспокойство, страх).

4. Закаливание ослабленных детей нужно вести с еще более постепенностью и осмотрительностью, закаливание должно быть более индивидуализировано.

Наиболее эффективными являются нетрадиционные методы закаливания: воздушные ванны для тела, контрастные ванночки для рук и ног, закаливание носоглотки, полоскание рта и горла, различные виды массажа.

В результате проведения анкетирования матерей можно сделать вывод о том, что матери недостаточно осведомлены о вопросах правильного воспитания и развития детей, и нуждаются в педагогическом и медицинском просвещении. Они недооценивают значимости подвижных и спортивных игр в физическом развитии ребенка. Также родители имеют поверхностные представления о методах и принципах оздоровительной работы, в частности, в проведении закаливающих процедур.

Матери признают то, что в большинстве случаев заниматься закаливанием и оздоровлением детей им мешает незнание, отсутствие желания и свободного времени.

Разработаем методические рекомендации для педагогов с целью осуществления ими педагогической работы с матерями часто болеющих детей 4-5 лет.

Первое, что мы отметили по результатам исследования - это симбиотическая связь, когда она не прекращается, продолжает развиваться в отношениях родителей и часто болеющих детей. Обычно у матерей это выражается во многих «нельзя», «опасно», «больно», «страшно» и так далее. Тут имеют смысл не столько сказанные слова, сколько эмоциональный посыл, который они представляют. Мать, чувствует увеличенное чувство тревоги за него. Из-за этого она может сильно ограничивать движения часто болеющего ребенка, передавая тем самым собственный страх. Таким образом симбиотическая связь крепнет. Подсознательно ребенок может слышать это как: «если ты не со мной, то ты погибнешь», «когда ты далеко, тебе грозит

опасность» и так далее. При формировании симбиоза усложняется процесс общения таких детей с ровесниками, они зачастую боятся своего физического состояния, и такое отношение и может привести к психологическим комплексам. Также тревоги неосознанного уровня выливаются в развитие болезни даже не часто болеющих детей. Психологическая проблема их возникновения — желание удержаться рядом с матерью во что бы то ни стало, даже ценой собственной жизни или здоровья. Дети в таком состоянии не могут оторваться от матери ни на шаг, лишают себя получения собственного опыта, который нужен для их дальнейшего формирования и адаптации к миру. Они могут доверять исключительно маме, сохранять контакт только с ней и видят мир через призму ее взглядов, живут, взрослея, опираясь на то, что думает и принимает она.

Необходимо отметить рекомендации педагогов родителям часто болеющих детей.

Не препятствовать процессу делимости ребенка, чтобы дать ребенку возможность быть собой и располагать самостоятельностью поведения. Даже часто болеющий ребенок должен сам уметь преодолевать собственные комплексы, учиться общаться с другими детьми, самостоятельно принимать решение. Допускается матери только помогать ребенку, направлять его.

Мать должна быть очень внимательна, когда ребенок делает первые попытки к отделению и не препятствовать этому.

Она должна позволить ребенку проходить стадию отделения — это значит давать ему право выбора и поощрять самостоятельность.

Следует избегать образования такой атмосферы, которая могла бы его испугать или встревожить.

Педагогу предлагается коррекционная работа с такими матерями и детьми. Коррекционная работа проводится в трех главных направлениях:

- во-первых, по увеличению самооценки часто болеющего ребенка;
- во-вторых, по обучению часто болеющего ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения;
- в-третьих, по отработке навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка.

Решение данных задач должно происходить с непосредственным участием педагогов-воспитателей изучаемых групп часто болеющих детей. Работа по всем направлениям должна проводиться параллельно. Часто болеющие дети имеют заниженную самооценку, что проявляется в болезненном восприятии критики от окружающих, обвинении себя во многих неудачах, в страхе браться за новое сложное задание.

В таком случае предлагается оказывать поддержку подобным детям, выражать искреннюю заботу о них и как можно больше давать положительную оценку их действиям и поступкам.

Для того чтобы помочь ребенку увеличить собственную самооценку, можно применять следующие методы работы.

Прежде всего, нужно как можно больше называть ребенка по имени и хвалить его в присутствии остальных детей и взрослых.

В детских садах с этой целью нужно отмечать достижения ребенка на преднамеренно оформленных стендах («Наши успехи», «Я сделал это!» и т.д.).

Помимо этого, можно поощрять таких детей, поручая им исполнение престижных в данном коллективе поручений.

Работа с родителями предусматривала:

- формирование знаний родителей о психолого-педагогических особенностях часто болеющих детей дошкольного возраста (через психологическое обучение, консультации, тренинговые занятия);
- формирование эффективных (оптимальных) взаимоотношений между родителями и детьми (игровые упражнения, беседы, совместные

прогулки).

Вторым, наиболее существенным фактором, воздействующим на родительское отношение отвержение часто болеющих детей свойственны такие виды страхов «медицинские страхи», «страхи темноты», «страхи причинения физического ущерба», «страхи смерти».

Рекомендации родителям.

1) Дети весьма эмоциональны, впечатлительны, внушаемы, это нужно учитывать и вырабатывать веру ребенка в собственные силы и возможности, оптимистичный взгляд на все происходящее.

2) Нужно разнообразными способами увеличивать и поддерживать самооценку детей. Надлежит поддерживать и поощрять такие виды деятельности, в которых ребенок испытывает обстановку успеха.

3) В случае близящейся неблагоприятной ситуации необходимо заранее готовить ребенка к этому.

4) При каждом способе борьбы со страхом запрещено оставлять жалобы ребенка без внимания.

5) Необходимо уменьшить собственные требования к детям. Ребенка необходимо принимать таким, какой он есть и не стараться из него слепить то, чем он не является. Родители должны дать понять детям, что гнев, который иногда испытывают ребенок к родителям, - это совершенно естественное и нормальное явление и оно может подействовать на дружеские чувства.

