

На правах рукописи

Штумф Валентина Оскаровна

**Роль понимания обмана в формировании представлений
и реализации здорового образа жизни
у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста**

19.00.04 – Медицинская психология

Автореферат диссертации на соискание ученой степени
кандидата психологических наук

Томск – 2012

Работа выполнена на кафедре психологии детства Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»

Научный руководитель – Ковалевский Валерий Анатольевич, доктор медицинских наук, профессор.

Научный консультант – Залевский Генрих Владиславович, доктор психологических наук, профессор.

Официальные оппоненты:

Буторин Геннадий Геннадьевич, доктор психологических наук, ФГБОУ ВПО «Челябинский государственный педагогический университет», профессор кафедры теоретической и прикладной психологии.

Менделевич Владимир Давыдович, доктор медицинских наук, профессор, ГБОУ ВПО Казанский ГМУ Минздравсоцразвития России, заведующий кафедрой медицинской и общей психологии с курсом педагогики.

Ведущая организация – ГБОУ ВПО СЗГМУ им. И.И. Мечникова Минздравсоцразвития России.

Защита состоится 22 марта 2012 года в 16.00 часов на заседании диссертационного совета Д.212.267.16 на базе Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Национальный исследовательский Томский государственный университет» по адресу: 634050, г. Томск, пр. Ленина, 36.

С диссертацией можно ознакомиться в Научной библиотеке Национального исследовательского Томского государственного университета.

Автореферат разослан 20 февраля 2012 года.

Ученый секретарь
диссертационного совета



Бохан Татьяна Геннадьевна

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования. Формирование и реализация здорового образа жизни выступают важными приоритетами в системе государственных и общественных мер, включённых в Концепцию долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года (распоряжение Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р). Изучение психологических особенностей часто болеющих детей (ЧБД) остается одним из актуальных направлений отечественной психологии, что связано с отсутствием положительной динамики в вопросах улучшения здоровья детей. Уже к 2004 г. государственные статистические данные показывали снижение числа абсолютно здоровых детей до 10 % с увеличением количества часто и длительно болеющих до 70 – 75 % и имеющих хронические заболевания до 15 – 20 % (Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., 2003). По данным НЦ ЗД РАМН 2004 г., за последние 5 лет количество часто болеющих детей до 7 лет возросло на 19,2 %. На долю ЧБД приходится в среднем 51,3 % всех заболеваний детей дошкольного возраста (Романцов М.Г., Ботвиньева В.В., 1996; Ковалевский В.А., 2005 и др.). В связи с этим ЧБД вызывают повышенное внимание со стороны специалистов, что обосновывает потребность в дальнейшей разработке и реализации системного медико-психолого-педагогического сопровождения и поддержки детей данной категории (Николаева В.В., 1995; Альбицкий В.Ю., 2003; Ковалевский В.А., 2005, 2007, 2010).

Соматическое заболевание приводит к формированию особой социальной ситуации развития часто болеющего ребенка, которая характеризуется ограничением движений и условий для активного познавательного развития (в силу частоты переносимых заболеваний, общей ослабленности организма); дефицитностью общения детей со сверстниками, отсутствием условий для реализации игры (как ведущего вида деятельности), ограниченностью общения кругом семьи, неблагоприятными личностными проявлениями родителей, наличием у них непродуктивных установок и неэффективных стилей воспитания (Братусь Б.С., 1988; Николаева В.В., Арина Г.А., 1995; Касаткин В.Н., 1996; Михеева А.А., 1999; Ковалевский В.А., 2005 и др.).

Важным фактором развития личности ребенка, дополняющим характеристику социальной ситуации развития ЧБД, является собственная активность ребенка, реализованная им в представлениях и осуществлении факторов ортобиоза (Груздева О.В., 2003; Вылегжанина Г.Г., 2006; Волкова О.В., 2009).

