

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ федеральное
государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра психологии детства

АНФЕРОВА СТЕЛЛА АЛЕКСАНДРОВНА
МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО
ОТНОШЕНИЯ И СТРАХОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА**

Направление 44.04.02 Психолого-педагогическое образование
Направление (профиль) образовательной программы
Психология и педагогика семьи

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ
Заведующий кафедрой
д.м.н. профессор Ковалевский В.А.

13.05.17

Руководитель магистерской
программы

д.м.н. профессор Ковалевский В.А.

13.05.17

Научный руководитель

д.м.н. профессор Ковалевский В.А.

13.05.17

Обучающийся

Анферова С.А.

13.05.17 Анферова

Красноярск 2017

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ТИПА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И СТРАХОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	7
1.1 Родительское отношение: понятие, виды, факторы, показатели.....	7
1.2 Детские страхи: понятие, виды, функции, факторы, показатели....	10
1.3 Особенности социальной ситуации развития часто болеющих детей дошкольного возраста.....	22
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1.....	26
Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И СТРАХОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА.....	28
2.1 Описание испытуемых и обоснование методик исследования.....	28
2.2 Результаты констатирующего исследования особенностей типов родительского отношения, страхов и их взаимосвязей.....	41
2.3 Рекомендации родителям часто болеющих детей старшего дошкольного возраста по формированию оптимального типа родительского отношения к ним.....	76
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2.....	81
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	82
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК.....	85
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	90

ВВЕДЕНИЕ

В современном мире в условиях социальной нестабильности ребенок сталкивается с множеством неблагоприятных факторов, которые могут не только затормозить реализацию потенциальных возможностей личности, но и обернуть процесс ее развития вспять. Специалистами был обнаружен рост числа детей с разнообразными страхами и повышенной возбудимостью. Возникновение различных эмоциональных нарушений и других психологических проблем взаимосвязано с рядом неблагоприятных событий, которые произошли в детском возрасте. Психика ребенка характеризуется высокой восприимчивостью, ранимостью, неспособностью противостоять неблагоприятным воздействиям.

Часто болеющие дети – это дети, которые равно болеют как дома, так и в саду. Самыми распространенными заболеваниями таких детей являются ОРВИ с осложнениями и формированием хронической патологии – отитов, гайморитов, аденоидитов, тонзиллитов. В зависимости от возраста и региона к часто болеющим детям можно отнести от 15 до 60% детей. Наибольшее число ЧБД выявляется среди детей 2–6 лет. Для часто болеющих детей характерна особая социальная ситуация развития в том числе – неэффективное родительское отношение, которое может способствовать тому, что у детей наблюдаются страхи. Кроме того, у данной категории детей зачастую нарушена и структура семьи, что связано с психологической отстраненностью отца. [46]

В большой мере особенности социального развития ребенка определяет первый и важнейший социально-педагогический институт – семья. Родители играют исключительную роль в жизни ребенка, и на них ложится основная ответственность за его развитие и становление психики. Воспитание ребенка складывается через систему отношений ребенка с родственниками, особенности общения, способы и формы совместной деятельности, семейные

ценности и ориентиры. Правильное воспитание детей в семье полностью зависит от родителей. Большое значение имеет и единство требований, предъявляемых взрослыми к ребенку. [46] На характер взаимоотношений детей с родителями в семье оказывает стиль воспитания и семейные традиции. Психологическое благополучие ребенка, его отношение к себе и людям во многом определяются отношением к ребенку родителей. Родительское отношение представляет собой целый комплекс чувств, установок, поведенческих реакций, связанных с восприятием и воспитанием ребенка. [6]

По мнению А.И. Захарова, страх – это интенсивно выраженная эмоция, которой присущ защитный характер, она сопровождается определенными физиологическими изменениями высшей нервной деятельности. Также, А.И. Захаров отмечает, что страх может развиваться у человека в любом возрасте: у детей 1-3 лет часто наблюдаются ночные страхи, на 2-ом году жизни проявляются страхи неожиданных звуков, одиночества, боли и медицинских работников. В 3-5 лет в большинстве случаев дети испытывают страхи одиночества, темноты и замкнутого пространства. В 5–7 лет преобладает страх смерти. Став старше, в возрасте от 7 до 11 лет дети начинают в большей степени бояться «быть не тем, о ком хорошо говорят, кого уважают, ценят и понимают» [21]. Каждой возрастной категории детей присущи определенные виды страхов. В нашей работе мы рассматриваем страхи детей старшего дошкольного возраста.

Актуальность исследования проблемы заключается в том, что с возрастом у детей происходит изменение мотивов поведения, отношения к окружающему миру, взрослым и сверстникам. От того, смогут ли родители и педагоги отследить эти перемены, понять изменения, которые происходят с ребенком, и в результате этого изменить свое отношение, будет зависеть положительный эмоциональный контакт, который станет основой нервно-психического здоровья ребенка. [35]

Проведенный анализ литературы не позволил найти информацию о взаимосвязях родительского отношения и страхами детей дошкольного возраста, поэтому **целью исследования** стало выявление особенностей взаимосвязей родительского отношения и страхов часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

В соответствии с целью исследования были определены следующие **задачи:**

1. Осуществить теоретический анализ литературных данных по проблеме формирования страхов часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.
2. Осуществить теоретический анализ литературных данных по проблеме родительского отношения к детям старшего дошкольного возраста.
3. Разработать и реализовать исследовательскую программу.
4. Изучить особенности страхов часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, особенности родительского отношения к ним и выявить взаимосвязь между количеством страхов часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста и особенностями родительского отношения.
5. Разработать рекомендации, направленные на снижение страхов у часто болеющих детей.

Предмет исследования: особенности взаимосвязей родительского отношения и страхов часто болеющих детей старшего дошкольного возраста.

Объект исследования: страхи детей старшего дошкольного возраста и родительское отношение к детям старшего дошкольного возраста.

Гипотеза исследования:

1. Большое количество страхов часто болеющих детей старшего дошкольного возраста обусловлено особой социальной ситуацией развития ребенка и типом родительского отношения;

2. Количество страхов часто болеющих детей старшего дошкольного возраста в целом больше, чем количество страхов у здоровых детей и зависит от состава семьи и типа родительского отношения;
3. Факторами, способствующими появлению большого количества страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, является неэффективный тип родительского отношения;
4. Разработанная нами коррекционная программа, нацеленная на редуцирование количества страхов часто болеющих детей старшего дошкольного возраста и формирование эффективных детско-родительских взаимоотношений поможет сформировать положительное отношение детей ко взрослым, оптимизировать детско-родительские отношения, улучшить соматический статус детей.

Теоретическая значимость: привнесены новые сведения об особенностях взаимосвязей детских страхов и типов родительского отношения.

Практическая значимость: полученные результаты позволят рекомендовать практическим работникам организовать оптимальное сопровождение семей, имеющих часто болеющего ребенка, для уменьшения числа переживаемых им страхов.

По результатам исследования было опубликовано 2 статьи:

1. Страхи детей старшего дошкольного возраста как причина болезней;
2. Роль родителей в борьбе с детскими страхами.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВАНИЯ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ ТИПА РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И СТРАХОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

1.1. Родительское отношение: понятие, виды, факторы, показатели

Понятие родительское отношение указывает на взаимосвязь и взаимную зависимость родителей и ребенка. Оно включает в себя субъективно-оценочное и сознательно-избирательное представление о ребенке, которое характеризует особенности родительского восприятия, способ общения с ребенком, характер приемов воздействия на него. Обычно в структуре родительского отношения выделяются эмоциональный, когнитивный и поведенческий компоненты. Такие понятия как родительская позиция и родительская установка используются в качестве синонимов родительского отношения, но отличаются степенью осознанности. Родительская позиция скорее связывается с сознательно принятыми, выработанными взглядами, намерениями; установка – менее однозначна. [6]

Рассмотрим различные виды родительских позиций, установок, родительского отношения.

А.Я. Варга выделяет такие виды родительского отношения как симбиоз (т.е. чрезмерная эмоциональная близость), авторитарность, эмоциональное отвержение («маленький неудачник»). [6]

В.Н. Дружинин, в свою очередь, основными видами родительского отношения считает поддержку (разрешение), приспособление к потребностям ребенка, формальное чувство долга при отсутствии подлинного интереса к ребенку и непоследовательное поведение. [18]

А.С. Макаренко описывает такие виды родительского отношения: авторитет любви, доброты, уважения и авторитет подавления, расстояния, педантизма, резонерства, подкупа.

На ребенка оказывает влияние множество отдельных факторов, но прежде всего личность родителя как субъекта взаимодействия: пол, возраст, темперамент и особенности характера, религиозные взгляды, национально-культурная принадлежность, социальное положение, профессия, уровень общей и педагогической культуры.

Отношения в семье описываются через те роли, которые выполняет ребенок. А.С. Спиваковская считает, что роль ребенка можно четко выделить в дисгармоничной семье, где люди относятся друг ко другу шаблонно, стереотипно. Роль является набором шаблонов поведения по отношению к ребенку в семье, сочетанием чувств, ожиданий, действий, оценок, адресованных ребенку взрослыми.

В психологической литературе описаны различные семейные роли детей. Так, А.С. Спиваковская выделяет следующие наиболее типичные детские роли. [45]

- *«Козёл отпущения»* – является объектом для проявления негативных эмоций родителей;
- *«Любимчик»* – заполняет эмоциональный вакуум в супружеских отношениях, любовь к нему преувеличена;
- *«Беби»* – ему предписано быть в семье только ребёнком, от которого ничего не зависит;
- *«Примиритель»* – рано включившийся в сложности жизни семьи, вынужден играть роль взрослого, регулировать и устранять супружеские конфликты.

По В.Н. Дружинину выделяются следующие роли: «ребенок-обуза», «ребенок-раб», «ребенок-любовник», «ребенок как оружие», ребенок – «заместитель мужа». [18]

Существует также три спектра отношений, из которых состоит любовь родителей к своему ребенку: симпатия – антипатия, уважение – пренебрежение, близость – дальность (А.С. Спиваковская). [45] Сочетание

данных аспектов отношений позволяет выделить некоторые типы родительской любви.

- 1) Действенная любовь (симпатия, уважение, близость);
- 2) Отстраненная любовь (симпатия, уважение, но большая дистанция с ребенком);
- 3) Действенная жалость (симпатия, близость, но отсутствие уважения);
- 4) Любовь по типу снисходительного отстранения (симпатия, неуважение, большая межличностная дистанция);
- 5) Отвержение (антипатия, неуважение, большая межличностная дистанция);
- 6) Презрение (антипатия, неуважение, малая межличностная дистанция);
- 7) Преследование (антипатия, неуважение, близость);
- 8) Отказ (антипатия, большая межличностная дистанция).

Оптимальная родительская позиция должна соответствовать трем главным требованиям: адекватности, гибкости и прогностичности.

Адекватность позиции основывается на точной оценке особенностей своего ребенка, на умении принимать его индивидуальность. Родители не должны концентрироваться только на том, чего они хотят от своего ребенка. Знание и учет детских возможностей и склонностей – самое важное условие успешного развития.

Гибкость позиции – это готовность и способность изменения стиля общения и способов воздействия на ребенка. Инфантилизирующая позиция приводит к барьерам в общении, непослушанию, бунту и протесту в ответ на любые требования родителей.

Прогностичность родительской позиции содержится в ее направленности на «зону ближайшего развития» ребенка. Это опережающая инициатива взрослого, которая направлена на изменение общего подхода к ребенку с учетом перспектив его развития.

Учет сочетания крайних вариантов проявления данных критериев позволяет с большей точностью охарактеризовать родительское отношение и соответствующее поведение ребенка. По Г. Крайгу выделяются следующие типы воспитания:

- Авторитетный (теплые отношения, высокий уровень контроля);
- Авторитарный (холодные отношения, высокий уровень контроля);
- Либеральный (теплые отношения, низкий уровень контроля);
- Индифферентный (холодные отношения, низкий уровень контроля).

[33]

В наше время родителям следует обладать важной способностью к рефлексии на индивидуальные и половозрастные особенности ребенка, готовностью к сознательному поиску максимально эффективного вида отношения к нему.

Вывод: анализ научной литературы позволяет сделать вывод о том, что родительское отношение имеет непосредственное влияние на личность ребенка и его здоровье. Оно может оказывать как положительный, так и отрицательный эффект на развитие личности ребенка старшего дошкольного возраста.

1.2. Детские страхи: понятие, виды, функции, факторы, показатели

Изучив вопрос о родительском отношении, следует рассмотреть понятие детского страха. Физиолог И.П. Павлов говорит о том, что страх – это проявление естественного рефлекса, пассивно-оборонительной реакции с небольшим замедлением коры больших полушарий. Страх базируется на инстинкте самосохранения, обладает защитным характером, сопровождается некоторыми физиологическими изменениями высшей нервной деятельности

и отражается на частоте пульса и дыхания, показателях артериального давления, выделении желудочного сока. [42]

Страх – наиболее опасная эмоция. Данная проблема встречается и в практике учреждений дошкольного образования. В детском саду детям нужно пройти тесты тревожности, а также преодолеть барьер страха в своем сознании. А.С. Спиваковская определяет страх так: «специфическое острое эмоциональное состояние, особая чувственная реакция, проявляющаяся в опасной ситуации. Страх вызывается всегда конкретной и близкой, уже наступившей опасностью. Страх – это чувство, которое мы испытываем по несколько раз в день». Однажды испытав реакцию страха в детском возрасте, человек будет испытывать ее всегда в подобных ситуациях. [33]

Над проблемой детских страхов работали такие отечественные психологи и психотерапевты как А.И. Захаров, А.М. Прихожан и А.С. Спиваковская.

Фобии – это навязчивые неадекватные реакции страха, которые охватывают субъекта в определенной фобической обстановке. Часто они сопровождаются вегетативными дисфункциями, такими как учащенное сердцебиение, обильный пот и т.п. Фобии также наблюдаются при различных психических заболеваниях.

Обычно страх возникает в ответ на угрожающий стимул. Существуют две универсальные угрозы, которые имеют фатальный в своем исходе характер (смерть, крах жизненных ценностей). Кроме крайних выражений страх всегда предполагает переживание какой-то настоящей или воображаемой опасности.

Понимание и осознание опасности складывается в процессе получения жизненного опыта и межличностных отношений. Ранее безразличные для ребенка раздражители со временем становятся угрожающими воздействиями. Обычно в таких случаях следует говорить о возникновении травмирующего опыта (испуг, боль, болезнь, конфликты, неудачи, поражения и т.д.).

Страхи – это нормальное явление в развитии детей. Возрастные страхи самостоятельно исчезают с возрастом. Негативное действие способны оказать только неадекватные, сильные страхи или частое переживание состояния страха. В этом случае развивается «невроз страха». Как внутренние факторы, так и внешние социальные факторы могут привести к его развитию.

Для невротических страхов, в отличие от возрастных, характерно следующее:

- Большая эмоциональная интенсивность и напряженность;
- Длительное или постоянное течение и неблагоприятное влияние на формирование характера и личности;
- Болезненное обострение;
- Взаимосвязь с другими невротическими расстройствами и переживаниями;
- Отражение на поведении не только посредством избегания объекта страха, но и всего связанного с ним нового и неизвестного, т.е. развитие реактивно-защитного типа поведения;
- Более прочная связь с родительскими страхами;
- Относительная трудность в плане их устранения.

Невротические страхи – это не принципиально новые виды страха. Они встречаются и у здоровых в нервно-психическом отношении детей в том или ином виде. Невротическими данные страхи становятся вследствие длительных переживаний, а также острых психических потрясений, часто на фоне болезненного перенапряжения нервных процессов. Помимо того, при неврозах намного чаще дети испытывают страхи одиночества, темноты и животных. Наличие множества страхов при неврозах – признак недостаточной уверенности в себе, отсутствия адекватной психологической защиты. Все это негативно сказывается на состоянии ребенка, создавая большие трудности в общении со сверстниками.

Намного более распространенными являются внушенные детские страхи. Их источник – взрослые, которые окружают ребенка, слишком настойчиво указывают на наличие опасности. Вследствие этого ребенок воспринимает только вторую часть фраз типа: «Не подходи – упадешь», «Не бери – обожжешься», «Не гладь – укусит» и т.д. Ребенку еще не понятно, чем ему это грозит, но он уже различает сигнал тревоги, испытывая реакцию страха.

К внушенным страхам также можно отнести страхи, возникающие у слишком тревожных родителей. Разговоры о смерти, болезнях, пожарах, убийствах в присутствии ребенка отражаются на его психике.

Вследствие всего вышесказанного можно говорить об условно-рефлекторном характере страха.

Страх также является одним из средств познания действительности, окружающей ребенка, которое ведет к более избирательному и критичному отношению к ней. Таким образом, состояние страха выполняет определенную социализирующую и обучающую роль в процессе формирования личности. Так, развитие устойчивости направлено не на полное избавление от страха, а на тренировку умения владеть собой при его наличии.

Существует множество различных классификаций страхов в психологии и педагогике. К примеру, Р.В. Овчарова определяет такие виды страхов:

1. Возрастные страхи. Они отмечаются у эмоциональных чувственных детей как отражение особенностей их психического и личностного развития. Возникают такие страхи под действием подобных факторов: присутствие страхов у родителей, тревожность, чрезмерное предохранение его от опасности и запрет на общение со сверстниками. Множество запретов или предоставление полной свободы ребенку, а также многочисленные угрозы взрослых в семье,

конфликты между родителями, психотравмы наподобие испуга, психологическое заражение страхами в процессе общения со сверстниками и взрослыми.