6) При возникновении страхов реакция родителя должна быть спокойно-сопереживающей. Запрещается оставаться безразличными, но и чрезвычайное беспокойство может привести к увеличению страхов. Вероятно обсудить с ребенком его страх, попросить его обрисовать чувства и сам страх. Чем больше ребенок будет говорить о страхе, тем лучше - это наилучшая терапия, чем больше он говорит, тем меньше боится.

7) За склонность преодолеть страх ребенка непременно необходимо отметить похвалой, поддержкой, вознаграждением. Дети дорожат тем, что их

старания отмечены, и это действует на их поведении.

8) Главное действие, которое родители обязаны совершить – это ликвидировать причины тревожности ребенка. Нужно критично пересмотреть собственные требования к ребенку, обратить внимание на то, не чересчур ли родительские запросы превосходят реальные возможности ребенка, не чересчур ли часто он оказывается в ситуации стабильного неуспеха. Вероятно, следует увеличить поощрения, направить их на увеличение самоуважения, на подкрепление самооценки ребенка, на воспитание уверенности и увеличение чувства безопасности.

9) Весьма существенно при возникновении страхов вернуть ребенку душевное равновесие. Этого вероятно добиться путем понимания. Нужно образовать такую обстановку в семье, чтобы дети осмыслили: они без стеснения могут сказать родителям обо всем, что их пугает. И они сделают это лишь в том случае, если не будут опасаться родителей и почувствуют, что и их не осуждают, а понимают.

Рекомендации педагогам. Использование специальных коррекционных методов и приемов.

1) Рисование.

Рисование объединено с эмоциями удовольствия, радости, восторгов, восхищения и порой гнева, но лишь не страха и печали. Потому рисование выступает как метод постижения собственных возможностей и окружающей реальности, моделирования взаимоотношений и формулирования эмоций, в том числе и негативных. При этом дети рисуют сами самостоятельно, без поддержки взрослых. Сам факт получить задание, организует деятельность часто болеющих детей и мобилизует их на борьбу со собственными страхами. Чрезвычайно непросто приняться рисовать страхи. Зачастую проходит несколько дней, пока ребенок сможет приступить к исполнению задания. Таким образом, одолевается внутренний психологический барьер страха. Выражающийся при рисовании интерес понемногу заглушает эмоцию страха, замещая ее волевым сосредоточиванием и удовлетворением от

исполненного задания. Помимо этого важно, чтобы ребенок отдал родителям собственные страхи и тем самым освободился бы от них.

2) Уничтожение страхов.

Сначала педагоги разговаривают с часто болеющим ребенком по поводу его страха. Потом строят его изображение (рисуют или иным другим образом). Дальше изображенный страх уничтожается. Следом этого ребенку непременно необходимо дать логическое объяснение этому. Затем вероятна релаксация.

3) Игры на телесный контакт, поглаживания.

Дети нуждаются в телесном контакте с родителями. Освобождению стрессов и страхов помогают игры, поглаживания.

4) Важным методом является сочинение рассказа про собственный страх. Для этого необходимо его изобразить и придумать вместе с ребенком, как тот его победит. Но при таком задании ребенок должен пытаться держаться разработанных правил. Если страх выраженный, то бороться с ним необходимо подробно.

Сравним результаты исследования родительского отношения до и после формирующей работы, используя метод математической статистики (т.е. проведем качественный анализ), в частности – критерий Манна-Уитни. Представим результаты математического анализа в таблице 14.

Таблица 14

Сравнение особенностей родительского отношения до и после формирующей работы у родителей детей 4-5 лет методом «критерий Манна-Уитни»

Группа исп.	I. «Принятие-отвержение»	II. Образ социальной желательности поведения	III. «Симбиоз»	IV. «Авторитарная гиперсоциализация»	V. «Маленький неудачник»
-------------	--------------------------	--	----------------	--------------------------------------	--------------------------

Продолжение таблицы 14

Не часто болеющие	UЭмп = 40,5	UЭмп = 42 различия не	UЭмп = 51	UЭмп = 49 различия не	UЭмп = 48
-------------------	-------------	--------------------------	-----------	--------------------------	-----------

дети 4-5 лет	различия не значимы	значимы	различия не значимы	значимы	различия не значимы
Часто болеющие дети 4-5 лет	UЭмп = 49,8 различия не значимы	UЭмп = 42 различия не значимы	UЭмп = 48,1 различия не значимы	UЭмп = 39 различия не значимы	UЭмп = 40,0 различия не значимы

Математический анализ показал отсутствие значимых различий между матерямине часто болеющих детей и часто болеющих детей 4-5 лет по параметрам родительского отношения до и после формирующей работы.

Можно сделать вывод о наличии сдвигов в родительском отношении не часто болеющих детей и часто болеющих детей 4-5 лет в положительную сторону: увеличилось принятие детей и вера в их возможности, уменьшилась требовательность, отношения стали менее симбиотическими, что говорит обрезультативности проведенной работы.

Таким образом, мы дали рекомендации по работе с часто болеющими детьми. Необходимо использование разнообразных способов в комплексе, нужна последовательность в работе с детьми, нельзя ребенка торопить или тормозить, перебивать, надо всегда давать ему высказаться, выход из ситуации страха должен быть постепенным, нельзя ожидать освобождения от страха после одной игровой ситуации, ребенок должен во время корректирующих занятий или общения иметь вероятность независимо проявлять собственные чувства, эмоции, сам по себе творить и импровизировать, лишь в случаях затруднений родители или педагоги могут помогать.

Выводы по Главе 2

Анализируя особенности семейной ситуации и состояния здоровья дошкольников в группах можно выделить, что дошкольники посещающие группу «Летучий корабль», отличаются пониженным уровнем здоровья и болеют ОРВИ более 4 раз в год, в сравнении с дошкольниками, которые посещают группу «Светофорчик».