Ортобиоз, или здоровый образ жизни (ЗОЖ), – это типичные формы и способы повседневной жизнедеятельности человека (труд, нормальный сон, положительное эмоциональное состояние, оптимизм, рациональное питание, соблюдение режима, закаливание, физические упражнения), которые укрепляют и совершенствуют резервные возможности организма, обеспечивая тем самым успешное выполнение своих социальных и профессиональных функций независимо от политических, экономических и социально-психологических ситуаций. Целью ортобиоза выступает научение человека правильному и безошибочному выбору в любой ситуации только полезного, содействующего здоровью и отказ от всего вредного (Мечников И.И., 1903; Лисицын Ю.Л., 1986; Амосов Н.М., 1987; Апарин В.Е., 2001; Захарова Р.А., 1999; Груздева О.В., 2003).

Дошкольный возраст – особо ответственный период в развитии ребенка: возникает и совершенствуется первая модель мира – система представлений об окружающей действительности, собственных возможностях и отношениях с другими, закладываются основные личностные механизмы (Пиаже Ж., 1966, 1970, 1975; Божович Л.И., 1968; Венгер Л.А., 1974; Выготский Л.С., 1982, 1983, 1984; Мухина В.С., 2000; Сергиенко Е.А., 2000).

Наличие комплекса дезадаптирующих элементов – особой социальной ситуации развития, включающей в себя в том числе недостаточные представления родителей, а, следовательно, и ребенка об ортобиозе, ограничение условий его когнитивного развития, а вместе с ним и развития интеллектуального компонента внутренней картины болезни (Николаева В.В., 1987; Ковалевский В.А., 1997) – как правило, неблагоприятно сказывается на физическом и психологическом здоровье ребенка, ограничивая его возможности в преодолении болезни.

Поэтому наиболее важным и значимым компонентом психологической помощи ЧБД является позитивное изменение особой социальной ситуации развития ребенка, препятствующей преодолению им ситуации болезни (Исаев Д.Н., 1993, Николаева В.В., 1995 и др.), что возможно через изучение роли в формировании представлений об ортобиозе когнитивной способности детей на примере понимания детьми феномена обмана (как основы для формирования не только биопсихологического, но и ноэтического компонента биопсихосоционэтической модели здоровья) и расширение представлений родителей, а также самих детей об ортобиозе.

Таким образом, в настоящее время оказались достаточно изучены когнитивные способности, отражающие закономерности психического развития и развития личности здоровых детей (отраженные в понимании детьми обмана), но не исследованы когнитивные способности часто болеющих старших дошкольников. Недостаточно изучены возможности коррекции когнитивной способности детей, направленной на формирование правильных представлений и реализацию ЗОЖ и гармоничной личности ребенка в целом, ориентированной на преодоление ситуации болезни.

Необходимость данного исследования определяется **противоречиями**:

- между социальным заказом общества на психологически развитую и физически здоровую личность и высоким уровнем заболеваемости детей в настоящее время;

- между необходимостью наличия у детей достаточной когнитивной способности (в частности, отраженной в понимании детьми феномена обмана) как условия формирования представлений и реализации детьми ЗОЖ и отсутствием изученности этого вопроса у часто болеющих старших дошкольников;

- между потребностью наличия эффективной родительской модели (в плане реализации ЗОЖ, искренности родительского отношения и правдивого родительского поведения) и недостаточностью наличия такой родительской модели;

Данные противоречия актуализируют **тему** исследования – «Роль понимания обмана в формировании представлений и реализации здорового образа жизни у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста».

Цель исследования: выявление роли когнитивной способности ЧБД старшего дошкольного возраста (на примере понимания феномена обмана) в формировании представлений о ЗОЖ и его реализации.

Объект исследования: когнитивные способности ЧБД старшего дошкольного возраста (на примере понимания детьми феномена обмана).

Предмет исследования: особенности понимания обмана ЧБД старшего дошкольного возраста как компонент когнитивной способности и их влияние на представления о ЗОЖ и его реализацию.

Гипотеза исследования: испытываемые ЧБД старшего дошкольного возраста трудности в понимании обмана при своевременной коррекции посредством соответствующего материнского отношения во многом определяют их представления о ЗОЖ и его реализацию.

В соответствии с поставленной целью и выдвинутым предметом, а также гипотезами исследования сформулированы следующие **задачи**.