2. Невротические страхи. Характеризуются высокой эмоциональной напряженностью, негативным влиянием на формирование характера, взаимосвязями с некоторыми другими невротическими расстройствами и переживаниями, избеганием объекта страха. Такие страхи могут быть следствием долгих и неразрешимых переживаний. Такие дети чувствительны, они не могут полагаться на взрослых, как на источник безопасности и любви. [42]

Современные психологи выделяют следующие виды страхов: навязчивые, внушенные, бредовые и сверхценные.

Навязчивые страхи включают в себя: гипсофобию (страх высоты), клаустрофобию (боязнь закрытых пространств), агарафобию (боязнь открытых пространств), ситофобию (боязнь принимать пищу) и другие. Источником внушенных страхов являются взрослые, которые окружают ребенка, и непроизвольно заражают его страхом. В итоге ребенок реально воспринимает наличие опасности, испытывает эмоцию страха.

Бредовыми страхами называются такие страхи, причину появления которых найти невозможно. Например, ребенок испытывает страх перед ночным горшком, отказывается принимать определенную пищу, боится надевать тапочки или завязывать шнурки. Такие страхи нередко указывают на серьезные отклонения в психике ребенка, а также могут стать началом развития аутизма. Это самая тяжелая форма страхов.

Страхи, которые связаны с некоторыми идеями, называются сверхценными. Первое время они соответствуют жизненной ситуации, а далее становятся такими значимыми, что ребенок не может думать ни о чем больше. К детским сверхценным страхам относятся такие виды страха как

боязнь отвечать, заикание. Самые распространённые страхи у детей 6-7 лет – темноты, потеряться, нападения, воды, огня, боли.

Есть несколько основных причин, по которым возникают болезни: стресс, психотравмы, внутренний конфликт. В наше время психологи и медицинские работники начали сотрудничать в лечении болезней, являющихся последствием страхов.

Детские страхи не могут быть вызваны только воображением. Основные факторы недоверия и склонности к страху – угроза быть брошенным и потерять родителей. Как считает А.И. Захаров, «возрастные проявления навязчивости, тревожности и мнительности сами проходят у детей, если родители жизнерадостны, спокойны, уверены в себе, и если они учитывают индивидуальные и половозрастные особенности своего ребенка». Проблемы в отношениях с родителями могут привести к возникновению у детей 3-6 лет чувств беспокойства и страха, которые перерастают в заторможенность эмоциональных реакций, неустойчивость настроения, повышенную обидчивость и капризность. Ребенок становится эмоционально уязвимым, ранимым, и более подверженным различным формам страха. Следствие страха – болезнь [21].

А.С. Спиваковская говорит: «Главное, что нужно сделать родителям в таких случаях, – это устранить основные причины повышения общей тревожности ребенка. Для этого заставьте себя внимательно присмотреться к ребенку, к самим себе, ко всей ситуации в семье в целом. Необходимо критично пересмотреть свои требования к ребенку, обратив внимания на то, не слишком ли родительские запросы превышают реальные возможности ребенка, не слишком ли часто он оказывается в ситуации тотального неуспеха». Родителям следует помогать ребенку укреплять уверенность в себе, поощрять его достижения и усилить его чувство безопасности. [33]

А. Фромм и Т. Гордон считают, что «для того чтобы помочь ребенку преодолеть страх, родителям необходимо понять, что кроется за страхом

ребенка». Полезно сделать любое усилие, чтобы улучшить отношения с детьми. Для этого родителям следует уменьшить свои требования к детям, реже наказывать их и меньше обращать внимания на враждебность [48]. Снятие страхов, когда они возникают в огромной мере, зависит от того, насколько удастся успокоить ребенка, вернуть ему душевное равновесие: насколько его понимают и как относятся к его страхам.

Нужно создать такую обстановку в семье, чтобы дети понимали, что они могут, не стесняясь, рассказать родителям обо всем, чего они боятся. Они будут делать это только в том случае, если не будут испытывать страх перед взрослыми и чувствовать, что их не осуждают, а понимают и принимают. Меняться нужно не только ребенку, но и родителям, потому что от них зависит многое в подобной ситуации. Когда ребенок освобождается от страха, он открывается для обретения нового жизненного опыта.

Все факторы, которые участвуют в появлении страхов, А.И. Захаров распределяет в группы следующим образом:

- Наличие страхов у родителей (у матери), тревожность в отношениях с ребенком, избыточное предохранение его от опасностей и изоляция от общения со сверстниками;
- Чрезмерная ранняя рационализация детских чувств, которая обусловлена излишней принципиальностью родителей или их эмоциональным неприятием детей;
- Большое число запретов со стороны родителя того же пола, что и ребенок, а также множество нереализуемых угроз всех взрослых в семье;
- Отсутствие возможности для ролевой идентификации с родителем того же пола, что и ребенок, чаще всего у мальчиков. Это создает проблемы в общении со сверстниками и неуверенность в себе;
- Конфликты между родителями;

- Психические проблемы наподобие испуга, которые обостряют возрастную чувствительность детей к определенным страхам;
- Психологическое заражение страхами в процессе непосредственного общения со сверстниками и взрослыми. [22]

На основании обзора зарубежных авторов следует отметить, что К. Изард, в свою очередь, отличает [2]:

- Тесную взаимосвязь между собой и интенсивностью стимуляции таких эмоций как удивление-страх (неожиданность и резкое возрастание стимуляции), страх-ужас (несколько меньшее увеличение стимуляции) и интерес- возбуждение (еще менее неожиданная и резкая стимуляция);
- Существование в эмоциях испуга, страха и интереса – возбуждения частичных и перекрывающихся компонентов (между ними наблюдается неустойчивое равновесие);
- Разнообразие детерминант существования страха: врожденные (гомеостатические, инстинктивные, новизна раздражителя, темнота, одиночество) и приобретенные (вытекающие из опыта, социальных и других условий);
- Наличие связей страха с другими эмоциями – страданием, презрением, отвращением, стыдом, стеснительностью и другие. [23]

А. Кепински, польский психиатр, говорит о том, что страх – одна из движущих сил развития личности. По его мнению, «страх – это основное психологическое проявление, возникающее вследствие нарушения морального порядка». Автор выделял страх биологический, социальный и моральный, который вытекает из двух первых и сопровождается чувством вины.

По классификации Х. Христозова выделяются такие виды страха [52]:

1. По форме и оттенкам проявления:

- астенический (ощепенение, слабость, нецелесообразность поступков);

– стенический (паника, бегство, агрессия), соответствующий и несоответствующий степени опасности, адекватный и неадекватный;

2. По степени выраженности:

– Испуг (внезапный и кратковременный страх, который возникает при неожиданном и неприятном, но еще неосознанном изменении ситуации, угрожающей жизни или благополучию человека);

– Боязнь (постепенно возникающее чувство страха, которое связано с осознанием долгое время продолжающейся опасности, которая может быть устранена или на которую может быть оказано определенное воздействие);

– Ужас (самая высокая ступень страха с характерным угнетением рассудочной деятельности «безумный страх»);

3. По форме проявления:

– витальный (переживание страха исходит из собственного тела, непосредственно из эмоциогенных систем головного мозга);

– реальный (опасность исходит из окружающего мира);

– моральный (страх или страх совести – возникает в результате рассогласования первичных психических тенденций и более дифференцированных стремлений).

4. По виду:

– осознаваемый генерализованный,

– осознаваемый локализованный,

– неосознаваемый генерализованный,

– неосознаваемый локализованный,

5. По этапам развития:

– нерешительность,

– неуверенность,

– смущение,

– боязливость, тревога, страх, ужас.

Страхи также делятся на нормальные и патологические, то есть те, которые возникают при наличии реальной, осознаваемой или недостаточно осознаваемой угрозе, или как болезненная реакция. В структуре этих страхов выделяются три основных нарушения: аффективное (чувство опасности), интеллектуальное (неуверенность), волевое (нерешительность).

Х. Христозов рассматривает такие патологические формы страха [52]:

- 1) Навязчивый или фобия (иногда в связи с определенной ситуацией, с осознанием абсурдности);
- 2) Ипохондрический (возникает в ситуации, связанной с ипохондрическими переживаниями, без критического отношения);
- 3) Психотический (появляется в связи с депрессивно-параноидальными переживаниями или как диффузный страх).

Психологи разделяют страх на такие категории: ситуативно и личностно обусловленный, острый и хронический, инстинктивно и социально опосредованный, реальный и воображаемый.

По характеру выраженности страх подразделяется на ужас, испуг, страх, тревогу, беспокойство и волнение. Возрастные и клинические страхи дают основания для подобного разделения. Клинический страх может являться навязчивым и сверхценным, невротическим и психотическим.

Детские страхи можно классифицировать так:

- медицинские (боль, уколы, врачи, болезни);
- страхи, которые связаны с причинением физического ущерба (неожиданные звуки, транспорт, огонь, пожар, стихия, война);
- страхи смерти;
- страхи животных и сказочных персонажей;
- страхи кошмарных снов и темноты;
- социально-опосредованные страхи (людей, детей, наказания, опоздания, одиночества);

- «пространственные» страхи (высоты, воды, замкнутых пространств).

Причинами страха могут стать события, условия или ситуации, которые являются началом опасности. Предметом страха может быть какой-либо человек или объект. Иногда страх может не быть связан ни с чем конкретным, подобные страхи переживаются, как беспредметные. Страх может быть вызван страданием.

1. Врожденные детерминанты

Боль, а также громкий звук – примеры слишком интенсивных стимулов, а незнакомые лица или предметы иногда вызывают страх из-за своей новизны. Любые ситуации, которые могут угрожать значительной части членов вида в течение долгого времени, являются эволюционно-выработанными сигналами опасности.

Стимулы страха включают в себя темноту, животных, незнакомые предметы и людей. Многие авторы показали, что природные стимулы страха связываются с возрастом, т.е. зависят от процессов развития и созревания. Например, некоторые исследователи показали, что страх перед незнакомыми людьми не может возникнуть в первые месяцы жизни, так как у ребёнка ещё не развилась способность отличать знакомые лица от незнакомых. Такая способность появляется в период между шести- и девятимесячным возрастом, и именно в этот возрастной период отмечается максимальный страх перед чужими людьми.

2. Культурные детерминанты страха

Культурные детерминанты страха почти полностью являются результатом научения. Так, даже тихий сигнал воздушной тревоги может вызвать страх. Множество культурных детерминант страха при ближайшем рассмотрении может оказаться связанным с детерминантами перводо типа – природными, замаскированными разными формами неправильного истолкования, рационализации или проекции. Страх воров, например, или

приведений, может быть рационализацией боязни темноты, а страх перед попаданием молнии – рационализацией боязни грома.

Работа Кагана, посвящённая развитию аффектов у детей, даёт их дифференцированный анализ. Автор утверждает, что есть четыре «состояния страдания», которые называются страхом. По Кагану причинами такого состояния являются:

- а) неассимилированное расхождение;
- б) предвидение нежелаемого события;
- в) непредсказуемость;
- г) признание несоответствия между взглядами и поведения;
- д) признание диссонанса между взглядами.

Любая эмоция может вызвать страх. Подтверждение связи между страхом и возбуждением может быть найдено в работе Балл, которая посвящена гипнотически внушённому страху. Она показала, что испытуемые, переживающие страх, оказались в конфликте между желанием исследовать и желанием спастись. Автор рассматривает это как доказательство бинарной природы страха. Теория дифференциальных эмоций интерпретирует конфликтное поведение как итог поведения между страхом и интересом.

Возникновению страха способствуют некоторые типологические свойства высшей нервной деятельности, такие как эмоциональная чувствительность и впечатлительность. Повышенная впечатлительность людей выражается в их эмоциональной ранимости и уязвимости, когда они «всё близко принимают к сердцу и легко расстраиваются», будучи неспособными к агрессивным ответам. Подверженные страхам дети не склонны к внешнему, открытому выражению своих чувств и переживаний – они «всё держат в себе».

Вывод: проанализировав научную литературу, изучив сложную бинарную природу страха, следует сделать вывод о том, что страх является

причиной болезней, а также может стать причиной психических расстройств. Частые болезни детей старшего дошкольного возраста в большей степени связаны с наличием страхов.

1.3. Особенности социальной ситуации развития часто болеющих детей дошкольного возраста

Рассмотрев категорию страха, изучим вопрос об особенностях социальной ситуации часто болеющих детей. Принято считать, что часто болеющие дети – это феномен возрастной. Данная группа преимущественно состоит из детей дошкольного возраста, болеющих разными респираторными заболеваниями более, чем четыре раза в год. Но исследования говорят о том, что ОРВИ – не единственная причина таких частых заболеваний. К причинам также относятся детские инфекции, отиты, синуситы и обращения по поводу хронических заболеваний только в фазе обострения.

Н.Г. Веселов в своем исследовании указывает, что в медицине часто болеющими считаются:

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

Нередко ребенок болеет не только часто, но и длительно (более 10–14 дней одно ОРЗ)».

В своих исследованиях современные психологи рассматривают социальных фактор как совокупность общественной среды, микросреды (семья, сверстники, образовательное учреждение), природной среды, а также экологии. В этом случае важно помнить, 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 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».

Анализируя социальную ситуацию развития ребенка в совокупности с особенностями его психического развития в ситуации болезни, мы можем определить факторы социальной среды, детерминирующие развитие личности больного ребенка.

Такие ученые как В.В. Николаева и Г.А. Арина считают, что новую социальную ситуацию развития для часто болеющего ребенка создают два вида ограничений:

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

Однако известно, что двигательная активность – одна из важнейших форм самовыражения ребенка, а также сильнейший фактор его развития. Помимо этого, изменение познавательной активности соматически больного дошкольника и ограничение общения со сверстниками значительно меняют социальную ситуацию развития, создавая условия для инфантилизации ребенка.

Особая объективная социальная ситуация развития часто болеющего дошкольника, в определенной мере отличающаяся от социальной ситуации развития здорового ребенка, имеет место из-за существующей болезни. Такая ситуация субъективно переоценивается ребенком и складывается в субъективный компонент общей полной картины соматического заболевания – внутреннюю картину болезни. Внутренняя картина болезни – это основной комплекс вторичных, имеющих психологическую природу, симптомов

заболевания. Их возникновение, в первую очередь, связано с социальными факторами жизни и воспитания ребенка.

Качественно другой характер развития личности часто болеющего ребенка обуславливается также и его личностными особенностями, во многом тесно связанными с характером взаимоотношений ребенка с родителями, его субъективными знаниями и отношением к здоровью, а не только объективной тяжестью заболевания. Все вышеперечисленное детерминирует особенное поведение ребенка в ситуации болезни, характеризуемое исследователями как адаптивное.

В психологической литературе указываются данные, которые говорят об отличии часто болеющих детей от их здоровых сверстников по некоторым индивидуально-психологическим характеристикам. Например, им свойственны такие особенности как ярко выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, они быстро утомляются, а также в большой мере зависят от мнения окружающих (в первую очередь от мнения матери). Такие дети могут длительное время заниматься с одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, при этом им нужно, чтобы мама присутствовала рядом, так как они не желают отходить от нее ни на шаг.

Плохое самочувствие, ограничение двигательной активности, тяжелое и долгое лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушениям сна, высокой степени тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям. Это отражает особую социальную ситуацию развития ребенка, складывающуюся в условиях болезни. Главными последствиями такой ситуации являются изменения в направленности личности, в системе самооценок, в установке на деятельность.

Параллельно с адекватной и даже немного завышенной самооценкой у часто болеющих детей сосуществует негативное эмоциональное отношение к себе. В таком случае часто имеет место сравнение своей личности с матерью,

которое проявляется в самоуничижении, а также приписывании себе таких отрицательных эмоций как печаль, страх, злость и чувство вины.

В.А. Ковалевский и В.В. Николаева говорят о том, что особенное влияние на часто болеющих детей оказывают такие стили родительского отношения к ребенку как симбиотический, симбиотически–авторитарный, привязывающе–подавляющий. Подобные стили родительского отношения нередко являются преобладающими в семьях с часто болеющими детьми. Родители сосредоточивают внимание ребенка на проявлениях болезни, вводя разные запреты и ограничения. У детей наблюдается скованность и замкнутость, они менее охотно начинают идти на контакт и сторонятся общения. Также утрачивается такая характеристика как непосредственность общения со взрослыми и сверстниками, отсутствует радость от совместных игр и развлечений, а также все более частыми становятся случаи отказа от следования режиму дня, неподчинения старшим, упрямства. Возможности и проявления игровой деятельности становятся ограниченными, вследствие чего ограниченный характер приобретает двигательная потребность ребенка.

Так, среди особых характеристик развития личности часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста можно выделить следующее: «преобладание позиции «малоценности», ущербности и непосредственно-чувственное отношение к себе» (Ливанова М.Н., Николаева В.В.). Для часто болеющих детей характерной особенностью является приписывание себе отрицательных эмоций. Помимо того, более выраженной становится тревожность, неуверенность в себе и зависимость от чужого мнения. У часто болеющего ребенка складывается негативное представление о своей личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, а также нарастает состояние пессимизма и депрессивности. Изменение социальной ситуации развития может привести к задержке развития личности, т.е. инфантилизму. В младшем и среднем дошкольном возрасте у часто болеющих детей, в большей степени, чем у здоровых выражена тенденция к адекватной

самооценке, но во многом данная тенденция зависит от типа семейного воспитания и родительского отношения. «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.).[29]

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.