На основании результатов исследования состояния здоровья дошкольников, были выделены две группы экспериментальная, в которую вошли часто болеющие дошкольники и их семьи, и контрольная, в которую вошли здоровые дошкольники и их семьи,

В ходе исследования было выявлено, что в родительском отношении к часто болеющему ребенку проявляется такой тип отношения как симбиоз и инфантилизация. Так при увеличении частоты заболеваний ребенка до 4-5 раз в год, в большинстве случаев увеличивается симбиотическая связь между матерью и ребенком, он воспринимается как часть единого целого, и предпринимаются попытки оградить его от решения проблем и воздействия социума, чем в итоге обусловлена инфантилизация, с игнорированием и нежеланием его взросления.

У матерей здорового ребенка проявляется такой тип родительского отношения как кооперация. По результатам экспериментального исследования особенностей материнского отношения к часто болеющему ребенку 4-5 лет, были составлены методические рекомендации для родителей.

По результатам исследования родительского отношения к часто болеющим детям, можно сделать следующие выводы: отмечаем родителей, которые принимают своего ребенка, то есть поддерживают его в любой ситуации, занимаются с ним, ведут активный образ жизни, поэтому результаты минимальные, например у некоторых из детей преобладают только медицинские страхи (3 балла), также страх смерти (3 балла), страх темноты (3 баллов), таких мам - 5.

Также имеется и вторая категория родителей, которая считает своих

детей неудачниками, в отношении таких детей родители зачастую напоминают им о их недуге, активно стараются лечить их, упражнения проводят с учетом того, что ребенок не может выполнять упражнения в отличие от здоровых детей, у таких детей уровень страхов большой, например: преобладает в наибольшей степени страхи, связанные с причинением физического ущерба (3 балла), страх темноты и кошмарных снов (3 балла), страх смерти (3 балла), таких мам – 4.

И последнее наблюдается родители, которые не принимают своих часто болеющих детей, стесняются их, не занимаются особо такими детьми, не поддерживают, ведут себя отчуждено, в обществе стесняются своих детей. УЦ таких детей самый максимальный уровень страхом, самый наибольший страх сказочных героев и персонажей, пространственные страхи (4 баллов). Таких мама – 3.

Таким образом, результаты исследования подтвердили гипотезу, о том, что основным типом материнского отношения часто болеющих детей 4-5 лет является симбиоз, отвержение часто болеющих детей свойственны такие виды страхов «медицинские страхи», «страхи темноты», «страхи причинения физического ущерба», «страхи смерти» так же предполагаем, что существует прямая положительная связь выделенных типов материнского отношения и видов страха, снижая которые по средствам педагогической работы возможно достижение гармонизации во взаимоотношения матерей и часто болеющих детей.

Результаты исследования могут быть использованы в практической деятельности специалистов, для организации мероприятий по коррекции материнских отношений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В нашем исследовании мы рассмотрели проблему часто болеющих детей. Особую категорию таких детей составляют часто болеющие дети дошкольного возраста. Эмоции играют важную роль и в жизни ребенка. Они помогают воспринимать действительность и реагировать на нее. У дошкольника формируется эмоциональное предвосхищение, которое заставляет его переживать по поводу возможных результатов деятельности, предвидеть реакцию других людей на его поступки. В дошкольном возрасте эмоциональный мир ребенка богаче и разнообразнее. Важной особенностью эмоционального развития является тесная связанность с ситуацией непосредственного общения переживаний через призму непосредственных коммуникативных отношений. В начале своей жизни ребенок опасается всего нового. Он одушевляет предметы, верит в реальность сказочных персонажей и героев мультфильмов. Психологи выявили, что очень часто причиной возникновения страха у ребенка выступают именно взрослые люди. Порой родители излишне эмоционально предупреждают ребенка о грозящей ему опасности.

Зачастую ребенок напуган не столько самой ситуацией, сколько реакцией на нее со стороны взрослого человека. Он различает тревожные нотки в голосе, ему передается волнение. Трудность диагностики у детей дошкольного возраста заключается в том, что они не говорят о своих страхах. Их наличие родители могут заметить по поведению ребенка: нервозности; капризности; беспокойному сну; некоторым привычкам.

Когда мы употребляем термин «часто болеющий ребенок», речь не идет о диагнозе, так как практикующий врач имеет дело с клинически здоровым ребенком, который периодически болен по причине временных отклонений в защитных системах организма и не имеет стойких органических нарушений в них. Социальный фактор в современных психологических исследованиях рассматривается как совокупность общественной среды, микросреды (семья, сверстники, образовательное учреждение), природной среды и экологии. В данном случае важно, что

«неправильно решение проблемы среды и ее роли..., когда среда рассматривается как нечто внешнее по отношению к ребенку, как обстановка развития, как совокупность объективных, безотносительно к ребенку существующих и влияющих на него самим фактом своего существования условий. Следовательно, анализируя социальную ситуацию развития ребенка и особенности его психического развития в ситуации болезни, мы можем определить факторы социальной среды, детерминирующие развитие личности больного ребенка. Особый, качественно иной характер развития личности часто болеющего ребенка обусловлен также и его личностными особенностями, которые во многом тесно связаны с характером взаимоотношений ребенка с родителями, его субъективными знаниями и отношением к здоровью, а не только объективной тяжестью заболевания.

Родители по-разному реагируют на болезнь ребенка. Обычно отцы не склонны драматизировать ситуацию, в то время как матери часто впадают в депрессию, испытывают чувство вины. Поэтому у матерей, как правило, проявляется больше психических симптомов в связи с болезнью ребенка, чем у отцов. Многие говорят о том, что модель реакции родителей непосредственно сказывается на психологической адаптации ребенка.

Большинство исследований показывает, что появление у ребенка хронического заболевания может повлиять на функцию семьи, особенно в случаях с болезнями, которые трудно поддаются лечению, например нестабильно протекающий диабет, тяжелая астма или рак. Обычно отношения в семье ухудшаются.

Как больному ребенку, так и его родителям, особенно в период стресса, необходима связь с обществом. Обычно она ухудшается, когда ребенок болеет. Зачастую это связано с психическими проблемами семьи, особенно при болезнях, вызывающих социальные ограничения, например муковисцидозе, тяжелой аллергии или ревматоидном артрите.

