

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«БАШКИРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»

ФАКУЛЬТЕТ ПСИХОЛОГИИ  
КАФЕДРА ОБЩЕЙ ПСИХОЛОГИИ

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА  
ПО ПРОГРАММЕ МАГИСТРАТУРЫ

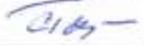
ГАБДУЛЛИНА КАМИЛА ТАСБУЛАТОВНА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ  
РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Выполнил:  
Студент(ка) 3 курса очно-заочной формы  
обучения  
Направление подготовки: 37.04.01 Психология  
Профиль: Клиническая психология

Допущено к защите в ГЭК и проверено  
на объем заимствования:

Заведующий кафедрой  
к. психол.н., доцент

 / С.И. Галаяутдинова  
(подпись)

Руководитель  
к. пед.н., доцент

 / З.М. Гиниятова  
(подпись)

«    »    20    г.

УФА – 2020  
**ОГЛАВЛЕНИЕ**

|   |     |
|---|-----|
| Введение.....   | 3   |
| 1. Теоретические основы изучения психологических особенностей, детей часто болеющих респираторными заболеваниями.....   | 7   |
| 1.1. Сущность понятия «часто болеющий ребенок».....   | 7   |
| 1.2. Характеристика факторов, влияющих на здоровье детей младшего дошкольного возраста.....   | 14  |
| 1.3. Специфика социально-психологического развития ребенка младшего дошкольного возраста .....  | 20  |
| 1.4. Психологические особенности детей младшего дошкольного возраста .....  | 27  |
| Выводы по I главе.....  | 39  |
| 2. Исследование психологических особенностей, детей часто болеющих респираторными заболеваниями.....  | 41  |
| 2.1. Организация и методы исследования.....   | 45  |
| 2.2. Результаты исследования психического состояния, тревожности, ситуативной агрессивности и самооценки детей часто болеющих респираторными заболеваниями..... | 45  |
| 2.3. Результаты статистического анализа данных и их интерпретация.....  | 54  |
| Выводы по II главе  |     |
| Заключение.....   | 65  |
| Список использованных источников и литературы.....  | 68  |
| Приложения.....   | 73  |
| Приложение №1. Методики психологического измерения.....   | 73  |
| Приложение №2. Результаты психологического измерения.....   | 110 |

## ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время все большее значение приобретает изучение психологических особенностей часто болеющих детей это связано с высоким уровнем их заболеваемости (в чем сходятся исследователи проблемы А.А.Баранов, В.Ю. Альбицкий, Т.М. Коценко, А.Г. Румянцев, В.Н. Касаткин и мн. др.) По сведениям Федеральной службы государственной статистики РФ заболеваемость болезней органов дыхания у детей в возрасте от 0-14 лет в 2016 году увеличилась на 3,8%<sup>1</sup>.

Дети дошкольного возраста, которые болеют респираторными заболеваниями более четырех раз в год, составляют самую большую группу детей, нуждающихся в медицинской и психологической поддержке.

Данная проблема в основном рассматривается в медицинском контексте с точки зрения медико-физиологических аспектов. Результаты многих исследователей, показывают, что медицинского подхода к этой проблеме недостаточно, так как необходимо принимать во внимание психологический аспект и рассматривать соматический статус часто болеющего ребенка, как результат взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов. По мнению многих специалистов, любое соматическое заболевание приводит к формированию особой социальной ситуации развития ребенка, которая у часто болеющих детей будет формироваться на фоне ограничения двигательной, познавательной и социальной активности ребенка, повышать уровень тревожности. Как известно, тревожность в младшем дошкольном возрасте может являться как причиной частых заболеваний, так и их следствием из-за измененной социальной ситуации развития<sup>2</sup>.

В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, часто болеющим детям свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери)<sup>3</sup>. Повышенная тревожность оказывает негативное влияние на поведение и деятельность ребенка, препятствуя его гармоничному развитию.

---

<sup>1</sup> Статистический сборник «Здравоохранение в России - 2017» находится в свободном доступе на официальном Интернет-портале Росстата [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2017/zdrav17.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf).

<sup>2</sup> Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 45–60. doi: 10.17759/psyclin.2016050104

<sup>3</sup> Волкова О. Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка. // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2010. № 2. [Электронный ресурс]. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru)

Несмотря на предпринимаемые со стороны медицины меры по укреплению и сохранению здоровья болеющих детей, проблемы, связанные с психологическим развитием и социализацией их личности остаются достаточно острыми.

**Степень изученности.** Исследование особенностей личности и познавательной деятельности детей и подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями реализовано в работах (Николаева В.В., 1987; Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Ковалевский В.А., Урываев В.А., 2006). Факторы и условия, детерминирующие процесс речевого развития детей дошкольного возраста рассмотрены в работе (Груздева О.В., 2004). Проблема специфики самосознания и самооценки часто болеющих детей дошкольного и младшего школьного возраста представлена в исследованиях (Мосина Н.А., 2007, Чекрякова С.В., 2008). Особенности родительского отношения к часто болеющим детям дошкольного возраста выявлены в работе (Котова Е.В., 2004, Доманецкая Л.В., 2009).

Анализ литературы по проблеме показал, что остаются недостаточно изученными психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями.

**Объект исследования:** психологические особенности детей младшего дошкольного возраста.

**Предмет исследования:** особенности детей часто болеющих респираторными заболеваниями.

**Цель исследования:** изучить психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями.

**Задачи исследования:**

1. Раскрыть сущность понятия «часто болеющий ребенок».
2. Рассмотреть характеристику факторов, влияющих на здоровье детей младшего дошкольного возраста.
3. Определить специфику психологического развития ребенка младшего дошкольного возраста.
4. Раскрыть психологические особенности детей младшего дошкольного возраста (тревожность, агрессивность, самооценка).
5. Изучить психическое состояние детей, болеющих респираторными заболеваниями.
6. Исследовать особенности тревожности, агрессивности и самооценки детей, часто болеющих респираторными заболеваниями.
7. Выявить особенности тревожности, агрессивности и самооценки в зависимости от психического состояния детей, часто болеющих респираторными заболеваниями.

**Гипотеза исследования.** Мы предполагаем, что психологические особенности (тревожность, ситуативная агрессивность, уровень самооценки) детей младшего дошкольного возраста, часто болеющих респираторными заболеваниями, взаимосвязаны с их психическим состоянием (позитивным или негативным):

- дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием менее тревожны и агрессивны, имеют завышенную самооценку;

- дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием более тревожны и агрессивны, имеют заниженную самооценку.

**Методологическую основу исследования** составляют:

1. Онтогенетические теории развития личности (Л.С. Выготский, Д.Б. Эльконин, А.Н. Леонтьев);

2. Теоретические положения психосоматического подхода в медицине (В.В. Николаева, Д.Н. Исаев, М.В. Струковская, Ю.А.).

В качестве основного метода математико-статистической обработки данных был выбран корреляционный анализ по критерию  $r$  - Спирмена, а также выявление различий в уровне исследуемого признака по критерию U-Манна-Уитни.

**Методики исследования:**

1. Методика Велиевой С.В. «Паровозик» для диагностики психического состояния ребенка;

2. Опросник Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко для диагностики тревожности ребенка;

3. Методика «Выбери нужное лицо» Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Аменв адаптации В.М. Астапова для диагностики тревожности ребенка;

4. Опросник Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко для диагностики ситуативной агрессии ребенка;

5. Методика «Лесенка» Щур В.Г. для диагностики самооценки ребенка.

**Научная новизна работы.** В исследовании уточнены и расширены знания о психологических особенностях детей младшего дошкольного возраста, болеющих респираторными заболеваниями, и взаимосвязи с их психическим состоянием.

**Теоретическая значимость.** В работе уточнены и систематизированы данные об особенностях тревожности, агрессивности и самооценки детей, болеющих респираторными заболеваниями, в зависимости от их психического состояния.

**Практическая значимость** исследования заключается в том, что материалы исследования имеют практико-ориентированную направленность и могут быть использованы в практической деятельности психологов и воспитателей ДОУ.

**Эмпирическая база исследования.** ГБУЗ РБ Детская поликлиника №5 города Уфа. Дети младшего дошкольного возраста, в количестве 71 человек, в возрасте от 3 до 4 лет. Для определения психологических особенностей детей, болеющих респираторными заболеваниями, были исследованы 71 ребенок в младшем дошкольном возрасте от 3 до 4 лет, а также опрошены их родители. Все исследуемые дети с родителями обращались в ГБУЗ РБ №5 города Уфа в период с сентября по ноябрь 2019 г. Мы сделали акцент на исследовании детей именно младшего дошкольного возраста, т.к. именно с этим возрастом связано начало посещения дошкольного образовательного учреждения, в этом возрасте дети, как правило, чаще начинают болеть респираторными заболеваниями, происходит адаптация детей к ДОУ.

Настоящее исследование проводилось в несколько этапов.

На первом этапе (октябрь 2017г. - август 2019г.) осуществлялся теоретический анализ и систематизация данных по исследуемой проблеме.

На втором этапе (сентябрь - ноябрь 2019г.) проводился сбор и первичная обработка данных исследования.

**Апробация полученных результатов исследования:** теоретические положения исследования были изложены в статье журнала «Вопросы науки и образования».

**Структура работы:** магистерская диссертация состоит из оглавления, введения, двух глав, заключения, списка литературы, который насчитывает 50 источников, 2 приложения, 9 таблиц, 12 рисунков.

# **I. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

## **1.1 Сущность понятия «часто болеющий ребенок»**

Самой большой группой заболеваний является группа заболеваний, связанных с органами дыхания. За последние 10 лет такие заболевания составили 60 – 80% всей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет. В группе детей дошкольного возраста первое место по частоте проявлений занимают острые респираторные инфекции, причем 49,5% из них приходится на контингент часто болеющих детей (болеют более 4-х раз в год). И, как показывают исследования, проведенные такими учеными как В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов, Н.В. Михайлова, М.М. Слободян, В.К. Таточенко, свыше 46% болеющих дошкольников к 8-9 годам приобретают одно или несколько хронических заболеваний<sup>4</sup>.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), критерием для присвоения статуса «часто болеющий ребенок» является частота эпизодов ОРЗ в год. При этом подходы к определению частоты заболеваемости в детском возрасте в разных странах не всегда бывают, схожи. Так, например частота ОРВИ восемь раз в год является нормальным показателем для детей дошкольного и младшего школьного возраста, посещающих детские учреждения. В практике зарубежных педиатров (Великобритания, США) также считается, что обычно здоровые дети в возрасте от 1 до 3 лет переносят до восьми эпизодов ОРЗ в год. Если частота респираторных инфекций составляет восемь и более случаев в год, то принято говорить о рекуррентных (повторных) респираторных инфекциях. В нашей стране, согласно таблице критериев Альбицкого – Баранова, одним из главных оснований для включения детей в группу ЧБД является частота эпизодов ОРЗ в год в зависимости от возраста. Кроме того, для детей старше трех лет может использоваться инфекционный индекс (ИИ), определяемый как отношение суммы всех случаев ОРЗ в течение года к возрасту ребенка:  $ИИ = \frac{\text{сумма всех случаев ОРЗ в течение года}}{\text{возраст ребенка (годы)}}$ . ИИ у редко болеющих детей составляет 0,2-0,3, а у детей из группы ЧБД – 1,1–3,5. По классификации, разработанной сотрудниками Института гигиены детей и подростков, ЧБД относятся к II

---

<sup>4</sup> Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети Издательство: Нижегородская медицинская ассоциация (НГМА), 2003 – 180 с.

группе здоровья: дети с отягощенным акушерским анамнезом, функциональными и морфологическими особенностями без наличия у них хронического заболевания<sup>5</sup>.

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

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

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

И как нами было отмечено выше, в группе детей дошкольного возраста первое место по частоте проявлений занимают острые респираторные инфекции, причем 49,5% из них приходится на контингент часто болеющих детей (болеют более 4-х раз в год).

Несмотря на успехи в диагностике и лечении, частота ОРЗ у детей в разных регионах России увеличивается, что связано:

- с ухудшением экологии и загрязнением среды обитания, которые приводят к неспецифической гиперактивности респираторного тракта и повышенной восприимчивости к инфекции,
- с влиянием социальных факторов, изменениями стиля питания с преимущественным употреблением продуктов длительного хранения, быстрого приготовления, обилием рафинированных продуктов, а также с влиянием несбалансированного питания, что сопровождается дефицитом белка, полиненасыщенных жирных кислот, антиоксидантов, витаминов и снижает иммунную защиту ребенка,

---

<sup>5</sup> Специализированный журнал для врачей и фармацевтов «Вестник Ферон» №3 2017год.

<sup>6</sup> Балева Л. С., Вавилова В. Л., Доскин В. А. Современные проблемы к лечению и реабилитации часто болеющих детей (медицинская технология). Москва. 2006. - 46 с.

- с широким, часто необоснованным и бесконтрольным использованием антибиотиков, что обуславливает формирование дисбиоза слизистых оболочек (особенно кишечника) и способствует повышенной восприимчивости к инфекциям,

- с отсутствием адекватной массовой иммунопрофилактики и иммунореабилитации детей,

- с кратковременностью иммунитета к различным вирусным инфекциям, что связано с разнообразием серо- и биотипов вирусов и пневмотропных бактерий,

- с психофизическими перегрузками детей на фоне вынужденной гиподинамии, усугубляющими нарушения функций иммунной системы растущего организма и повышающими восприимчивость к инфекции.

Конечно, контакт и взаимодействие организма ребенка с возбудителями респираторных инфекций являются необходимыми условиями становления его иммунной системы, приобретения иммунологического опыта для адекватного реагирования на микробную агрессию. Тем не менее, частые ОРЗ, следующие одно за другим, оказывают на ребенка негативное воздействие.

Такие дети чаще отстают в физическом и психомоторном развитии. Они часто не могут посещать детские дошкольные учреждения, а в школьном возрасте вынуждены пропускать занятия в школе. Среди детей этой группы в школьном возрасте наблюдается в 2 раза больше неуспевающих. Психолого-педагогические данные свидетельствуют о низких показателях развития памяти. У таких детей часто встречаются психологические комплексы, прежде всего - комплекс неполноценности, ощущение неуверенности в себе. Невозможность из-за частых болезней жить полноценной для своего возраста жизнью может привести к социальной дезадаптации (ребенок может избегать сверстников, быть замкнутым, грубым, раздражительным)<sup>7</sup>.

В группу длительно болеющих принято включать детей, подверженных частым респираторным заболеваниям из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма и не имеющих стойких органических нарушений в них. Эти дети подвержены развитию осложнений, таких как пневмония, тяжелое течение бронхиальной астмы, ринит и других заболеваний. В подростковом возрасте такие дети предрасположены к хроническим заболеваниям ЖКТ, сосудистым дистониям, быстрому утомлению.

При лечении ОРЗ у таких детей используется большое количество медикаментов, в том числе антибиотики, которые обладают побочным

---

<sup>7</sup> Специализированный журнал для врачей и фармацевтов «Вестник Ферон» №3 2017год.

действием и способствуют иммуносупрессии и сенсibilизации. Поэтому частые ОРЗ у детей представляют не только медицинскую, но и социально-экономическую проблему.

Из опыта медицинской практики можно сделать заключение об отсутствии стойких результатов в лечении таких детей, так как, пройдя курс лечения, они вскоре заболевают снова и вынуждены повторно обращаться к лечащему врачу. Соответственно, жизнь этих детей ограничивается кругом семьи, они лишаются полноценного общения со сверстниками, что препятствует их психическому развитию.

При повышенной заболеваемости ОРЗ у ребенка врач-педиатр определяет его во 2-ю группу диспансерного наблюдения, которую необходимо расценивать как группу риска, что требует повышенного внимания к пациенту и проведения, как дополнительных обследований, так и комплексов реабилитационных мероприятий, которые должны включать не только медицинские, но и психолого-педагогические, логопедические методы воздействия<sup>8</sup>.

Принято считать, что болеющие дети - феномен специфически возрастной. Эту группу составляют преимущественно дети дошкольного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более четырех раз в году. Однако исследования показывают, что острые респираторные вирусные инфекции не единственная причина частых заболеваний. В число причин входят детские инфекции, отиты, синуситы и обращения по поводу хронических заболеваний только в фазе обострения<sup>9</sup>.

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

Тем не менее, имеется целый ряд исследований, в результате которых установлено, что развитие соматически больного ребенка не является замедленным, а является «качественно иным».

---

<sup>8</sup> Волкова О.Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 30.06.2010).

<sup>9</sup> Там же стр.10.

Сегодня существует достаточно большое количество исследований в области психосоматической медицины, касающихся именно детской практики. Основная их часть посвящена обсуждению влияния психологического фактора на возникновение психосоматических расстройств. В данных исследованиях определен сегмент заболеваний, в этиологии которых эмоциональные факторы играют неоспоримо важную роль, например: термоневрозы, дискинезии кишечника, головные боли, боли в суставах, психогенная рвота, гипо – и гипертонический синдром.

В настоящее время современная медицина признает два вида патогенного влияния соматической болезни на психику: соматогенное (посредством интоксикационных воздействий на центральную нервную систему) и психогенное (реакция личности на заболевание и его последствия).

Основным социальным фактором, располагающим к частым соматическим заболеваниям, является факт поступления и посещения ребенком детского дошкольного учреждения, которое, в свою очередь, сопровождается такими провоцирующими стресс факторами: длительное расставание с родителями и домашними; попадание в незнакомую, новую по организации и структуре предметно-пространственную среду; длительный контакт с чужими детьми, воспитателями, персоналом<sup>10</sup>.

Естественно, немаловажную роль играют и хронические стрессовые состояния у детей, связанные с отрывом от семьи и неадекватными интеллектуальными нагрузками, нарушением должного режима труда и отдыха. Особенно это касается детей, имеющих в анамнезе минимальное повреждение нервной системы. Привыкание к коллективу у них происходит столь трудно и болезненно, что ребенок не может адекватно отвечать на стрессовую ситуацию, выпадает фаза тренировки и наступает дезадаптация.

Важно добавить то, что уровень осознания и разрешения человеком различных жизненных ситуаций во многом определяется степенью зрелости его личности в целом, но ребенок дошкольного возраста, в силу своих возрастных особенностей, не способен адекватно осознать происходящее. Именно поэтому очевидна зависимость развития ребенка от количественных и качественных показателей его общения со взрослыми: родителями, педагогом, а также от содержания деятельности, в которую они вовлекают ребенка.

Необходимо отметить, что важным фактором развития личности выступает ее активность, а условием развития - успешность ее самореализации в деятельности и во взаимодействии с окружающими. В процессе изучения

---

<sup>10</sup> Дубровина И.В. «Психическое здоровье детей и подростков». –М.: Академия, 2000. – 256 с.

этого вопроса было показано, что для полноценного психического развития ребенок должен активно и адекватно действовать в окружающем мире.