Вывод: изучив научную литературу, исследовав вопрос об особенностях социальной ситуации часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, сделаем вывод о том, что существует особая взаимосвязь между психологическим климатом в семье и здоровьем ребенка. Чаще болеют те дети, родительское отношение к которым носит негативный характер.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

Вывод 1:Обширная база понятий и классификаций родительского отношения позволяет наиболее точно исследовать данный вопрос. Родителям следует учитывать индивидуальные и половозрастные особенности ребенка, обращать внимание на систему отношений в семье, корректировать ее, избирая наиболее подходящий вид отношения к ребенку.

Вывод 2: Природа детских страхов многообразна, существует большое количество причин их появления; учеными выделяются несколько классификаций страхов по различным критериям. Чтобы преодолеть детские страхи, следует, прежде всего, определить их природу.

Вывод 3: Причинами частых заболеваний у детей старшего дошкольного возраста могут являться не только внутренние факторы, но и внешняя окружающая среда (семья). Отличия в формировании личностей таких детей обусловлены неправильным родительским отношением и неблагоприятным психологическим климатом в семье.

Здоровые дети имеют меньшее количество страхов, чем часто болеющие, так как их развитие проходит в особой социальной ситуации. Если своевременно диагностировать высокий уровень страхов и начать процесс коррекции, это даст возможность их редукции, что, в свою очередь, улучшит соматический статус часто болеющего ребенка.

Глава 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ И СТРАХОВ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

2.1. Описание испытуемых и обоснование методик исследования

Для проведения исследования нами были выбраны 30 детей старшего дошкольного возраста, 15 из которых были определены нами как здоровые, а остальные 15 – как часто болеющие. Критерием для распределения детей в таблицы больных и здоровых было количество обострений болезни в год. Если обострение болезни у ребенка в течение года происходило 5 и более раз, такие дети были причислены нами к категории часто болеющих.

Таблица №1. Здоровые дети

Ф.И. ребенка	Возраст	Состав семьи	Мама (возраст, профессия)	Папа (возраст, профессия)	Болезнь	Кол-во обострений в год
Б. М.	5 лет	Мама, сестра	Людмила Владимировна (36 лет, пом. акушера)	-	ОРЗ	2
Р. Р.	5 лет 3 мес	Мама, папа, сестра, брат	Ситора Фахридовна (32 года, домохозяйка)	Расульбердт Рахмонбердиев (44 года, фармовщик)	ОРВИ	3
В. М.	5 лет 1 мес	Мама, папа, брат	Виолетта Владимировна (23 года, парикмахер)	Андрей Виктрович (30 лет, литейщик)	ОРВИ	4

Л. А.	5 лет 4 мес	Мама, папа, брат	Марина Александровна (37 лет, кассир)	Виктор Викторович (38 лет, электрик)	ОРЗ	3
К. Л.	5 лет	Мама, папа	Любовь Петровна (35 лет, кондуктор)	Анатолий Ильич (38 лет, слесарь)	ОРВИ	2
Ж. Л.	5 лет 5 мес	Мама, папа, сестра	Наталья Александровна (33 года домохозяйка)	Виталий Васильевич (39 лет, водитель)	Бронхи- альная астма	2
М. С.	5 лет 6 мес	Мама, папа, сестра	Мария Александровна (30 лет, домохозяйка)	Сергей Михайлович (34 года, директор)	ОРВИ	1
Ш. С.	5 лет	Мама, папа, сестра	Екатерина Сергеевна (36 лет, бухгалтер)	Александр Станиславо- вич (44 года, генеральный директор)	Аллерги- ческий ринит	3
Ш. И.	5 лет 2 мес	Мама, папа, брат	Наталья Александровна (40 лет, врач)	Дмитрий Леонидович (44 года)	ОРВИ	4
К. А.	5 лет	Мама, сестра	Лаура Александровна (36 лет, водитель автобуса)	-	ОРВИ	4
М. К.	5 лет 7 мес	Мама, папа,	Наталья Александровна	Евгений Александро-	ОРВИ	3

		сестра	(32 года, учитель- дефектолог)	вич (38 лет, директор)		
М. Д.	5 лет 3 мес	Мама, папа, сестра	Светлана Николаевна (34 года, кастелянша)	Дмитрий Александрович (34 лет, водитель- фельдшер)	ОРЗ	1
К. А.	5 лет 4 мес	Мама, папа, брат	Анна Сергеевна (37 лет, главный специалист- эксперт)	Николай Владимирович (36 лет, директор)	ОРВИ	2
Л. П.	5 лет 6 мес	Мама, папа, сестра	Наталья Владимировна (39 лет, домохозяйка)	Андрей Васильевич (43 года, водитель- вахтовик)	ОРВИ	4

Таблица №2. Часто болеющие дети

Ф.И. ребенка	Воз- раст	Состав семьи	Мама (возраст, профессия)	Папа (возраст, профессия)	Болезнь	Кол-во обо- стре- ний в год
К. А.	5 лет	Мама	Мария Владимировна (33 года, руководитель группы по док. обеспечению)	-	Аллерги- ческий ринит	7

М. Л.	5 лет	Мама, папа, сестра, брат	Ольга Геннадьевна (35 лет, мастер маникюра)	Виталий Иванович (50 лет, прессовщик)	Отит	5
К. К.	5 лет 3 мес	Мама, папа	Светлана Викторовна (28 лет, продавец)	Алексей Сергеевич (37 лет, кузнец)	ОРЗ	5
Т. Н.	5 лет 2 мес	Мама, папа	Ольга Владимировна (27 лет, специалист)	Максим Викторович (36 лет, менеджер)	ОРВИ	6
В. Д.	5 лет 1 мес	Мама, папа, брат	Мария Николаевна (31 год, воспитатель)	Сергей Владими- рович (33 года, машинист)	ОРЗ	7
Ф. Н.	5 лет 4 мес	Мама, папа, брат	Зинаида Владимировна (37 лет, домохозяйка)	Антон Георгиевич (37 лет, рук. отдела)	Бронхит	5
Н. А.	5 лет 10 мес	Мама, папа, брат	Ирина Николаевна (31 год, оператор)	Василий Александро- вич (33 года, резчик по металлу)	ОРЗ	5
М. С.	5 лет 6 мес	Мама, папа, брат	Наталья Валерьевна (31 год, домохозяйка)	Сергей Дмитриевич (48 лет, слесарь)	Аллерги- ческий ринит	5

Ч. К.	5 лет 7 мес	Мама, папа	Валентина Александровна (31 год, комендант)	Максим Геннадьевич (37 лет, рамщик)	Ангина	6
В. У.	5 лет 7 мес	Мама, папа	Елена Викторовна (29 лет, бухгалтер)	Максим Александро- вич (32 года, сварщик)	Ангина	6
Г. Э.	5 лет 5 мес	Мама, папа	Екатерина Витальевна (31 год, кассир)	Александр Сергеевич (34 года, водитель)	Гайморит	7
И. В.	5 лет 6 мес	Мама, папа, сестра	Юлия Михайловна (29 лет, медсестра)	Сергей Александро- вич (33 года, милиционер)	Пневмо-ния	5
С. А.	5 лет 3 мес	Мама, папа	Анна Ивановна (38 лет, менеджер)	Сергей Владимиро- вич (34 года, кладовщик)	ОРВИ	6
О. К.	5 лет 2 мес	Мама, папа, сестра	Мария Николаевна (39 лет, домохозяйка)	Денис Валерьевич (39 лет, старший специалист)	ОРЗ	5

Для того чтобы подробно исследовать проблему взаимосвязей родительского отношения и страхов часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, нами были проведены исследования по нескольким

методикам, позволяющим наиболее емко изучить различные аспекты данной проблемы.

Прежде чем помочь детям преодолеть страхи, необходимо выяснить, каким именно страхам они подвержены. Для этого мы воспользовались методикой А.И. Захарова, которая позволяет в форме беседы обнаружить наличие и сущность детских страхов. Данная методика позволяет своевременно диагностировать наличие страхов, следовательно, вероятность нахождения правильного пути избавления от страха возрастает.

В ходе беседы ребенку задаются вопросы, нацеленные на выявление наличия эмоции страха по отношению к какому-либо объекту или явлению. Опросник включает в себя 29 вопросов, на которые ребенок должен ответить «да» или «нет»:

«Скажи, пожалуйста, ты боишься или не боишься:

1. когда остаешься один;
2. нападения;
3. заболеть, заразиться;
4. умереть;
5. того, что умрут твои родители;
6. каких-то людей;
7. мамы или папы;
8. того, что они тебя накажут;
9. Бабы Яги, Кощея Бессмертного, Бармалея, Змея Горыныча, чудовищ;
10. опоздать в сад;
11. перед тем как заснуть;
12. страшных снов (каких именно?);
13. темноты;
14. волка, медведя, собак, пауков, змей (страхи животных);
15. машин, поездов, самолетов (страхи транспорта);
16. бури, урагана, наводнения, землетрясения (страхи стихии);

- 17.когда очень высоко (страх высоты);
- 18.когда очень глубоко (страх глубины);
- 19.в тесной, маленькой комнате, помещении, туалете, переполненном автобусе, метро (страх замкнутого пространства);
- 20.воды;
- 21.огня;
- 22.пожара;
- 23.войны;
- 24.больших улиц, площадей;
- 25.врачей (кроме зубных);
- 26.крови (когда идет кровь);
- 27.уколов;
- 28.боли (когда больно);
- 29.неожиданных, резких звуков, когда что-то внезапно упадет, стукнет (боишься, вздрагиваешь при этом)».

Эффективность данной методики возрастает, если вопросы будут заданы лицом, имеющим доверительные отношения с ребенком (воспитателем или родителем). Полученные результаты следует передать психологу для дальнейшего исследования и определения результатов по количеству страхов в каждой группе.

Для определения типов родительских отношений нами была выбрана методика А.Я. Варга и В.В. Столина. Тест-опросник родительского отношения (ОРО) представляет собой психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление родительского отношения у лиц, обращающихся за психологической помощью по вопросам воспитания детей и общения с ними. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

Опросник включает в себя следующие высказывания:

1. «Я всегда сочувствую своему ребенку.
2. Я считаю своим долгом знать все, что думает мой ребенок.
3. Я уважаю своего ребенка.
4. Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.
5. Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.
6. Я испытываю к ребенку чувство расположения.
7. Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.
8. Мой ребенок часто неприятен мне.
9. Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.
10. Бывают случаи, когда издевательское отношение к ребенку приносит ему большую пользу.
11. Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку.
12. Мой ребенок ничего не добьется в жизни.
13. Мне кажется, что дети потешаются над моим ребенком.
14. Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят.
15. Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый.
16. Мой ребенок ведет себя плохо специально, чтобы досадить мне.
17. Мой ребенок впитывает в себя все дурное как "губка".
18. Моего ребенка трудно научить хорошим манерам при всем старании.
19. Ребенка следует держать в жестких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек.
20. Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.
21. Я принимаю участие в своем ребенке.
22. К моему ребенку "липнет" все дурное.
23. Мой ребенок не добьется успеха в жизни.

24. Когда в компании знакомых говорят о детях, мне немного стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как мне бы хотелось.
25. Я жалею своего ребенка.
26. Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям.
27. Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время.
28. Я часто жалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким.
29. Я часто ловлю себя на враждебном отношении к ребенку.
30. Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего того, что мне не удалось в жизни.
31. Родители должны приспосабливаться к ребенку, а не только требовать этого от него.
32. Я стараюсь выполнять все просьбы моего ребенка.
33. При принятии семейных решений следует учитывать мнение ребенка.
34. Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.
35. В конфликте с ребенком я часто могу признать, что он по-своему прав.
36. Дети рано узнают, что родители могут ошибаться.
37. Я всегда считаюсь с ребенком.
38. Я испытываю к ребенку дружеские чувства.
39. Основная причина капризов моего ребенка - эгоизм, упрямство и лень.
40. Невозможно нормально отдохнуть, если проводить отпуск с ребенком.
41. Самое главное, чтобы у ребенка было спокойное и беззаботное детство.
42. Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.
43. Я разделяю увлечения своего ребенка.
44. Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.
45. Я понимаю огорчения своего ребенка.
46. Мой ребенок часто раздражает меня.
47. Воспитание ребенка - сплошная нервотрепка.

48. Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.
49. Я не доверяю своему ребенку.
50. За строгое воспитание дети благодарят потом.
51. Иногда мне кажется, что ненавижу своего ребенка.
52. В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.
53. Я разделяю интересы своего ребенка.
54. Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и сделает, то обязательно не так.
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. Нередко я восхищаюсь своим ребенком.
59. Ребенок не должен иметь секретов от родителей.
60. Я не высокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.
61. Очень желательно, чтобы ребенок дружил с теми детьми, которые нравятся его родителям». [7]

По структуре опросник состоит из 5 шкал:

1. *«Принятие-отвержение»*. Данная шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы: родителю нравится ребенок таким, какой он есть. Родитель уважает индивидуальность ребенка, симпатизирует ему. Родитель стремится проводить много времени вместе с ребенком, одобряет его интересы и планы. На другом полюсе шкалы; родитель воспринимает своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым. Ему кажется, что ребенок не добьется успеха в жизни из-за низких способностей, небольшого ума, дурных наклонностей. По большей части родитель испытывает к ребенку злость, досаду, раздражение, обиду. Он не доверяет ребенку и не уважает его.

2. *«Кооперация»*. Это социально желательный образ родительского отношения. Содержательно эта шкала раскрывается так: родитель заинтересован в делах и планах ребенка, старается во всем помочь ребенку, сочувствует ему. Родитель высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него. Он поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, старается быть с ним на равных. Родитель доверяет ребенку, старается встать на его точку зрения и спорных вопросах.
3. *«Симбиоз с ребенком»*. Шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. При высоких баллах по этой шкале можно считать, что родитель стремится к симбиотическим отношениям с ребенком. Содержательно эта тенденция описывается так – родитель ощущает себя с ребенком единым целым, стремится удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни. Родитель постоянно ощущает тревогу за ребенка, ребенок ему кажется маленьким и незащищенным. Тревога родителя повышается, когда ребенок начинает автономизироваться в силу обстоятельств, так как по своей воле родитель не предоставляет ребенку самостоятельности никогда.
4. *«Авторитарная гиперсоциализация»*. Отражается форма и направление контроля за поведением ребенка. При высоком балле по этой шкале и родительском отношении данного родителя отчетливо просматривается авторитаризм. Родитель требует от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины. Он старается навязать ребенку во всем свою волю, не в состоянии встать на его точку зрения. За проявления своеволия ребенка сурово наказывают. Родитель пристально следит за социальными достижениями ребенка, его индивидуальными особенностями, привычками, мыслями, чувствами.

5. *«Маленький неудачник»*. Отражаются особенности восприятия и понимания ребенка родителем. При высоких значениях по этой шкале в родительском отношении данного родителя имеются стремления инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Родитель видит ребенка младшим по сравнению с реальным возрастом. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся родителю детскими, несерьезными. Ребенок представляется не приспособленным, не успешным, открытым для дурных влияний. Родитель не доверяет своему ребенку, досадует на его неуспешность и неумелость. В связи с этим родитель старается оградить ребенка от трудностей жизни и строго контролировать его действия. [7]

В данную методику включен достаточно большой список высказываний, которые затрагивают различные сферы жизнедеятельности и взаимодействия родителей с детьми, что позволяет в большей степени точно определить преобладающий тип родительского отношения к ребенку.

Для обработки результатов исследования нами был выбран метод корреляционного анализа. Корреляционный анализ – это проверка гипотез о связях между переменными с использованием коэффициентов корреляции, двумерной описательной статистики, количественной меры взаимосвязи (совместной изменчивости) двух переменных. Таким образом, это совокупность методов обнаружения корреляционной зависимости между случайными величинами или признаками.

Корреляционный анализ для двух случайных величин включает в себе:

- построение корреляционного поля и составление корреляционной таблицы;
- вычисление выборочных коэффициентов корреляции и корреляционных отношений;
- проверку статистической гипотезы значимости связи.

Основное назначение корреляционного анализа – выявление связи между двумя или более изучаемыми переменными, которая рассматривается как совместное согласованное изменение двух исследуемых характеристик.

В психологии функциональная взаимосвязь явлений эмпирически может быть выявлена только как вероятностная связь соответствующих признаков. Наглядное представление о характере вероятностной связи дает диаграмма рассеивания – график, оси которого соответствуют значениям двух переменных, а каждый испытуемый представляет собой точку.

В качестве числовой характеристики вероятностной связи используют коэффициенты корреляции, значения которых изменяются в диапазоне от -1 до +1. После проведения расчетов исследователь, как правило, отбирает только наиболее сильные корреляции, которые в дальнейшем интерпретируются.

Таким образом, задача корреляционного анализа сводится к установлению направления (положительное или отрицательное) и формы (линейная или нелинейная) связи между варьирующими признаками, измерению ее тесноты, и, наконец, к проверке уровня значимости полученных коэффициентов корреляции.

В настоящее время разработано множество различных коэффициентов корреляции. Наиболее применяемыми являются r -Пирсона и r -Спирмена, которые мы использовали для анализа результатов нашей работы.

Вывод: в результате теоретического анализа научной литературы по данной теме, нами были выбраны наиболее подходящие методы и методики для проведения эмпирического исследования с целью выявления особенностей взаимосвязей родительского отношения и страхов часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Такими методиками являются методика диагностики детских страхов А.И. Захарова, тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга и В.В. Столина, а также метод корреляционного анализа.

2.2. Результаты констатирующего исследования особенностей типов родительского отношения, страхов и их взаимосвязей

В данном параграфе приведены результаты исследований по выбранным нами методикам, а также выводы, сделанные вследствие анализа данных по каждому ребенку.