Во время болезни родители нередко забывают о других своих детях. В то же время у них, даже если нет очевидных психических симптомов, часто

наблюдаются низкая самооценка, беспокойство и неуверенность.

Таким образом, из всех социально-психологических факторов, обозначенных в современных исследованиях в качестве детерминирующих развитие личности часто болеющего ребенка, наиболее значительными объективно являются родительское (в частности, материнское) отношение и психологический климат в семье, в общую картину которого можно включить отношение в семье ребенка к здоровому образу жизни, а конкретно, его соблюдение. Гипотеза исследования: основным типом материнского отношения часто болеющих детей 4-5 лет является симбиоз, отвержение часто болеющих детей свойственны такие виды страхов «медицинские страхи», «страхи темноты», «страхи причинения физического ущерба», «страхи смерти» так же предполагаем, что существует прямая положительная связь выделенных типов материнского отношения и видов страха, снижая которые по средствам педагогической работы возможно достижение гармонизации во взаимоотношения матерей и часто болеющих детей. Исследование проводилось на базе МДОУ д/с № XX г. Боготол с участием двух групп детей в возрасте 4-5 лет. Всего приняли участие 24 дошкольника в возрасте от 4 до 5 лет. Условно мы разделили их на первую, которую составили здоровые дети и вторую – часто болеющие дети.

В качестве диагностического инструментария были использованы следующие методики:

- исследование особенностей семейной ситуации и состояния здоровья детей посредством изучения медицинских карт дошкольников;

- методика выявления детских страхов «Страхи в домиках» (А.И. Захаров и М. Панфилова);

- проективная методика А. И. Захарова «Что мне снится страшное, или чего я боюсь днем».

- исследование особенностей семейной ситуации и состояния здоровья детей посредством изучения медицинских карт дошкольников;

- методика диагностики родительского отношения (ОРО) (А.Я. Варга, В.В. Столин);

- методика «Взаимодействие родитель – ребенок» (Марковская И.М.)

Результаты исследования показали, что дошкольники посещающие группу «Летучий корабль», отличаются пониженным уровнем здоровья и болеют ОРВИ более 4 раз в год, в сравнении с дошкольниками, которые посещают группу «Светофорчик».

На основании результатов исследования состояния здоровья дошкольников, были выделены две группы экспериментальная, в которую вошли часто болеющие дошкольники и их семьи, и контрольная, в которую вошли здоровые дошкольники и их семьи,

Сделав качественный и количественный анализ частоты выборов и степени выраженности детских страхов по выбранным методикам, можно сделать **выводы**:

- часто болеющие дети из группы «Летучий корабль» больше проявляют страхи по темам: медицинские страхи; страхи, связанные с причинением физического ущерба; страх смерти; страх животных; страх темноты и кошмарных снов; пространственные страхи;

- здоровые дети из группы «Светлячок» больше проявляют страхи по темам: медицинские страхи; страх темноты и кошмарных снов; страхи, связанные с причинением физического ущерба;

- среднее значение частоты детских выборов страхов по всем темам в группе часто болеющих детей выше, чем в группе здоровых детей;

- степень выраженности детских страхов в группе часто болеющих детей выше, чем в группе здоровых детей.

В ходе исследования было выявлено, что в родительском отношении к часто болеющему ребенку проявляется такой тип отношения как симбиоз и инфантилизация. Так при увеличении частоты заболеваний ребенка до 4-5 раз в год, в большинстве случаев увеличивается симбиотическая связь между матерью и ребенком, он воспринимается как часть единого целого, и

предпринимаются попытки оградить его от решения проблем и воздействия социума, чем в итоге обусловлена инфантилизация, с игнорированием и нежеланием его взросления.

У родителя здорового ребенка проявляется такой тип родительского отношения как кооперация. По результатам экспериментального исследования особенностей материнского отношения к часто болеющему ребенку 4-5 лет, были составлены методические рекомендации для родителей.

Часто болеющие дети вследствие создаваемой болезнью особой социальной ситуации развития отличаются от здоровых сверстников особенностями психического развития. Были определены особенности развития личности и самосознания, познавательной деятельности, межличностного взаимодействия и деятельности (Г. А. Арина, В. Н. Касаткин, В. А. Ковалевский, Н. А. Коваленко, А. А. Михеева, В. В. Николаева и др.).

Уровень тревожности часто болеющих детей дошкольного возраста достоверно выше, чем у их здоровых сверстников. При этом в младшем дошкольном возрасте тревожность вызывается такими ситуациями, как «Повседневные действия», «Отношения ребенок-взрослый»; в среднем дошкольном возрасте – «Отношения ребенок-взрослый»; в старшем дошкольном возрасте – процессы: обучения и общения.

Особенности изучения типа родительского отношения к часто болеющему ребенку дошкольного возраста показали, что преобладающими типами родительского отношения являются «Симбиоз», «Авторитарная гиперсоциализация», что проявляется в тревожности родителей за данного ребенка или же контроле за его поведением, здоровьем.

По результатам исследования родительского отношения к часто болеющим детям, можно сделать следующие выводы: отмечаем родителей, которые принимают своего ребенка, то есть поддерживают его в любой ситуации, занимаются с ним, ведут активный образ жизни, поэтому

результаты минимальные, например у некоторых из детей преобладают только медицинские страхи (7 баллов), также страх смерти (8 баллов), страх темноты и кошмарных снов (6 баллов).

Также имеется и вторая категория родителей, которая считает своих детей неудачниками, в отношении таких детей родители зачастую напоминают им о их недуге, активно стараются лечить их, упражнения проводят с учетом того, что ребенок не может выполнять упражнения в отличие от здоровых детей, у таких детей уровень страхов большой, например: преобладает в наибольшей степени медицинские страхи (10 баллов), страх темноты и кошмарных снов (10 баллов), страх смерти (11 баллов), боязнь страхов, страх сказочных персонажей (8 баллов).