1. Изучить психологические особенности и особую социальную ситуацию развития ЧБД, представления о ЗОЖ, социально-психологические характеристики семьи, особенности родительского, в том числе материнского, отношения к ЧБД, состояние проблемы понимания детьми обмана (как критерия развития их когнитивной способности) в психолого-педагогической литературе.

2. Определить представления о ЗОЖ у матерей и детей.

3. Определить особенности понимания обмана у ЧБД старшего дошкольного возраста, такие как особенности общего и абстрактного представления об обмане; успешность и способы его распознавания; условия применения разных признаков распознавания обмана; самостоятельное использование детьми обмана и возможные факторы, влияющие на понимание детьми обмана (социально-психологические характеристики семьи и материнское отношение); а также влияние особенностей понимания обмана на представления и реализацию детьми ЗОЖ.

4. Апробировать направления и способы коррекции, ориентированные на улучшение представлений и реализацию ЧБД ЗОЖ посредством улучшения когнитивной способности детей (на примере понимания детьми обмана) через формирование эффективного материнского отношения и расширение представлений матерей и детей о ЗОЖ.

Теоретико-методологической основой исследования выступают:

- положения о социальной ситуации развития (Выготский Л.С., 1984) – в качестве важнейшего условия культурного становления ребенка;

- психосоматический подход (Бассин Ф.В., Березин Ф.Б., 1978; Кристиан П., Рад М., 1999; Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002), который подчеркивает взаимозависимость и взаимообусловленность психического и физического у человека в условиях болезни;

- положения биопсихосоциоэтической модели природы человека, его развития и здоровья (Залевский Г.В., 2005), учитывающие влияние не только психически-функциональной, но и ноэтической, психологически-духовной, составляющей человека в условиях болезни; положения о фиксированных формах семейного поведения, их связи с доминирующим типом материнского отношения к

ребенку (Столин В.В., 1981; Варга А.Я., 1985; Смирнова Е.О., 2001; Залевский Г.В., 2001, 2007), с соблюдением ЗОЖ (Захарова Р.А., 1999; Груздева О.В., 2007);

- теоретические положения по изучению генезиса понимания не только проявленных в поведении психических феноменов, но и тщательно скрывааемых (Вельман Г.М., Лагатута К.Х., Флейвелл Дж., 2000; Сергиенко Е.А., 2000, 2003; Знаков В.В., 2005).

Научная новизна работы состоит в том, что:

- впервые выявлена специфика понимания обмана ЧБД старшего дошкольного возраста как критерия когнитивной способности детей: часто болеющие старшие дошкольники чаще затрудняются и реже используют синонимы при объяснении общей ситуации обмана и объяснении обмана как абстрактного понятия; хуже распознают обман в области знаний и в области эмоций; чаще опираются на признак контекста в ситуации собственного обмана, реже – на поведенческие проявления, контекст ситуации и индивидуальные особенности другого в ситуации обмана со стороны; проявляют меньшую склонность к обману в области намерений;

- получены новые данные о дезадаптирующей роли фиксированных форм поведения в материнском отношении (большей выраженности эмоционального отвержения к часто болеющему ребенку и меньшей выраженности авторитарной гиперсоциализации), об особенностях представлений о ЗОЖ матерей и самих детей; об особенностях социально-психологических характеристик семьи (возраста родителя, уровня его образования, характеристики семьи, а также пола ребенка и его возраста) и материнского отношения как факторов, влияющих на когнитивную способность ребенка;

- предложен новый способ коррекции когнитивной способности ребенка (на примере понимания им феномена обмана) с целью улучшения им представлений и реализации ЗОЖ посредством повышения эффективности материнского отношения к детям и расширения представлений матерей и детей о ЗОЖ;

- расширено представление о влиянии типа материнского отношения в свете улучшения когнитивной способности часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста и его влиянии на формирование представлений и реализацию детьми ЗОЖ.

Теоретическая значимость заключается в расширении научных представлений о роли когнитивной способности часто болеющих старших дошкольников (на примере понимания детьми феномена обмана) в формировании представлений и реализации детьми ЗОЖ; о влиянии на формирование когнитивной способности детей социально-психологических характеристик семьи и материнского отношения к ребенку.