Д.Н. Исаев изучал внутреннюю картину болезни (ВКБ) соматически больного ребенка как комплекс факторов различной природы, влияющих на проявление и течение заболевания ребенка: отношения в семье, успеваемость, наличие и характер внутриличностных конфликтов. Автор выделяет следующие составляющие ВКБ детей: объективные проявления болезни, особенности эмоционального реагирования личности, уровень интеллектуального функционирования, личный опыт (общежитейский и перенесенные заболевания), полученная и получаемая информация о здоровье, внутренних органах, болезни, ее причинах, лечении, смерти, отношение родителей и других лиц из окружения ребенка к его заболеванию, влияние медперсонала и врача на заболевшего, наличие других стрессоров. Он отмечает, что понимание происходящего в организме, возможность оценки болезненных переживаний зависят у ребенка от уровня психического развития<sup>11</sup>.

В психологической литературе приводятся данные, указывающие на отличия болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, им свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг<sup>12</sup>.

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

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

---

<sup>11</sup>Волкова О.Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 30.06.2010).

<sup>12</sup>Забрамная С.Д., Боровик О.В. От диагностики к развитию. – М., 2004.

Развитие ребенка в условиях заболеваний влияет на формирование его личности. Понятию "Я" у таких детей соответствует отрицательный образ, они сопровождают его отрицательным по смыслу комментарием, за ним скрывается неприятие себя, недовольство своей внешностью, низкая самооценка. Для соматически больного ребенка характерно амбивалентное отношение к болезни. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, но на неосознаваемом уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье. Некоторые исследования показывают, что болезнь "выгодна", потому что дает возможность ребенку приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Так, дети полагают, что во время болезни их будут больше жалеть, больше обращать на них внимания и заботы. (Ковалевский В. А., Урываев В.А., 2006).

Другие суммарно выделенные особенности личности больных детей:

при оценивании себя у больного ребенка преобладает позиция "малоценности", ущербности, отношение к себе непосредственно - чувственное;

у часто болеющих детей среднего и старшего дошкольного возраста преобладает заниженная самооценка по сравнению со здоровыми сверстниками и во многом она зависит от типа семейного воспитания. При этом выявлено общее неустойчивое эмоционально-ценностное отношение детей к себе;

активизируется собственная познавательная активность, направленная на преодоление преград создаваемых болезнью в реализации жизненно важных потребностей;

слабо сформированы у ребенка механизмы личностно-смысловой регуляции;

присутствует стремление к компенсации дефекта (у 84 % опрошенных часто болеющих дошкольников направленность желаний на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий);

нет развернутого жизненного плана, то есть нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее;

основная направленность желаний болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания (84% детей). В то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды (63%) и на взаимодействие с другими людьми (70%); уровень тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста выше, чем у их здоровых сверстников (особенно у мальчиков), причем результаты имеют достоверные различия.

Анализ эмоционального восприятия детьми половых ролей показал, что в ответах детей обоих полов (независимо от соматического статуса) эмоциональное восприятие девочек достоверно позитивнее, чем мальчиков ("девочки любят доброе, красивое, а мальчики любят все крутое и страшное", "девочки- красивые, а мальчики - не такие красивые", "мальчики дерутся, а девочки - добрые" и пр.). Обнаружены различия и в представлении об отличительных особенностях мальчиков и девочек: у всех детей доминирует критерий "внешние признаки" (у мальчиков чаще, чем у девочек; у здоровых детей чаще, чем у часто болеющих). Тем не менее, девочки чаще мальчиков ориентируются на качества личности, а мальчики на предметно-действенные характеристики. Выявлено также, что болеющие мальчики чаще, чем здоровые, ориентируются на личностные характеристики в своем представлении о половых ролях<sup>13</sup>.

Следовательно, болеющие мальчики (в сравнении с болеющими девочками и здоровыми сверстниками обоего пола) имеют более высокие показатели по уровню тревожности и отрицательному эмоциональному восприятию собственной половой роли.

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что частые ОРЗ у детей младшего дошкольного возраста, следующие одно за другим, оказывают негативное воздействие на его физическое и психомоторное развитие. Психолого-педагогические данные свидетельствуют о низких показателях развития памяти. У таких детей часто встречаются психологические комплексы, прежде всего - комплекс неполноценности, ощущение неуверенности в себе. Невозможность из-за частых болезней жить полноценной для своего возраста жизнью может привести к социальной дезадаптации (ребенок может избегать сверстников, быть замкнутым, грубым, раздражительным)<sup>14</sup>.

Выделены отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, им свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Доказано, что статус часто болеющего ребенка мальчиком переживается более болезненно, чем девочкой, и это негативно отражается на его межличностных отношениях, оценке себя, собственных возможностей, что и провоцирует развитие высокой тревожности.

---

<sup>13</sup> Мамаева М. А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления. Санкт-Петербург. Издательский Дом СТЕЛЛА. 2014. - 60 с.

<sup>14</sup> Специализированный журнал для врачей и фармацевтов «Вестник Ферон» №3 2017 год.

## 1.2 Характеристика факторов, влияющих на здоровье детей младшего дошкольного возраста.

Ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что самое главное в жизни любого человека это здоровье. «Здоровье – это состояние жизнедеятельности, соответствующее биологическому возрасту ребенка, гармоничного единства физических и интеллектуальных характеристик, формирования адаптационных и компенсаторных реакций в процессе роста». Следовательно, любое государство должно быть заинтересовано в увеличении количества здоровых детей, потому что здоровое поколение - это прочный фундамент для будущего стабильного развития. И поэтому любое общество будет не просто существовать, а полноценно развиваться по всем направлениям, только имея в основе здоровых и дееспособных людей.

По мнению одного из выдающихся пропагандистов здорового образа жизни Юрия Филипповича Змановского (1929-1995), доктора медицинских наук, профессора, ученика А.Н. Леонтьева и А.Р. Лурии, здоровый ребенок – это динамичное состояние растущего организма, устойчивое к патологическим и экстремальным воздействиям. Если ребенок и болеет, то очень редко и нетяжело, он жизнерадостен, активен, доброжелателен к окружающим, у него преобладают положительные эмоции, а отрицательные переживания переносит стойко и без последствий. Развитие его физических качеств происходит гармонично, он достаточно ловок и силен, он закален и не имеет лишней массы тела<sup>15</sup>.

Но жизнь в 21 веке предъявляет очень высокие требования к показателям физического и психического здоровья человека, а проблема здоровья детей становится с каждым днем все более значимой.

Самой трудной стадией морфофункциональных перестроек является детский и подростковый период, от 0 до 17 лет, что должно непременно иметь значение при оценке формирования здоровья. На данный возрастной период приходится целый комплекс смены социальных ступеней: ясли, сад, школа, профессиональное обучение, трудовая деятельность.

Здоровье детей подвергается воздействию разнообразных факторов окружающей среды, многие из которых оцениваются как факторы риска развития неблагоприятных изменений в организме. В возникновении нарушений в состоянии здоровья детей и подростков доминирующую роль играют 3 группы факторов:

---

<sup>15</sup> Давыдов В. В. Психическое развитие в младшем школьном возрасте // Возрастная и педагогическая психология. – М.: 1979. – 287 с.

- 1) факторы, характеризующие генотип популяции («генетический груз»);
- 2) образ жизни;
- 3) состояние окружающей среды.

Однако в большинстве случаев имеет место не просто изолированное влияние данных факторов на детский организм, а происходит сложное взаимодействие выше перечисленных факторов с биологическими, в том числе наследственными ресурсами. Это и объясняет прямую зависимость здоровья детей и подростков как от среды, в которой они находятся, так и от генотипа и биологических закономерностей роста и развития.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) в формировании здоровья подрастающего поколения прослеживается следующее процентное распределение влияния факторов: около 40%- это факторы образа жизни и социальные факторы, 30 % - факторы загрязнения окружающей среды (в том числе собственно природно-климатических условий – 10 %), 20%- биологические факторы и 10%- медицинское обслуживание. Но, несмотря на вышеизложенное, эти величины являются усредненными, потому что не во всех случаях учитываются возрастные особенности роста и развития детей, не принимаются во внимание факторы формирования патологии в отдельных периодах жизни, не рассматривается показатель распространенности факторов риска. А ведь влияние тех или иных социально-генетических и медико-биологических факторов происходит в зависимости от пола и возраста индивидуума.

Необходимость дифференцированного подхода к оценке роли и вклада факторов, планированию и осуществлению профилактических и оздоровительных мероприятий определяется преобладанием тех или иных факторов риска конкретно для каждого возраста 2.

Следовательно, при оценивании вклада отдельных факторов, составляющих социально-гигиеническую группу, необходимо учитывать, что разных возрастных группах их роль различна.

Среди социальных факторов, в формировании здоровья у детей в возрасте до 1 года, решающее значение имеют характер семьи и образование родителей. Значение влияния этих факторов уменьшается у детей в возрасте 1-4 лет, но все еще остается достаточно значимым. Одним из самых важных факторов для данного периода является посещение ребенком детского сада. Но, несмотря на это, уже в этом возрасте начинает проявляться значение жилищных условий и наличие курящих родственников в доме, уровень дохода семьи и содержания животных.

Основными факторами (среди биологических факторов), оказывающими наибольшее влияние на заболеваемость во всех возрастных группах детей,

являются заболевания матери во время беременности и осложнения течения беременности. Действительно, наличие осложнений при родах (преждевременные, запоздалые, стремительные роды, родовая слабость) может привести к нарушению состояния здоровья в дальнейшем, что позволяет расценивать их как факторы риска.

Особое значение для полноценного развития ребенка в раннем детстве имеют естественное вскармливание и соблюдение всех гигиенических норм по уходу.

Но предметом нашего интереса является именно дошкольный возраст. Дошкольный возраст – это один из самых важных, и в то же время это критический период в жизни каждого ребенка. Именно в этом возрасте происходит активное формирование процессов высшей нервной деятельности, имеет место увеличение подвижности и силы нервных процессов, что нередко приводит к истощению ребенка. Частая смена настроения, повышенная раздражительность, быстрая утомляемость и невнимательность - вот наиболее встречающиеся психологические показатели данного периода, Как отмечают родители и воспитатели: дети в этом возрасте то и дело накручивают волосы, грызут ногти, совершают беспорядочные или хаотичные движения (подпрыгивают и покачиваются) или долгое время не засыпают- а это верные признаки невротических реакций.

Именно дошкольный период отличается повышенным риском появления хронических заболеваний и различных аллергических реакций у любого ребенка, особенно у часто болеющих детей. Это происходит по причине «глубинной» перестройки обмена веществ, из-за чего детский организм чаще подвергается детским инфекциям.

В отношении детей именно дошкольного возраста термин «собственное здоровье» учеными не анализировалось. По мнению ученых, собственное здоровье дошкольников - это оптимальное состояние организма, которое характеризуется гармоничной сформированностью физической, психической, духовной и социальной составляющих здоровья и зависит от образа жизни ребенка, его отношения к окружающему миру.

Исходя из вышесказанного, приоритетной ценностью населения (среди любых возрастных групп) является здоровье, которое, по мнению ученых, объединяют четыре составляющие: физическая, психическая, социальная и духовная. Данные составляющие тесно связаны между собой и находятся в состоянии баланса между условиями среды и адаптационными возможностями организма.

Исходя из анализа психологической литературы, можно уверенно сказать о том, что четко обозначены и проанализированы факторы, оказывающие

влияние на психологическое здоровье ребенка. Большинство из этих факторов носят социально-психологический, социально-культурный и социально-экономический характер<sup>16</sup>.

Постоянное отсутствие свободного времени, ускорение ритма жизни современного общества, при этом обладая недостаточными условиями для снятия эмоционального напряжения - все это и определяет группу факторов, носящих социально-культурный характер и оказывающих неблагоприятное влияние на психологическое здоровье подрастающего поколения. Также ко всему вышеперечисленному можно добавить: круглосуточную загруженность родителей, их невротизацию и как следствие, появление высокого процента межличностных проблем, к которым можно уверенно добавить недостаточную информированность о возможностях психологических или психотерапевтических решений выше представленных проблем. Следовательно, возникает общественный и семейный диссонанс родителей, который наносит непоправимый вред в развитие и психику ребенка.

Как указывает А.И. Захаров, на эмоциональную и психологическую атмосферу в семье влияют также социально-экономические факторы: неудовлетворительные жилищно-бытовые условия, занятость родителей, ранний выход матери на работу и помещение ребенка в ясли. Несвоевременное размещение ребенка в раннем возрасте (до 3-х лет) в детские дошкольные учреждения или привлечение няни для его воспитания является сильным психотравмирующим событием, поскольку такие дети еще не готовы к разлуке с матерью. В ситуации нормального эмоционального общения ребенка с матерью к трем годам у детей формируется чувство «Я», т.е. восприятие себя как отдельного индивида, постепенно уменьшается чувство зависимости от родителей. При частых и длительных разлуках с матерью у детей раннего возраста нарастает потребность в привязанности, что может привести к появлению невротических реакций. В среднем, лишь к трем годам у ребенка появляется желание «расстаться» с матерью и стать более независимым. Кроме того, в этом возрасте уже возникает стойкая потребность в общении со сверстниками, в совместных играх с другими детьми. Поэтому ребенка в возрасте трех лет можно помещать в детский сад, не рискуя его психическим здоровьем<sup>17</sup>.

Многие специалисты(В. И. Гарбузов, В. А. Гурьева, А. И. Захаров, А. С. Спиваковская и др.) солидарны в убеждении, что субъективное состояние

---

<sup>16</sup> Дубровина И.В. Практикум по возрастной и педагогической психологии. –/Авт.- сост. Е. Е. Данилова/ – М.: Издательский центр “Академия”, 1998. – 160 с.

<sup>17</sup> Войнов В.Б., Сысоева А.Ф., Варвулева И.Ю. Психоневрологическая оценка состояния детей в динамике 1-3 классов // Физиология развития человека. Материалы международной конференции. – М., 2000.-140 с.

ребенка имеет непосредственную связь с окружающей его обстановкой. Данные выводы ученые основывают на анализе исследований, проведенных в различных странах мира. Представители ВОЗ пришли к выводу, что нарушения психического здоровья намного чаще диагностируются у детей, которые живут в ситуации противоречивых отношений со взрослыми. Данные исследования показали, что доминирующая часть нарушений психического здоровья в детском возрасте имеет две характерные черты: во-первых, они представляют собой лишь количественные отклонения от нормального процесса психического развития, во-вторых, многие их проявлений можно рассматривать как реакцию на психотравмирующие ситуации<sup>18</sup>.

Отсутствие единства во взглядах на воспитание ребенка между родителями, разногласия в семейных отношениях, постоянные противоречия в сфере детско-родительских отношений – вот те главные аспекты, которые относятся к социально-психическим факторам, влияющим на психологическое здоровье детей.

В отечественной и в зарубежной литературе проблеме супружеских и детско-родительских отношений уделяется большое внимание. Раскрываются и анализируются причины и характер внутрисемейных конфликтов, рассматриваются ситуации их разрешения. Но самый действенный способ – это взглянуть на дисгармоничные семейные отношения с позиции самого ребенка, с целью выявления влияния данного фактора на психологическое здоровье.

Приходится акцентировать еще раз, что данный возрастной критерий характеризуется чрезвычайно тесной эмоциональной привязанностью ребенка к родителям, но не с позиции зависимости от них, а с позиции потребности в любви, уважении и признании. В этом возрасте ребенок еще не воспринимает структуру семейных отношений, у него не сформированы навыки ориентироваться в тонкостях межличностного общения. Дети в дошкольном возрасте не способны воспринимать конфликты между родителями, потому что еще не в достаточной мере владеют средствами для выражения собственных чувств и переживаний. И происходит парадокс: во-первых, в большинстве случаев конфликты между родителями воспринимаются ребенком как тревожная ситуация, возникает чувство непонятной опасности, во-вторых, в большинстве случаев ребенок чувствует виноватым себя в возникающем конфликте или случившемся несчастье. Все это происходит потому, что ребенок не в состоянии осознать истинных причин происходящего, аргументируя это своими «детскими» мотивами и переживаниями: я – плохой, меня не за что любить, я не оправдал их надежды или доверия, а значит, я

---

<sup>18</sup> Ананьев В.А. Введение в психологию здоровья. - СПб., 1998

недостойн любви родителей. Исходя из вышесказанного, частые конфликты, громкие ссоры между родителями вызывают у детей-дошкольников постоянное чувство беспокойства, неуверенности в себе, эмоционального напряжения и могут стать источником их психологического нездоровья<sup>19</sup>.

На основании всего вышеизложенного можно сделать вывод о том, что дети наиболее уязвимая и незащищенная часть нашего общества, которая легко и быстро подвергается влиянию всевозможных факторов окружающей среды. Преобладающее большинство вышеперечисленных факторов воспринимаются в качестве факторов риска развития неблагоприятных изменений в организме. Доминирующее значение в формировании нарушений в состоянии здоровья детей и подростков имеют 3 группы факторов:

- 1) факторы, характеризующие генотип популяции («генетический груз»);
- 2) образ жизни;
- 3) состояние окружающей среды.

На детский организм социальные и средовые факторы воздействуют не самостоятельно или изолированно, а происходит сложный структурный синтез с биологическими, в том числе наследственными, факторами. Данный факт и объясняет прямую зависимость заболеваемости детей и подростков как от среды, в которой они находятся, так и от генотипа и биологических закономерностей роста и развития.

К социально-психическим факторам, влияющим на психологическое здоровье детей, относятся любые нарушения в сфере детско-родительских отношений, дисгармония семейных отношений или противоречия семейного воспитания.

Таким образом, для полноценного психологического развития ребенка самыми действенными профилактическими средствами являются гармоничные отношения в семье, стабильность семейного воспитания, понимание родителями внутреннего мира своих детей, их проблем и переживаний, умение видеть и анализировать любую ситуацию с позиции своего ребенка.

### 1.3 Специфика социально-психологического развития ребенка младшего дошкольного возраста

Дети младшего дошкольного возраста характеризуется высокой интенсивностью физического и психического развития, ребенок становится очень активным, целенаправленным. Движения ребенка становятся более разнообразными и координированными.

---

<sup>19</sup> Дубровина И.В. «Психическое здоровье детей и подростков». –М.: Академия, 2000

В характере и содержании деятельности ребенка этого возраста происходят существенные изменения, в отношениях с окружающими: взрослыми и сверстниками. Ведущий вид деятельности - предметно-действенное сотрудничество. Действия ребенка приобретают целенаправленный характер. В игре, рисовании, конструировании, а также в повседневном поведении дети начинают действовать в соответствии с заранее намеченной целью, хотя в силу неустойчивости внимания, несформированности, произвольности поведения ребенок быстро отвлекается, оставляет одно дело ради другого.

У детей этого возраста очень ярко выражена потребность в общении с взрослыми и сверстниками. В этот период взаимодействие с взрослым очень важно для малыша, так как он является гарантом его психологического комфорта и защищенности. В общении с ним малыш получает интересующую его информацию, удовлетворяет свои познавательные потребности. На протяжении младшего дошкольного возраста развивается интерес к общению со сверстниками. В играх появляются первые «творческие» объединения детей. Ребенок берет на себя определенные роли и подчиняет им свое поведение.