Среди наиболее частых болезней у здоровых детей были отмечены:

6,7 %– бронхиальная астма (1 чел.);

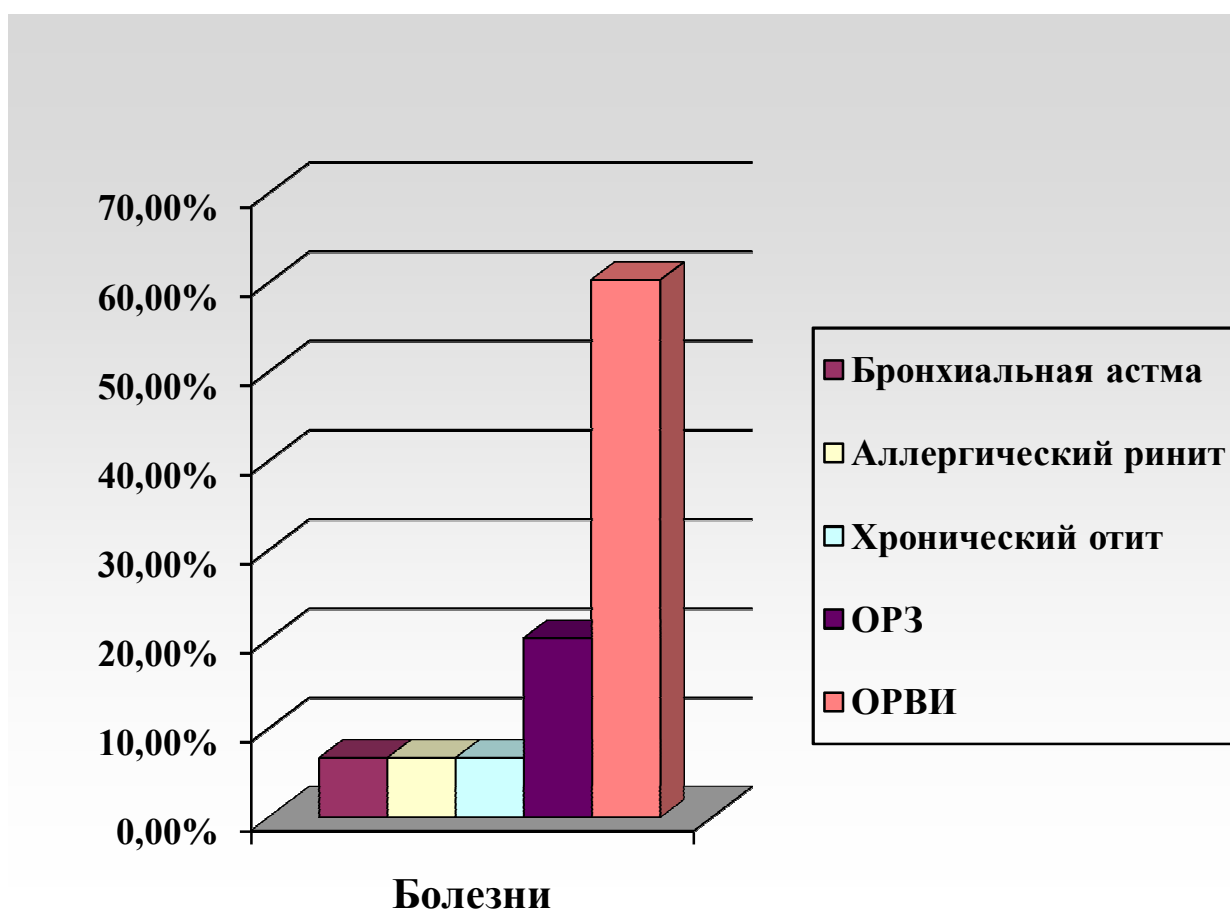
6,7 %– аллергический ринит (1 чел.);

6,7 % – хронический отит (1 чел.);

20,1 %– ОРЗ(3 чел.);

60,3 %– ОРВИ (9 чел.).

Диаграмма №1. Болезни здоровых детей



У часто болеющих детей были отмечены такие болезни как:

6,7% – отит (1 чел.);

6,7 % – хронический отит (1 чел.);

6,7% – бронхит (1 чел.);

6,7% – гайморит (1 чел.);

6,7 % – пневмония (1 чел.);

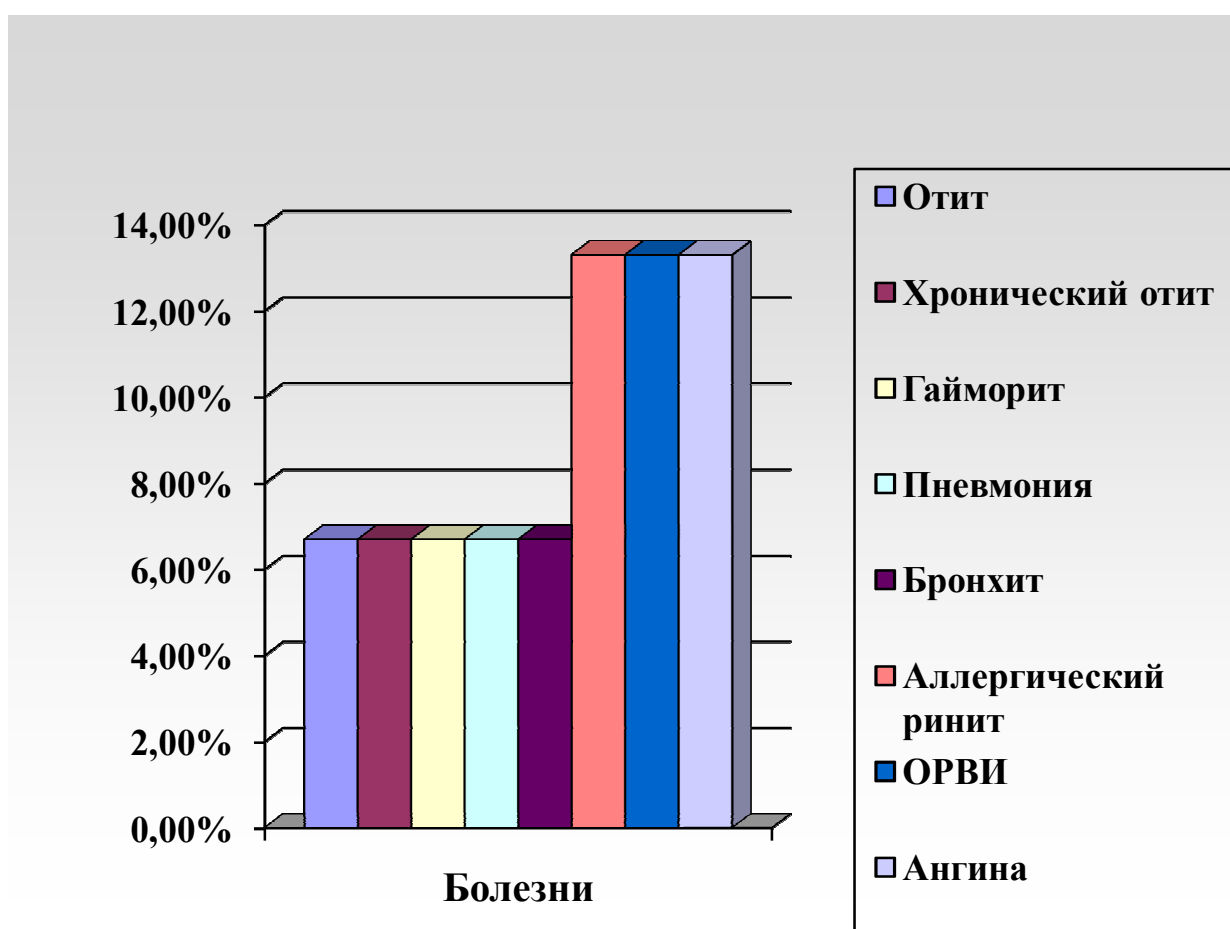
13,3% – аллергический ринит (2 чел.);

13,3 % – ОРВИ (2 чел.);

13,3 % –ангина (2 чел.);

26,4 % – ОРЗ (4 чел.).

Диаграмма №2. Болезни часто болеющих детей



Социальная среда, в которой ребенок функционирует, является немаловажным фактором развития болезней или их редукции. Для определения уровня влияния социальной среды на болезненность детей, нами был проведен небольшой опрос, позволяющий выяснить, в каких семьях воспитываются дети: 1. Семья является полной или неполной? (Ребенок воспитывается обоими родителями или только одним?); 2. Есть ли у ребенка братья/сестры?

Получив ответы на данные вопросы, мы выявили, что 80% (12 чел.) здоровых детей воспитываются в полных семьях, а 20% (3 чел.) – в неполных. У 93,3% (14 чел.) детей есть хотя бы один(а) родной(ая) брат/сестра, 6,7% (1 чел.) являются единственным ребенком в семье.

Диаграмма №3. Состав семей здоровых детей

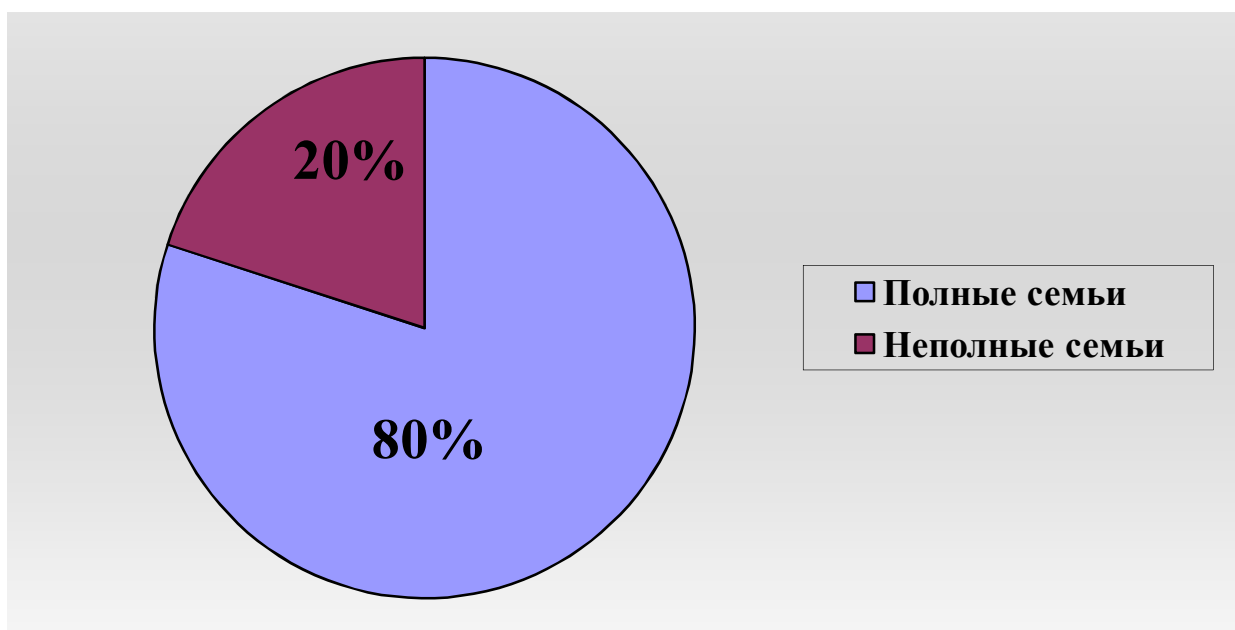
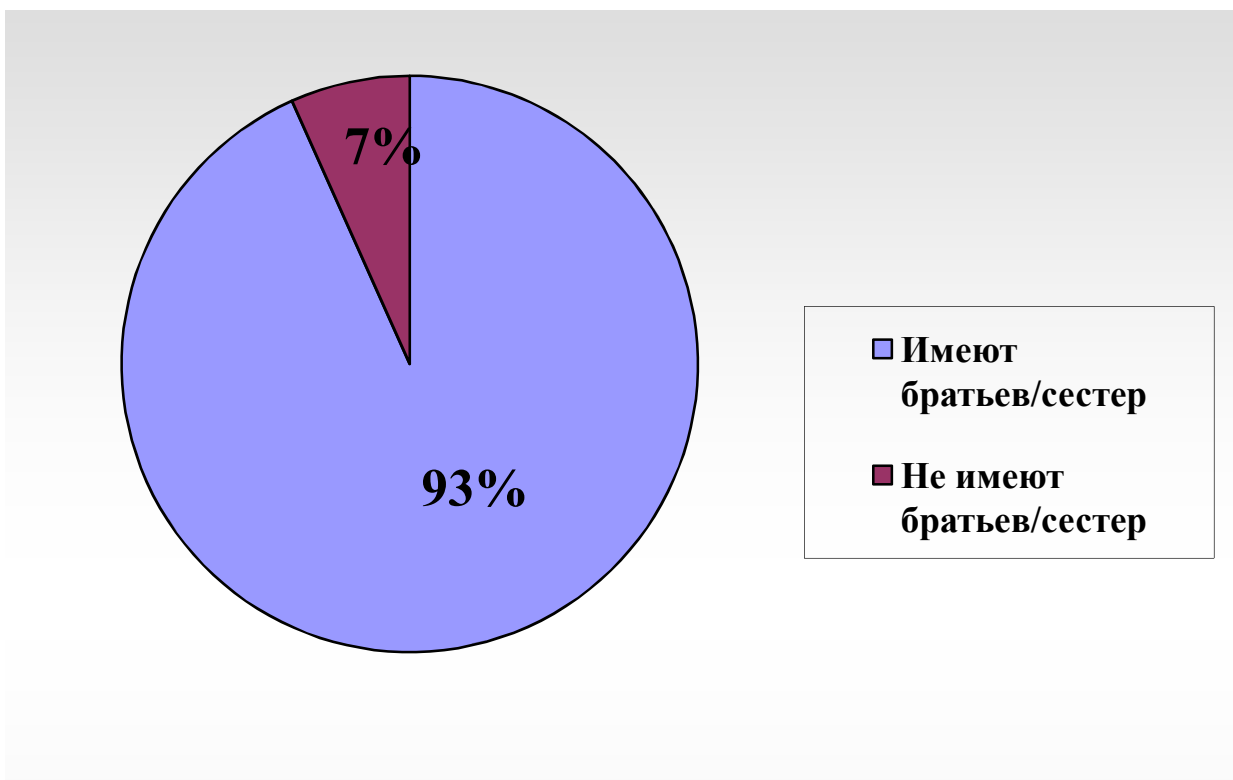


Диаграмма №4. Наличие братьев/сестер у здоровых детей



86,7% (13 чел.) часто болеющих детей, в свою очередь, имеют полные семьи, и лишь 13,3% (2 чел.) имеют только одного родителя. 46,6% (7 чел.) из них имеют братьев/сестер, а 53,4% (8 чел.) – нет.

Диаграмма №5. Состав семей часто болеющих детей

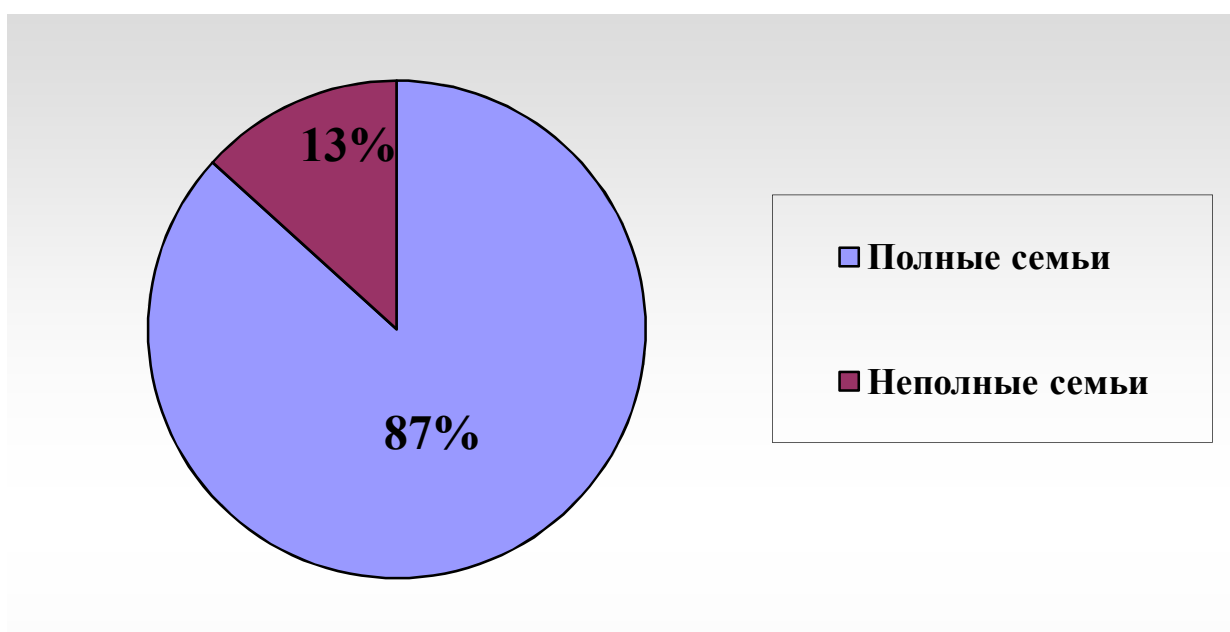
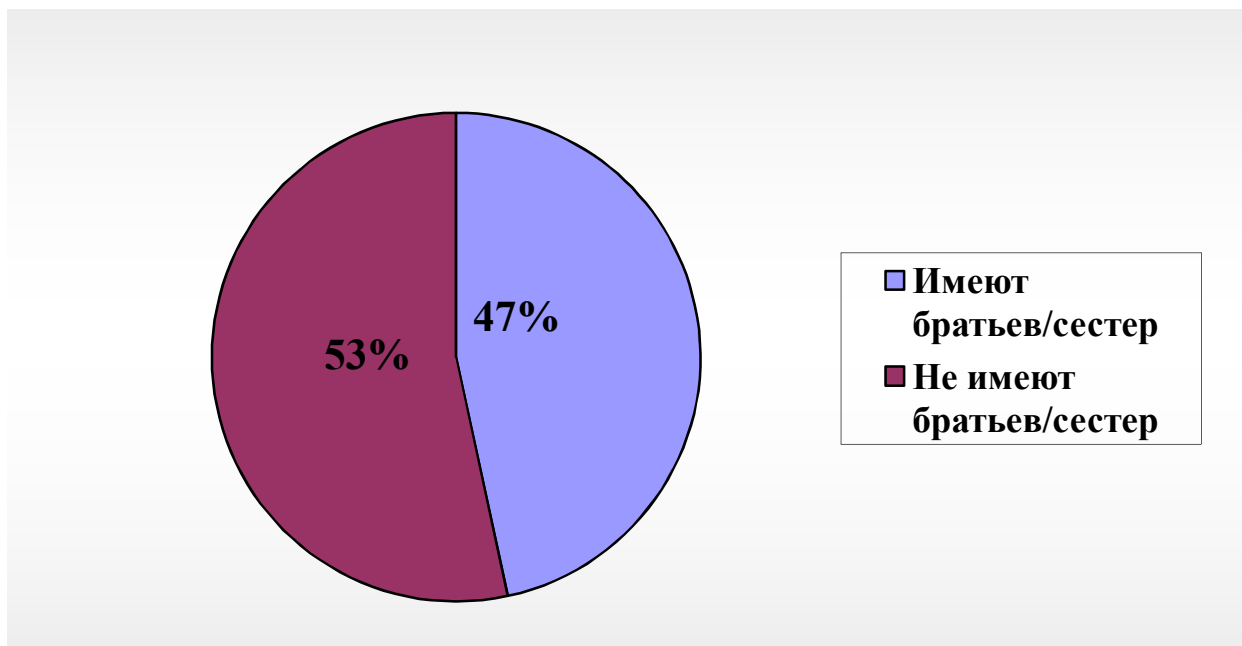


Диаграмма №6. Наличие братьев/сестер у часто болеющих детей



Исходя из полученных нами данных, можно сделать вывод о том, что дети, которые растут в полных семьях, а также в окружении братьев и сестер менее подвержены обострениям заболеваний, чем дети, которые являются единственными детьми в семье.