Научные положения работы обогащают «Клиническую психологию», раздел «Психосоматика» за счет описания проблемы психосоматических взаимосвязей, особенностей развития когнитивной способности часто болеющего ребенка (на примере понимания им феномена обмана), возможности коррекции когнитивной способности часто болеющего ребенка с целью улучшения его представлений о ЗОЖ и реализации ЗОЖ через изменение материнского отношения к ребенку и расширение представлений о ЗОЖ у матерей и детей.

Практическая значимость заключается в использовании знаний о роли когнитивной способности ребенка (на примере понимания им феномена обмана) в формировании представлений и реализации ЗОЖ, о влиянии на формирование когнитивной способности часто болеющего ребенка социально-психологических характеристик семьи и материнского отношения в процессе подготовки специалистов педагогического и психологического профиля, а также в программе институтов повышения квалификации работников образования и здравоохранения (в рамках дисциплин «Клиническая психология», «Психология развития», «Детская психология»).

Достоверность и надежность результатов исследования обеспечивалась опорой на совокупность исходных теоретико-методологических положений современной психологии, комплексом научных методов и методик, адекватных задачам и гипотезе исследования, применением методов статистической обработки и качественного анализа полученных данных. Все методики апробированы, соотносятся с теоретическими положениями исследования и позволяют получить достаточно объективные результаты.

Положения, выносимые на защиту

1. Когнитивная способность часто болеющего старшего дошкольника (на примере понимания им феномена обмана) в силу особой социальной ситуации развития характеризуется рядом особенностей: большей степенью затруднений в понимании обмана, меньшей склонностью детей к обману в области намерений.

2. Понимание обмана как компонент когнитивной способности часто болеющего старшего дошкольника способствует его более полным представлениям о ЗОЖ. Особенности понимания часто болеющим ребенком обмана обуславливают такие социально-психологические характеристики семьи, как: возраст матери, уровень ее образования, наличие полной семьи, наличие в семье нескольких детей, возраст ребенка, а также тип материнского отношения: «кооперация», «эмоциональное принятие» ребенка и «авторитарная гиперсоциализация», соблюдение семьей ЗОЖ.

3. Представление о ЗОЖ у матерей ЧБД часто не совпадает с реальным соблюдением ЗОЖ в семье ребенка.

4. Своевременное внедрение коррекционно-развивающей программы, основанной на базовых положениях биопсихосоциально-этической модели развития человека и его здоровья, через повышение эффективности материнского отношения, разъяснение матерями ситуаций обмана и собственный родительский пример правдивого поведения, а также расширение представлений матерей и детей о ЗОЖ может обеспечить оптимизацию когнитивной способности ЧБД, что, в свою очередь (через интеллектуальный компонент внутренней картины болезни), обусловит положительные изменения в представлениях и реализации детьми ЗОЖ.

Апробация и внедрение результатов исследования. Результаты работы обсуждались на секционном заседании Всероссийской научно-практической межведомственной конференции с международным участием «Проблемы и перспективы дифференцированного, интегрированного, инклюзивного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья в контексте международного сотрудничества» (Красноярск, 2008); на секционном заседании международной

научной конференции «Образование и социализация личности в современном обществе» (Красноярск, 2009); на секционном заседании III Сибирского психологического форума «Человек и современность: междисциплинарные исследования» (Томск, 2009); на секционном заседании XIII Всероссийской конференции педагогов, психологов «Сопровождение развития самосознания детей дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста» (Красноярск, 2011).

Результаты исследования внедрены в образовательную деятельность факультета педагогики и психологии детства КГПУ им. В.П. Астафьева, образовательную и оздоровительную деятельность МБДОУ № 142 и № 295 г. Красноярска.

Объем и структура работы. Диссертация состоит из Введения, четырех глав с обзором литературы, описанием методик исследования и его результатов, Заключения, библиографического списка и приложений. Текст диссертации изложен на 243 листах печатного текста, иллюстрирован в 32 таблицах, 15 рисунках. Список литературы включает 145 источников, из них 33 зарубежных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во **Введении** обосновываются актуальность исследования, цель, объект, предмет, формулируется гипотеза, определяются задачи исследования, методологическая основа, методы и методики, раскрывается научная новизна, теоретическое и практическое значение работы, этапы исследования, выдвигаются положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Теоретическое обоснование роли понимания обмана как компонента когнитивной способности в формировании представлений и реализации здорового образа жизни у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста» выявляются теоретические подходы к решению данной проблемы.