В этом и проявляется интерес ребенка к миру взрослых, которые выступают для него в качестве эталона поведения, обнаруживается стремление к освоению этого мира. Совместные игры детей начинают преобладать над индивидуальными играми и играми рядом. Открываются новые возможности для воспитания у детей доброжелательного отношения к окружающим, эмоциональной отзывчивости, способности к сопереживанию. В игре, продуктивных видах деятельности (рисовании, конструировании) происходит знакомство ребенка со свойствами предметов, развиваются его психические процессы, как восприятие, мышление, воображение.

Что касается развития психических процессов, то преобладающим мышлением становится наглядно-образное. Малыш оказывается способным не только объединять предметы по внешнему сходству (форма, цвет, величина), но и усваивать общепринятые представления о группах предметов (одежда, посуда, мебель). В основе таких представлений лежит не выделение общих и существенных признаков предметов, а объединение входящих в общую ситуацию или имеющих общее назначение. В этом возрасте происходят существенные изменения в развитии речи: значительно увеличивается запас слов, появляются элементарные виды суждений об окружающем, которые выражаются в достаточно, развернутых высказываниях.

Еще одной характеристикой отношений, устанавливаемых между ребенком и окружающей его действительностью является аффективно окрашенное восприятие. Восприятие и чувствование представляют собой в

этом возрасте неразрывное единство. Сознать вообще для ребенка этого возраста еще не означает воспринимать и перерабатывать воспринимаемое с помощью внимания, памяти, мышления. Все эти функции еще не дифференцировались, они действуют в сознании целостного, подчиняясь восприятию постольку, поскольку они участвуют в процессе восприятия.

Л.С. Выготский пишет, что память у ребенка в раннем детстве появляется всегда в активном восприятии - узнавании.

Аффекты ребенка этого возраста тоже проявляются преимущественно в момент наглядного восприятия того объекта, к которому аффект направлен. Мыслить для ребенка в этом возрасте, поскольку он уже проявляет интеллектуальную деятельность, - не значит вспоминать.

Восприятие раннего возраста отличают две особенности: аффективный характер и доминирующая функция в структуре сознания. Наиболее фундаментальные функции, которые нужны сначала, которые обеспечивают развитие всех других функций, развиваются раньше. Такой функцией является восприятие. Развитие речи как средства общения, как средства понимания речи окружающих представляет собой центральную линию развития ребенка этого возраста и существенно меняет отношение ребенка к окружающей среде.

Сам по себе факт приобретения речи приводит к тому, что сенсомоторное единство восприятия окружающих предметов и вещей начинает расшатываться. Вместе с речью для ребенка прежде всего возникает начало осмысления и осознания окружающей действительности.

По мнению Л.С. Выготского важной характеристикой отношений ребенка с окружающей его действительностью является связанность обстановки, в которой находится ребенок. Малыш в этом возрасте находится в мире вещей и предметов, в своеобразном «силовом поле». Каждый предмет «тянет» его к тому, чтобы он потрогал его, взял в руки, пощупал или, наоборот, не касался его. Лестница манит ребенка, чтобы он пошел по ней, дверь - чтобы он закрыл и открыл; колокольчик - чтобы он позвонил в него; коробочка - чтобы он закрыл и открыл ее; круглый мячик - чтобы ребенок покатила его.

Л.С. Выготский подводит итог: каждая вещь заряжена для ребенка в этой ситуации аффективной притягивающей или отталкивающей силой, имеет аффективную валентность для ребенка и соответствующим образом провоцирует его на действие, т.е. направляет его.

По словам Льва Семеновича, ребенок не привносит в эту ситуацию знаний о других возможных вещах, его не привлекает ничего, что лежит вне ситуации, что могло изменить ситуацию. Поэтому открывается большая роль самих вещей, конкретных предметов внутри ситуации. Среди экспериментов, описанных им в связи с этим, можно привести один: ребенку трудно, глядя на

сидящую девочку, произнести «девочка идет». Такой характер поведения ребенка объясняется возникновением единства в этом возрасте между сенсорными и моторными функциями (восприятием и действием).

Все, что ребенок видит, он хочет потрогать руками. Малыш бесконечно деятелен, он делает лишь то, на что «толкают» его окружающие вещи. За восприятием ребенка непременно следует действие. Этого нет, например, в младенческом возрасте, отмечает Л.С. Выготский: завернутый в пеленки ребенок может часами спокойно водить глазами.

Д.Б. Эльконин считает, что ведущим типом деятельности ребенка раннего возраста является предметно-манипулятивная, предметно-орудийная деятельность. Она позволяет разрешить основное противоречие социальной ситуации развития ребенка этого возраста — противоречия между тем, что ребенок в этот период призван осваивать способы действия с предметами, но носителем этих способов выступает взрослый человек. Орудие следует отличать от предмета, игрушки. На орудии не написан способ его употребления.

По мере развития ребенка меняется его отношение к новым и к старым элементам среды, ибо меняется характер их воздействия на ребенка. Происходит изменение той социальной ситуации развития, которая была в начале возраста. Уничтожается старая социальная ситуация развития, и начинается новый возрастной период<sup>20</sup>.

Дети от рождения до школы проходят очень большой путь развития. Первый период – дошкольный, это период не только физического роста, но и психического, социального. Формирование ребенка как личности происходит под воздействием окружающего его мира, и особенно значительную роль в этом играют детский сад и семья. Педагоги и родители совместными усилиями способствуют всестороннему развитию личности ребенка, в котором трудовое воспитание занимает достаточно важное место<sup>21</sup>. Формирование у ребенка социально-бытовых навыков осуществляется по большей мере в рамках именно трудового воспитания. Формирование этих навыков способствует процессу социализации ребенка, т.е. вхождению его в общество, в котором он будет достаточно самостоятелен, и поэтому будет чувствовать себя полноценным его членом. В труде они овладевают разнообразными навыками и умениями, необходимыми в повседневной жизни: в самообслуживании, в хозяйственно-бытовой деятельности и т.д. совершенствование умений и навыков состоит не только в том, что ребенок начинает обходиться без помощи взрослого. У них

---

<sup>20</sup> Шаграева О.А. Детская психология: Теоретический и практический курс: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001.

<sup>21</sup> Бабунова Т.М. Дошкольная педагогика. - М., 2007.

развиваются самостоятельность, умение преодолевать трудности, способность к волевым усилиям. Именно поэтому организация в рамках дошкольного учреждения формирования социально-бытовых навыков так важна в общем процессе обучения и воспитания детей.

В конце 20 века в нашей стране широкое распространение получила психологическая поддержка детей в условиях детских садов, школ и учреждений дополнительного образования. Аргументировано это, стрессогенностью жизни родителей, их занятостью преимущественно работой, что приводит к росту психологических и психосоматических нарушений у детей. Отрицательное воздействие на здоровье ребенка оказывают также и огромные нагрузки, как следствие столь популярного в наше время раннего обучения дошкольников. К факторам риска можно также отнести дисбаланс в развитии детей, обусловленный стремлением родителей и педагогов дать им, как можно больше знаний, что приводит к неполноценному формированию интуиции, фантазии, творческих способностей.

В дошкольном возрасте происходит стабилизация «Я» ребенка, он начинает задумываться над тем, какой он – плохой или хороший. Важнейшее значение в этом играет процесс идентификации с родителем своего пола, т.е. не простое подражание или частичное принятие качеств родителя, а стремление чувствовать себя сильным, уверенным или нежным, заботливым – таким, каким хотел бы видеть себя ребенок. В это возрастной период также активно развивается самосознание. Ребенок осознает, что в целом он хороший, но имеет некоторые недостатки, и начинает понимать: чтобы быть хорошим, нужно соответствовать родительским требованиям. Можно говорить о так называемом явлении родительского программирования – формировании под воздействием родительских директив основных жизненных сценариев ребенка. Если же ребенок ощущает себя недостаточно хорошим, чтобы получать необходимое ему внимание позитивными способами, то у него могут складываться и закрепляться различные формы получения внимания с помощью негативных проявлений, таких, как нарушение поведения, драки, ложь и т. п. В этом случае ребенок предпочитает быть пусть наказанным, но обязательно замеченным взрослыми.

Данный возраст характеризуется тесной эмоциональной привязанностью ребенка к родителям (особенно к матери), причем не в виде зависимости от них, а в виде потребности в любви, уважении, признании. Поэтому, во-первых, очень часто ссоры между родителями воспринимаются ребенком как тревожное событие, ситуация опасности (в силу эмоционального контакта с матерью), во-вторых, он склонен чувствовать себя виноватым в возникшем конфликте, случившемся несчастье, поскольку не может понять истинных причин

происходящего и объясняет все тем, что он плохой, не оправдывает надежд родителей и не достоин их любви.

Вследствие, частых скандалов, громких ссор между родителями дети дошкольного возраста постоянно ощущают чувство беспокойства, неуверенности в себе, эмоционального напряжения. Это может дать толчок к развитию их психологического неблагополучия и привести к возникновению психосоматических проблем (тики, заикание, энурез, двигательная расторможенность).

Событием, сильно травмирующим психику ребенка также является, помещение его в раннем возрасте (до трех лет) в детский сад или привлечение няни, так как дети раннего возраста еще не готовы к разлуке с матерью: у двухлетнего малыша сильно развито чувство привязанности к матери, общности, единства с ней (рассматривает себя только в единстве с матерью – категория «МЫ»). При частых и длительных разлуках с матерью (устройство в ясли или в санаторий) у детей нарастает потребность в близости с мамой, что может привести к появлению невротических реакций. В среднем лишь к трем годам у ребенка появляется желание «расстаться» с матерью и стать более независимым.

К тому же, именно в этом возрасте возникает стойкая потребность в общении со сверстниками, в совместных играх с другими детьми. Поэтому ребенка в возрасте трех лет можно отдавать в детский сад, не рискуя его психическим здоровьем.

Картина адаптации вашего ребенка к детскому саду диагностична в плане появления невротичности у детей. Расставание с родителями и встреча с новыми взрослыми, незнакомыми себе людьми могут стать для ребенка серьезным психогенным фактором, рассматриваемым малышом как отказ от него, отсутствие родительской любви, внимания и защиты. Важно, чтобы этот переход, новая попытка «разрыва пуповины», был плавным, мягким, нетравматичным. Весомую роль в этом играют педагоги, берущие на себя ответственность за помощь родителям в психическом и физическом развитии их ребенка, за его эмоциональный комфорт, спокойное восприятие нового образа жизни.

Адаптация в детском саду совпадает с кризисным моментом в психическом развитии ребенка. В три года родители замечают серьезные изменения в поведении ребенка, он становится упрямым, капризным, вздорным. Многие родители не подозревают, что в это время происходит очень важный для ребенка психический процесс: это первое яркое выражение своего «Я», это его попытка самостоятельно отдалиться от матери, удлинить психологическую «пуповину», научиться многое делать самому и как-то

решать свои проблемы. Без психологической сепарации (отделения) от родителей ребенку сложно будет найти себя в этой жизни, выработать механизмы психологической адаптации и гибкого поведения в различных ситуациях.

Кризисы развития - это относительно короткие (от нескольких месяцев до года-двух) периоды в жизни, в течение которых человек заметно меняется, поднимается на новую жизненную ступень. Кризисы бывают не только в детстве (1 год, 3 года, 7 лет, 13 лет), так как личность человека развивается непрерывно. При этом всегда происходит смена периодов: относительно длительных и спокойных стабильных и более коротких, бурных, критических, т. е. кризисы - это переходы между стабильными периодами.

Взрослые способны понять, что с ними происходит, зная закономерности личностного развития. С появлением каких-то новых качеств взрослые могут сознательно утвердиться в них или примириться с новым личностным качеством.

Для детей же собственное ближайшее прошлое и будущее непонятно, остается абстракцией. Современные семьи малочисленны, где дети находятся в одновозрастных детских коллективах. Находясь преимущественно среди взрослых и сверстников, ребенок не чувствует и не видит, что с ним скоро будет, не понимает, что с ним происходит, не может оценить свое поведение, регулировать свои поступки и выражение эмоций.

Родители не должны пугаться остроты протекания кризиса, это вовсе не отрицательный показатель. Напротив, яркое проявление ребенка в самоутверждении в новом возрастном качестве говорит о том, что в его психике сложились все возрастные новообразования для дальнейшего развития его личности и адаптивных способностей. И, наоборот, внешняя «бескризисность», создающая иллюзию благополучия, может быть обманчивой, свидетельствовать о том, что в развитии ребенка не произошло соответствующих возрастных изменений<sup>22</sup>.

На основании вышеизложенного можно сказать, что специфика социально-психологического развития ребенка младшего дошкольного возраста заключается в том, что дети младшего дошкольного возраста характеризуется высокой интенсивностью физического и психического развития, ребенок становится очень активным, целенаправленным. Формирование ребенка как личности происходит под воздействием окружающего его мира, и особенно значительную роль в этом играют детский

---

<sup>22</sup> Кряжева Н. Л., Развитие эмоционального мира детей. Популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль: Академия развития, 1996.

сад и семья. Происходит стабилизация «Я» ребенка, важнейшее значение в этом играет процесс идентификации с родителем своего пола. В это возрастной период также активно развивается самосознание. Существует тесная эмоциональная привязанность ребенка к родителям (особенно к матери), причем не в виде зависимости от них, а в виде потребности в любви, уважении, признании. По мере развития ребенка меняется его отношение к новым и к старым элементам среды, ибо меняется характер их воздействия на ребенка. Происходит изменение той социальной ситуации развития, которая была в начале возраста. Уничтожается старая социальная ситуация развития, и начинается новый возрастной период.

#### 1.4 Психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями

Эмоции и чувства представляют собой отражение реальной действительности в форме переживаний. Различные формы переживания чувств (эмоции, аффекты, настроения, стрессы, страсти и д. р.) образуют в совокупности эмоциональную сферу человека. Впечатления и эмоции играют весомую роль в жизни детей, они помогают им постигать реальность. Проявляясь в поведении, они информируют взрослых о том, собственно что ребенку нравится, сердит или же огорчает его.

Особенно значимо это в младенчестве, когда вербального общения как такого нет. Эмоциональный мир малыша становится богаче и разнообразнее по мере его роста. От таких базовых чувств как страх, радость он переходит к более сложной палитре эмоций: радуется и сердится, восторгается и удивляется, ревнует и грустит. Меняется и внешнее проявление эмоций. Это уже не младенец, который плачет и от страха, и от голода.

В дошкольном возрасте ребенок усваивает язык чувств – принятые в обществе формы выражения тончайших оттенков переживаний при помощи взглядов, улыбок, жестов, поз, движений, интонаций голоса и т.д.<sup>23</sup>

Чувства, которые испытывают дети младшего дошкольного возраста также можно увидеть в их поведении, на лице, в жестах и позах. При повышенной тревожности негативный фон ребенка характеризуется подавленностью, плохим настроением, растерянностью. Малыш практически не улыбается, а если и улыбается, то делает это заискивающе, голова и плечи опущены, выражение лица грустное или индифферентное. В этих случаях появляются трудности в общении и установлении контакта. Малыши часто

---

<sup>23</sup> Столяренко Л.Д. Основы психологии: Практикум. – Ростов – на - Дону, Феникс, 2005. – 407 .

плачет, просто дуется, временами без видимой причины. Он большое количество времени проводит один, его ничего не интересует. При обследовании подобный малыш подавлен, не деятелен, с трудом идет на контакт. Это способствует образованию реакций психологической защиты в виде агрессии, направленной на других<sup>24</sup>.

Так, один из самых известных способов, который часто выбирают тревожные дети, основан на простом умозаключении: «чтобы ничего не бояться, нужно сделать так, чтобы боялись меня». Маска агрессии тщательно скрывает тревогу не только от окружающих, но и от самого ребенка. Тем не менее, в глубине души у них - все та же тревожность, растерянность и неуверенность, отсутствие твердой опоры<sup>25</sup>.

В современном мире проявление агрессивности и тревожности у младших дошкольников достаточно распространенное явление. Проблему агрессивного поведения изучали как в отечественной так и зарубежной психологии С.В. Еникополов, Г.М. Андреева, Л.П. Колчина, Е.В. Романин, Н.Д. Левитов, С.Е. Рощин, И.А. Фурманов, Т.Г. Румянцева, З. Фрейд, Г.Э. Бреслав, Ю.Б. Можгинский. В научных работах были подробно описаны и рассмотрены особенности проявления агрессивного поведения у детей<sup>26</sup>.

Российский психолог А.А. Реан дает следующее определение агрессивности – это готовность к агрессивным действиям в отношении другого человека, обеспечивающая готовность личности воспринимать и интерпретировать поведение другого человека определенным образом<sup>27</sup>.

Тревожность, по определению Р.С. Немова представляет собой ситуативно или постоянно проявляемое свойство, человек приходит в состояние повышенного беспокойства и испытывает тревогу и страх в специфических социальных ситуациях<sup>28</sup>.

Тревожность отрицательно влияет на развитие личности, с ней связаны разные психические расстройства, как истерия, фобии, навязчивые состояния.

На сегодняшний день, однозначно, конкретные причины тревожности до сих пор выявить не получилось, однако в дошкольном младшем возрасте причиной тревожности называют проблемы и нарушение в детско – родительских отношениях. Например, в детском саду тревожный ребенок будет проявлять повышенное напряжение, робость. Малыш может оглядывать все с видимым напряжением и робостью, тихо здороваться и садиться только на

---

<sup>24</sup> Обухова Л.Ф. Детская психология – М., 1998. –231 с.

<sup>25</sup> Запорожец А.В. Развитие восприятия и деятельность.- СПб; Питер 2005. с 187.

<sup>26</sup> Сизова И.В. Взаимосвязь самооценки и тревожности у детей старшего дошкольного возраста –М., 2015. – No 11. – С. 236

<sup>27</sup> Гуляева К.Ю. Агрессивность в подростковом возрасте и ее коррекция. Омский научный вестник – 2007. – No3 –55. – С. 107 –110.

<sup>28</sup> Немов Р.С. Общие основы психологии – М., 2003.– 680 с.

краешек стула, может показаться, что ребенок ждет каких-то неприятностей<sup>29</sup>. Выделяют два типа тревожности: Личностная тревожность – это ситуативно-устойчивые проявления тревожности, которые связаны с наличием у индивида соответствующей личностной черты. Личностная тревожность представляет собой устойчивую индивидуальную характеристику, отражающую предрасположенность субъекта к тревоге. Ситуативная тревожность – может характеризоваться субъективно переживаемыми эмоциями: беспокойством, напряжением, озабоченностью и нервозностью. Это эмоциональная реакция на стрессовую ситуацию, имеющая различия по интенсивности в времени протекания<sup>30</sup>.

Тревожность не всегда является отрицательным феноменом, так как определенный уровень тревожности может оказаться благоприятным для личности. Такой вид тревожности называют полезной тревожностью, её назначение является обеспечением безопасности субъекта на личностном уровне. Степень тревожности демонстрирует внутреннее отношение малыша к конкретному типу ситуаций и также, дает косвенную информацию о характере взаимоотношений ребенка с взрослыми в семье и сверстниками, детском саду и школе. Если уровень превышает оптимальный, то можно говорить о повышенном уровне тревожности. Повышенный уровень тревожности у ребенка может говорить о его недостаточной эмоциональной приспособленности к различным социальным ситуациям.