И последнее наблюдается родители, которые не принимают своих часто болеющих детей, стесняются их, не занимаются особо такими детьми, не поддерживают, ведут себя отчуждено, в обществе стесняются своих детей. УЦ таких детей самый максимальный уровень страхом, самый наибольший страх смерти (12 баллов), страх сказочных героев и персонажей, пространственные страхи (12 баллов). Таким образом, результаты исследования подтвердили гипотезу, о том, что основным типом материнского отношения часто болеющих детей 4-5 лет является симбиоз, отвержение часто болеющих детей свойственны такие виды страхов «медицинские страхи», «страхи темноты», «страхи причинения физического ущерба», «страхи смерти» так же предполагаем, что существует прямая положительная связь выделенных типов материнского отношения и видов страха, снижая которые по средствам педагогической работы возможно достижение гармонизации во взаимоотношения матерей и часто болеющих детей.

Полученные выводы исследования не претендуют на исчерпывающее решение исследуемой проблемы, так как рассматривалось влияние лишь нескольких социально-психологических условий семьи на развитие тревожности часто болеющих детей дошкольного возраста.

Экспериментально-психологическое исследование показало необходимость дальнейшего изучения данной проблемы. Перспектива исследования проблемы влияния типа родительского отношения на уровень тревожности часто болеющего ребенка дошкольного возраста видится в изучении особенностей влияния личности родителей, педагогов на появление тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста, а также в исследовании возможностей специально организованного, психологически обоснованного педагогического процесса работы с данной категорией детей.

В данном исследовании разработали методические рекомендации для педагогов с целью осуществления ими педагогической работы с матерями часто болеющих детей 4-5 лет.

Первое, что мы отметили по результатам исследования - это симбиотическая связь, когда она не прекращается, продолжает развиваться в отношениях родителей и часто болеющих детей.

Рекомендации педагогов родителям часто болеющих детей.

Не препятствовать процессу отделимости ребенка, чтобы дать ребенку возможность быть собой и располагать самостоятельностью поведения. Даже часто болеющий ребенок должен сам уметь преодолевать собственные комплексы, учиться общаться с другими детьми, самостоятельно принимать решение. Допускается матери только помогать ребенку, направлять его.

Мать должна быть очень внимательна, когда ребенок делает первые попытки к отделению и не препятствовать этому.

Она должна позволить ребенку проходить стадию отделения — это значит давать ему право выбора и поощрять самостоятельность.

Следует избегать образования такой атмосферы, которая могла бы его испугать или встревожить.

Педагогу предлагается коррекционная работа с такими матерями и детьми. Коррекционная работа проводится в трех главных направлениях:

- во-первых, по увеличению самооценки часто болеющего ребенка;
- во-вторых, по обучению часто болеющего ребенка способам снятия мышечного и эмоционального напряжения;
- в-третьих, по отработке навыков владения собой в ситуациях, травмирующих ребенка.

Для того чтобы помочь ребенку увеличить собственную самооценку, можно применять следующие методы работы.

Прежде всего, нужно как можно больше называть ребенка по имени и хвалить его в присутствии остальных детей и взрослых.

В детских садах с этой целью нужно отмечать достижения ребенка на преднамеренно оформленных стендах («Наши успехи», «Я сделал это!» и т.д.).

Помимо этого, можно поощрять таких детей, поручая им исполнение престижных в данном коллективе поручений.

Работа с родителями предусматривала:

- формирование знаний родителей о психолого-педагогических особенностях часто болеющих детей дошкольного возраста (через психологическое обучение, консультации, тренинговые занятия);
- формирование эффективных (оптимальных) взаимоотношений между родителями и детьми (игровые упражнения, беседы, совместные прогулки).

Вторым, наиболее существенным фактором, воздействующим на родительское отношение отвержение часто болеющих детей свойственны такие виды страхов «медицинские страхи», «страхи темноты», «страхи причинения физического ущерба», «страхи смерти».

Рекомендации родителям.

1) Дети весьма эмоциональны, впечатлительны, внушаемы, это нужно учитывать и вырабатывать веру ребенка в собственные силы и возможности, оптимистичный взгляд на все происходящее.

2) Нужно разнообразными способами увеличивать и поддерживать самооценку детей. Надлежит поддерживать и поощрять такие виды деятельности, в которых ребенок испытывает обстановку успеха.

3) В случае близящейся неблагоприятной ситуации необходимо заранее готовить ребенка к этому.

4) При каждом способе борьбы со страхом запрещено оставлять жалобы ребенка без внимания.

5) Необходимо уменьшить собственные требования к детям. Ребенка необходимо принимать таким, какой он есть и не стараться из него слепить то, чем он не является.

6) При возникновении страхов реакция родителя должна быть спокойно-сопереживающей. Запрещается оставаться безразличными, но и чрезвычайное беспокойство может привести к увеличению страхов.

7) За склонность преодолеть страх ребенка непременно необходимо отметить похвалой, поддержкой, вознаграждением. Дети дорожат тем, что их старания отмечены, и это действует на их поведении.

8) Главное действие, которое родители обязаны совершить – это ликвидировать причины тревожности ребенка.

9) Весьма существенно при возникновении страхов вернуть ребенку душевное равновесие.

Рекомендации педагогам. Использование специальных коррекционных методов и приемов.

1) Рисование.

Рисование объединено с эмоциями удовольствия, радости, восторгов, восхищения и порой гнева, но лишь не страха и печали. Потому рисование выступает как метод постижения собственных возможностей и окружающей реальности, моделирования взаимоотношений и формулирования эмоций, в том числе и негативных.

2) Уничтожение страхов.

Сначала педагоги разговаривают с часто болеющим ребенком по поводу его страха.

3) Игры на телесный контакт, поглаживания.

Дети нуждаются в телесном контакте с родителями. Освобождению стрессов и страхов помогают игры, поглаживания.

4) Важным методом является сочинение рассказа про собственный страх. Для этого необходимо его изобразить и придумать вместе с ребенком, как тот его победит.