Чтобы выявить количество детских страхов и их сущность, нами был проведен опрос по методике А.И. Захарова среди 15 здоровых и 15 часто болеющих детей в возрасте 5 лет. Результаты опроса приведены нами в таблицах.

Таблица №1. Страхи здоровых детей по методике А.И. Захарова

№	Ф.И. ребенка	Испытываемые страхи
1	Б. М.	2, 3, 5, 9, 12, 18, 22, 27
2	Р. Р.	3, 9, 13, 14, 16, 17, 22, 25
3	В. М.	9, 11, 12, 13, 16, 21, 22, 27
4	Л. А.	1, 9, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 22, 26, 28
5	К. Л.	8, 12, 16, 18, 20, 26, 28

6	Ж. Л.	3, 4, 5, 13, 22, 24, 27, 29
7	М. С.	1, 2, 4, 5, 9, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 23, 24, 26
8	Ш. С.	3, 4, 5, 8, 10, 11, 12, 13, 16, 17, 22
9	Ш. И.	9, 14, 16, 17, 21, 22, 25, 27
10	К. А.	9, 13, 14, 15, 16, 18, 20, 21, 22, 26
11	М. К.	3, 8, 16, 22, 27
12	М. Д.	13, 14, 16, 17, 19, 22, 23, 27
13	К. А.	1, 3, 8, 9, 12, 13, 14, 16, 18, 20, 22, 23
14	Л. П.	10, 12, 15, 18, 20
15	А. А.	8, 9, 16, 18, 20, 23

Таблица №2. Страхи часто болеющих детей по методике А.И. Захарова

№	Ф.И.О ребенка	Испытываемые страхи
1	К. А.	9, 3, 17, 20, 25, 26, 27
2	М. Л.	10, 14, 15, 18, 27, 28, 29
3	К. К.	1, 3, 4, 9, 13, 15, 21, 25, 27
4	Т. Н.	2, 3, 5, 14, 16, 18, 22, 26, 27
5	В. Д.	1, 3, 9, 10, 13, 16, 17, 21, 26, 28
6	Ф. Н.	3, 5, 8, 10, 14, 21, 24, 25, 27, 28
7	Н. А.	3, 5, 9, 10, 13, 14, 15, 18, 20, 23, 26, 27, 29
8	М. С.	1, 3, 4, 5, 9, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 24, 26, 28
9	Ч. К.	2, 5, 8, 9, 13, 14, 16, 22, 25, 26, 27, 29
10	В. У.	1, 3, 4, 5, 6, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 27
11	Г. Э.	3, 9, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 27, 28
12	И. В.	1, 9, 13, 14, 16, 17, 21, 22, 24, 26, 28, 29
13	С. А.	1, 4, 9, 13, 14, 18, 20, 26, 28, 29
14	О. К.	3, 4, 5, 8, 9, 10, 13, 14, 16, 17, 22, 23, 26, 29
15	П. В.	1, 3, 9, 10, 13, 16, 17, 21, 27, 28

В итоге нами были выявлены такие результаты по количеству страхов у здоровых детей (номера страхов соответствуют условным обозначениям в параграфе 2.1):

1. – 20 % (3 чел.)
2. – 13,3 % (2 чел.)
3. – 40 % (6 чел.)
4. – 20 % (3 чел.)
5. – 26,7 % (4 чел.)
6. – 0 %
7. – 0 %
8. – 33,3 % (5 чел.)
9. – 60 % (9 чел.)
10. – 13,3 % (2 чел.)
11. – 13,3 % (2 чел.)
12. – 46,7 % (7 чел.)
13. – 60 % (9 чел.)
14. – 46,7 % (7 чел.)
15. – 20 % (3 чел.)
16. – 80 % (12 чел.)
17. – 40 % (6 чел.)
18. – 46,7 % (7 чел.)
19. – 6,7% (1 чел.)
20. – 40 % (6 чел.)
21. – 20 % (3 чел.)
22. – 73,3 % (11 чел.)
23. – 26,7 % (4 чел.)
24. – 13,3 % (2 чел.)
25. – 13,3 % (2 чел.)
26. – 26,7 % (4 чел.)

27.– 40 % (6 чел.)

28.– 13,3 % (2 чел.)

29.– 6,7 % (1 чел.)

Среднее количество страхов здоровых детей: у мальчиков – 7, у девочек – 11.

Проанализировав полученные результаты по данной методике, можно сделать вывод о том, что наиболее часто дети испытывают страх «бури, грозы, урагана, наводнения», он наблюдается у 80 % здоровых детей (12 чел.), также страх «пожара» – у 73,3 % детей (11 чел.). Можно предположить, что это связано с возможными чрезвычайными случаями из жизни. Также следует отметить, что у здоровых детей не преобладает страх «мамы, папы», что, вероятнее, связано с гармоничными и доброжелательными семейными отношениями.

У часто болеющих детей выявлены следующие результаты по количеству страхов (номера страхов соответствуют условным обозначениям в параграфе 2.1):

1.– 46,7 % (7 чел.)

2. – 13,3 % (2 чел.)

3. – 73,3 % (11 чел.)

4. – 33,3 % (5 чел.)

5. – 33,3 % (5 чел.)

6. – 6,7 % (1 чел.)

7. – 0 %

8. – 20 % (3 чел.)

9. – 80 % (12 чел.)

10. – 66,7 % (10 чел.)

11. – 13,3 % (2 чел.)

12. – 0 %

13. – 66,7 % (10 чел.)

- 14. – 66,7 % (10 чел.)
- 15.– 33,3 % (5 чел.)
- 16.– 60 % (9 чел.)
- 17. – 33,3 % (5 чел.)
- 18.– 46,7 % (7 чел.)
- 19. – 0 %
- 20. – 26,7 % (4 чел.)
- 21. –26,7 % (4 чел.)
- 22. – 33,3 % (5 чел.)
- 23. –13,3 % (2 чел.)
- 24. –20 % (3 чел.)
- 25.–26,7 % (4 чел.)
- 26. – 60 % (9 чел.)
- 27. – 60 % (9 чел.)
- 28. – 53,3 % (8 чел.)
- 29. – 40 % (6 чел.)

Среднее число страхов часто болеющих детей: у мальчиков – 9, у девочек – 13.

Таким образом, проанализировав полученные результаты по данной методике, можно сделать вывод, что наиболее часто дети испытывают страх «заболеть, заразиться», он наблюдается у 73,3 % часто болеющих детей (11 чел.); страх «опоздать в сад», страх «темноты», страх «животных» присутствует у 66,7 % (10 чел.). Это свидетельствует о том, что дети испытывают негативное отношение к болезням, стремятся не опаздывать и т.д.

Сравнив данные, следует сказать о том, что страх «страшных снов» присущ здоровым детям – 46,7%. К тому же, страх «опоздать в сад» отмечается в 4 раза чаще у часто болеющих детей – у 66,7%, а страх «бури, грозы, урагана, наводнения» в 2 раза чаще встречается у здоровых детей – у

80%. Помимо этого, в 2 раза чаще часто болеющие дети испытывают страх «боли» –53,3% и страх «неожиданных резких звуков» –40% детей. Это свидетельствует о том, что дети, возможно, оказывались в чрезвычайных ситуациях, которые отложили отпечаток на психику ребенка. В свою очередь, смеем предположить, что страх от неожиданных звуков мог возникнуть под воздействием ранее произошедшего случая испуга вследствие внезапного звука [6], [7].

Сравнительный анализ количества страхов здоровых и часто болеющих детей позволяет сделать вывод о том, что число страхов часто болеющих детей обоих полов превышает число страхов здоровых детей в среднем на 2 страха.

Таблица №3. Сравнительная характеристика страхов здоровых и часто болеющих детей по методике А.И. Захарова

№	Тип страха	Здоровые дети, %	ЧБД, %
1	Когда остаешься один	20	46,7
2	Нападения	13,3	13,3
3	Заболеть, заразиться	40	73,3
4	Умереть	20	33,3
5	Того, что умрут твои родители	26,7	33,3
6	Каких-то людей	0	6,7
7	Мамы или папы	0	0
8	Того, что они тебя накажут	33,3	20
9	Бабы Яги, Кощея Бессмертного, Бармалея, Змея Горыныча, чудовищ	60	80
10	Опоздать в сад (школу)	13,3	66,7
11	Перед тем как заснуть	13,3	13,3
12	Страшных снов	46,7	0

13	Темноты	60	66,7
14	Волка, медведя, собак, пауков, змей	46,7	66,7
15	Машин, поездов, самолетов	20	33,3
16	Бури, грозы, урагана, наводнения	80	60
17	Когда очень высоко	40	33,3
18	Когда очень глубоко	46,7	46,7
19	В маленькой тесной комнате, туалете (замкнутом пространстве)	6,7	0
20	Воды	40	26,7
21	Огня	20	26,7
22	Пожара	73,3	33,3
23	Войны	26,7	13,3
24	Больших улиц, площадей	13,3	20
25	Врачей (кроме зубных)	13,3	26,7
26	Крови	26,7	60
27	Уколов	40	60
28	Боли	13,3	53,3
29	Неожиданных резких звуков	6,7	40

В ходе нашей деятельности было проведено исследование родительских отношений по методике А.Я. Варга и В.В. Столина. Нами были опрошены 30 человек, являющиеся родителями детей старшего дошкольного возраста. Полученные результаты опроса были представлены в таблицах.

Таблица №4. Результаты теста родительского отношения родителей здоровых детей по методике А.Я. Варга и В.В. Столина

Ф.И.О родителя		Тип отношений
Мама	Папа	
Людмила Владимировна	-	Авторитарная гиперсоциализация
Ситора Фахридовна	Расульбердт Рахмонбердиев	Социально-желательный образ
Виолетта Владимировна	Андрей Викторович	Авторитарная гиперсоциализация
Марина Александровна	Виктор Викторович	Социально-желательный образ
Любовь Петровна	Анатолий Ильич	Симбиоз с ребенком
Наталья Александровна	Виталий Васильевич	Социально-желательный образ
Мария Александровна	Сергей Михайлович	Инфантилизация ребенка
Екатерина Сергеевна	Александр Станиславович	Симбиоз с ребенком
Наталья Александровна	Дмитрий Леонидович	Социально-желательный образ
Лаура Александровна	-	Инфантилизация ребенка

Наталья Александровна	Евгений Александрович	Отвержение ребенка
Светлана Николаевна	Дмитрий Александрович	Социально-желательный образ
Анна Сергеевна	Николай Владимирович	Симбиоз с ребенком
Наталья Владимировна	Андрей Васильевич	Социально-желательный образ
Ольга Юрьевна	Алексей Александрович	Симбиоз с ребенком

Таблица №5. Результаты теста родительского отношения родителей здоровых детей по методике А.Я. Варга и В.В. Столина

Тип отношений	%	чел
Отвержение ребенка	6,7	1
Социально-желательный образ	40	6
Симбиоз с ребенком	26,7	4
Авторитарная гиперсоциализация	13,3	2
Инфантилизация ребенка	13,3	2

Диаграмма №7. Результаты теста родительского отношения родителей здоровых детей по методике А.Я. Варга и В.В. Столина

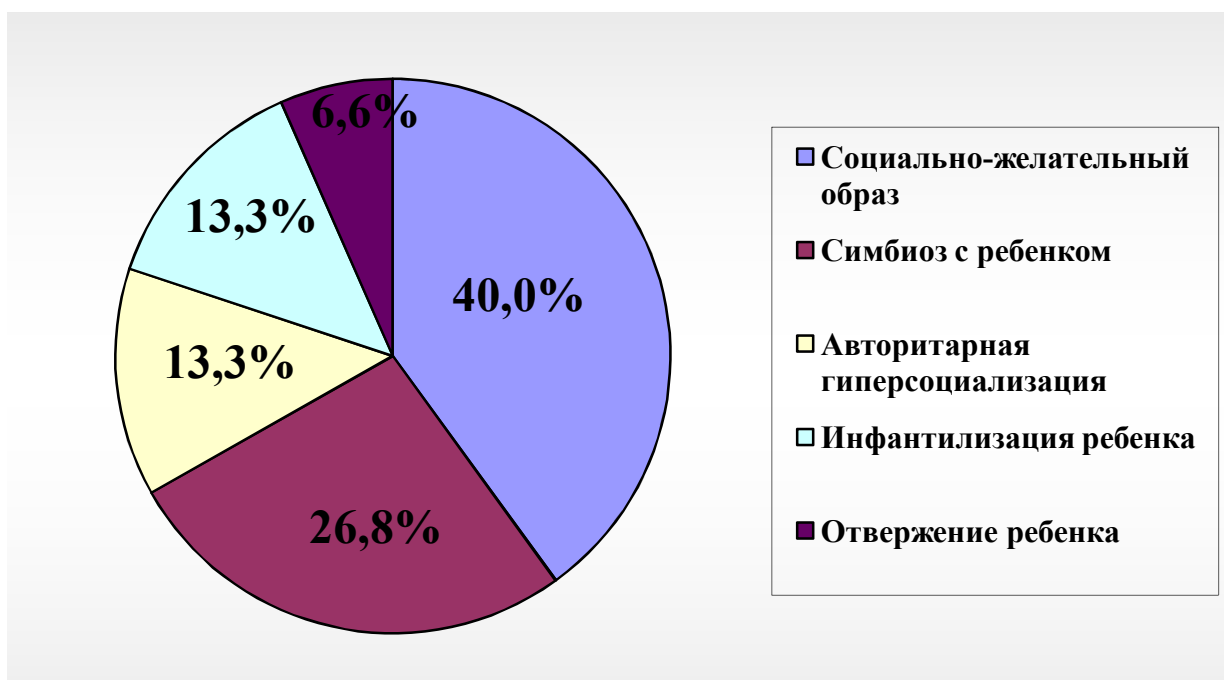


Таблица №6. Результаты теста родительского отношения родителей часто болеющих детей по методике А.Я. Варга и В.В. Столина

Ф.И.О родителя		Тип отношения
Мама	Папа	
Мария Владимировна	-	Отвержение ребенка
Ольга Геннадьевна	Виталий Иванович	Социально желательный образ
Светлана Викторовна	Алексей Сергеевич	Симбиоз с ребенком
Ольга Владимировна	Максим Викторович	Инфантилизация ребенка