Установочное отношение к себе, как к слабому и неумелому индивиду может формироваться у детей младшего дошкольного возраста, имеющих высокий уровень тревожности, а также в последствии может развиваться неуверенность в себе. Тревожный ребенок боится сделать ошибку, в нем нет уверенности цельного человека. В результате высокий уровень тревожности и неуверенности в себе сказывается на самооценке ребенка, что комплексом может вызвать и агрессивность в поведении<sup>31</sup>.

Особенности проявления тревожности: 1. При повышенной тревожности дети агрессивно реагируют на эмоциональные сообщения о неудаче. 2. Повышенная тревожность затрудняет процесс адаптации в стрессовой ситуации. 3. У детей проявляется боязнь неудач, которая доминирует над стремлением к достижению успеха. 4. Личностная тревожность

---

29 Сизова И.В. Взаимосвязь самооценки и тревожности у детей старшего дошкольного возраста –М., 2015. – No 11. – С. 236

<sup>30</sup> Гребенюк А.А. Актуальные проблемы возрастной психологии. – Симферополь, 2010. – 453.

<sup>31</sup> Сизова И.В. Взаимосвязь самооценки и тревожности у детей старшего дошкольного возраста –М., 2015. – No 11. – С. 236.

предрасполагает к восприятию и оценке многих, объективно безопасных ситуаций, которые несут в себе угрозу<sup>32</sup>.

В дошкольных учреждениях тревожные дети не пользуются всеобщим признанием, также они не оказываются в изоляции. Такие дети малообщительны, крайне неуверенные в себе, озлоблены, замкнуты, безынициативны, не проявляют лидерских качеств, избегают общения. Сверстники в группах проявляют стремление доминировать над детьми с повышенной тревожностью, и в результате у таких детей возникают внутренние конфликты и усиливается неуверенность в себе. Так, в результате отсутствия благоприятных взаимоотношений со сверстниками, у тревожного ребенка появляется состояние напряженности и тревожности, которые создают чувство неполноценности, подавленности или агрессивности. Также ребенок может проявлять отчужденность и эгоцентризм, что может способствовать формированию негативного отношения к окружающим, враждебности и мстительности, стремлению к одиночеству<sup>33</sup>.

Дети проявляют неуверенность в себе, у них неустойчивая самооценка. Постоянно испытываемое детьми чувство страха перед неизвестным приводит к тому, что они крайне редко проявляют инициативу. Будучи послушными, предпочитают не обращать на себя внимание окружающих, ведут себя примерно и дома, и в детском саду, стараются точно выполнять требования родителей и воспитателей - не нарушают дисциплину, убирают за собой игрушки. Таких детей называют скромными, застенчивыми. Однако их примерность, аккуратность, дисциплинированность носят защитный характер - ребенок делает все, чтобы избежать неудачи<sup>34</sup>.

Повышенная агрессивность детей является одной из наиболее острых проблем не только для врачей, педагогов и психологов, но и для общества в целом. Число детей с таким поведением последнее время, к сожалению, растет. Особенно важной является помощь дошкольникам, агрессивность которых находится только в стадии становления.

Никакое другое поведение так не раздражает взрослых и не дезадаптирует детей, как агрессивное. Это одно из немногих состояний, когда родители стараются привести ребенка к специалисту как можно раньше. Агрессивность проявляется в широком диапазоне от резких высказываний до физических действий, являя собой тот редкий случай, когда агрессивный

---

<sup>32</sup> Гребенюк А.А. Актуальные проблемы возрастной психологии. – Симферополь, 2010. – 453.

<sup>33</sup> Сизова И.В. Взаимосвязь самооценки и тревожности у детей старшего дошкольного возраста –М., 2015. – No 11. – С. 236

<sup>34</sup> Гребенюк А.А. Актуальные проблемы возрастной психологии. – Симферополь, 2010. – 453.

ребенок вызывает вместо сочувствия всеобщее раздражение и нередко – ответную агрессию со стороны взрослых.

В структурированном виде агрессия проявляется в виде агрессивного поведения или агрессивных действиях. Это одна из форм реагирования на различные неблагоприятные в физическом и психологическом отношении жизненные ситуации.

Основными причинами проявлений детской агрессивности являются:

- стремление привлечь к себе внимание взрослых и сверстников;
- стремление получить желаемый результат;
- стремление быть главным;
- защита и месть;
- желание ущемить достоинство другого с целью подчеркнуть свое превосходство.

Среди психологических особенностей, провоцирующих агрессивное поведение детей, обычно выделяют:

- недостаточное развитие интеллекта и коммуникативных навыков;
- сниженный уровень саморегуляции;
- неразвитость игровой деятельности;
- сниженную самооценку;
- нарушения в отношениях со взрослыми и сверстниками;
- повышенная возбудимость нервной системы вследствие различных причин (травмы, болезни).

Агрессивное поведение у дошкольников может выражаться вспышками раздражительности, избыточной активности, непослушанием, жестокостью и драчливостью. Также, у многих детей может наблюдаться выражение прямой и косвенной вербальной агрессии. Она может выражаться жалобами, агрессивными фантазиями или даже прямыми угрозами и оскорблениями.

По теоретическому анализу подходов к пониманию агрессивности И.Ф. Нурмухаметовой и С.И. Галяутдиновой выделено три основные концепции в отношении агрессивности:

- Биологическая – агрессивность является генетически запрограммированной характеристикой.
- Социальная – агрессивность представляет собой приобретенную форму поведения.
- Гуманистическая – агрессивность представляет собой сложный феномен, который возникает из-за ограничения в естественной природе человека.

Также агрессивность различается по способу проявления:

- Прямая агрессия – такая как, физическое воздействие, вербальная агрессия.
- Косвенная агрессия – агрессия, направленная на различные объекты, которые не являлись агрессорами. Агрессия, направленная на самого себя. (И.Ф. Нурмухаметова, 2010 с. 1)

В отечественной и зарубежной психологической литературе проблеме самосознания личности уделяется большое внимание. Это работы Бернса Р. (1986), Кона И.С. (1990), Столина В. В. (1987), Чесноковой И. И. (1978) и др.

Самосознание рассматривается, как сложный психический процесс, сущность которого состоит в восприятии личностью многочисленных образов самого себя в различных ситуациях деятельности и поведения; во всех формах воздействия с другими людьми и в соединении этих образов в единое целостное образование, в понятие своего собственного «Я», как субъекта, отличного от других субъектов (Чеснокова И. И. 1978).

Итогом развития самосознания, согласно отечественным исследованиям, является самооценка, представляющая собой относительно устойчивый его компонент, в котором закрепляются результаты интегративной работы в сфере самопознания и эмоционально-целостного отношения к себе. Исследователи самооценки подчеркивают важную роль, которую она выполняет в психическом развитии как регулятор взаимоотношения субъекта с миром, с другими людьми, с самим собой.

В результате многих исследований были выделены основные характеристики самооценки, такие как устойчивость, высота, адекватность, дифференцированность и обоснованность. Р. Бернс (Бернс Р.1986) определяет самооценку как составляющую Я-концепции, связанную с отношением человека к себе или к отдельным своим качествам.

Дошкольный возраст характеризуется недостаточным развитием когнитивного компонента самооценки, превалированием в образе себя эмоциональной составляющей. Самопознание ребенка основывается на отношении к нему ближайших окружающих (главным образом родители), на которых он ориентируется, с которыми идентифицирует себя. По мере интеллектуального развития ребенка преодолевается прямое принятие оценок взрослого, начинается процесс опосредования их собственным знанием о себе. Соотношение когнитивного и эмоционального компонентов к концу дошкольного возраста несколько гармонизируется. При этом особенно важна благожелательная поддержка детской активности со стороны родителей, нарушение детско-родительских отношений приводит к формированию искаженного образа. Р. Бернс (1986) выделяет определенные условия формирования высокой, средней и низкой самооценки ребенка.

Низкая самооценка связана с попытками родителей сформировать у ребенка способность к приспособительному поведению, когда в ребенке развивают умение подстраиваться под желания других людей, тем самым, добиваясь успешности. Это выражается в выполнении требований послушания, умении подстраиваться к другим людям, зависимости от взрослых в повседневной жизни, бесконфликтном взаимодействии со сверстниками.

Дети, имеющие среднюю самооценку, воспитываются в семьях, где родители в большей мере склонны занимать по отношению к ним покровительственную, снисходительную позицию.

Необходимой предпосылкой формирования высокой самооценки выступает ярко выраженная установка родителей на принятие своего ребенка. Важная особенность таких родителей состоит в ясных, заранее установленных полномочиях по принятию решений, недвусмысленности проявления авторитета и ответственности. Дети с высокой самооценкой ставят перед собой высокие цели и чаще добиваются успеха, они независимы, самостоятельны, коммуникабельны, убеждены в успехе любого порученного им дела. Согласно Р. Бернсу (1986), важной особенностью детей с высокой самооценкой является то, что они меньше заняты своими внутренними проблемами. Отсутствие застенчивости позволяет им выражать свои мысли открыто и прямо. Если родители внутренне принимают ребенка, а отношения в семье являются изначально здоровыми, то ценность ребенка для родителей выступает не как его заслуга, а как нечто само собой разумеющееся. Родителям достаточно того, что это их ребенок. Они принимают его таким, какой он есть, вне зависимости от его умственных или физических данных.

Так, по мысли Р. Бернса, основными предпосылками формирования у ребенка высокой самооценки является дисциплинирующее начало в семейном воспитании, установка матери на принятие ребенка и уровень собственной самооценки матери. Гарбузов В. И. (2006) описывает формирование самооценки в связи с возникновением внутреннего конфликта. У индивида существует две формы самооценки, вытекающие из наличия двух форм психической жизни: осознаваемой и неосознаваемой. Неосознаваемый уровень самооценки формируется в возрасте до 4-5 лет и в дальнейшем не подвергается изменениям. Уровень самооценки, складывающийся под постоянным воздействием критики и самокритичности, под влиянием успехов и неудач, отражающий осознаваемый уровень «Я», постоянно колеблется в зависимости от ситуации, средовых воздействий, депривации, фрустрации и является фактически самооценкой «сегодняшнего дня». Субъект соглашается с объективной или субъективной, адекватной или неадекватной оценкой своей личности, но истинная самооценка, сложившаяся в период становления

личности как ведущая установка на «Я-концепцию», не позволяет ему принять уровень «самооценки сегодняшнего дня», если он отличается от уровня истинной самооценки, обрекая его на сложный внутренний конфликт. Из этого конфликта вытекает сложное, «двойное» поведение субъекта. Индивид, «признав» свою несостоятельность, объективно продолжает действовать в направлении, «доказать всем», «показать себя». Из сдвоенной самооценки вытекает двойственность отношения к людям и событиям, к самому себе, что неизбежно влечет за собой нарушение психического развития. Итак, многими исследованиями показано, что составная часть внутриличностного конфликта состоит в искажении системы оценок и самооценок ребенка, большую роль в формировании которой играют родительские оценки.

Таким образом, формирование неадекватной самооценки оказывает негативное влияние на психическое развитие ребенка дошкольного возраста. Р. Бернс (1986) подчеркивает: «Для того, чтобы ребенок чувствовал себя счастливым и был способен лучше адаптироваться и решать трудности, ему необходимо иметь положительные представления о себе»<sup>35</sup>.

Каждый ребенок уникален, и он или она может реагировать на различные условия по-разному. Некоторые маленькие дети от природы эмоционально "устойчивы" в определенных ситуациях. Жизнерадостные дети переживают или становятся свидетелями чего-то, казалось бы, негативного или вредного, не испытывая ущерба для своей самооценки или эмоционального развития. Жизнестойкость не только позволяет таким людям выдерживать жизненные стрессы, и но и довольно часто эти дети становятся высокоэффективными. Эта способность также помогает выносливым детям поддерживать хорошее здоровье и противостоять психическим и физическим заболеваниям. Например, многие маленькие дети, подвергающиеся жестокому физическому или эмоциональному насилию, плохо успевают в школе, становятся агрессивными или замкнутыми, подавленными или тревожными. Жизнерадостные дети испытывают то же самое запугивание и не проявляют никаких признаков или симптомов того, что этот опыт негативно повлиял на них.

Более сложная, но очень важная часть самоидентификации ребенка формируется его культурной идентичностью. В то время как представления о происхождении и о том, как культура их семьи вписывается в более широкое общество, слишком абстрактны для понимания большинством детей.

Никогда не рано учить детей культурным и религиозным традициям. Включение ребенка в важные обеды, праздники, религиозные службы и т. д., а также объяснение того, что происходит в простых терминах, очень важно для

---

<sup>35</sup> Ефимкина Р. П. Психология развития. - Новосибирск, 2004.

передачи чувства культурного фона этого ребенка. Такие идеи, как "моя семья ходит в синагогу по субботам" или "бабушкина традиционная пища для души вкусна", становятся частью Я-концепции ребенка. С течением времени и по мере развития у детей способности понимать, что значит, когда кто-то говорит: "Я еврей" или "я афроамериканец", эти переживания будут продолжать пополнять и обогащать их я-концепцию.

Психологические особенности часто болеющих детей достаточно подробно рассмотрены многими авторами. Но все они солидарны в том, что все психологические нарушения неизменно связаны со стойким эмоциональным напряжением ребенка, в том числе, со сложностями в развитии волевого поведения. В психологической литературе приводятся статистические данные, четко указывающие на отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. По наблюдениям, таким детям свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери). Они могут подолгу быть заняты одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг.

Основными последствиями этой ситуации являются изменения в направленности личности, в системе самооценок, в установке на деятельность. Статус болеющего ребенка мальчиком переживается более болезненно, чем девочкой, и это негативно отражается на его межличностных отношениях, оценке себя, собственных возможностей, что и провоцирует развитие высокой тревожности. Все это отражает социальную ситуацию развития, складывающуюся в условиях болезни. Плохое самочувствие, ограничение движений, тяжелое и длительное лечение приводят к развитию эмоционального беспокойства, нарушению сна, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям. Основная направленность желаний болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания. У детей активизируется собственная познавательная активность, направленная на преодоление преград, создаваемых болезнью в реализации жизненно важных потребностей, присутствует стремление к компенсации дефекта. В то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми.

Во всех исследованиях подчеркивается качественно иной характер психического развития соматически больных детей, а также необходимость адаптации медицинского и психолого-педагогического процесса к разным

категориям больных детей. Так, опубликованы научные работы по изучению психологических особенностей соматически больных детей, например:

□ исследование особенностей личности и познавательной деятельности детей и подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями (Николаева В.В., 1987; Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Ковалевский В.А., Урываев В.А., 2006);

□ особенности детско-родительских отношений в семьях детей, страдающих бронхиальной астмой (Михеева А.А., Манелис Н.Г., 1996);

□ особенности поведения детей и педагогическая работа с ними при некоторых острых детских инфекциях (скарлатина, корь) (Бурмистрова Н.Н., 1996);

□ изучение особенностей интеллектуально-личностного развития детей с хроническими заболеваниями легких (Ливанова М.Н., 1997; Орлова М., 1998);

□ интеллектуальное развитие детей, больных сахарным диабетом (Гнедова С.Б., 1998);

□ исследование психологических особенностей часто болеющих детей (Михеева А.А., 1999);

□ особенности развития речи у соматически больных детей на протяжении дошкольного возраста (часто болеющие дети и дети с нарушениями опорно-двигательного аппарата); факторы и условия, детерминирующие процесс речевого развития детей дошкольного возраста (Груздева О.В., 2004);

□ мотивационно-потребностное развитие часто болеющих детей, изучение преобладающих мотивов деятельности (Вылегжанина Г.Г., 2005);

□ особенности проявления тревожности часто болеющими детьми дошкольного возраста (Дубовик Е.Ю., 2006);

□ специфика самосознания и самооценки часто болеющих детей дошкольного и младшего школьного возраста (Мосина Н.А., 2007, Чекрякова С.В., 2008);

□ родительское отношение к часто болеющим детям дошкольного возраста (Котова Е.В., 2004, Доманецкая Л.В., 2009);

□ гендерные особенности проявления тревожности у часто болеющих детей дошкольного возраста (Дусказиева Ж.Г., 2009);

□ особенности понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста (Штумф В.О., 2009) и др.

Таким образом, мы можем сделать вывод о том, что список авторов занимавшихся изучением психологических особенностей детей часто болеющих респираторными заболеваниями достаточно широк.

Подводя итоги, анализа проблемы тревожности и агрессивности у детей дошкольного возраста, можно сказать, что данная проблема имеет большое общественное значение. Дошкольник, попадающий в детский сад, впервые оказывается в обществе, где наряду с другими детьми, он приобретает социальные навыки взаимодействия и задатки учебной деятельности. В этом возрасте у детей активно развиваются мыслительные и речевые процессы, они учатся управлять своими эмоциями и осваивают окружающий мир. Такие негативные проявления, как повышенная тревожность и агрессивность оказывают сильное влияние на дошкольников. Ребенок, проявляющий высокую тревожность, будет неуверенным, ожидать неудач. У такого дошкольника появляются страхи, агрессия, которая может выступать в роли защитного механизма. Тревожность негативно влияет на развитие личности, с ней связаны различные психические расстройства, как истерия, фобии, навязчивые состояния. Так, в детском саду тревожный ребенок будет проявлять повышенное напряжение, робость. Он может оглядывать все с видимым напряжением и робостью, очень тихо здороваться и садиться только на краешек стула, может показаться, что ребенок ждет каких-то неприятностей.

Абсолютно каждый человек имеет относительно постоянное эмоциональное состояние, которое определяет в течение ограниченного периода времени его поведение. Такое состояние называют настроением. У взрослых людей настроение зависит от таких причин, как здоровье, успех в работе, личные проблемы в семье, взаимоотношения с любимым человеком, с другом, с детьми, с родителями.

Позитивное психическое состояние ребенка — это хорошее, бодрое настроение, тяга к веселью и шалостям. Нормальные дети пробуждаются с улыбкой на устах. Они рады новому дню и хотят приобщить к своей радости окружающих. Недаром в спальнях комнатах, где спят несколько малышей, поутру слышится веселый смех, возникают потасовки и невероятная возня. Восстановленная за ночь готовность к активной жизни реализуется безотлагательно с пробуждением. Здоровый малыш с утра активен и восприимчив. Устав от взаимоотношений со сверстниками и прочих форм активности, он легко и быстро засыпает в установленное время послеобеденного сна. Вторая половина дня также насыщена его активными деяниями и освещена хорошим настроением. Вечером, едва прикоснувшись к подушке, он засыпает глубоким здоровым сном. Уснув, он видит приятные сновидения и много летает.

Психическое состояние - психическое явление, которое в науке рассматривается, как взаимодействие человека с жизненной средой. Критериями оценки которого являются гармоничность и уравновешенность.