Таким образом, мы дали рекомендации по работе с часто болеющими детьми. Гипотеза исследования подтверждается. Результаты исследования могут быть использованы в практической деятельности специалистов, для организации мероприятий по коррекции материнских отношений.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авдеева Н.Н. Особенности материнского отношения и привязанность ребенка к матери // Психологическая наука и образование. 2006. № 2. С. 82–92.
2. Араканцева Т.А. Гендерные аспекты детско-родительских отношений: учебное пособие. М.: МПСИ, 2006. 57 с.
3. Альбицкий В.Ю. Часто болеющие дети: клинико-социальные аспекты. Пути оздоровления. Саратов, 1986. 183 с.
4. Андреева Е.И. Патогенетические основы врачебной тактики оздоровления часто болеющих детей, посещающих дошкольные учреждения // Педиатрия. 1990. № 9. С. 63–67.
5. Арина Г.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. - 1995. Т.2, № 3. С. 116–125.
6. Баранов А.А. Организация оздоровления часто болеющих детей в яслях-садах // Вопросы охраны материнства и детства. 1986. № 8. С. 65–67.
7. Бассин Ф.В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней: Тез. докл. науч. - практ. конф. М., 1972. С. 25–33.
8. Бутенко Н.И. От формирования гигиенической и физической культуры к формированию здорового образа жизни // Здоровый ребенок - в здоровом социуме. М., Ставрополь, 1999. 320 с.
9. Варга А. Я. Роль родительского отношения в стабилизации детской невротической реакции // Вестник МГУ. Серия «Психология». 1985. №4. С.32–37.
10. Веселов Н.Г. Принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений. Л.: 1990. 55 с.

11. Выготский Л. С. Развитие личности и мировоззрение // Психология личности. Тексты. М.: Педагогика, 1982. Т. 5.
12. Васильев И.А., Поплужный В.Л., Тихомиров О.К. Эмоции и мышление. М.: Изд-во МГУ, 2010. 144 с.
13. Вилюнас В.К. Психология эмоциональных явлений. М.: МГУ, 2016. 136 с.
14. Детские невротические страхи, их диагностика и коррекция / Сост. Нелюбова Т.В., Гришпун И.Б. М.: Международная педагогическая академия, 2013. 188 с.
15. Журков Е. Г. Состояние здоровья детей, посещающих дошкольные учреждения. М., 1991. 158 с.
16. Захаров А.И. Детские неврозы. СПб: «Респекс», 2005. 97 с.
17. Захаров А.И. Дневные и ночные страхи у детей. СПб: Речь, 2005. 320с.
18. Захаров А.И. Как помочь нашим детям избавиться от страха. СПб: Гиппократ, 2005. 63 с.
19. Захаров А.И. Как предупредить отклонения в поведении ребенка: Кн. Для воспитателей детского сада и родителей. 2- е изд., доп. М.: Просвещение, 2013. 89 с.
20. Захаров А.И. Неврозы у детей и подростков. СПб.: Здоровоохранение, 2012. 216 с.
21. Зинкевич Т.Д., Михайлов А.М. Волшебный источник. Теория и практика сказкотерапии: опыт психодиагностики и психокоррекции детей. СПб: Изд-во "Сматр", 2006. 98 с.
22. Иванова В.И. Смысл болезни в контексте семейных взаимоотношений // Вестник МГУ. 1993. № 1. С.31–38.
23. Игнатова Л. Ф. Состояние здоровья детей как критерий готовности к обучению в школе // Школа здоровья. 1996. № 4. С. 84–85.
24. Исаев Д.Н. Психология больного ребенка. СПб., 1993. 75 с.
25. Изард К. Эмоции человека. М.: Изд - во МГУ, 2007. 436 с.

26. Изотова Е.И., Никифорова Е.В. Эмоциональная сфера ребенка: Теория и практика: Учеб.пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2014. 288 с.
27. Ковалев В.В. Психогенные патологические механизмы формирования личности у детей и подростков. М., 2016. 132 с.
28. Коломинского Я.Л., Панько Е.А. Диагностика и коррекция психического развития дошкольника. Минск: Университет, 2010. 237с.
29. Краткий психологический словарь. / Под ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского М.: Академия, 2015. 142 с.
30. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск, 2007. 122с.
31. Коробейников И. А. Нарушения развития и социальная адаптация. М.: Изд-во «ПЭР СЭ», 2002. 192 с.
32. Михайлова Н.В. Клинико-физиологические и психологические особенности часто болеющих детей: автореф. дис...канд. мед. наук: Спец.: 14.00.09. М., 2008. 25 с.
33. Михеева А.А. Психологическая помощь часто болеющим детям // Школа здоровья. 2009. № 1. С. 55–73.
34. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М., 2010. 166 с.
35. Пезешкиан Н. В. Психосоматика и позитивная психотерапия. М., 2006. 463 с.
36. Рубинштейн С. Л. Основы общей психологии. СПб., 2001. 705 с.
37. Румянцев А. Г. Часто болеющие дети. Традиционный взгляд. // Школа здоровья. 2006. № 2. С. 41–47.
38. Сергеева К. И. Острые респираторные заболевания у детей. М., 2003. 183 с.
39. Сеченов И. М. Избранные философские и психологические труды. М.: Госиздат, 2010. 387 с.