В первом параграфе «Психологические особенности и социальная ситуация развития старшего дошкольника, имеющего статус "часто болеющий ребенок" (представления об ортобиозе, социально-психологические характеристики семьи, родительское отношение)» доказываемая актуальность исследования когнитивных способностей соматически больных детей, которая связана с отсутствием положительной динамики в вопросах улучшения их здоровья.

У ЧБД наблюдаются специфические особенности в динамике познавательной деятельности, в структуре личностных особенностей, в восприятии окружающего мира и своей болезни, что позволяет сделать вывод о наличии особой социальной ситуации развития (Николаева В.В., 1992; Арина Г.А., 1995; Ковалевский В.А., 1997; Касаткин В.Н., Михеева А.А., 1999 и др.), которая характеризуется дефицитностью общения детей со сверстниками, отсутствием условий для реализации игры как ведущего вида деятельности, ограниченностью общения кругом семьи, неблагоприятными личностными проявлениями родителей, наличием у них непродуктивных установок по отношению к ребенку и применением неэффективных стилей воспитания, а также тревожно-конфликтной психологической атмосферой в семье.

Рассмотрены понятие и содержание ЗОЖ, который выступает важным фактором развития личности ребенка и дополняет характеристику социальной

ситуации развития часто болеющих детей (Груздева О.В., 2006; Вылегжанина Г.Г., 2007; Волкова О.В., 2010).

Анализ литературы позволил предположить, что предпосылками к развитию когнитивных способностей ребенка будут выступать социально-психологические характеристики семьи, неэффективное родительское отношение к детям, недостаточные представления о ЗОЖ у родителей и детей, но это влияние ранее в психологической науке не изучалось. При этом известно, что ЧБД, в отличие от здоровых сверстников, находятся в особой социальной ситуации развития, которая будет накладывать отпечаток на понимание ребенком обмана как частный пример развития его когнитивных способностей.

В параграфе рассмотрены различные трактовки родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1995; Спиваковская А.С., 2000 и др.), классификации родительских отношений (Баскина Ю.В., 1987; Варга А.Я., Столин В.В., 1995; Ганичева А.Н., 1999; Андреева Л.А., 2000), выделены типы эффективного и неэффективного типов родительского отношения; роль неэффективного родительского отношения в формировании патологических новообразований в психической жизни и поведении детей (Захаров А.И., 1982; Варга А.Я., 1985; Спиваковская А.С., 1986; Овчарова Р.В., 1996). Приведены данные о наличии по отношению к ЧБД преимущественно неэффективного материнского отношения, которое характеризуется: стремлением к симбиотическим отношениям, страхом потери ребенка, гиперпротекцией, недостаточностью требований-обязанностей, расширением сферы родительских чувств, неустойчивостью стиля воспитания, стремлением инфантилизировать ребенка (Николаева В.В., 1992; Михеева А.А., 1992; Ковалевский В.А., 1997; Смирнова Е.О., Чечельницкая С.М., 1999; Котова Е.В., 2004; Дубовик Е.Ю., 2006).

Раскрыты взаимосвязи между обманным поведением детей и типом родительского отношения к ним (Авхач Г.Н., 1982; Смиричинская В.В., 1993; Малявкина А.М., 2003; Котова Е.В., 2004 и др.), а также роль социально-психологических характеристик семьи в обманном поведении детей (Кольберг Л., 1964; Гиллиган К., 1976; Мухина В.С., 1985; Экман П., 1993).

Описана возможность положительного влияния на развитие личности больного ребенка социального окружения (Николаева В.В., 1992), что позволяет предположить возможность влияния на когнитивные способности (на примере понимания детьми обмана) не только социально-психологических характеристик семьи, определенного типа материнского отношения и представлений о ЗОЖ, но и коррекционных мероприятий, осуществляемых в дошкольном образовательном учреждении.