Трудности, встречающиеся человеку могут быть им преодолены, а могут быть и сильнее его. Человек способен выйти из своего субъективного состояния, но только если он осознает тот факт. То есть взаимодействие с жизненной средой (окружением, природой, миром и т.д.) можно назвать гармоничным, при этом сохраняются здоровье, способность к адекватному поведению и деятельности, а также возможности полноценного личностного развития человека. Всё это относится и к детям. Психическое состояние ребёнка находится под наблюдением родителей, воспитателей детских садов, учителей.

Характеристика психического состояния может быть как положительной, так и негативной. Раскрывают характеристики состояния такие понятия как активация, тонус, напряжение и стресс.

Активация – активное поведение, желание изменить ситуацию, оптимистическое отношение к проблемам, уверенность в благоприятном исходе. Тонус – постоянная активность нервных центров, некоторых тканей, органов, обеспечивающая их готовность к действию. В психологии тонус раскрывается как возможность расходовать энергию, астенически реагировать на трудности. Плохая работоспособность, вялость, несобранность говорят о пониженном тонусе. Напряжение – состояние, обусловленное ожиданием неприятных событий, сопровождаемое иногда страхом, тревогой, ощущением общего дискомфорта. При этом основной причиной возникающего напряжения часто является неудовлетворённая потребность. Стресс – интегральный ответ организма на экстремальное воздействие или повышенную нагрузку.

Необходимо понимать, что многие начальные изменения, в организме возникшие под влиянием стрессовых ситуаций легко обратимы, так как адаптивные возможности человека очень велики. Небольшой стресс часто мобилизует его резервные и творческие возможности, не оказывая негативного влияния на здоровье человека. Такой стресс носит название эвстресс и положительно влияет на человека, а дистресс наоборот производит разрушительные действия в организме.

Важно отметить, что дети, испытывающие стресс, реагируют на него неодинаково. Дети более младшего возраста могут вернуться к младенческому поведению, такому как держать во рту большой палец или мочиться в постели. Дети постарше демонстрируют признаки депрессии, становятся молчаливыми и замкнутыми, избегают друзей. А других стресс проявляется в трудном поведении - приступах раздражения или вспышках ярости, которые показывают, что они теряют контроль над собой. Довольно часто бывает так, что дети под влиянием стресса приобретают нервные привычки или у них

возникает судорожный тик: мигание, дерганье, наматывание волос на пальцы или частое глотание<sup>36</sup>.

Естественно, что психическое состояние часто болеющего ребенка будет значительно отличаться от психоэмоционального состояния здорового ребенка, но среди детского населения абсолютно здоровых детей нет. Все дети любого возрастного периода болеют респираторными заболеваниями, а дети младшего дошкольного возраста более уязвимы, и более подвержены подобным заболеваниям.

### **Выводы по первой главе**

Самой большой группой является группа заболеваний, связанных с органами дыхания. За последние 10 лет они составили 60 – 80% всей заболеваемости детей в возрасте до 14 лет. В группе детей дошкольного возраста первое место по частоте проявлений занимают острые респираторные инфекции.

Для эффективного и устойчивого лечения детей часто болеющих респираторными заболеваниями, как показывают результаты многих исследователей, что медицинского подхода к этой проблеме недостаточно, так как необходимо принимать во внимание психологический аспект и рассматривать соматический статус болеющего ребенка как результат взаимодействия биологических, социальных и психологических факторов.

Основополагающую роль в возникновении нарушений в состоянии здоровья детей и подростков играют 3 группы факторов: 1) факторы, характеризующие генотип популяции («генетический груз»); 2) образ жизни; 3) состояние окружающей среды.

Такие психологические особенности, как повышенная тревожность и агрессивность оказывают сильное влияние на дошкольников. Ребенок, проявляющий высокую тревожность, будет неуверенным, ожидать неудач. У такого дошкольника появляются страхи, агрессия, которая может выступать в роли защитного механизма. Тревожность негативно влияет на развитие личности, с ней связаны различные психические расстройства, как истерия, фобии, навязчивые состояния. Так, в детском саду тревожный ребенок будет проявлять повышенное напряжение, робость. Он может оглядывать все с видимым напряжением и робостью, очень тихо здороваться и садиться только на краешек стула, может показаться, что ребенок ждет каких-то неприятностей.

---

36 Астапов, В. М., Тревожность у детей / В. М. Астапов. - Москва :PerSe, 2008. - 159 с.; ISBN 978-5-9292-0169-1

Естественно, что психическое состояние часто болеющего ребенка будет значительно отличаться от психоэмоционального состояния здорового ребенка, но среди детского населения абсолютно здоровых детей нет. Все дети любого возрастного периода болеют респираторными заболеваниями, а дети младшего дошкольного возраста более уязвимы, и более подвержены подобным заболеваниям.

## II. ИССЛЕДОВАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЕТЕЙ, ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ РЕСПИРАТОРНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

### 2.1 Организация и методы исследования

Целью исследования является изучение психологических особенностей детей, часто болеющих респираторными заболеваниями.

Объект исследования: психологические особенности детей младшего дошкольного возраста.

Предмет исследования: особенности детей часто болеющих респираторными заболеваниями.

Гипотеза исследования. Мы предполагаем, что психологические особенности (тревожность, ситуативная агрессивность, уровень самооценки) детей младшего дошкольного возраста, часто болеющих респираторными заболеваниями, взаимосвязаны с их психическим состоянием (позитивным или негативным):

- дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием менее тревожны и агрессивны, имеют завышенную самооценку;

- дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием более тревожны и агрессивны, имеют заниженную самооценку.

Настоящее исследование проводилось в несколько этапов.

На первом этапе (октябрь 2017г. - август 2019г.) осуществлялся теоретический анализ и систематизация данных по исследуемой проблеме.

На втором этапе (сентябрь-ноябрь 2019 г.) проводился сбор и первичная обработка данных исследования:

Изучение психического состояния детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, проводилось с помощью:

- методики С.В.Велиевой «Паровозик» для диагностики психического состояния ребенка.

Исследование особенностей *тревожности, ситуативной агрессивности и самооценки* детей, болеющих респираторными заболеваниями, проводилось с помощью методик:

- опросника Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко и методики «Выбери нужное лицо» Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен в адаптации В.М. Астапова для диагностики тревожности ребенка;

- опросника Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко для диагностики ситуативной агрессии ребенка;

- методики «Лесенка» Щур В.Г. для диагностики самооценки ребенка.

На третьем этапе (декабрь 2019г. – январь 2020г.) осуществлялся интерпретационный анализ и обобщение данных работы. Выявление особенностей тревожности, агрессивности и самооценки в зависимости от психического состояния, детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, проводилось с помощью сопоставительного анализа данных, критериев математической статистики.

В качестве основного метода математико-статистической обработки данных нами был выбран U-критерий Манна-Уитни, а также коэффициент ранговой корреляции  $r_s$  Спирмена.

Выборка исследования: для определения психологических особенностей детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, исследованы 71 ребенок в младшем дошкольном возрасте от 3 до 4 лет, а также опрошены их родители. Все исследуемые дети с родителями обращались в ГБУЗ РБ №5 города Уфа в период с сентября по ноябрь 2019 г. Мы сделали акцент на исследовании детей именно младшего дошкольного возраста, т.к. именно с этим возрастом связано начало посещения дошкольного образовательного учреждения, в этом возрасте дети, как правило, чаще начинают болеть респираторными заболеваниями, происходит адаптация детей к ДОО.

Психодиагностическое измерение проводилось по 5 методикам, которые применимы для диагностики детей 3-4 лет (младшего дошкольного возраста), а также опрос родителей. Методики соответствуют цели нашего исследования. Рассмотрим каждую методику (тексты методик размещены в приложении 1).

1-я методика «Паровозик».

Автор: С.В. Велиева

Цель: диагностика психического состояния ребенка. Методика направлена на определение степени позитивного (ППС) и негативного (НПС) психического состояния.

Предназначена для диагностики детей с 2,5 лет.

Стимульный материал: белый паровозик и 8 разноцветных вагончиков (красный, желтый, зеленый, синий, фиолетовый, серый, коричневый, черный). Вагончики беспорядочно размещаются на белом фоне.

Ход исследования: Ребенку предлагается в начале разместить вагон, который больше всего нравится. Затем из оставшихся выбирается вагон, который нравится. И так далее. Исследование проводится индивидуально с каждым ребенком.

Обработка и интерпретация данных: за размещение вагончиков определенного цвета присваивается соответствующее количество баллов. На основе суммы всех баллов делается вывод о психическом состоянии ребенка:

0-3 балла – позитивное психическое состояние,

4-6 баллов – негативное психическое состояние низкой степени;

7-9 баллов – негативное психическое состояние средней степени;

выше 9 баллов – негативное психическое состояние высокой степени.

2 –я методика: опросник определения тревожности.

Авторы: Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко.

Цель: диагностика низкого, среднего и высокого уровня тревожности ребенка.

Предназначена для индивидуального или группового опроса родителей.

Стимульный материал: опросник, состоящий из 20 утверждений.

Ход исследования: родителям предлагается оценить каждое утверждение на предмет, характеризует оно ребенка или нет.

Обработка и интерпретация данных: за каждый положительный ответ начисляется 1 бала. На основе суммы баллов по всем 20 утверждениям делается вывод об уровне проявления тревожности:

1-6 баллов – низкий уровень тревожности,

7-14 баллов – средний уровень тревожности,

15-20 баллов – высокий уровень тревожности.

3-я методика «Выбери нужное лицо».

Авторы: Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен в адаптации В.М. Астапова.

Цель: диагностика уровня выраженности тревожности ребенка.

Предназначена для индивидуального исследования детей с 3 лет.

Стимульный материал: 14 рисунков с 2-мя вариантами ответов: для девочки и для мальчика. На каждом рисунке изображена стандартная для ребенка ситуация. При этом не прорисовано лицо ребенка, изображены только очертания головы.

Ход исследования: ребенку предлагается выбрать один из двух вариантов ответов на каждый рисунок, – изображение с веселым лицом ребенка, или с грустным лицом ребенка. Исследование проводится индивидуально с каждым ребенком.

Обработка и интерпретация данных: подсчитывается общее число негативных выборов, когда дети выбирают грустное лицо. Эта сумма делится на 14 (это количество представленных рисунков) и умножается на 100. Получается:

0-2 баллов(0-20%) – низкий уровень тревожности,

3-17 баллов (20-50%) – средний уровень тревожности,

8-14 баллов (50-100%) – высокий уровень тревожности.

4-я методика: опросник определения агрессивности.

Авторы: Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко.

Цель: диагностика уровня выраженности ситуативной агрессивности ребенка.

Предназначена для индивидуального или группового опроса родителей.

Стимульный материал: опросник, состоящий из 20 утверждений.

Ход исследования: родителям предлагается оценить каждое утверждение на предмет, характеризует оно ребенка или нет.

Обработка и интерпретация данных: за каждый положительный ответ начисляется 1 бала. На основе суммы баллов по всем 20 утверждениям делается вывод об уровне проявления тревожности:

1-5 баллов – минимальный уровень ситуативной агрессивности,

6-10 баллов – средний уровень ситуативной агрессивности,

11-15 баллов – повышенный уровень ситуативной агрессивности,

16-20 баллов – высокий уровень ситуативной агрессивности.

В нашем исследовании для удобства анализа полученных данных мы объединили в одну группу детей с повышенным и высоким уровнем ситуативной агрессивности.

5 –я методика «Лесенка».

Автор: В.Г. Щур

Цель: диагностика уровня самооценки ребенка. Методика предназначена для выявления системы представлений ребёнка о том, как он оценивает себя сам, как, по его мнению, его оценивают другие люди и как соотносятся эти представления между собой.

Предназначена для исследования детей с 3 лет.

Стимульный материал: рисунок с лесенкой из десяти ступеней, вырезанные фигурки мальчика и девочки.

Ход исследования: Ребенку говорят, что самые лучшие дети расположены на верху лесенки, хорошие дети – в середине лесенки, а плохие дети – внизу лестницы. Затем спрашивают у ребенка на какую ступеньку он поставит себя сам. Исследование с детьми младшего дошкольного возраста проводится индивидуально с каждым ребенком.

Обработка и интерпретация данных. Фиксируется выбор ступеньки ребенком и соотносится с уровнями выраженности самооценки:

1, 2, 3 ступеньки снизу – заниженная самооценка,

4, 5, 6, 7 ступеньки – средняя самооценка,

8, 9, 10 ступеньки – завышенная самооценка.

## 2.2 Результаты исследования психического состояния, тревожности, ситуативной агрессивности и самооценки детей, часто болеющих респираторными заболеваниями

Нами изучено психическое состояние детей, часто болеющих респираторными заболеваниями с помощью методики Велиевой С.В. «Паровозик». В таблице представлены результаты исследования особенностей выраженности психического состояния детей, часто болеющих респираторными заболеваниями.

Таблица 2.1  
Особенности выраженности психического состояния детей, часто болеющих респираторными заболеваниями

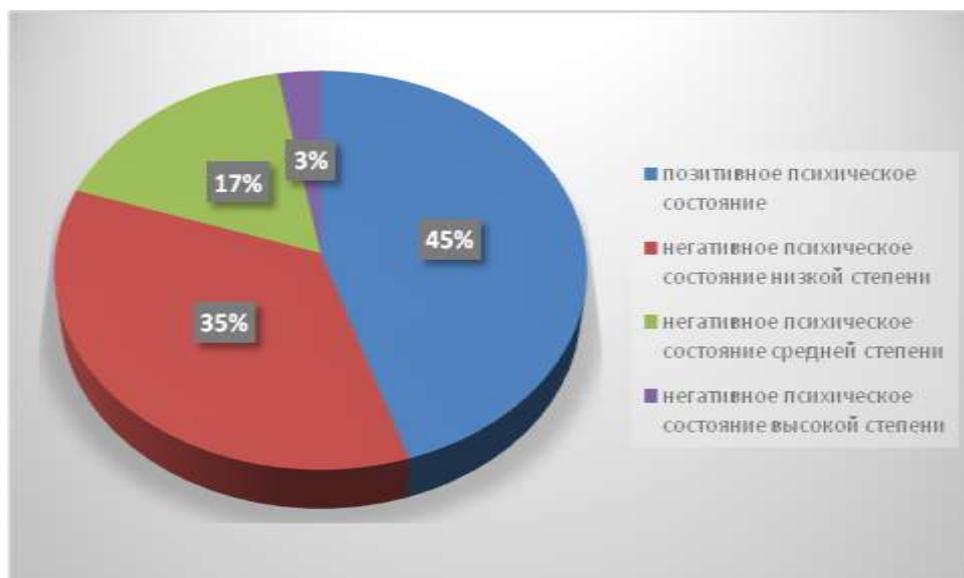
| Степень выраженности психического состояния      | количество | %    |
|--|------------|------|
| позитивное психическое состояние                 | 32         | 45,1 |
| негативное психическое состояние низкой степени  | 25         | 35,2 |
| негативное психическое состояние средней степени | 12         | 16,9 |
| негативное психическое состояние высокой степени | 2          | 2,8  |

Чуть меньше половины детей с респираторными заболеваниями имеют позитивное психическое состояние (45,1%). Около трети детей с респираторными заболеваниями проявили негативное психическое состояние низкой степени (35,2%). У незначительного количества детей с респираторными заболеваниями выявлено негативное психическое состояние средней степени (16,9%) и высокой степени (2,8%).

Наглядно на рисунке ниже отражено процентное соотношение выраженности психического состояния детей, часто болеющих респираторными заболеваниями:

Рисунок 2.1

Процентное соотношение выраженности психического состояния детей, болеющих респираторными заболеваниями



В таблице ниже отражены средние арифметические значения тревожности, агрессивности и самооценки у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, при разной степени выраженности психического состояния.

Таблица 2.2

Особенности тревожности, агрессивности и самооценки у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, при разной степени выраженности психического состояния(средние арифметические значения)

| Дети, часто болеющие респираторными заболеваниями: | тревожность | индекс тревожности | ситуативная агрессивность | самооценка |
|--|-------------|--------------------|---------------------------|------------|
| с позитивным психическим состоянием                | 6,59        | 2,91               | 8,97                      | 6,41       |
| с негативным психическим состоянием                | 11,33       | 6,03               | 10,79                     | 4,51       |

Среднее арифметическое значение отражает усредненный по группе показатель. Рассчитывается среднее значение следующим образом:

- суммируются показатели у всех испытуемых в группе.
- сумма делится на число испытуемых.

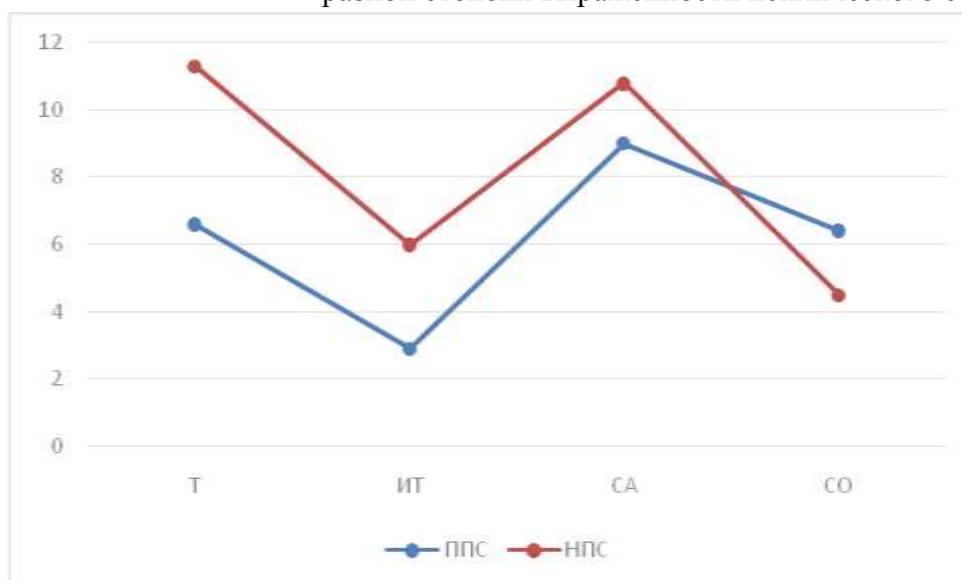
Очевидно, что у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием:

- почти в два раза ниже уровень тревожности (6,59 у детей с ППС и 11,33 у детей с НПС),
- в три раза ниже индекс тревожности (2,19 у детей с ППС и 6,03 у детей с НПС),
- ситуативная агрессивность (8,97 у детей с ППС и 10,79 у детей с НПС),
- выше уровень самооценки (6,41 у детей с ППС и 4,51 у детей с НПС).

На рисунке наглядно отражены значения средних арифметических величин тревожности, индекса тревожности, ситуативной агрессивности и самооценки у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, при разной степени выраженности психического состояния:

Рисунок 2.2

Средние арифметические значения тревожности, индекса тревожности, ситуативной агрессивности и самооценки у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, при разной степени выраженности психического состояния.



Обозначения: Т- тревожность, ИТ - индекс тревожности, СА - ситуативная агрессивность, СО – самооценка, ППС – положительное психическое состояние, НПС – негативное психическое состояние.