40. Слободчиков В.С. Частота острых заболеваний у детей дошкольного возраста // Региональные проблемы здоровья населения: Сб. науч. тр. Новокузнецк, 2001. С. 81–82.
41. Слободян М.М. Часто болеющие дети (медико-социальные аспекты, состояние иммунитета, пути оздоровления) // Педиатрия. 2003. № 1. С. 45–48.
42. Смирнова Е.О. Соотношение непосредственных и опосредствованных побудителей нравственного поведения детей // Вопросы психологии. М., 2001. №1. С. 26–37
43. Тхостова А. Ш. Теоретические проблемы исследования внутренней картины болезни // Психологическая диагностика отношения к болезни при нервно-психической и соматической патологии. Л., 2001. С. 18–22.
44. Холмогорова А. Б. Соматизация: история понятия, культуральные и семейные аспекты, объяснительные и психотерапевтические модели // Московский психотерапевтический журнал. 2000. № 2. С.5–50.
45. Цыркун Н. А. Развитие воли у дошкольников. Мн.: Нар. Асвета, 2001. 112 с.
46. Эльконин Д. Б. Введение в детскую психологию // Психическое развитие в детских возрастах. М.; Воронеж, 2010. 414 с.
47. Coenegrachts J. L., Ianssens J., Vantrappen G. Pseudomembraneuze colitis 111. Geneck. 1981. Vol. 37, №21. P. 1249-1283.
48. Colley I. R., Brassler L. Y. Chronic Respiratory Diseases in Children in Relation to Air Pollution (EURO Report and Studies, №28 WHO). Copenhagen, 1980.281p.
49. Colley I. R. T., Miller D. L. Acute respiratory illness. WHO/IUATLD Conference WHO Document WPR/WG/NCD(1)/INF/8, 17 May 1989. 304p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Методика диагностики родительского отношения (ОРО)

(А.Я. Варга, В.В. Столин)

Текст опросника.

Отвечая на следующие далее 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 друга? 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.
Получить полный текст
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 воспитание и разумнее, чем мой ребенок.
27. Я с удовольствием провожу с ребенком свое свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребенок вырастет, 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 производятся 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 поданной 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.

Методика «Взаимодействие родитель – ребенок» (Марковская И.М.)

Текст опросника взаимодействия родителей с детьми

И. Марковской (ВРР)

для родителей дошкольников и младших школьников

1. Если уж я чего-то требую от него(нее), то обязательно добьюсь этого.
2. Я всегда наказываю его(ее) за плохие поступки.
3. Он(а) сам(а) обычно решает, какую одежду надеть.
4. Моего ребенка смело можно оставлять без присмотра.
5. Сын(дочь) может рассказать мне обо всем, что с ним(ней) происходит.
6. Думаю, что он(а) ничего не добьется в жизни.
7. Я чаще говорю ему(ей) о том, что мне в нем(ней) не нравится, чем нравится.
8. Часто мы совместно справляемся с домашней работой.
9. Я постоянно беспокоюсь за здоровье ребенка.
10. Я чувствую, что непоследователен(непоследовательна) в своих требованиях.
11. В нашей семье часто бывают конфликты.
12. Я бы хотел(а), чтобы он(а) воспитывал(а) своих детей так же, как я его(ее).
13. Он(а) редко делает с первого раза то, о чем я прошу.
14. Я его(ее) очень редко ругаю.
15. Я стараюсь контролировать все его(ее) действия и поступки.
16. Считаю, что для него(нее) главное – это слушаться меня.
17. Если у него(нее) случается несчастье, в первую очередь он(а) делится со мной.
18. Я не разделяю его(ее) увлечений.
19. Я не считаю его(ее) таким умным(умной) и способным(способной), как мне хотелось бы.
20. Могу признать свою неправоту и извиниться перед ним(ней).

21. Я часто думаю, что с моим ребенком может случиться что-то ужасное.
22. Мне трудно бывает предсказать свое поведение по отношению к нему(ней).
23. Воспитание моего ребенка было бы гораздо лучше, если бы другие члены семьи не мешали.
24. Мне нравятся наши с ней(ним) отношения.
25. Дома у него(нее) больше обязанностей, чем у большинства его(ее) друзей.
26. Приходится применять к нему(ней) физические наказания.
27. Ему(ей) приходится поступать так, как я говорю, даже если он(а) не хочет.
28. Думаю, я лучше его(ее) знаю, что ему(ей) нужно.
29. Я всегда сочувствую своему ребенку.
30. Мне кажется, я его(ее) понимаю.
31. Я бы хотел(а) в нем(ней) многое изменить.
32. При принятии семейных решений всегда учитываю его(ее) мнение.
33. Думаю, что я тревожная мама(тревожный папа).
34. Мое поведение часто бывает для него(нее) неожиданным.
35. Бывает, что, когда я наказываю ребенка, мой муж(жена, бабушка и т. п.) начинает упрекать меня в излишней строгости.
36. Считаю, что в целом правильно воспитываю своего сына(дочь).
37. Я предъявляю к нему(ней) много требований.
38. По характеру я мягкий человек.
39. Я позволяю ему(ей) гулять одному во дворе дома.
40. Я стремлюсь оградить его(ее) от трудностей и неприятностей жизни.
41. Я не допускаю, чтобы он(а) подмечал(а) мои слабости и недостатки.
42. Мне нравится его(ее) характер.
43. Я часто критикую его(ее) по мелочам.
44. Всегда с готовностью его(ее) выслушиваю.
45. Считаю, что мой долг оградить его(ее) от всяких опасностей.
46. Я наказываю его(ее) за такие поступки, которые совершаю сам(а).

47. Бывает, я невольно настраиваю ребенка против других членов семьи.
48. Я устаю от повседневного общения с ним(ней).
49. Мне приходится заставлять его(ее) делать то, что он(а) не хочет.
50. Я прощаю ему(ей) то, за что другие наказали бы.
51. Мне бы хотелось знать о нем(ней) все: о чем он(а) думает, как относится к своим друзьям и т. д.
52. Он(а) сам(а) выбирает, чем заниматься дома в свободное время.
53. Думаю, что для него(нее) я самый близкий человек.
54. Я приветствую его(ее) поведение.
55. Я часто высказываю свое недовольство им(ею).
56. Принимаю участие в делах, которые придумывает он(а).
57. Я часто думаю, что кто-то может обидеть его(ее).
58. Бывает, что упрекаю и хвалю его(ее), в сущности, за одно и то же.
59. Случается, что если я говорю ему(ей) одно, то муж(жена, бабушка и т. п.) специально говорит наоборот.
60. Мне кажется, мои отношения с ребенком лучше, чем в семьях большинства моих знакомых.