Таким образом, основное внимание исследователей, занимающихся изучением проблемы обмана, уделено влиянию на ребенка окружающей социальной среды и в первую очередь семьи, так как именно воспитание и родительское отношение имеют решающее значение в становлении ребенка как личности. Вышеперечисленные особенности обосновывают необходимость изучения социально-психологических характеристик семьи, материнского отношения к ЧБД, представлений об ортобиозе матерей и детей и их влияния на понимание детьми обмана.

Во втором параграфе «Проблема понимания детьми обмана как когнитивная способность ребенка в работах отечественных и зарубежных исследователей» представлен анализ состояния проблемы исследования обмана как когнитивного феномена в психологической науке.

К когнитивным способностям относят все виды мыслительных процессов: восприятие, память, формирование понятий, решение задач, воображение и логику. Теории когнитивного развития исследуют рост разумности или способности индивидуума более точно отражать окружающий мир и выполнять логические операции над образами концепций, возникающих во взаимодействии с окружающим миром (Пиаже Ж., 1966; Сергиенко Е.А., 2000).

Психологический компонент проблемы обмана традиционно раскрывается через работы отечественных и зарубежных исследователей в рамках трех основных направлений: психофизиологического (Селли Дж., 1901; Мелитан К., 1903; Штерн В., 1922; Бюлер К., 1930; Хартшорн Х. и Мэй М., 1931), психосоциального (Преображенский С., 1887; Якубович В., 1893; Каптерев П.Ф., 1900; Сосновский А., 1902; Шеталова А., 1904; Алешинцев И., 1908 и др.) и когнитивного (Пиаже Ж., 1932; Выготский Л.С., 1960; Кольберг Л., 1964; Гиллиган К., 1976; Экман П., 1993; Знаков В.В., 2005). За основу было взято определение обмана П. Экмана, который определяет ложь, или обман, как действие, которым один человек вводит в заблуждение другого, делая это умышленно, без предварительного уведомления о своих целях и без отчетливо выраженной со стороны жертвы просьбы не раскрывать правды.

Представители когнитивного подхода рассматривают проблему обмана как составляющую процесса адаптации к требованиям социальной среды. Дальнейшее развитие теории когнитивного подхода получают в рамках относительно нового направления – «модель психического», где обман выступает и рассматривается как эмпирическая модель исследования когнитивных способностей (Флейвелл Дж., 1983, 2000; Лесли А.М., 1987; Сергиенко Е.А., 2000; Герасимова А.С., 2003 и др.).

Содержание «модели психического» раскрыто в рамках трех основных течений: Ж. Пиаже, 1932 (его теории когнитивного развития), работ по метакогнитивному развитию Дж. Флейвелла, 1983 и самой «теории теорий» (Флейвелл Дж., 1983; Пернер Й., Вельман Г.М., 1995). Актуальными направлениями в исследовании «модели психического» являются: развитие детских психологических объяснений; понимание людей в естественных условиях; понимание умственных представлений; влияние семьи и социальных взаимодействий на развитие понимания о представлениях, сознании и эмоциях; ранние социальные понятия маленьких детей (Вельман Г.М., Лагатута К.Х., 2000; Сергиенко Е.А., 2002). Данные представления на настоящий момент не являются исчерпывающими.

Исходя из положений когнитивного подхода, реализованного в рамках направления «модель психического», понимание ребенком обмана отражает уровень его когнитивных способностей (Флейвелл Дж., 1983; Герасимова А.С., Сергиенко Е.А., 2003), что, в свою очередь, через формирование интеллектуального компонента внутренней картины болезни ребенка отражается на представлениях и реализации ребенком ЗОЖ.

Вторая глава «Теоретико-методологическая основа, материалы и методики исследования» раскрывает основные теоретико-методологические положения, лежащие в основе исследования (представлены *в первом параграфе*).

Во втором параграфе «Описание выборки и методик исследования» дано описание экспериментальной выборки и методик исследования.