По результатам изучения психического состояния, таким образом, выявлено две группы младших дошкольников, болеющих респираторными заболеваниями, – дети с позитивным психическим состоянием и дети с негативным психическим состоянием разной степени выраженности. Каждая группа детей характеризуется специфическим проявлением психологических особенностей: тревожности, ситуативной агрессивности и уровня самооценки. Рассмотрим каждую из них детально. В таблице представлена выраженность тревожности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени

выраженности психического состояния по опроснику Г.П. Лаврентьева и Т.М. Титоренко.

Таблица 2.3.

Выраженность тревожности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по опроснику Г.П. Лаврентьева и Т.М. Титоренко (в процентах)

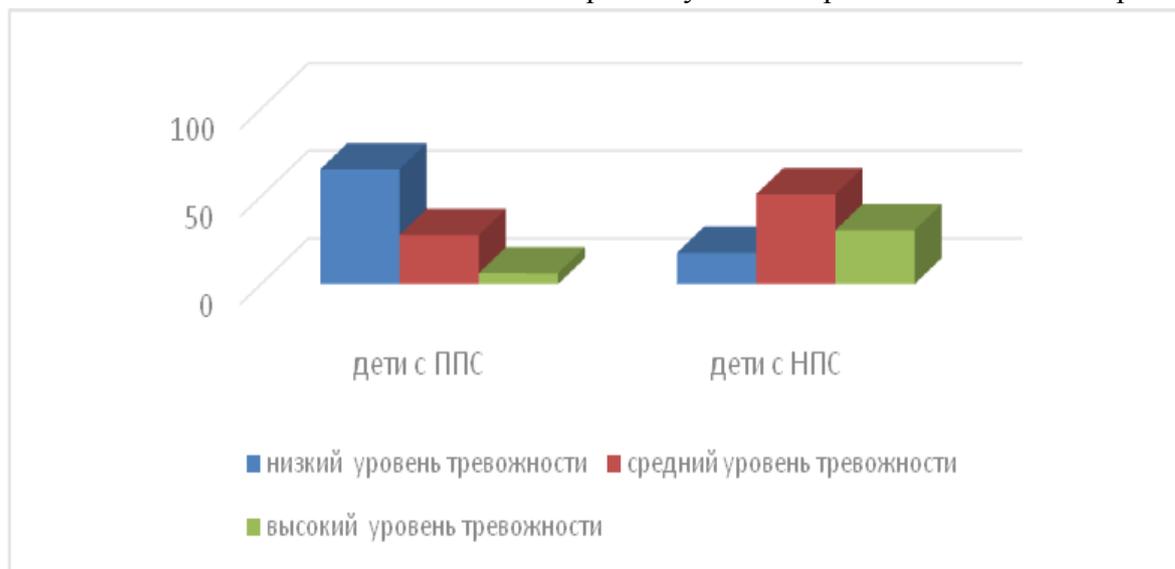
| уровень тревожности         | дети с позитивным психическим состоянием (ППС) | дети с негативным психическим состоянием (НПС) |
|-----------------------------|--|--|
| низкий уровень тревожности  | 65,6   | 17,9   |
| средний уровень тревожности | 28,1   | 51,3   |
| высокий уровень тревожности | 6,25   | 30,8   |

Среди младших дошкольников, болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) больше всего детей с низким уровнем тревожности (65,6%), около трети детей имеют средний уровень тревожности (28,1%), меньше всего детей с низким уровнем тревожности (6,25%).

У младших дошкольников, болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) у половины детей средний уровень тревожности (51,3%), у трети детей высокий уровень тревожности (30,8%), меньше всего детей с низким уровнем тревожности (17,9%).

На рисунке ниже наглядно отражено процентное соотношение тревожности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по опроснику Г.П. Лаврентьева и Т.М. Титоренко:

Процентное соотношение тревожности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по опроснику Г.П. Лаврентьева и Т.М. Титоренко



Обозначения: ППС – положительное психическое состояние,  
НПС – негативное психическое состояние

Рисунок показывает, что у младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, при позитивном психическом состоянии (ППС) больше всего детей с низким уровнем тревожности, а при негативном психическом состоянии (НПС) больше всего детей со средним и высоким уровнем тревожности.

В таблице представлена выраженность индекса тревожности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по методике «Выбери нужное лицо» в адаптации В.М. Астапова.

Таблица 2.4

Выраженность индекса тревожности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по методике «Выбери нужное лицо» в адаптации В.М. Астапова (в процентах)

| уровень индекса тревожности         | дети с позитивным психическим состоянием (ППС) | дети с негативным психическим состоянием (НПС) |
|-------------------------------------|--|--|
| низкий уровень индекса тревожности  | 68,8   | 15,4   |
| средний уровень индекса тревожности | 18,8   | 51,3   |
| высокий уровень индекса тревожности | 12,5   | 33,3   |

У младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) больше всего детей с низким индексом тревожности (68,8%), значительно меньше детей имеют средний (18,8%) и низкий уровень тревожности (12,5%).

Среди младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) больше всего детей со средним (51,3% - половина) и высоким индексом тревожности (33,3% - одна треть), меньше всего детей с низким уровнем индекса тревожности (15,4%).

На рисунке ниже наглядно отражено процентное соотношение индекса тревожности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по методике «Выбери нужное лицо» в адаптации В.М. Астапова:

Рисунок 2.4

Процентное соотношение индекса тревожности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по методике «Выбери нужное лицо» в адаптации В.М. Астапова



Обозначения: ППС – положительное психическое состояние,  
НПС – негативное психическое состояние

На рисунке можно увидеть, что у младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, при позитивном психическом состоянии (ППС) больше всего детей с низким индексом тревожности, а при негативном психическом состоянии (НПС) больше всего детей со средним и высоким индексом тревожности.

В таблице представлена выраженность ситуативной агрессивности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по опроснику Г.П. Лаврентьева и Т.М. Титоренко.

Таблица 2.5

Выраженность ситуативной агрессивности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по опроснику Г.П. Лаврентьева и Т.М. Титоренко (в процентах)

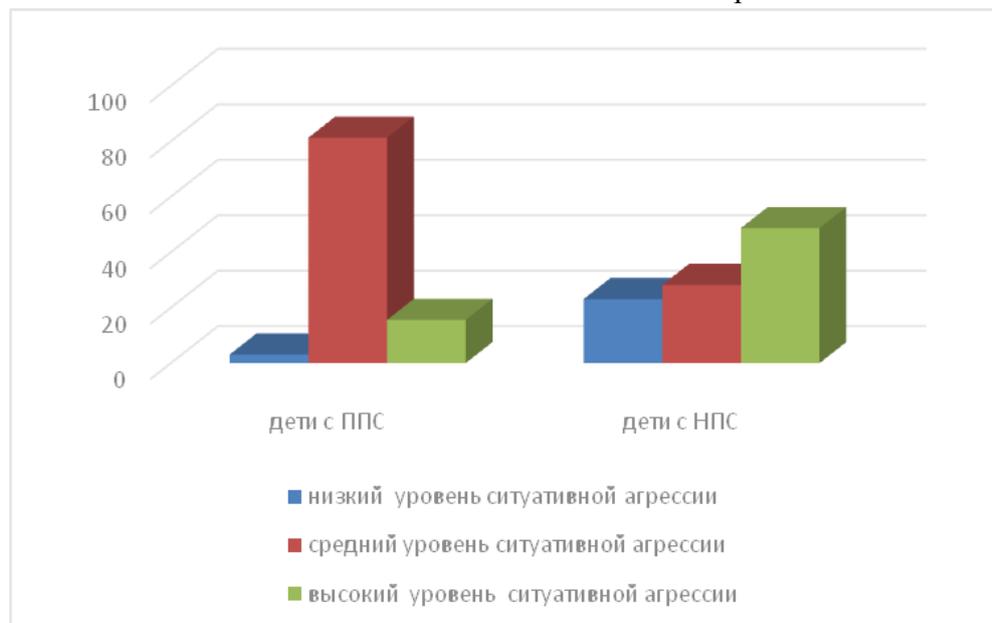
| уровень ситуативной агрессии         | дети с позитивным психическим состоянием (ППС) | дети с негативным психическим состоянием (НПС) |
|--------------------------------------|--|--|
| низкий уровень ситуативной агрессии  | 3,1  | 23,1   |
| средний уровень ситуативной агрессии | 81,3   | 28,2   |
| высокий уровень ситуативной агрессии | 15,6   | 48,7   |

У младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) больше всего детей со средним уровнем ситуативной агрессивности (81,3%), немного с высоким уровнем ситуативной агрессивности (15,6%), почти нет детей с низким уровнем ситуативной агрессивности (3,3%).

Среди младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) есть дети со всеми уровнями выраженности ситуативной агрессии: высокой (48,7%), средней (28,2%) и низкой (23,1%), при этом больше всего детей с высоким уровнем ситуативной агрессивности – почти половина всех детей.

На рисунке ниже наглядно отражено процентное соотношение ситуативной агрессивности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по опроснику Г.П. Лаврентьева и Т.М. Титоренко:

Процентное соотношение ситуативной агрессивности у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по опроснику Г.П. Лаврентьева и Т.М. Титоренко



Обозначения: ППС – положительное психическое состояние,  
НПС – негативное психическое состояние

Согласно рисунку у младших дошкольников, болеющих респираторными заболеваниями, при позитивном психическом состоянии (ППС) больше всего детей со средним уровнем ситуативной агрессивности, немного с высоким уровнем ситуативной агрессивности, почти нет детей с низким уровнем ситуативной агрессивности. Тогда как при негативном психическом состоянии (НПС) есть дети со всеми уровнями выраженности ситуативной агрессии: высокой, средней и низкой, при этом больше всего детей с высоким уровнем ситуативной агрессивности.

В таблице представлена выраженность уровня самооценки у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по методике «Лесенка» В.Г. Щур.

Таблица 2.6

Выраженность уровня самооценки у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по методике «Лесенка» В.Г. Щур (в процентах)

| уровень самооценки    | дети с позитивным психическим состоянием (ППС) | дети с негативным психическим состоянием (НПС) |
|-----------------------|--|--|
| заниженная самооценка | 25   | 53,8   |
| средняя самооценка    | 15,6   | 17,9   |
| завышенная самооценка | 59,4   | 28,2   |

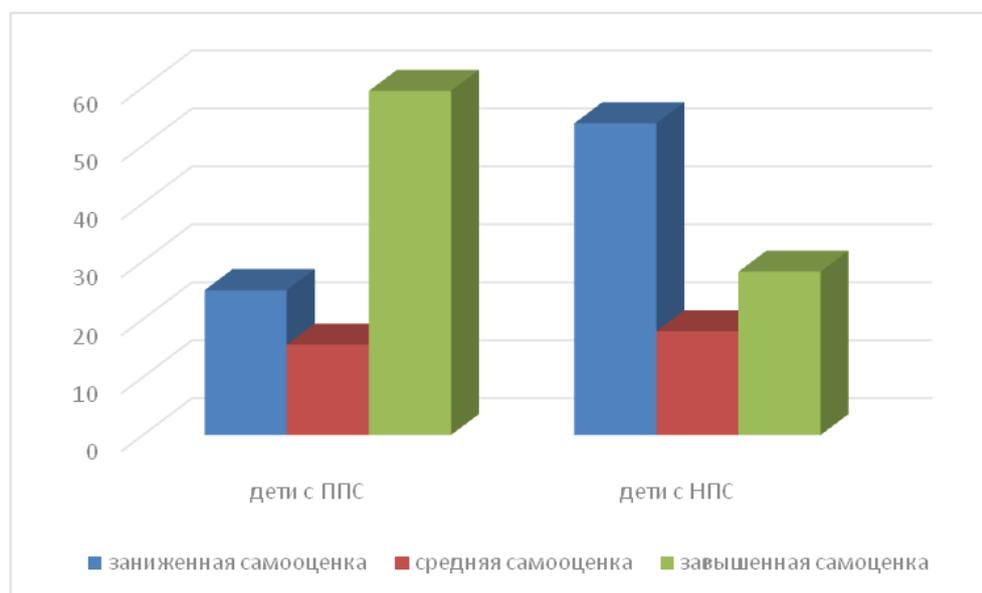
У младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) больше всего детей с завышенной самооценкой (59,4%), четверть детей имеют заниженную самооценку (25%), меньше всего детей со средней самооценкой (15,6%).

Среди младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) больше всего детей с заниженной самооценкой (53,8%), около трети детей имеют завышенную самооценку (28,2%), меньше всего детей со средней самооценкой (17,9%).

На рисунке ниже наглядно отражено процентное соотношение уровня самооценки у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по методике «Лесенка» В.Г. Щур:

Рисунок 2.6

Процентное соотношение уровня самооценки у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по методике «Лесенка» В.Г. Щур



Обозначения: ППС – положительное психическое состояние,  
НПС – негативное психическое состояние

На рисунке видно, что у младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, при позитивном психическом состоянии (ППС) больше всего детей с завышенной самооценкой, четверть детей имеют заниженную самооценку, меньше всего детей со средней самооценкой, а при негативном психическом состоянии (НПС) больше всего детей с заниженной

самооценкой, около трети детей имеют завышенную самооценку, меньше всего детей со средней самооценкой.

Таким образом, качественный анализ данных показал, что среди детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) больше всего младших дошкольников с низкой тревожностью; со средним уровнем ситуативной агрессивности и почти нет детей с низким уровнем ситуативной агрессивности; больше всего детей с завышенной самооценкой. Тогда среди детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) наоборот больше всего младших дошкольников со средним и высоким уровнем тревожности, с высоким уровнем ситуативной агрессивности и с заниженной самооценкой.

### 2.3 Результаты статистического анализа данных и их интерпретация

Нами поставлена задача выявить различия выраженности психологических особенностей: тревожности, индекса тревожности, ситуативной агрессивности и самооценки в двух группах: дети, часто болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) и дети, часто болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС). Для решения данной задачи применен U-критерий Манна-Уитни (расчеты в приложении 3). В связи с тем, что U-критерий Манна-Уитни является методом *непараметрического анализа*, проверка на нормальность распределения не требуется.

Если  $U_{\text{эмп}} \leq U_{\text{кр}}$ , то различия достоверны.

Критические значения для  $N_1 = 32$  (дети, болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием) и  $N_2 = 39$  (дети, часто болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием):

$U_{\text{кр } 0,01} = 0,422$ , – вероятность ошибки 1%;

$U_{\text{кр } 0,05} = 0,481$ , – вероятность ошибки 5%.

Ниже в таблице представлены достоверно выявленные различия уровня выраженности тревожности, агрессивности, самооценки у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по критерию Манна-Уитни.

Таблица 2.7

Различия уровня выраженности тревожности, агрессивности, самооценки у детей с респираторными заболеваниями при разной степени выраженности психического состояния по критерию Манна-Уитни

| параметр сравнения   | $U_{эмп}$ | больше в группе детей:                         |
|----------------------|-----------|--|
| тревожность          | 271,5*    | дети с негативным психическим состоянием (НПС) |
| индекс тревожности   | 276*      | дети с негативным психическим состоянием (НПС) |
| ситуативная агрессия | 435,5**   | дети с негативным психическим состоянием (НПС) |
| самооценка           | 396**     | дети с позитивным психическим состоянием (ППС) |

Примечание: Критические значения для  $N_1 = 32$  и  $N_2 = 39$ :  $p \leq 0,01 - 0,422^*$ ,  $p \leq 0,05 - 0,481^{**}$ . Расчеты приведены в приложении 3.

Выявлено, что тревожность выше у детей с негативным психическим состоянием (НПС):  $U_{эмп} = 271,5$ ,  $U_{эмп} < U_{кр,0,01}$  различия достоверны на 1%-ом уровне значимости;

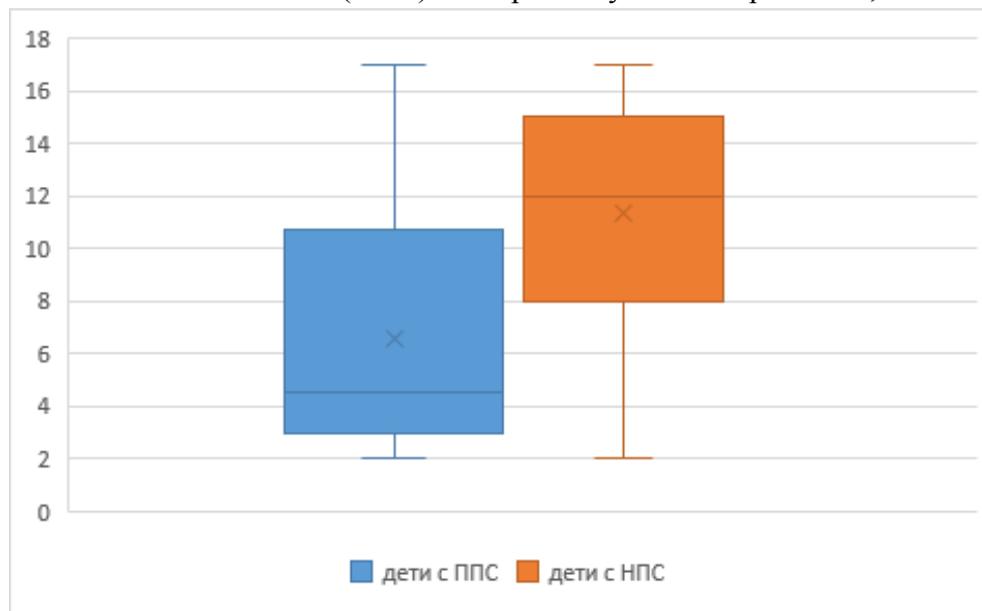
- индекс тревожности выше у детей с негативным психическим состоянием (НПС):  $U_{эмп} = 276$ ,  $U_{эмп} < U_{кр,0,01}$ , различия достоверны на 1%-ом уровне значимости.

- ситуативная агрессия выше у детей с негативным психическим состоянием (НПС):  $U_{эмп} = 435,5$ ,  $U_{эмп} < U_{кр,0,01}$ , различия достоверны на 5%-ом уровне значимости.

- самооценка выше у детей с позитивным психическим состоянием (ППС):  $U_{эмп} = 396$ ,  $U_{эмп} < U_{кр,0,05}$ , различия достоверны на 1%-ом уровне значимости.