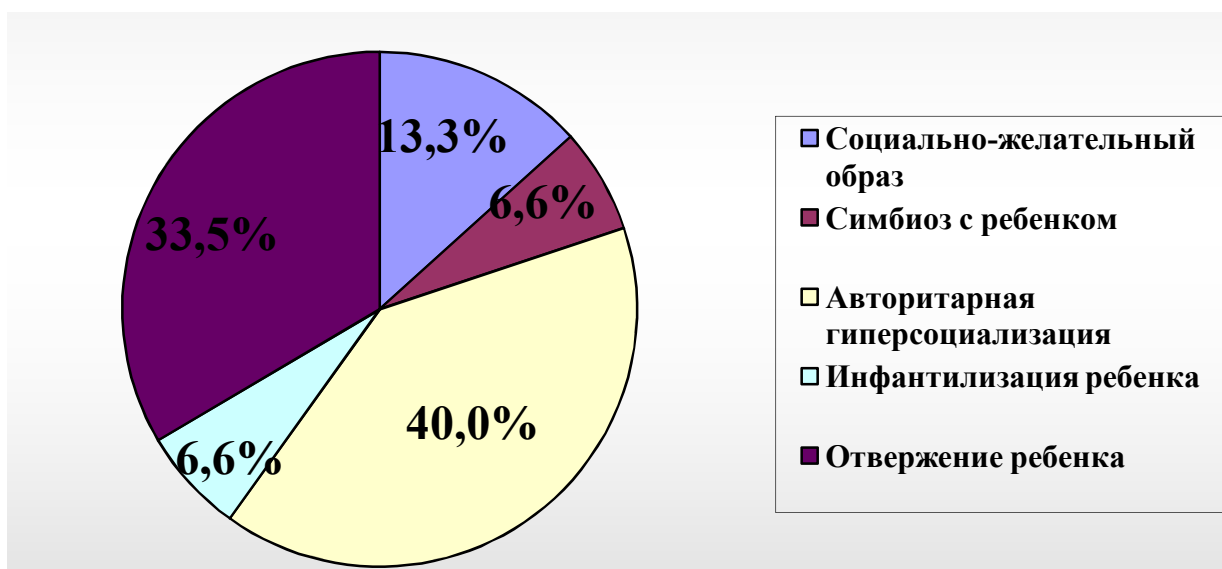
Мария Николаевна	Сергей Владимирович	Авторитарная гиперсоциализация
Зинаида Владимировна	Антон Георгиевич	Авторитарная гиперсоциализация
Ирина Николаевна	Василий Александрович	Авторитарная гиперсоциализация
Наталья Валерьевна	Сергей Дмитриевич	Отвержение ребенка
Валентина Александровна	Максим Геннадьевич	Отвержение ребенка
Елена Викторовна	Максим Александрович	Социально желательный образ
Екатерина Витальевна	Александр Сергеевич	Авторитарная гиперсоциализация
Юлия Михайловна	Сергей Александрович	Отвержение ребенка
Анна Ивановна	Сергей Владимирович (34 года, кладовщик)	Авторитарная гиперсоциализация
Мария	Денис	Авторитарная гиперсоциализация

Николаевна	Валерьевич	
Людмила Сергеевна	-	Отвержение

Таблица №7. Результаты теста родительского отношения родителей часто болеющих детей по методике А.Я. Варга и В.В. Столина

Тип отношений	%	чел
Отвержение ребенка	33.5	5
Социально-желательный образ	13.3	2
Симбиоз с ребенком	6.6	1
Авторитарная гиперсоциализация	40	6
Инфантилизация ребенка	6.6	1

Диаграмма №8. Результаты теста родительского отношения родителей часто болеющих детей по методике А.Я. Варга и В.В. Столина

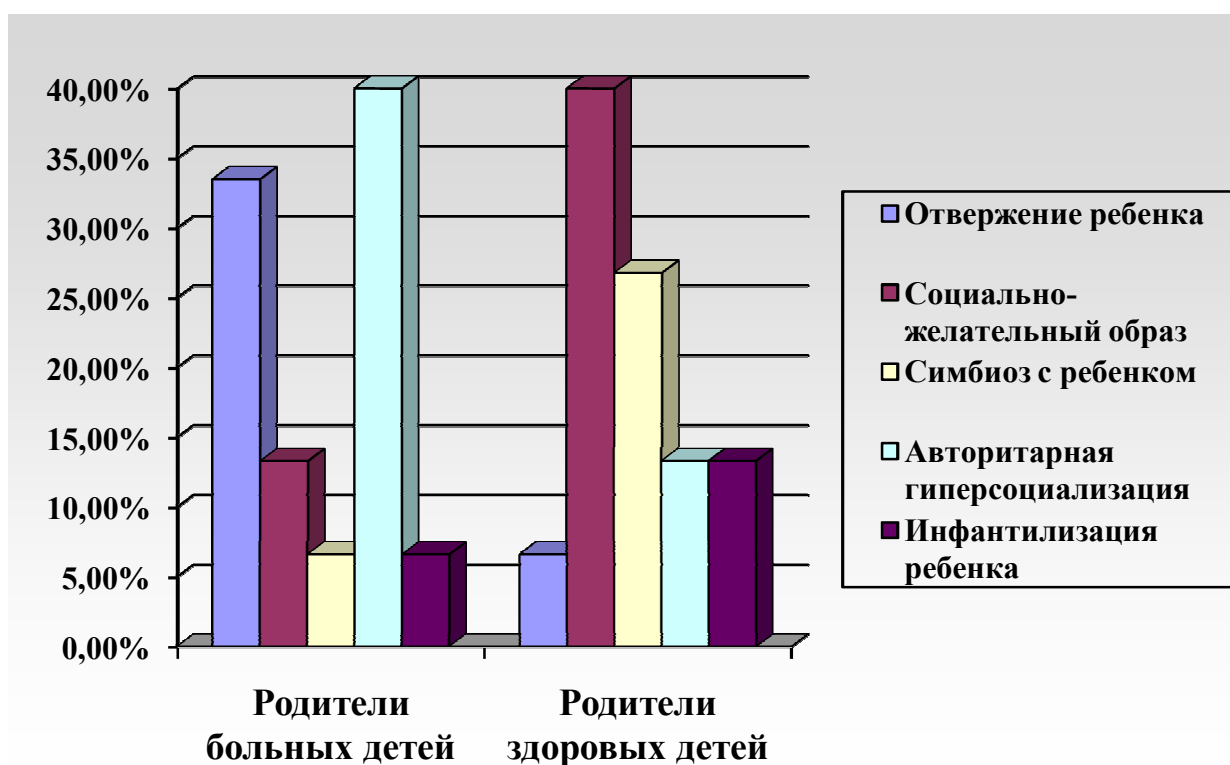


После обработки данных нами был проведен сравнительный анализ полученных результатов двух групп родителей здоровых и часто болеющих детей. Результаты приведены ниже.

Таблица №8. Сравнительная характеристика типов родительского отношения родителей здоровых и часто болеющих детей по методике А.Я. Варга и В.В. Столина

Группы детей	Тип родительского отношения (в %)				
	Отвержение	Социально-желательный образ	Симбиоз с ребенком	Авторитарная гиперсоциализация	Инфантилизация ребенка
Здоровые	6,7	40	26,7	13,3	13,3
ЧБД	33,3	13,3	6,7	40	6,7

Диаграмма №9. Сравнительная характеристика типов родительского отношения родителей здоровых и часто болеющих детей по методике А.Я. Варга и В.В. Столина



Так, выяснилось, что тип родительского отношения «отвержение» почти в 5 раз чаще проявляется в семьях с часто болеющими детьми. Это свидетельствует о том, что родители испытывают по отношению к ребенку в основном отрицательные чувства: раздражение, злость, досаду, ненависть. Они низко оценивают его способности.

Тип родительского отношения «социально-желательный образ» присутствует в 3 раза чаще в семьях здоровых детей. Это говорит о том, что родители проявляют искренний интерес к тому, что интересует ребенка, высоко оценивают его способности и поощряют самостоятельность и инициативу, стараясь быть на равных с ним.

«Симбиоз с ребенком» встречается в 4 раза чаще у семей со здоровыми детьми. Исходя из этого, можно предположить, что родители не устанавливают психологическую дистанцию между собой и ребенком, стараются всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные потребности.

Такой тип родительского отношения как «авторитарная гиперсоциализация» наблюдается в 3 раза чаще в семьях, имеющих часто болеющих детей. Родители таких детей ведут себя слишком авторитарно по отношению к своим детям, требуя от них безоговорочного послушания и задавая строгие дисциплинарные рамки.

«Инфантилизация ребенка» присутствует в 2 раза чаще в семьях, воспитывающих здоровых детей. Это говорит о том, что родители считают ребенка маленьким неудачником и относятся к нему как к несмышленому существу. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся таким родителям несерьезными, они игнорируют их.

На основе полученных результатов, можно сделать вывод о том, что в семьях часто болеющих детей, в отличие от семей здоровых детей, преобладающими являются такие типы родительского отношения как «отвержение» и «авторитарная гиперсоциализация». Подобные родительские

позиции по отношению к ребенку формирует неблагоприятный психологический климат семьи, в которой ребенок развивается и функционирует. Следствием такого отношения может являться большое количество страхов у детей.

Критерий корреляции Пирсона позволяет определить, какова теснота (или сила) корреляционной связи между двумя показателями, измеренными в количественной шкале. При помощи дополнительных расчетов можно также определить, насколько статистически значима выявленная связь.

С помощью данного коэффициента мы попытались выявить наличие и тесноту связи между родительским отношением и страхами часто болеющих детей.

Таблица №9. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «отвержение» у здоровых детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «отвержение»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2
1	Б. М.	14	8	112	196	64
2	Р. Р.	10	8	80	100	64
3	В. М.	8	8	64	64	64
4	Л. А.	18	11	198	324	121
5	К. Л.	12	7	84	144	49
6	Ж. Л.	2	8	16	4	64
7	М. С.	26	14	364	676	196
8	Ш. С.	19	11	209	361	121
9	Ш. И.	13	8	104	169	64
10	К. А.	15	10	150	225	100
11	М. К.	13	5	65	169	25

12	М. Д.	6	8	48	36	64
13	К. А.	20	12	240	400	144
14	Л. П.	18	5	90	324	25
15	А. А.	10	6	60	100	36
Σ		204	129	1884	3292	1201

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «Отвержение» и количеством страхов у здорового ребенка не существует

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «Отвержение» и количеством страхов у здорового ребенка.

$$r_{\text{расч}} = \frac{15 * 1884 - 204 * 129}{\sqrt{(15 * 3292 - 204^2) * (15 * 1201 - 129^2)}} = \frac{28260 - 26316}{\sqrt{7764 * 1374}}$$

$$= \frac{1944}{\sqrt{10667736}} = \frac{1944}{3266,15} = 0,6$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = 0,6$ при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0,01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии обратной достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,05$. $r_{\text{расч}} = 0,6 > r_{\text{табл}} = 0,51$, следовательно подтвердилась гипотеза H_1 . На основании полученного результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «отвержение» и количеством страхов у здорового ребенка существует корреляционная связь.

Таблица №10. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «социально-желательный образ» у здоровых детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «социально-желательный образ»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2
1	Б. М.	7	8	56	49	64
2	Р. Р.	8	8	64	64	64
3	В. М.	7	8	56	49	64
4	Л. А.	3	11	33	9	121
5	К. Л.	3	7	21	9	49
6	Ж. Л.	4	8	32	16	64
7	М. С.	5	14	70	25	196
8	Ш. С.	6	11	66	36	121
9	Ш. И.	4	8	32	16	64
10	К. А.	2	10	20	4	100
11	М. К.	6	5	30	36	25
12	М. Д.	2	8	16	4	64
13	К. А.	7	12	84	49	144
14	Л. П.	8	5	40	64	25
15	А. А.	8	6	48	64	36
Σ		80	129	668	494	1201

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «Социально-желательный образ» и количеством страхов у здорового ребенка не существует

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «Социально-желательный образ» и количеством страхов у здорового ребенка.

$$r_{\text{расч}} = \frac{15 * 668 - 80 * 129}{\sqrt{(15 * 494 - 80^2) * (15 * 1201 - 129^2)}} = \frac{10020 - 10320}{\sqrt{1010 * 1374}}$$

$$= \frac{-300}{\sqrt{1378740}} = \frac{-300}{1178,02} = -0,25$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = -0,25$, при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0,01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии обратной достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,05$. $r_{\text{расч}} = |-0,25| < r_{\text{табл}} = 0,51$, следовательно, подтвердилась гипотеза H_0 . На основании полученного результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «Социально-желательный образ» и количеством страхов у здорового ребенка нет корреляционной связи.

Таблица №11. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «симбиоз с ребенком» у здоровых детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «симбиоз с ребенком»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2

1	Б. М.	6	8	48	36	64
2	Р. Р.	5	8	40	25	64
3	В. М.	4	8	32	16	64
4	Л. А.	4	11	44	16	121
5	К. Л.	3	7	21	9	49
6	Ж. Л.	5	8	40	25	64
7	М. С.	5	14	70	25	196
8	Ш. С.	3	11	33	9	121
9	Ш. И.	4	8	32	16	64
10	К. А.	3	10	30	9	100
11	М. К.	6	5	30	36	25
12	М. Д.	4	8	32	16	64
13	К. А.	5	12	60	25	144
14	Л. П.	7	5	35	49	25
15	А. А.	7	6	42	49	36
	Σ	71	129	589	361	1201

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «симбиоз с ребенком» и количеством страхов у здорового ребенка.

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «симбиоз с ребенком» и количеством страхов у здорового ребенка.

$$r_{расч} = \frac{15 * 589 - 71 * 129}{\sqrt{(15 * 361 - 71^2) * (15 * 1201 - 129^2)}} = \frac{8835 - 9159}{\sqrt{374 * 1374}} = \frac{-324}{\sqrt{513876}}$$

$$= \frac{-324}{716,85} = -0,45$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = -0,45$, при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0.01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0.05$), что свидетельствует о наличии обратной достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,05$. $r_{\text{расч}} = |-0,45| < r_{\text{табл}} = 0,51$, следовательно, подтвердилась гипотеза H_1 . На основании полученного результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «симбиоз с ребенком» и количеством страхов у здорового ребенка нет корреляционной связи.

Таблица №12. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «авторитарная гиперсоциализация» у здоровых детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «авторитарная гиперсоциализация»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2
1	Б. М.	3	8	24	9	64
2	Р. Р.	5	8	40	25	64
3	В. М.	2	8	16	4	64
4	Л. А.	1	11	11	1	121
5	К. Л.	2	7	14	4	49
6	Ж. Л.	2	8	16	4	64
7	М. С.	7	14	98	49	196
8	Ш. С.	5	11	55	25	121
9	Ш. И.	1	8	8	1	64

10	К. А.	4	10	40	16	100
11	М. К.	4	5	20	16	25
12	М. Д.	2	8	16	4	64
13	К. А.	6	12	72	36	144
14	Л. П.	1	5	5	1	25
15	А. А.	1	6	6	1	36
Σ		46	129	441	196	1201

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «авторитарная гиперсоциализация» и количеством страхов у здорового ребенка.

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «авторитарная гиперсоциализация» и количеством страхов у здорового ребенка.

$$r_{\text{расч}} = \frac{15 * 441 - 46 * 129}{\sqrt{(15 * 196 - 46^2) * (15 * 1201 - 129^2)}} = \frac{6615 - 5934}{\sqrt{824 * 1374}}$$

$$= \frac{681}{\sqrt{1132176}} = \frac{681}{1064,04} = 0,64$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = 0,642$, при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0,01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии прямой достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,01$. $r_{\text{расч}} = 0,642 > r_{\text{табл}} = 0,64$, следовательно, подтвердилась гипотеза H_1 . На основании полученного результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «авторитарная гиперсоциализация» и количеством страхов у здорового ребенка существует корреляционная связь.

Таблица №13. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «инфантилизация ребенка» у здоровых детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «инфантилизация ребенка»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2
1	Б. М.	3	8	24	9	64
2	Р. Р.	6	8	48	36	64
3	В. М.	2	8	16	4	64
4	Л. А.	6	11	66	36	121
5	К. Л.	4	7	28	16	49
6	Ж. Л.	4	8	32	16	64
7	М. С.	7	14	98	49	196
8	Ш. С.	5	11	55	25	121
9	Ш. И.	3	8	24	9	64
10	К. А.	6	10	60	36	100
11	М. К.	2	5	10	4	25
12	М. Д.	4	8	32	16	64
13	К. А.	8	12	96	64	144
14	Л. П.	5	5	25	25	25
15	А. А.	4	6	24	16	36
Σ		69	129	638	361	1201

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «инфантилизация ребенка» и количеством страхов у здорового ребенка.

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «инфантилизация ребенка» и количеством страхов у здорового ребенка.

$$r_{\text{расч}} = \frac{15 * 638 - 69 * 129}{\sqrt{(15 * 361 - 69^2) * (15 * 1201 - 129^2)}} = \frac{9570 - 8901}{\sqrt{654 * 1374}} = \frac{669}{\sqrt{898596}}$$

$$= \frac{669}{947,94} = 0,71$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = 0,71$, при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0,01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии прямой достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,01$. $r_{\text{расч}} = 0,71 > r_{\text{табл}} = 0,64$, следовательно, подтвердилась гипотеза H_1 . На основании полученного результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «инфантилизация ребенка» и количеством страхов у здорового ребенка существует корреляционная связь.

Таким образом, исследовав взаимосвязь каждого типа родительского отношения с количеством страхов у здоровых детей старшего дошкольного возраста, можно сделать вывод о том, что между такими типами родительского отношения как «социально-желательный образ», «симбиоз с ребенком» и количеством детских страхов существует обратная достоверная связь, т.е. чем более выражены данные типы родительского отношения, тем меньшее количество страхов испытывает ребенок. Между типами родительского отношения «отвержение», «авторитарная гиперсоциализация», «инфантилизация ребенка» и количеством страхов у детей существует прямая достоверная связь, что, в свою очередь, свидетельствует о том, что чем более выражены данные типы родительского отношения, тем большее количество страхов испытывает ребенок.