Ключ к опроснику взаимодействия родителей с детьми

И. Марковской (ВРР)

Для родителей дошкольников и младших школьников

Таблица 15 – Ключ к опроснику

№ вопроса	Баллы	Сумма по шкале								
1		13*		25		37		49		1
2		14*		26		38*		50*		2
3*		15		27		39*		51		3
4*		16		28		40		52*		3(Делится на 2)
5		17		29		41*		53		4
6*		18*		30		42		54*		5
7*		19*		31*		43*		55		5(Делится на 2)
8		20		32		44		56		6
9		21		33		45		57		7
10*		22*		34*		46*		58*		8
11		23		35		47		59		9
12		24		36		48*		60		10

Параметры материнского отношения в группе «Светофорчик»

ФИ	Возраст	Состав семьи	Параметры РО
Алина П.	4,5	Мама –25 лет. Продавец. Образование–среднее специальное. Папа- 30 лет. Инженер. Образование –Высшее Дети–1.	контроль
Арсений К.	4,8	Мама –28 лет. Продавец-консультант. Образование-высшее. Папа– 30 лет. Машинист. Образование – Высшее Дети-1.	симбиоз
Богдан Н.	4,3	Мама –27 лет. Технический работник. Образование-среднее специальное. Папа –28 лет. Таксист. Образование – среднее специальное. Дети –2. Дочь Мария Н. 2.2года	инфантилизация
Борис А.	5	Мама – 25 лет. Медсестра. Образование– среднее специальное. Папа –32 года. ИП. Образование –Высшее Дети –1.	кооперация
Геннадий Г.	4,7	Мама– 30 лет. Врач. Образование –Высшее Папа – 30 лет. Врач. Образование –Высшее Дети –1.	контроль
Григорий К.	4,6	Мама–30 лет. Домохозяйка. Образование- среднее специальное. Папа –35 лет. ИП. Образование –Высшее Дети– 2. Близняшки Арина и Алина -1.2 года	контроль
Галина П.	4,8	Мама – 25 лет. Воспитатель. Образование- среднее специальное. Папа–30 лет. Таксист. Образование – ПТУ Дети –1.	контроль
Марина П.	4,6	Мама – 23 года. Продавец. Образование – среднее специальное. Папа –28 лет. Учитель. Образование –Высшее Дети –1.	кооперация
Мария О.	5	Мама–35 лет. Учитель. Образование- высшее Папа – 36 лет. Участковый. Образование – Высшее Дети–2. Сын Михаил О.- 9 лет. Ученик.	контроль
Нина В.	4,2	Мама –27 лет. Продавец. Образование–среднее специальное. Папа –30 лет. Продавец. Образование –Высшее. Дети –1.	контроль

Продолжение таблицы 16

Николай Ш.	4,7	Мама – 28лет. Учитель. Образование –среднее специальное. Папа – 30 лет. Слесарь. Образование –Высшее Дети –2. Сын –Руслан Ш. 3.2 года посещает детский сад.	контроль
Олег Г.	4,9	Мама – 26 лет. Учитель. Образование – высшее. Папа- 36 лет. Полицейский. Образование – Высшее Дети –1.	кооперация

Таблица 17

Параметры материнского отношения категория в группе «Летучий корабль»

ФИ	Возраст	Состав семьи	Параметры РО
Арина Д.	4,5	Мама – 30 лет. ИП. Образование- Высшее. Дети – 1.	кооперация
Артур К.	4,8	Мама – 28 лет. Продавец. Образование – высшее. Папа – 38 лет. Участковый. Образование – Высшее Дети – 2. Дочь – Мария К. Ученица. – 8 лет	симбиоз
Диана Н.	4,3	Мама – 37 лет. Техничка Образование – школьный аттестат Дети – 4. Дочь Мария Н. – 6лет Сын Данил Г. – 8 лет Сын Валерий У. – 18 лет	симбиоз
Денис А.	5	Мама – 25 лет. Медсестра. Образование – среднее специальное. Папа – 32 года. ИП. Образование –Высшее Дети – 1.	кооперация
Евгений Г.	4,7	Мама – 36 лет. Врач. Образование – Высшее Папа – 40 лет. Учитель. Образование –Высшее Дети – 1.	симбиоз
Есения К.	4,6	Мама – 30 лет. Врач. Образование – Высшее Папа – 30 лет. Врач. Образование –Высшее Дети – 1.	инфантилизация
Жанна П.	4,8	Мама – 30 лет. Домохозяйка. Образование - среднее специальное. Папа – 35 лет. ИП. Образование –Высшее Дети – 3. Близняшки Арина и Алина – 1.2 года	симбиоз

Продолжение таблицы 17

Зинаида П.	4,6	Мама – 25 лет. Воспитатель. Образование – среднее специальное. Папа – 30 лет. Таксист. Образование – начальное профессиональное. Дети – 1.	контроль
Мария Р.	5	Мама – 23 года. Продавец. Образование – среднее специальное. Папа – 28 лет. Учитель. Образование – Высшее Дети – 1.	симбиоз
Матвей Г.	4,2	Мама – 35 лет. Учитель. Образование – высшее Папа – 36 лет. Участковый. Образование – Высшее Дети – 2. Сын Михаил О. – 9 лет. Ученик.	симбиоз
Николай З.	4,7	Мама – 27 лет. Продавец. Образование – среднее специальное. Папа – 30 лет. Продавец. Образование – Высшее Дети – 1.	контроль
Ольга Х.	4,9	Мама – 26 лет. Парикмахер. Образование – среднее – специальное. Папа – 36 лет. Полицейский. Образование – Высшее Дети – 1.	симбиоз

Лист нормоконтроля

Обучающийся: Кириллова Мария Владимировна

Тема ВКР: Педагогическая работа по снижению страхов часто болеющих детей 4-5 лет на основе изучения материнского отношения

Нормоконтроль пройден.

Нормоконтролер Турова 19.06.2019 Турова И.В.

(подпись, дата)

(расшифровка подписи)