Рассмотрим каждый параметр сравнения наглядно. Ниже на рисунке отражено соотношение значений тревожности у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) и негативным психическим состоянием (НПС) по опроснику Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко:

Соотношение значений тревожности у детей, болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) и негативным психическим состоянием (НПС) по опроснику Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко

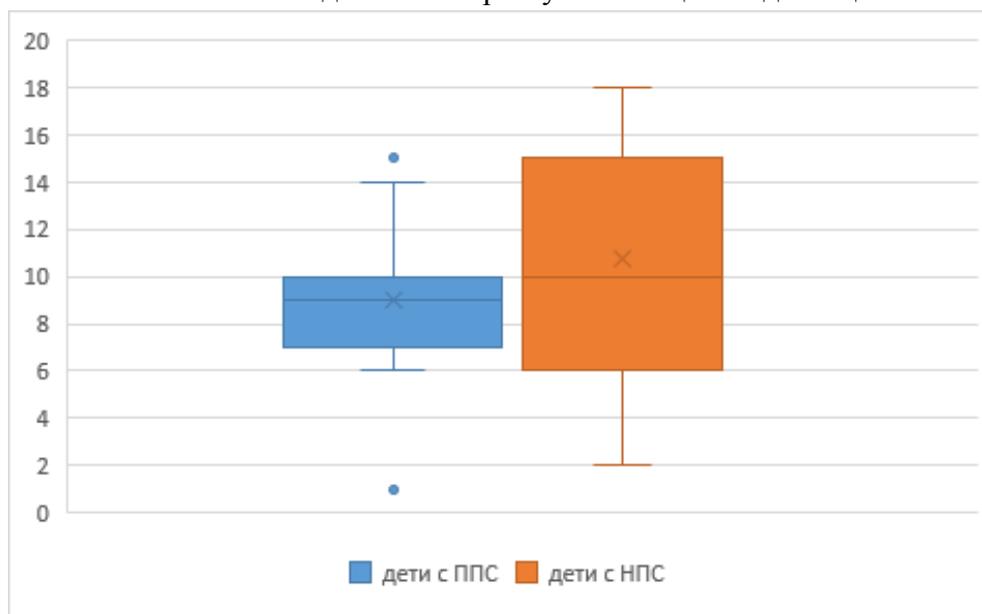


Обозначения: ППС – положительное психическое состояние, НПС – негативное психическое состояние

Дети младшего дошкольного возраста, часто болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) достоверно меньше проявляют тревожность. Тогда как дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) чаще проявляют тревожность по результатам опросника Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко.  $U_{Эмп} = 351,5$ , при  $U_{кр 0,01} = 0,422$  и  $U_{кр 0,05} = 0,481$ , различия достоверны на 1%-ом уровне значимости.

Далее на рисунке отражено соотношение значений индекса тревожности у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) и негативным психическим состоянием (НПС) по методике «Выбери нужное лицо» в адаптации В.М. Астапова:

Соотношение значений индекса тревожности у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) и негативным психическим состоянием (НПС) по методике «Выбери нужное лицо» в адаптации В.М. Астапова

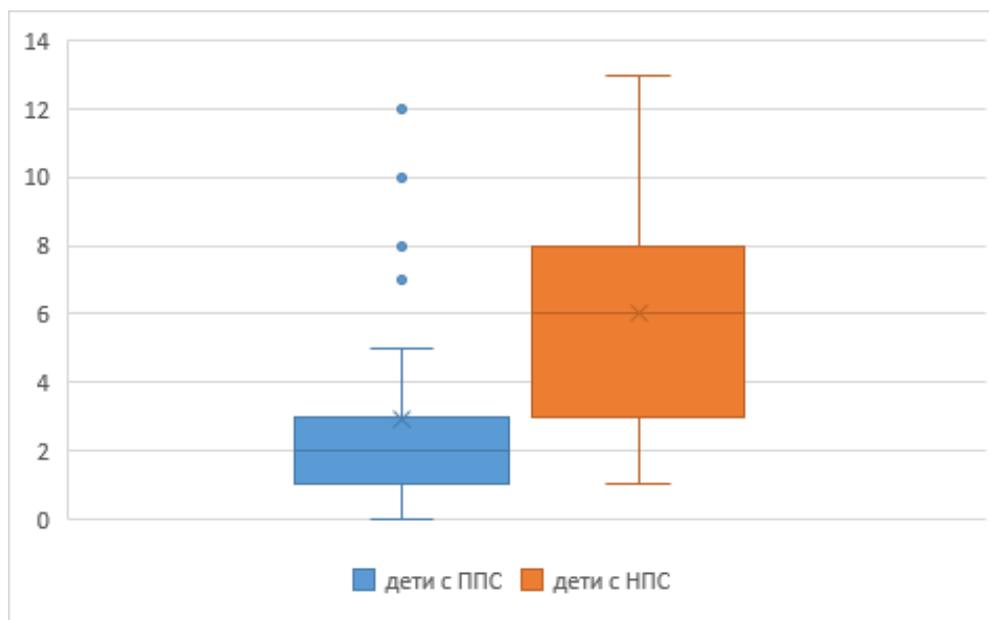


Обозначения: ППС – положительное психическое состояние,  
НПС – негативное психическое состояние

У детей младшего дошкольного возраста, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) достоверно меньше проявляется индекс тревожности. Тогда как у детей младшего дошкольного возраста, болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) чаще проявляется индекс тревожности по результатам методики «Выбери нужное лицо» (авторы: Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен в адаптации В.М. Астапова).  $U_{Эмп} = 316,5$ , при  $U_{кр 0,01} = 0,422$  и  $U_{кр 0,05} = 0,481$ , различия достоверны на 1%-ом уровне значимости.

На следующем рисунке отражено соотношение значений ситуативной агрессивности у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) и негативным психическим состоянием (НПС) по опроснику Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко:

Соотношение значений ситуативной агрессивности у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) и негативным психическим состоянием (НПС) по опроснику Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко

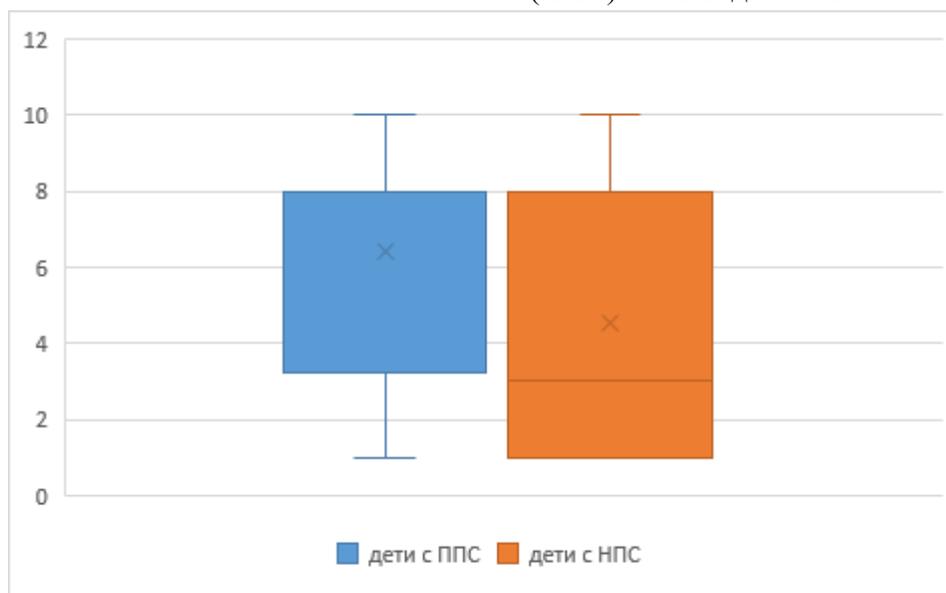


Обозначения: ППС – положительное психическое состояние,  
НПС – негативное психическое состояние

Дети младшего дошкольного возраста, часто болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) достоверно меньше проявляют ситуативную агрессию. Тогда как дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) чаще проявляют ситуативную агрессию по результатам опросника Г.П. Лаврентьева, Т.М. Титаренко.  $U_{Эмп} = 338$ , при  $U_{кр 0,01} = 0,422$  и  $U_{кр 0,05} = 0,481$ , различия достоверны на 1%-ом уровне значимости.

Наглядно на рисунке представлено соотношение значений самооценки у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) и негативным психическим состоянием (НПС) по методике «Лесенка» В.Г. Щур:

Соотношение значений самооценки у детей, болеющих респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) и негативным психическим состоянием (НПС) по методике «Лесенка» В.Г. Щур



Обозначения: ППС – положительное психическое состояние,  
НПС – негативное психическое состояние

Дети младшего дошкольного возраста, часто болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) достоверно чаще проявляют завышенную самооценку. Тогда как дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) больше проявляют заниженную самооценку по результатам методики «Лесенка» В.Г. Щур.  $U_{Эмп} = 470,5$ , при  $U_{кр 0,01} = 0,422$  и  $U_{кр 0,05} = 0,481$ , различия достоверны на 5%-ом уровне значимости.

Таким образом, дети младшего дошкольного возраста, часто болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) достоверно менее тревожны и агрессивны, имеют завышенную самооценку. Дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) достоверно более тревожны и агрессивны, имеют заниженную самооценку.

Задачей третьего этапа исследования стало выявление особенностей тревожности, агрессивности и самооценки в зависимости от психического состояния, детей, болеющих респираторными заболеваниями. Для нашего исследования применим непараметрический  $r_s$ -критерий Спирмена (расчеты в приложении 3). В связи с тем, что коэффициент является методом непараметрического анализа, проверка на нормальность распределения не требуется.

Мы изучили результаты детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с положительным психическим состоянием (ППС). Таких детей выявлено 32.

Если  $r_{кр} \leq r_{эмп}$ , то связь достоверна.

Критические значения при  $N = 32$  (дети, болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием)

$r_{кр 0,01} = 0,449$ , – вероятность ошибки 1%;

$r_{кр 0,05} = 0,349$ , – вероятность ошибки 5%.

Ниже в таблице представлены результаты взаимосвязи тревожности, агрессивности, самооценки и психического состояния у детей с респираторными заболеваниями с положительным психическим состоянием по коэффициенту ранговой корреляции  $r_s$ -Спирмена.

Таблица 2.8

Взаимосвязь тревожности, агрессивности, самооценки и психического состояния у детей с респираторными заболеваниями с положительным психическим состоянием (ППС) по коэффициенту ранговой корреляции  $r_s$ -Спирмена

| параметр сравнения               |     | негативное психическое состояние | тревожность | индекс тревожности | ситуативная агрессия | заниженная самооценка |
|----------------------------------|-----|----------------------------------|-------------|--------------------|----------------------|-----------------------|
|                                  |     | НПС                              | Т           | ИТ                 | СА                   | СО                    |
| негативное психическое состояние | НПС | 1                                | 0,509*      | 0,477*             | -0,025               | 0,190                 |
| тревожность                      | Т   |                                  | 1           | 0,699*             | 0,133                | 0,046                 |
| индекс тревожность               | ИТ  |                                  |             | 1                  | 0,112                | 0,027                 |
| ситуативная агрессия             | СА  |                                  |             |                    | 1                    | -0,439**              |
| заниженная самооценка            | СО  |                                  |             |                    |                      | 1                     |

Примечание: критические значения для  $N = 32$ :  $p \leq 0,01$  – 0,449\*,  $p \leq 0,05$  – 0,349\*\*. Расчеты приведены в приложении 3.

Выявлена достоверная взаимосвязь психологических особенностей у детей младшего дошкольного возраста, часто болеющих респираторными заболеваниями. Так, у детей, болеющих респираторными заболеваниями, с

положительным психическим состоянием (ППС) чем хуже психическое состояние, тем:

- выше уровень тревожности ( $r_{сЭМП} = 0,509$ , при  $r_{скр 0,01} = 0,449$  и  $r_{скр0,05} = 0,349$ , взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости),

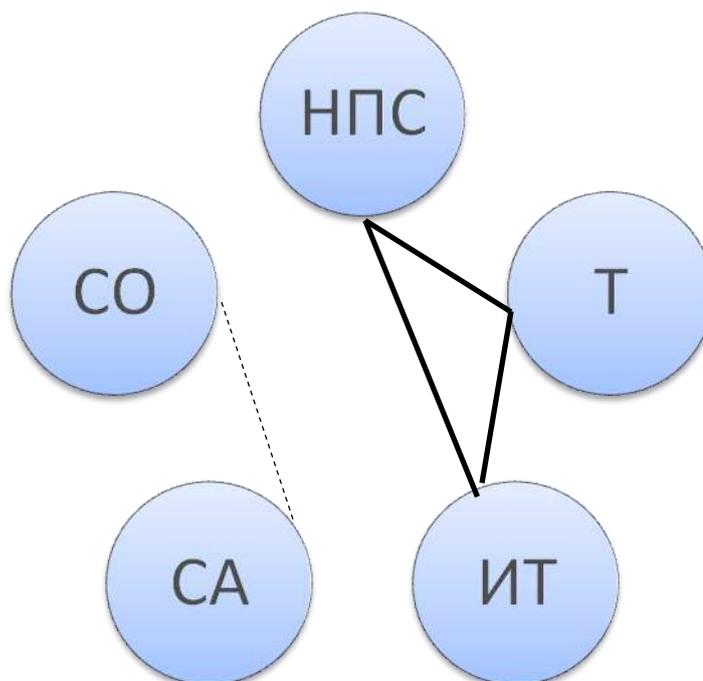
- индекс тревожности ( $r_{сЭМП} = 0,477$ , при  $r_{скр 0,01} = 0,449$  и  $r_{кр0,05} = 0,349$ , взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости),

Дети с негативным психическим состоянием при заниженной самооценке чаще проявляют ситуативную агрессию ( $r_{сЭМП} = -0,439$ , при  $r_{скр 0,01} = 0,449$  и  $r_{скр0,05} = 0,349$ , взаимосвязь достоверна на 5%-ом уровне значимости).

Ниже на рисунке отражены результаты корреляции тревожности, агрессивности, самооценки и психического состояния у детей с респираторными заболеваниями с положительным психическим состоянием (ППС) по коэффициенту ранговой корреляции  $r_s$ -Спирмена:

Рисунок 2.11

Результаты корреляции тревожности, агрессивности, самооценки и психического состояния у детей с респираторными заболеваниями с положительным психическим состоянием (ППС) по коэффициенту ранговой корреляции  $r_s$ -Спирмена



Обозначения: НПС – негативное психическое состояние, Т- тревожность,

ИТ - индекс тревожности, СА - ситуативная агрессивность, СО – заниженная самооценка

—————

- прямая взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости

—————

- прямая взаимосвязь достоверна на 5%-ом уровне значимости

- - - - -

- обратная взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости

.....

- обратная взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости

Далее мы изучили результаты детей, болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС). Таких детей выявлено 39.

Если  $r_{\text{скр}} \leq r_{\text{сэмп}}$ , то связь достоверна.

Критические значения при  $N = 39$  (дети, часто болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием):

$r_{\text{скр } 0,01} = 0,408$ , – вероятность ошибки 1%;

$r_{\text{скр } 0,05} = 0,316$ , – вероятность ошибки 5%.

Ниже в таблице представлены результаты взаимосвязи тревожности, агрессивности, самооценки и психического состояния у детей с респираторными заболеваниями с негативным психическим состоянием по коэффициенту ранговой корреляции  $r_s$ -Спирмена.

Таблица 2.9

Взаимосвязь тревожности, агрессивности, самооценки и психического состояния у детей с респираторными заболеваниями с негативным психическим состоянием (НПС) по коэффициенту ранговой корреляции  $r_s$ -Спирмена

| параметр<br>сравнения                  |     | негативное психическое<br>состояние | тревожность | индекс тревожности | ситуативная агрессия | заниженная<br>самооценка |
|--|-----|-------------------------------------|-------------|--------------------|----------------------|--------------------------|
|  |     | НПС                                 | Т           | ИТ                 | СА                   | СО                       |
| негативное<br>психическое<br>состояние | НПС | 1                                   | 0,432*      | 0,476*             | 0,333**              | -0,531*                  |
| тревожность                            | Т   |                                     | 1           | 0,725*             | -0,279               | -0,318**                 |
| индекс тревожность                     | ИТ  |                                     |             | 1                  | -0,107               | -0,373**                 |
| ситуативная агрессия                   | СА  |                                     |             |                    | 1                    | -0,252                   |
| заниженная<br>самооценка               | СО  |                                     |             |                    |                      | 1                        |

Примечание: критические значения для  $N = 32$ :  $p \leq 0,01 - 0,408^*$ ,  $p \leq 0,05 - 0,316^{**}$ .  
Расчеты приведены в приложении 3.

У детей, болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) чем хуже психическое состояние, тем:

- также выше уровень тревожности ( $r_{s \text{ эмп}} = 0,432$ , при  $r_{s \text{ кр } 0,01} = 0,408$  и  $r_{s \text{ кр } 0,05} = 0,316$ , взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости) и

- индекс тревожности ( $r_{s \text{ эмп}} = 0,476$ , при  $r_{s \text{ кр } 0,01} = 0,408$  и  $r_{s \text{ кр } 0,05} = 0,316$ , взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости).

Чем ниже самооценка у таких детей, тем:

- более выражено негативное психическое состояние ( $r_{s \text{ эмп}} = -0,531$ , при  $r_{s \text{ кр } 0,01} = 0,408$  и  $r_{s \text{ кр } 0,05} = 0,316$ , взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости),

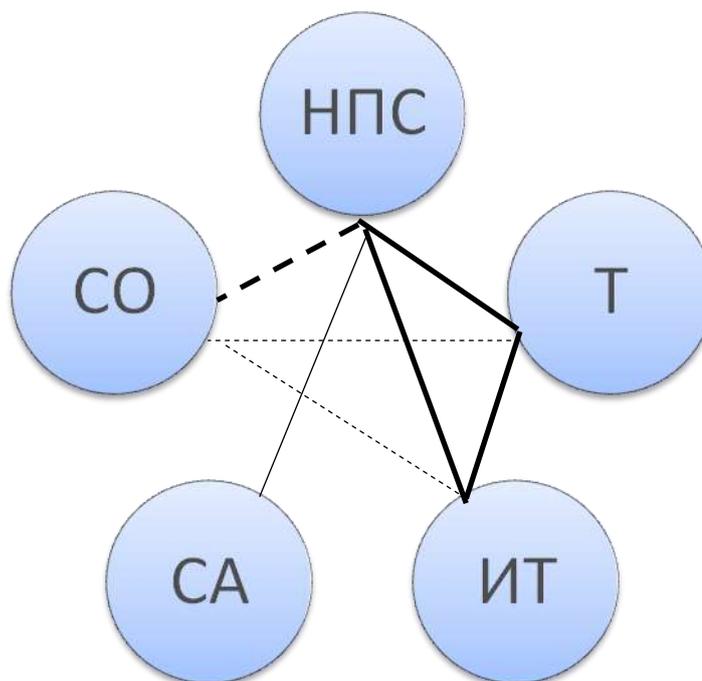
- тревожность ( $r_{s \text{ эмп}} = -0,318$ , при  $r_{s \text{ кр } 0,01} = 0,449$  и  $r_{s \text{ кр } 0,05} = 0,349$ , взаимосвязь достоверна на 5%-ом уровне значимости),

- индекс тревожности ( $r_{s \text{ эмп}} = -0,373$ , при  $r_{s \text{ кр } 0,01} = 0,408$  и  $r_{s \text{ кр } 0,05} = 0,316$ , взаимосвязь достоверна на 5%-ом уровне значимости),

Дети с негативным психическим состоянием чаще проявляют ситуативную агрессию ( $r_{s \text{ эмп}} = 0,333$ , при  $r_{s \text{ кр } 0,01} = 0,408$  и  $r_{s \text{ кр } 0,05} = 0,316$ , взаимосвязь достоверна на 5%-ом уровне значимости).