Таблица №14. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «отвержение» у часто болеющих детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «отвержение»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2
1	Б. М.	10	7	70	100	49
2	Р. Р.	17	7	119	289	49
3	В. М.	21	9	189	441	81
4	Л. А.	12	9	108	144	81
5	К. Л.	21	10	210	441	100
6	Ж. Л.	16	10	160	256	100
7	М. С.	33	13	429	1089	169
8	Ш. С.	31	14	434	961	196
9	Ш. И.	26	12	312	676	144
10	К. А.	30	14	420	900	196
11	М. К.	32	12	384	1024	144
12	М. Д.	24	12	288	576	144
13	К. А.	18	10	180	324	100
14	Л. П.	28	14	392	784	196
15	А. А.	20	10	200	400	100
Σ		339	163	3895	8405	1849

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «отвержение» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «отвержение» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

$$r_{\text{расч}} = \frac{15 * 3895 - 339 * 163}{\sqrt{(15 * 8405 - 339^2) * (15 * 1849 - 163^2)}} = \frac{58425 - 55257}{\sqrt{111154 * 1166}}$$

$$= \frac{3168}{\sqrt{13005564}} = \frac{3168}{3606,32} = 0,88$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = 0,88$, при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0,01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии прямой достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,01$. $r_{\text{расч}} = 0,88 > r_{\text{табл}} = 0,64$, следовательно, подтвердилась гипотеза H_1 . На основании полученного результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «отвержение» и количеством страхов у часто болеющего ребенка существует корреляционная связь.

Таблица №15. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «социально-желательный образ» у часто болеющих детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «социально-желательный образ»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2
1	Б. М.	3	7	21	9	49
2	Р. Р.	4	7	28	16	49

3	В. М.	6	9	54	36	81
4	Л. А.	5	9	45	25	81
5	К. Л.	8	10	80	64	100
6	Ж. Л.	7	10	70	49	100
7	М. С.	6	13	78	36	169
8	Ш. С.	1	14	14	1	196
9	Ш. И.	4	12	48	16	144
10	К. А.	2	14	28	4	196
11	М. К.	3	12	36	9	144
12	М. Д.	5	12	60	25	144
13	К. А.	6	10	60	36	100
14	Л. П.	3	14	42	9	196
15	А. А.	4	10	40	16	100
Σ		67	163	704	351	1849

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «социально-желательный образ» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «социально-желательный образ» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

$$r_{\text{расч}} = \frac{15 * 704 - 67 * 163}{\sqrt{(15 * 351 - 67^2) * (15 * 1849 - 163^2)}} = \frac{10560 - 10921}{\sqrt{776 * 1166}}$$

$$= \frac{-361}{\sqrt{904816}} = \frac{-361}{951,22} = -0,38$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = -0,38$, при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0,01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии обратной достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,05$. $r_{\text{расч}} = |-0,38| < r_{\text{табл}} = 0,51$, следовательно, подтвердилась гипотеза H_0 . На основании полученного результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «социально-желательный образ» и количеством страхов у часто болеющего ребенка корреляционной связи нет.

Таблица №16. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «симбиоз с ребенком» у часто болеющих детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «симбиоз с ребенком»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2
1	Б. М.	6	7	42	36	49
2	Р. Р.	5	7	35	25	49
3	В. М.	4	9	36	16	81
4	Л. А.	5	9	45	25	81
5	К. Л.	2	10	20	4	100
6	Ж. Л.	2	10	20	4	100
7	М. С.	3	13	39	9	169
8	Ш. С.	1	14	14	1	196
9	Ш. И.	3	12	36	9	144
10	К. А.	2	14	28	4	196
11	М. К.	4	12	48	16	144
12	М. Д.	5	12	60	25	144

13	К. А.	4	10	40	16	100
14	Л. П.	3	14	42	9	196
15	А. А.	2	10	20	4	100
Σ		51	163	525	203	1849

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «симбиоз с ребенком» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «симбиоз с ребенком» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

$$r_{\text{расч}} = \frac{15 * 525 - 51 * 163}{\sqrt{(15 * 203 - 51^2) * (15 * 1849 - 163^2)}} = \frac{7875 - 8313}{\sqrt{444 * 1166}} = \frac{-438}{\sqrt{517704}}$$

$$= \frac{-438}{719,52} = -0,61$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = -0,61$, при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0,01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии обратной достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,05$. $r_{\text{расч}} = |-0,61| > r_{\text{табл}} = 0,51$, следовательно, подтвердилась гипотеза H_1 . На основании полученного результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «симбиоз с ребенком» и количеством страхов у часто болеющего ребенка существует корреляционная связь.

Таблица №17. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «авторитарная гиперсоциализация» у часто болеющих детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «авторитарная гиперсоциализация»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2
1	Б. М.	2	7	14	4	49
2	Р. Р.	2	7	14	4	49
3	В. М.	3	9	27	9	81
4	Л. А.	5	9	45	25	81
5	К. Л.	7	10	70	49	100
6	Ж. Л.	6	10	60	36	100
7	М. С.	6	13	78	36	169
8	Ш. С.	7	14	98	49	196
9	Ш. И.	7	12	84	49	144
10	К. А.	7	14	98	49	196
11	М. К.	4	12	48	16	144
12	М. Д.	5	12	60	25	144
13	К. А.	3	10	30	9	100
14	Л. П.	5	14	70	25	196
15	А. А.	4	10	40	16	100
	Σ	73	163	836	401	1849

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «авторитарная гиперсоциализация» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «симбиоз с ребенком» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

$$r_{\text{расч}} = \frac{15 * 836 - 73 * 163}{\sqrt{(15 * 401 - 73^2) * (15 * 1849 - 163^2)}} = \frac{12540 - 11899}{\sqrt{686 * 1166}}$$

$$= \frac{641}{\sqrt{799876}} = \frac{641}{894,36} = 0,72$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = 0,72$ при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0,01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии прямой достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,01$. $r_{\text{расч}} = 0,72 > r_{\text{табл}} = 0,64$, следовательно, подтвердилась гипотеза H_1 . На основании полученного результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «авторитарная гиперсоциализация» и количеством страхов у часто болеющего ребенка существует корреляционная связь.

Таблица №18. Расчет корреляции между количеством страхов и типом родительского отношения «инфантилизация ребенка» у часто болеющих детей

№	Ф.И. ребенка	x_1 (баллы РО по шкале «инфантилизация ребенка»)	y_1 (количество страхов у ребенка)	$x_1 * y_1$	x_1^2	y_1^2
1	Б. М.	3	7	21	9	49
2	Р. Р.	5	7	35	25	49
3	В. М.	4	9	36	16	81
4	Л. А.	4	9	36	16	81
5	К. Л.	5	10	50	25	100
6	Ж. Л.	6	10	60	36	100

7	М. С.	5	13	65	25	169
8	Ш. С.	6	14	84	36	196
9	Ш. И.	7	12	84	49	144
10	К. А.	6	14	84	36	196
11	М. К.	4	12	48	16	144
12	М. Д.	4	12	48	16	144
13	К. А.	3	10	30	9	100
14	Л. П.	5	14	70	25	196
15	А. А.	4	10	40	16	100
Σ		71	163	791	355	1849

Сформулируем статистические гипотезы:

H_0 – достоверной связи между уровнем выраженности типа родительского отношения «инфантилизация ребенка» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

H_1 – достоверная связь между уровнем выраженности типа родительского отношения «инфантилизация ребенка» и количеством страхов у часто болеющего ребенка.

$$r_{\text{расч}} = \frac{15 * 791 - 71 * 163}{\sqrt{(15 * 355 - 71^2) * (15 * 1849 - 163^2)}} = \frac{11865 - 11573}{\sqrt{284 * 1166}}$$

$$= \frac{292}{\sqrt{331144}} = \frac{292}{575,45} = 0,507$$

В результате произведенных расчетов $r_{\text{расч}} = 0,507$ при критических значениях $r_{\text{табл}} = 0,64$ ($p \leq 0,01$) и $r_{\text{табл}} = 0,51$ ($p \leq 0,05$), что свидетельствует о наличии прямой достоверной связи между показателями на уровне $p \leq 0,05$. $r_{\text{расч}} = 0,507 < r_{\text{табл}} = 0,51$, следовательно подтвердилась гипотеза H_0 . На основании полученного

результата можем сделать вывод о том, что между уровнем выраженности типа родительского отношения «инфантилизация ребенка» и количеством страхов у часто болеющего ребенка корреляционной связи нет.

Проанализировав взаимосвязь каждого типа родительского отношения с количеством страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста, можно сделать вывод о том, что между такими типами родительского отношения как «социально-желательный образ», «инфантилизация ребенка» и количеством детских страхов существует обратная достоверная связь, т.е. чем более выражены данные типы родительского отношения, тем меньшее количество страхов испытывает ребенок. Между типами родительского отношения «отвержение», «авторитарная гиперсоциализация», «симбиоз с ребенком» и количеством страхов у детей существует прямая достоверная связь, что дает нам право говорить о том, что чем более выражены данные типы родительского отношения, тем большее количество страхов испытывает ребенок.

Вывод: результаты диагностики детских страхов по методике А.И. Захарова показали, что часто болеющие дети в среднем имеют на 2 страха больше, чем здоровые. Тест-опросник А.Я. Варга и В.В. Столина позволил определить, что в семьях с часто болеющими детьми преобладают такие типа родительского отношения как «отвержение» и «авторитарная гиперсоциализация», а в семьях со здоровыми детьми – «симбиоз с ребенком», «социально-желательный образ» и «инфантилизация ребенка». Корреляционный анализ, в свою очередь, позволил установить, что зависимость между количеством детских страхов и типом родительского отношения является достоверной.

2.3. Рекомендации родителям часто болеющих детей старшего дошкольного возраста по формированию оптимального типа родительского отношения к ним

В результате эмпирического исследования было установлено, что родительское отношение непосредственно связано с большим количеством страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Поэтому, для решения данной проблемы, нами были составлены рекомендации на основе тренинга И.М. Марковской.

Цель данного тренинга состоит в том, чтобы помочь родителям создать партнерские отношения дружбы и взаимопонимания с детьми, а также способствовать укреплению и развитию таких взаимоотношений.

В связи с выделенной целью данной программы ставятся следующие задачи:

- Найти новые методы для лучшего понимания родителями своего ребенка;
- Улучшить способность анализа (рефлексии) отношения родителя к своему ребенку;
- Научиться применять новые формы взаимодействия с ребенком;
- Улучшить коммуникативные связи внутри семьи.

Основную ответственность в детско-родительских взаимоотношениях несут родители. В большей степени от них зависит то, насколько дети будут готовы к взаимному сотрудничеству. Исходя из этого, тренинговая программа, которую мы рассматриваем, ориентирована на создание партнерских отношений между родителями и их детьми. Следует отметить, что партнерство подразумевает сотрудничество двух сторон, которые имеют собственные взгляды и ценности, поэтому, в рамках данной программы, акцентируется важность принятия родителем того факта, что их ребенок имеет право собственного выбора. Тренинг подразделяется на несколько блоков: диагностический, информационный и развивающий.

Практическая значимость диагностического блока состоит в том, чтобы получить аналитические данные. Данный раздел занимается

первичной психодиагностикой (до участия семьи в программе тренинга) и отслеживает то, как тренинг влияет на развитие отношений между родителями и детьми в момент прохождения программы и по ее завершению.

Так, диагностический блок позволяет отследить, насколько эффективна программа тренинга. Информационный блок выражается в конкретных знаниях и рекомендациях ведущего. Развивающий блок программы, в свою очередь, отвечает на главные ее задачи, он помогает закрепить и внедрить в повседневную жизнь семьи новые формы взаимодействия родителей с ребенком. Данная часть программы побуждает участников тренинга к процессу рефлексии, давая родителям возможность не только понимать и анализировать себя, но и более точно понимать своего ребенка. В центре первого этапа тренинга стоит ребенок; в центре второго – детско-родительские взаимоотношения, их совместная деятельность; последний этап тренинга ориентируется на родителя, его личность. К тому же, особая значимость придается ведению дневника, который заполняется родителем на протяжении всего курса и за пределами занятий.

Вышеизложенная тренинговая программа является универсальной, но большой эффект она может оказать во взаимоотношениях между родителями и старшими дошкольниками. Описанная программа подразумевает 12 занятий с родителями и их детьми на протяжении 1,5-2 месяцев с частотой два раза в неделю. Продолжительность одной встречи составляет около 2-3 часов. Для достижения желаемого эффекта, рекомендуется работа в группах численностью не менее 7 и не более 12 человек.

Формирование групп происходит на добровольной основе. В опыте использования данной программы – проведение подобных групп на базе различных образовательных учреждений, мест отдыха, психологических центров. Обычно в группу входят родители, которые имеют детей примерно одного возраста. Информация о формировании группы и возможности

принять участие в тренинге сообщается родителям на родительском собрании, в ходе психологической консультации, на лекции по психологии.

Приведем примерный план занятий в рамках данной тренинговой программы:

Занятие 1. На первом занятии происходит знакомство участников друг с другом и с групповой формой работы, выясняются ожидания и опасения родителей. Как правило, ведущий знакомит участников с целями и задачами тренинга, обговариваются все условия и режим работы, вводятся некоторые правила работы в группах.

Ведущий тренинговой программы рассказывает родителям, в какой форме будут проходить занятия и каким главным темам они будут посвящены. Также участникам раскрывается философия, на которой строятся отношения и взаимодействие с детьми, а именно признание личности ребенка и стремление к сотрудничеству с ним.

Занятие 2. Во время второго занятия участники представляются и высказывают свои опасения и ожидания в предстоящей работе.

Занятие 3. На третьем занятии часто проводится такое психогимнастическое упражнение: родителям предлагается встать и поменяться местами по какому-либо определенному признаку.

Занятие 4. На данном занятии ведущий говорит о том, как важно понимать себя самого и своего ребенка, предлагает родителям ответить на ряд вопросов. Родителям впервые предлагается обратиться к своим дневникам, о которых ведущий должен рассказать. Следует обратить внимание на важность ведения дневников и выполнения домашних заданий, так как их обсуждение всегда происходит на последующих занятиях. Отвечая на вопросы, родители заполняют таблицу, где отвечают за себя и за ребенка, оставляя место для реального ответа ребенка, который они получают уже дома.

Существенным достоинством работы, на наш взгляд, становится то, что все предложенные И.М. Марковской процедуры, упражнения, а также

структура занятий были опробованы, проверены и включены в программу тренинга после обдумывания, коррекции и апробации.

Упоминание работы с родительскими группами можно найти лишь в некоторых исследованиях таких ученых как А.С. Спиваковская, А.Я. Варга и А. И. Захаров, причем чаще всего такая работа не является самоцелью, а проводится как дополнение к основной работе.

В общем смысле на тренингах по взаимодействию родителей с детьми происходит изучение представлений сторон о взаимодействии. Как было упомянуто выше, непосредственными участниками детско-родительского взаимодействия являются ребенок и его родители. Следовательно, все подобные методики исследования могут быть классифицированы на две группы:

1. Диагностика взаимодействия по представлению родительской стороны. Для достижения таких целей применяются опросники для родителей. К примеру, опросник АСВ Э.Г. Эйдемиллера, опросник А.Я. Варга. По нашему мнению, для практической диагностики большой интерес могут представлять описания и рассказы родителей о настоящем взаимодействии с ребенком, которые они преподносят в ходе групповой работы или психологической консультации.

2. Диагностика взаимодействия по представлению детской стороны. Наиболее качественное и полное представление об отношениях и взаимодействии членов семьи «глазами детей» позволяют составить рисунки детей по теме «Моя семья».

Для того чтобы эффективно бороться с детскими страхами, обусловленными типом родительского отношения мы рекомендуем родителям пройти данную тренинговую программу, что позволит результативно редуцировать количество детских страхов, т.к. программа направлена на нормализацию базовых характеристик детско-родительского отношения, на выстраивание доверительного отношения, сотрудничества, а

следовательно и на восстановление благоприятного для ребенка психологического климата в семье.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

Вывод 1: часто болеющие дети больше подвержены страхам, чем здоровые. У них преобладающими является страх «заболеть, заразиться». В свою очередь, здоровые дети подобного страха не имеют, они чаще испытывают боязнь по отношению к природным катастрофам.

Вывод 2: родители часто болеющих детей чаще всего используют по отношению к ребенку такие типы родительского отношения как «отвержение» и «авторитарная гиперсоциализация». Данные позиции несут негативные эмоции, это, в свою очередь, формирует неблагоприятный психологический климат в семье, что может являться причиной большого количества детских страхов.

Вывод 3: в результате проведения корреляционного анализа по выявлению взаимосвязей между типами родительского отношения и детскими страхами, нами было установлено, что подобная связь является достоверной. Между такими типами родительского отношения как «социально-желательный образ», «симбиоз с ребенком» и количеством детских страхов существует обратная достоверная связь как у здоровых, так и у часто болеющих детей, т.е. чем более выражены данные типы родительского отношения, тем меньшее количество страхов испытывает ребенок. Между типами родительского отношения «отвержение», «авторитарная гиперсоциализация», «инфантилизация ребенка» и количеством страхов у детей существует прямая достоверная связь у детей обеих категорий, что, в свою очередь, свидетельствует о том, что чем более выражены данные типы родительского отношения, тем большее количество страхов испытывает ребенок.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В завершение следует отметить, что данная проблема актуальна в наше время, поскольку сейчас большое внимание уделяется поиску причин детских страхов, а взаимосвязи страхов детей, в особенности, часто болеющих, с психологическим климатом в семье и отношением родителей к своему ребенку исследованы недостаточно.