Ниже на рисунке отражены результаты корреляции тревожности, агрессивности, самооценки и психического состояния у детей с респираторными заболеваниями с негативным психическим состоянием (НПС) по коэффициенту ранговой корреляции  $r_s$ -Спирмена:

Результаты корреляции тревожности, агрессивности, самооценки и психического состояния у детей с респираторными заболеваниями с негативным психическим состоянием (НПС) по коэффициенту ранговой корреляции  $r_s$ -Спирмена



Обозначения: НПС – негативное психическое состояние, Т- тревожность, ИТ - индекс тревожности, СА - ситуативная агрессивность, СО – заниженная самооценка

|              |  |
|--------------|--|
| <b>—————</b> | - прямая взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости   |
| —————        | - прямая взаимосвязь достоверна на 5%-ом уровне значимости   |
| - - - - -    | - обратная взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости |
| .....        | - обратная взаимосвязь достоверна на 1%-ом уровне значимости |

В целом у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, положительное психическое состояние (ППС) не взаимосвязано с ситуативной агрессией и самооценкой. Тогда как у детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) выявлена прямая взаимосвязь между психическим состоянием и ситуативной агрессией; и отрицательная взаимосвязь между психическим состоянием и самооценкой.

Для всех детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, независимо от того психическое состояние положительное или отрицательное, характерна взаимосвязь между тревожностью, индексом тревожности и психическим состоянием. Чем менее благополучно психическое состояние, тем выше уровень тревожности у детей с респираторными заболеваниями.

Таким образом, гипотеза исследования подтверждена: психологические особенности младших дошкольников с респираторными заболеваниями –

тревожность, ситуативная агрессивность, уровень самооценки взаимосвязаны с позитивным или негативным психическим состоянием детей:

- дети младшего дошкольного возраста, часто болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием менее тревожны и агрессивны, имеют завышенную самооценку;

- дети младшего дошкольного возраста, часто болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием более тревожны и агрессивны, имеют заниженную самооценку.

### **Выводы по II главе**

Нами изучены психологические особенности: психическое состояние, тревожность, ситуативная агрессивность и самооценки детей младшего дошкольного возраста, болеющих респираторными заболеваниями. Проведено исследование младшего дошкольного возраста в связи с тем, что в этом возрасте происходит адаптация детей к дошкольному образовательному учреждению наряду с увеличением количества обращений в медицинские учреждения в связи с респираторными заболеваниями ребенка.

По результатам изучения психического состояния выявлено две группы младших дошкольников, болеющих респираторными заболеваниями, – дети с позитивным психическим состоянием (45%) и дети с негативным психическим состоянием разной степени выраженности (55%). Каждая группа детей характеризуется специфическим проявлением психологических особенностей: тревожности, ситуативной агрессивности и уровня самооценки.

Дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) достоверно менее тревожны ( $U_{эмп} = 271,5$ ,  $p < 0,01$ ) и агрессивны ( $U_{эмп} = 435,5$ ,  $p < 0,05$ ), имеют завышенную самооценку ( $U_{эмп} = 396$ ,  $p < 0,05$ ). По результатам качественного анализа данных выявлено, что среди таких детей больше всего младших дошкольников с низкой тревожностью (68%); со средним уровнем ситуативной агрессивности (81%) и почти нет детей с низким уровнем ситуативной агрессивности (15%); больше всего детей с завышенной самооценкой (59%).

Дети младшего дошкольного возраста, болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) достоверно более тревожны ( $U_{эмп} = 271,5$ ,  $p < 0,01$ ) и агрессивны ( $U_{эмп} = 435,5$ ,  $p < 0,05$ ), имеют заниженную самооценку ( $U_{эмп} = 396$ ,  $p < 0,05$ ). По результатам качественного анализа данных выявлено, что таких детей больше всего младших дошкольников со средним (51%) и высоким уровнем тревожности

(33%), с высоким уровнем ситуативной агрессивности (48%) и с заниженной самооценкой (53%).

Выявлена достоверная взаимосвязь психологических особенностей у детей младшего дошкольного возраста, болеющих респираторными заболеваниями. Так, у детей, болеющих респираторными заболеваниями, с положительным психическим состоянием (ППС) чем хуже психическое состояние, тем выше уровень тревожности ( $r_{сэмп} = 0,509, p < 0,01$ ), индекс тревожности ( $r_{сэмп} = 0,477, p < 0,01$ ). Дети с негативным психическим состоянием при заниженной самооценке чаще проявляют ситуативную агрессию ( $r_{сэмп} = -0,439, p < 0,05$ ).

У детей, болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) чем хуже психическое состояние, тем также выше уровень тревожности ( $r_{сэмп} = 0,432, p < 0,01$ ) и индекс тревожности ( $r_{сэмп} = 0,476, p < 0,01$ ). Чем ниже самооценка у таких детей, тем более выражено негативное психическое состояние ( $r_{сэмп} = -0,531, p < 0,01$ ), тревожность ( $r_{сэмп} = -0,318, p < 0,05$ ) и индекс тревожности ( $r_{сэмп} = -0,373, p < 0,05$ ). Дети с негативным психическим состоянием чаще проявляют ситуативную агрессию ( $r_{сэмп} = 0,333, p < 0,05$ ).

Для всех детей, болеющих респираторными заболеваниями, независимо от того психическое состояние положительное или отрицательное, характерна взаимосвязь между тревожностью, индексом тревожности и психическим состоянием. Чем менее благополучно психическое состояние, тем выше уровень тревожности у детей с респираторными заболеваниями.

Таким образом, гипотеза исследования подтверждена: психологические особенности младших дошкольников с респираторными заболеваниями – тревожность, ситуативная агрессивность, уровень самооценки взаимосвязаны с позитивным или негативным психическим состоянием детей.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать вывод о том, что частые ОРЗ у детей младшего дошкольного возраста, следующие одно за другим, оказывают негативное воздействие на его физическое и психомоторное развитие. Психолого-педагогические данные свидетельствуют о низких показателях развития памяти. У таких детей часто встречаются психологические комплексы, прежде всего - комплекс неполноценности, ощущение неуверенности в себе. Невозможность из-за частых болезней жить полноценной для своего возраста жизнью может привести к социальной дезадаптации (ребенок может избегать сверстников, быть замкнутым, грубым, раздражительным)<sup>37</sup>.

Что существуют отличия часто болеющих детей от их здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик. Так, им свойственны выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих (прежде всего от мнения матери), что статус часто болеющего ребенка мальчиком переживается более болезненно, чем девочкой, и это негативно отражается на его межличностных отношениях, оценке себя, собственных возможностей, что и провоцирует развитие высокой тревожности.

На основании всего вышеизложенного можно сделать вывод о том, что дети наиболее уязвимая и незащищенная часть нашего общества, которая легко и быстро подвергается влиянию всевозможных факторов окружающей среды. Преобладающее большинство вышеперечисленных факторов воспринимаются в качестве факторов риска развития неблагоприятных изменений в организме. Доминирующее значение в формировании нарушений в состоянии здоровья детей и подростков имеют 3 группы факторов:

- 1) факторы, характеризующие генотип популяции («генетический груз»);
- 2) образ жизни;
- 3) состояние окружающей среды.

На детский организм социальные и средовые факторы воздействуют не самостоятельно или изолированно, а происходит сложный структурный синтез с биологическими, в том числе наследственными, факторами. Данный факт и объясняет прямую зависимость заболеваемости детей и подростков как от среды, в которой они находятся, так и от генотипа и биологических закономерностей роста и развития.

---

<sup>37</sup> Специализированный журнал для врачей и фармацевтов «Вестник Ферон» №3 2017год.

К социально-психическим факторам, влияющим на психологическое здоровье детей, относятся любые нарушения в сфере детско-родительских отношений, дисгармония семейных отношений или противоречия семейного воспитания.

Таким образом, для полноценного психологического развития ребенка самыми действенными профилактическими средствами являются гармоничные отношения в семье, стабильность семейного воспитания, понимание родителями внутреннего мира своих детей, их проблем и переживаний, умение видеть и анализировать любую ситуацию с позиции своего ребенка.

Нами изучены психологические особенности: психическое состояние, тревожность, ситуативная агрессивность и самооценки детей младшего дошкольного возраста, болеющих респираторными заболеваниями. Проведено исследование младшего дошкольного возраста в связи с тем, что в этом возрасте происходит адаптация детей к дошкольному образовательному учреждению наряду с увеличением количества обращений в медицинские учреждения в связи с респираторными заболеваниями ребенка.

По результатам изучения психического состояния выявлено две группы младших дошкольников, часто болеющих респираторными заболеваниями, – дети с позитивным психическим состоянием и дети с негативным психическим состоянием разной степени выраженности. Каждая группа детей характеризуется специфическим проявлением психологических особенностей: тревожности, ситуативной агрессивности и уровня самооценки.

Дети младшего дошкольного возраста, часто болеющие респираторными заболеваниями, с позитивным психическим состоянием (ППС) достоверно менее тревожны и агрессивны, имеют завышенную самооценку. По результатам качественного анализа данных выявлено, что среди таких детей больше всего младших дошкольников с низкой тревожностью; со средним уровнем ситуативной агрессивности и почти нет детей с низким уровнем ситуативной агрессивности; больше всего детей с завышенной самооценкой.

Дети младшего дошкольного возраста, часто болеющие респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) достоверно более тревожны и агрессивны, имеют заниженную самооценку. По результатам качественного анализа данных выявлено, что таких детей больше всего младших дошкольников со средним и высоким уровнем тревожности, с высоким уровнем ситуативной агрессивности и с заниженной самооценкой.

Выявлена достоверная взаимосвязь психологических особенностей у детей младшего дошкольного возраста, часто болеющих респираторными заболеваниями. Так, у детей, болеющих респираторными заболеваниями, с положительным психическим состоянием (ППС) чем хуже психическое

состояние, тем выше уровень тревожности, индекс тревожности. Дети с негативным психическим состоянием при заниженной самооценке чаще проявляют ситуативную агрессию.

У детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, с негативным психическим состоянием (НПС) чем хуже психическое состояние, тем также выше уровень тревожности и индекс тревожности. Чем ниже самооценка у таких детей, тем более выражено негативное психическое состояние, тревожность и индекс тревожности. Дети с негативным психическим состоянием чаще проявляют ситуативную агрессию.

Для всех детей, часто болеющих респираторными заболеваниями, независимо от того психическое состояние положительное или отрицательное, характерна взаимосвязь между тревожностью, индексом тревожности и психическим состоянием. Чем менее благополучно психическое состояние, тем выше уровень тревожности у детей с респираторными заболеваниями.

Таким образом, гипотеза исследования подтверждена: психологические особенности младших дошкольников с респираторными заболеваниями – тревожность, ситуативная агрессивность, уровень самооценки взаимосвязаны с позитивным или негативным психическим состоянием детей.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авдеева Н.Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве // Вопросы психологии. М., 1979. – 241 с.

1. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети. Издательство: Нижегородская медицинская ассоциация (НГМА), 2003 – 180 с.

2. Ананьев В. А. Введение в психологию здоровья: учебное пособие. СПб.: БПА, 1998. 148 с.

3. Ананьев В. А. Основы психологии здоровья. Книга 1. Концептуальные основы психологии здоровья— СПб.: Речь, 2006. - 384 с.

4. Астапов, В. М., Тревожность у детей / В. М. Астапов. - Москва :PerSe, 2008. - 159 с.; ISBN 978-5-9292-0169-1

5. Балева Л. С., Вавилова В. Л., Доскин В. А. Современные проблемы к лечению и реабилитации часто болеющих детей (медицинская технология). Москва. 2006. - 46 с.

6. Велиева С.В. Акмеологические особенности психических состояний детей дошкольного возраста. Чебоксары : Чуваш. гос. пед. ун-т, 2015. 186 с.

7. Волков Б. С. Психология младшего школьника: Учебное пособие / Б. С. Волков. М.: Пед. общ-во России, 2002. – 128 с.

8. Волкова О.Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2010. N 2. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) (дата обращения: 30.06.2010).

9. Войнов В.Б., Сысоева А.Ф., Варвулева И.Ю. Психоневрологическая оценка состояния детей в динамике 1-3 классов // Физиология развития человека. Материалы международной конференции. – М., 2000.-140 с.

10. Выготский Л.С. Проблемы общей психологии. – Соб.соч., Т.5. – М.: Педагогика, 1983., стр. 210.

11. Горячева Т.Г., Кофанова Е.Б. Отношение к болезни и психологические особенности детей, часто болеющих респираторными заболеваниями [Электронный ресурс] // Клиническая и специальная психология. 2016. Том 5. № 1. С. 45–60. doi: 10.17759/psyclin.2016050104

12. Гребенюк А.А. Актуальные проблемы возрастной психологии. – Симферополь, 2010 . – 453 с.

13. Гуляева К.Ю. Агрессивность в подростковом возрасте и ее коррекция. Омский научный вестник – 2007. – No3 –55. – С. 107 –110 с.

14. Давыдов В. В. Психическое развитие в младшем школьном возрасте // Возрастная и педагогическая психология. – М.: 1979. – 287 с.
15. Данилова Е.Е. Практикум по возрастной и педагогической психологии. – М., 1998., стр. 127.
16. Дневник воспитателя: развитие детей дошкольного возраста // Под ред. О.М. Дьяченко, Т.В. Лаврентьевой. – М.: Гном и Д, 2001. – 144 с., стр. 72.
17. Дошкольная педагогика: учебно-методическое пособие / Е. А. Лобанова. – Балашов: Изд-во «Николаев», 2005. – 76 с., стр. 27, 38.
18. Дубровина И.В. Практикум по возрастной и педагогической психологии. –/Авт.- сост. Е. Е. Данилова/ – М.: Издательский центр «Академия», 1998. – 160 с.
19. Елисеев Ю.Ю. «Общая гигиена: Конспект лекций»: Эксмо; Москва; 2006, 220 с.
20. Дубровина И.В. «Психическое здоровье детей и подростков». –М.: Академия, 2000. – 256 с.
21. Ефимкина Р. П. Психология развития. - Новосибирск, 2004.
22. Журавлев А.Л., Воловикова М.И., Галкина Т.В. Психологическое здоровье личности и духовно-нравственные проблемы современного российского общества / отв. ред.; Ин-т психологии РАН. – М.,2014. –378с.
23. Забрамная С.Д., Боровик О.В. От диагностики к развитию. – М., 2004.
24. Зеньковский В.В. Психология детства. – Екатеринбург: Деловая книга,1995., стр. 84.
25. Запорожец А.В. Развитие восприятия и деятельность.- СПб; Питер 2005. с 187.
26. Интернет ресурс - <https://nsportal.ru/vuz/psikhologicheskie-nauki/library/2015/04/28/psihologicheskie-osobennosti-dlitelno-boleyushchih>
27. Интернет ресурс [https://studbooks.net/2053931/pedagogika/psihologicheskie\\_problemy\\_somaticheskogo\\_bolnyh\\_detey#83](https://studbooks.net/2053931/pedagogika/psihologicheskie_problemy_somaticheskogo_bolnyh_detey#83)
28. Колесов Д. В. Современный подросток. Взросление и пол. - М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2003. -198 с.
29. Кряжева Н. Л., Развитие эмоционального мира детей. Популярное пособие для родителей и педагогов. Ярославль: Академия развития, 1996. 208 с.,
30. Интернет источник: Ковалевский В.А., Груздева О.В. Соматически больной ребенок дошкольного возраста: специфика

социально-психологического развития. [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. 2009. N 1. URL: [http:// medpsy.ru](http://medpsy.ru) .

31. Кулагина И. Ю. Возрастная психология: развитие ребенка от рождения до 17 лет. - М., 1998. – 624 с.

32. Мамаева М. А. Часто болеющие дети: программа обследования, лечения и оздоровления. Санкт-Петербург. Издательский Дом СТЕЛЛА. 2014. - 60 с.

33. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст: Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. — 304 с.

34. Мухина В. С. Детская психология: Учебник для студентов педагогических институтов.-М., 1985.- 272 с.

35. Мухина В. С. Возрастная психология: феноменология развития, детства, 10-е изд., перераб. и доп. - М.: Академия, 2006. - 608 с.

36. Мышление и речь : сборник / Лев Выготский ; [предисл., сост.: Е. Красная]. - Москва : АСТ : Хранитель, 2008. - 668, [1] с.; 21 см. - Немов Р.С. Общие основы психологии – М., 2003.– 680 с.

37. Обухова Л.Ф. Детская психология – М., 1998. –231 с.

38. Омолоева Т.С. Часто и длительно болеющие дети – группа диспансерного наблюдения на педиатрическом участке. Учебное пособие. Иркутск. ГОБУ ВПО ИГМУ. 2012. - 27 с.

39. Прихожан А.М., Психология тревожности. Дошкольный и школьный возраст - Питер, 2009. - 192 с.

40. Савенкова М. С., Савенков М. П., Абрамова Н. А. Опыт лечения часто болеющих детей в условиях поликлиники // Практика педиатра. 2011.10. - с. 53-58.

41. Силаев А. А., Лебедева Е. И. Психологические трудности у детей младшего школьного возраста на фоне проблем со здоровьем // Педагогика и психология: Теория и практика. 2016.3. - с. 52-54.

42. Сизова И.В. Взаимосвязь самооценки и тревожности у детей старшего дошкольного возраста –М., 2015. – Но 11. – С. 236 – 2

43. Специализированный журнал для врачей и фармацевтов «Вестник Ферон» №3, 2017год.

44. Статистический сборник «Здравоохранение в России - 2017» находится в свободном доступе на официальном Интернет-портале Росстата- URL: [http://www.gks.ru/free\\_doc/doc\\_2017/zdrav17.pdf](http://www.gks.ru/free_doc/doc_2017/zdrav17.pdf)).

45. Столяренко Л.Д. Основы психологии: Практикум. – Ростов - на-Дону, Феникс, 2005. – 407 с.
46. Рогалева Н.М. статья «Возрастные особенности детей дошкольного возраста» - URL: <https://nsportal.ru/detskiysad/raznoe/2016/12/05/vozrastnye-osobennosti-doshkolnikov>.
47. Романцов М. Г., Мельникова И. Ю. Особенности личностного и психического развития часто болеющих детей // Педагогика и психология: Теория и практика. 2016.2. - с. 68-71.
48. Харит С. М., Фридман И. В. Клинические рекомендации оказания медицинской помощи детям с клинической ситуацией «Вакцинопрофилактика часто и длительно болеющих детей» // ФГБУ НИИДИ ФМБА России. 2016. - 31 с.
49. Савенкова М. С., Афанасьева А. А., Абрамова Н. А. Иммуноterapia: лечение и профилактика вирусных инфекций у часто и длительно болеющих детей // 2012.3. - с. 20-27.
50. Шаграева О.А. Детская психология: Теоретический и практический курс: Учеб.пособие для студ. высш.учеб. заведений. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. — 368 с.
51. Хухлаева, О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников.— М. : Педагогика, 2003. – 345 с.