Нами были проведены исследования по опроснику А.И. Захарова и тесту родительских отношений А.Я. Варга и В.В. Столина. Для этого было отобраны 30 детей старшего дошкольного возраста, 15 из которых были определены как здоровые, а 15 – как часто болеющие в связи с количеством обострений болезней в год, а также их родители.

Методика А.И. Захарова позволила выявить, что количество страхов у часто болеющих детей превышает количество страхов у здоровых детей в среднем на 2. У здоровых детей в меньшей степени выражен страх «мамы, папы», что, вероятнее, связано с гармоничными и доброжелательными отношениями в семье. Часто болеющие дети, в свою очередь, испытывают страх «заболеть, заразиться», он наблюдается у 73,3 % детей данной категории.

В результате опроса родителей по методике А.Я. Варга и В.В. Столина выяснилось, что в семьях, имеющих детей, подверженных частым обострениям болезней, преобладающими являются такие типы родительского отношения как «отвержение» и «авторитарная гиперсоциализация». Родители здоровых детей отдают предпочтение таким позициям как «социально-желательный образ», «симбиоз с ребенком» и «инфантилизация ребенка».

Полученные нами в ходе исследования результаты свидетельствуют о том, что высокое количество страхов у часто болеющих детей, в сравнении

со здоровыми, связано с неблагоприятной обстановкой в окружающей среде ребенка, в которой он развивается и функционирует.

При проведении корреляционного анализа нами была выдвинута гипотеза о том, что родительское отношение напрямую связано с наличием и числом страхов у ребенка, которая была подтверждена в ходе исследования.

В результате мы получили сведения о том, что между типами родительского отношения как «социально-желательный образ», «симбиоз с ребенком» и количеством детских страхов у здоровых детей старшего дошкольного возраста существует обратная достоверная связь, т.е. чем более выражены данные типы родительского отношения, тем меньшее количество страхов испытывает ребенок. Между типами родительского отношения «отвержение», «авторитарная гиперсоциализация», «инфантилизация ребенка» и количеством страхов у здоровых детей существует прямая достоверная связь, что говорит нам о том, что чем более выражены данные типы родительского отношения, тем большее количество страхов испытывает ребенок.

В свою очередь, у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста была обнаружена обратная достоверная связь между такими типами родительского отношения как «социально-желательный образ», «инфантилизация ребенка» и количеством детских страхов, т.е. чем более выражены данные типы родительского отношения, тем меньшее количество страхов испытывает ребенок. Между такими типами родительского отношения как «отвержение», «авторитарная гиперсоциализация», «симбиоз с ребенком» и количеством страхов у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста существует прямая достоверная связь, что говорит о том, что чем более выражены данные типы родительского отношения, тем большее количество страхов испытывает ребенок.

От типа отношения родителей к ребенку зависит его благополучное или неблагополучное развитие, количество страхов, а также здоровье. Это

значит, что для редукации большого количества страхов родителям часто болеющих детей старшего дошкольного возраста следует обратить внимание на тип своего отношения к ребенку, а также принять меры по его изменению.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Абрамова, Г.С. Возрастная психология: Учебник для студентов вузов / Г.С. Абрамова. – М.: Академический Проект, 2011. – 224 с.
2. Барташева, Н. Не надо бояться Бармалея! / Н. Барташева // Дошкольное воспитание. – 2012. – №9. – С. 66-68.
3. Беляускайте, Р.Ф. Рисуночные пробы как средство диагностики развития личности ребёнка / Р.Ф. Беляускайте. – М.: АПН СССР, 1987. – 125 с.
4. Божович, Л.И. Избр. психол. труды. Проблемы формирования личности / Л.И. Божович. – М.: АСТ, 2008. – 75 с.
5. Бреслав, Г.М. Эмоциональные особенности формирования личности в детстве: Норма и отклонения / Г.М. Бреслав. – М.: Педагогика, 2000. – С. 67-69.
6. Бурменская, Г.В. Хрестоматия по детской психологии / Г.В. Бурменская. – М.: Институт практической психологии, 1996. – 264с.
7. Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения: Автореф. дис. канд. психол. наук / А.Я. Варга. – М., 2001. – С. 93-95.
8. Варга, А.Я. Психологическая коррекция нарушений общения младших школьников в игровой группе. Семья в психологической консультации / А.Я. Варга. – М., 1998. – 152 с.
9. Венгер, А.Л. Психологическое консультирование и диагностика / А.Л. Венгер. – М.: Генезис, 2001. – 128с.
10. Вилюнас, В. К. Психология эмоциональных явлений / В.К. Вилюнас. – М.: Изд-во МГУ, 2010. – С. 124-126.
11. Волков, Б.С. Психология развития человека / Б.С. Волков, Н.В. Волкова. – М.: Академ. Проспект, 2014. – 224с.
12. Вологодина, Н.Г. Детские страхи днём и ночью / Н.Г. Вологодина. – М.: «Феникс», 2006. – 106 с.

13. Выготский, Л.С. Раннее детство. Собрание сочинений. Т.4 / Л.С. Выготский. – М.: Педагогика, 2001. – С. 340-367.
14. Выготский, Л. С. Педология подростка. Собр. сочинений. Т.4 / – М.: Педагогика, 2001. – С. 240-242.
15. Гарбузов, В.И. Нервные дети: Советы врача / В.И. Гарбузов. – Л.: Медицина, 2000. – 176 с.
16. Гозман, Л.Я. Социально-психологические исследования семьи: проблемы и перспективы / Л.Я. Гозман, Ю.Е. Алёшина / Психологический журнал. – 1991. – №4. – С.84-92.
17. Гуревич, К.М. Психологическая диагностика детей и подростков / К.М. Гуревич, Е.М. Борисова. – М.,1995. – 65 с.
18. Давыдов, В.В. Возрастная и педагогическая психология: Учебник для студентов пед. ин-тов: 2-е изд., испр. и доп. / В. В. Давыдов, Т. В. Драгунова и др. – М.: Просвещение, 2012. – 288 с.
19. Данилина, Т.А. В мире детских эмоций: пособие для практических работников ДОУ / Т.А. Данилина, В.Я. Зедгенидзе, Н.М. Стёпина. – М.: Айрис-пресс, 2014. – 160 с.
20. Дружинин, В.Н. Психология: Учебник для гуманитарных вузов. 2-еизд. / В.Н. Дружинин. – СПб.: Питер, 2009. – 656 с.
21. Жигарькова, О. Время тревожных детей / О. Жигарькова // Психологическая газета. – 2014. – №11. – С. 6-7.
22. Захаров, А.И. Дневные и ночные страхи у детей / А.И. Захаров. – СПб.: Речь, 2005. – 320 с.
23. Захаров, А.И. Предупреждение отклонений в поведении ребенка: 3-е изд., испр. / А.И. Захаров. – СПб: Союз, 1997. – 224 с.
24. Захаров, А.И. Психотерапия неврозов у детей и подростков / А.И. Захаров. – М.,1982. – 253 с.
25. Захаров, А.И. Неврозы у детей и подростков / А.И. Захаров. – Л., 2003. – 167 с.

26. Захаров, А.И. Неврозы у детей и психотерапия / А.И. Захаров. – СПб., 1998. – 259 с.
27. Зверева, О.Л. Семейная педагогика и домашнее воспитание / О.Л. Зверева, А.Н. Ганичева. – М.: Проспект, 1999. – 308 с.
28. Зинкевич-Евстигнеева, Т.Д. Волшебный источник / Т.Д. Зинкевич-Евстигнеева, А.М. Михайлов. – СПб.: Питер, 1996. – 116 с.
29. Изард, К. Эмоции человека: [Пер. с англ.] / К. Изард. – М.: Изд-во МГУ, 1980. – 234 с.
30. Карпенко, Л.А. Краткий психологический словарь / Л.А. Карпенко. – М., 2000. – 195 с.
31. Ковалевский, В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка / В.А. Ковалевский. – Красноярск, 1997. – 122с.
32. Коломинский, Я.Л. Детская психология: Учеб.пособие / Я.Л. Коломинский, Е.А. Панько и др. – Минск: Университетское, 1988. – 399 с.
33. Коломинский, Я.Л. Диагностика и коррекция психического развития дошкольника / Я.Л. Коломинский, Е.А. Панько. – Минск: Университет, 1997. – 237 с.
34. Котова, Е. О профилактике детской тревожности / Е. Котова // Ребёнок в детском саду. – 2003. – №5. – 34 с.
35. Коренева, Е.Н. Детские капризы / Е.Н. Корнеева. – Ярославль: Академия развития, 2001. – 75 с.
36. Крайг, Г. Психология развития / Г. Крайг. – СПб., 2000.
37. Кьеркегор, С. Страх и трепет / С. Кьеркегор. – М., 1993. – 231 с.
38. Левис, Ш. Ребёнок и стресс / Ш. Левис. – СПб, 1996. – 133 с.
39. Лешли, Дж. Работать с маленькими детьми, поощрять их развитие и решать проблемы: Кн. Для воспитателей дет.сада: [Пер. с англ.] / Дж. Лешли. – М.: Просвещение, 1991. – 98 с.

40. Лисина, М.И. Влияние отношений с близкими взрослыми на развитие ребёнка раннего возраста / М.И. Лисина // Вопросы психологии – 2012.– №3. – С. 117-124.
41. Лисина, М.И. Пути влияния семьи и детского учреждения на становление личности дошкольника. Психологические основы формирования личности в условиях общественного воспитания / М.И. Лисина. – М., 2002. – 245 с.
42. Люблинская, А.А. Очерки психического развития ребёнка / А.А. Люблинская. – М.,1959. – 86 с.
43. Макарова, Е.Г. Преодолеть страх или искусство-терапия / Е.Г. Макарова. – М.: «Школа-Пресс», 1996. – 36 с.
44. Мухина, В.С. Детская психология: [Учеб. Для пед. ин-тов] / В.С. Мухина. – М.: Просвещение, 1985. – 209 с.
45. Овчарова, Р.В. Справочная книга школьного психолога / Р.В. Овчарова. – М., 1993.
46. Павлов, И.П. / И.П. Павлов // Вестн. РАН. – 1999. – Т.69. – №1. – 59 с.
47. Паренс, Г. Агрессия наших детей / Г. Паренс. – М.,1997. – 125 с.
48. Риман, Ф. Основные формы страха / Ф. Риман. – М.,2003. – 77 с.
49. Спиваковская, А. С. Как быть родителями / А.С. Спиваковская. – М., 1986.
50. Тонкова-Ямпольская, Р.В. Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях / Р.В. Тонкова-Ямпольская. – М.,1991. – 139 с.
51. Файберг, С.Г. Почему ребенок стал нервным / С.Г. Файберг. – М., 2001. – 156 с.
52. Фридман, Л.М. Психология детей и подростков: справочник для учителей и воспитателей / Л.М. Фридман. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2013. – 480 с.

53. Фридстад, М. Ребёнок с эмоционально неустойчивым характером / М. Фридстад, Дж. Арнольд. – СПб.: Питер, 2014. – 272 с.
54. Фромм Аллан. Азбука для родителей. Л.,1991. –288 с.
55. Херсонский, Г.В. Психология и психопрофилактика семейных конфликтов / Г.В. Херсонский, С.В. Дворяк. – Киев: Здоровье, 2012. – 192 с.
56. Христозов, Х. Психология страха / Х. Христозов. – М., 1988. – С. 33.
- 57.
- Шихи, Г. Возрастные кризисы. Ступени личностного роста: пер. с англ. / Г. Шихи. – СПб.: Ювента, 1999. – 67 с.
58. Щербатых, Ю.В. Психофизиологические и клинические аспекты страха, тревоги, фобий / Ю.В. Щербатых, Е.И. Ивлева. – Воронеж, 1998. – 174 с.
59. Эберлейн, Г. Страхи здоровых детей / Г. Эберлейн. – М.,1981. – 266 с.
60. Юнг, К.Г. Собрание сочинений. Конфликты детской души / К.Г. Юнг. – М.,1995. – С. 76-78.
61. Яковлева, Н.Г. Психологическая помощь дошкольнику / Н.Г. Яковлева. – СПб.: Валерии СПД, М.: ТЦ Сфера, 2002. – 112 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Приложение А

Таблица №1. План мероприятий, направленных на коррекцию детско-родительских отношений

Месяц	Мероприятие	Цель проведения мероприятия
сентябрь	Индивидуальные консультации по теме «Нужно ли заниматься с ребенком дома?»	Формировать и стимулировать мотивированное отношение родителей к коррекционной работе с их детьми
	Консультация по теме «Каким должен быть домашний ужин»	Формировать одинаковый подход к правилам питания детей дошкольного возраста в детском саду и дома
октябрь	Индивидуальные беседы и анкетирование родителей	Просвещать родителей по поводу интересующих их вопросов
	<ul style="list-style-type: none">• Родительское собрание на тему «<i>Азы воспитания</i>». В программу включены:• подготовка к учебному году, задачи на год, родительские договора и правила детского сада.• знакомство с комплексом оздоровительных мероприятий в детском	Ознакомление родителей с планом занятий и мероприятий на год. Привлечение родителей к участию во всех мероприятиях, обмен мнениями о делах группы в прошлом году и рекомендации родителей на этот год

	саду	
	Индивидуальные беседы по теме «Правила хорошего тона».	Оказать помощь родителям в выполнении их воспитательных функций, поддержать укрепить уверенность родителей в собственных педагогических способностях и возможностях
	Консультация по теме «Как организовать день рождения ребёнка»	Познакомить родителей с интересными формами проведения совместного с детьми свободного времени в домашних условиях
ноябрь	Консультация по теме «Одежда детей в соответствии с погодными условиями»	Обратить внимание родителей на важность вопроса о том, насколько важно подбирать одежду для ребёнка в разных погодных условиях для сохранения и укрепления его здоровья
	<i>«Презентация мяча!»</i> (Совместно с родителями, на прогулке и в группе)	Передать знания детям и их родителям об играх с мячом разных культур и народов
	Рисунок по теме <i>«Портрет моей мамочки»</i> ко Дню матери	Порадовать в День матери мам детей группы детскими рисунками

	Конкурс с мамами ко «Дню Матери»	Создать атмосферу эмоциональной взаимной поддержки, совместной творческой деятельности. Воспитывать любовь, уважение к мамам
декабрь	Индивидуальные консультации по темам, исходящим из запросов родителей	Познакомить родителей с особенностями ребенка, объяснить, что каждый ребенок имеет какой-либо талант
	Родительское собрание по теме «Страхи ребенка», подготовка к утреннику	Дать родителям понять, что страх ребенка может повлиять на атмосферу и психологический климат в семье, а также на психологическое состояние. Вовлечь родителей в совместную подготовку к предстоящему новогоднему празднику
	Папка-портфолио по теме «Скоро, скоро Новый год!»	Познакомить родителей с интересной и полезной информацией о праздновании Нового года. Объяснить, насколько важным это является для ребенка
	Праздник по теме «Здравствуй, Новый год!»	Развивать желание проводить совместные праздники. Объяснить родителям, что для ребенка это важный праздник
январь	Консультация по теме	Познакомить родителей с

	<p>«Организация самостоятельной двигательной деятельности детей».</p> <p>Памятка для родителей по теме «Зимние травмы» (брошюра)</p>	<p>интересными играми и занятиями, которые можно организовать и провести во время новогодних каникул. Провести беседу о детском травматизме в зимний период года</p>
	<p>Театрализованная деятельность</p>	<p>Приобщать семьи к театру, развивать желание познакомиться с театральной деятельностью в детском саду. Воспитывать интерес</p>
февраль	<p>Оформление фотовыставки по теме «Наши любимые папы»</p>	<p>Развить желание порадовать пап своими поздравлениями, рисунками, пожеланиями</p>
	<p>Выставка на тему «Рисуем вместе с мамами».</p>	<p>Приобщить мам к воспитанию детей и проведению совместной деятельности с ребенком дома</p>
	<p>Спортивное развлечение с участием родителей, посвящённое Дню Защитника Отечества</p>	<p>Вовлечь родителей в участие в проведении спортивного праздника</p>
март	<p>Совместный досуг на тему «Моя мама – лучше всех»</p>	<p>Продемонстрировать родителям творческие способности, возможности и умения детей. Вовлечь родителей в творческую деятельность совместно с их</p>

		детьми при изготовлении работ на выставку и подготовке к утреннику
	Тематическая выставка поделок и рисунков: «Рисуем вместе»	Приобщить родителей к воспитанию детей и занятиям совместной деятельностью с ребенком дома. Воспитать желание проявлять творчество, инициативу
	Консультация и памятки для родителей по теме «Сказка о городе дорожных знаков», «Правила дорожного движения»	Обеспечить единые требования и подход в обучении детей безопасному поведению на дорогах в детском саду и дома
	Оформление стенгазет по теме «Моя семья»	Развить желание порадовать семью поздравлениями детей
апрель	Праздник «День смеха»	Создать эмоционально-положительное настроение у детей и их родителей
	Итоговое общее родительское собрание по теме «Как научили ребенка преодолевать страх и чему научились за этот год»	Дать информацию об успехах детей на конец учебного года, подготовить родителей к началу следующего года. Дать возможность обдумать и предложить новые виды деятельности на следующий год.
	Проведение праздника, посвящённого Дню	Предложить родителям сходить на парад, посвященный Дню Победы

	Победы	
май	Консультация по теме «Почему боится ребенок?»	Ответить на интересующие вопросы родителей. Пригласить психолога на консультацию
	Консультация по теме «Как организовать летний отдых детей?»	Предложить родителям места, где могли бы они отдохнуть с ребенком, чтобы ребенку было хорошо и интересно