Исследование проводилось в период с сентября 2006 по май 2008 гг. Испытуемые посещали МБДОУ № 139, № 142, № 211 и № 295 г. Красноярска. В исследовании приняли участие 120 детей: 60 ЧБД и 60 здоровых детей в возрасте 5–7 лет и 120 их матерей. Часто болеющие и здоровые дети старшего дошкольного возраста отличались только количеством заболеваний в год. У ЧБД такая частота была выше и составляла для детей от 5 до 6 лет четыре и более случаев заболеваний в год, с 6 лет – 3 и более заболеваний в год. На момент обследования все ЧБД находились в стадии ремиссии.

С целью исследования представлений о ЗОЖ, особенностей когнитивной способности на примере понимания ЧБД старшего дошкольного возраста обмана (включая влияние на нее социально-психологических характеристик семьи и материнского отношения), а также влияния понимания обмана на формирование представлений и реализацию ЧБД ЗОЖ были использованы следующие **методы и методики**:

- метод сбора эмпирических данных: медицинские карты и индивидуальные карты детей заявленных возрастных групп для оценки состояния здоровья (форма № 026/У);

- методики А.С. Герасимовой для изучения особенностей понимания детьми обмана: «Опросник», «Распознавание обмана в разных областях», «Склонность к обману»;

- методика изучения социально-валеологического состояния семьи Р.А. Захаровой и анкета по выявлению и реализации ЗОЖ детьми (была составлена на основании методики Р.А. Захаровой);

- тест-опросник родительского отношения (ОРО), разработанный А.Я. Варга – В.В. Столиным;

- методы математической статистики: с целью сравнения независимых выборок был использован t-критерий Стьюдента, сравнения зависимых выборок – G-критерий знаков; с целью расчета коэффициентов корреляции – r-Спирмена, был проведен факторный анализ с дальнейшим использованием анализа главных компонент и последующим варимакс-вращением. Расчет статистических показателей выполнялся с привлечением компьютерной статистической программы Statgraphics Plus v.2.1.

Третья глава «Эмпирическое изучение роли понимания обмана как компонента когнитивной способности в формировании представлений и реализации здорового образа жизни у часто болеющих детей старшего дошкольного возраста» представлена описанием этапов и результатов исследования.

В первом параграфе «Особенности понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста» представлены материалы исследования особенностей понимания обмана часто болеющими старшими дошкольниками. Полученные результаты позволяют утверждать следующее.

1. Общее и абстрактное понимание обмана.

Понимание общей ситуации обмана у ЧБД (рис. 1) характеризуется большей степенью затруднений ($p \leq 0,01$) и более редким использованием синонимов обмана при определении ситуации ($p \leq 0,01$).



Рис. 1. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по методике «Опросник»: блок 1: общее понимание обмана

Понимание обмана у ЧБД как абстрактного понятия (рис. 2) также характеризуется большей степенью затруднений в определении понятия и более редким использованием синонимов и самого понятия «обман» ($p \leq 0,05$), чем у их здоровых сверстников.



Рис. 2. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по методике «Опросник»: блок 2: абстрактное понимание обмана

Большую степень затруднений и более редкое использование синонимов обмана часто болеющими старшими дошкольниками можно объяснить особенностями развития детей в условиях болезни. Обман – специфический феномен социальной жизни, он возможен только при взаимодействии людей друг с другом. Социальная суть феномена обмана определяет то существенное влияние,

которое оказывают на него различные социальные факторы, играющие решающую роль в формировании индивидуальных различий в становлении «модели психического» (Герасимова А.С., Сергиенко Е.А.).

Особенности социальной ситуации развития часто болеющего ребенка характеризуются ограничением двигательной и познавательной активности (Арина Г.А., Николаева В.В.), ограниченностью общения кругом семьи, дефицитностью общения со сверстниками (Арина Г.А., Братусь Б.С., Касаткин В.Н., Михеева А.А., Ковалевский В.А., Николаева В.В. и др.), вследствие чего значительно страдает личный опыт ребенка, связанный с познанием окружающего мира в целом и с пониманием обмана в частности.

2. Успешность распознавания обмана.

Часто болеющие старшие дошкольники в большей степени, чем здоровые, демонстрируют стратегию принятия обмана за правду в области знаний ($p \leq 0,001$) и в меньшей степени – стратегию отрицания предложенной им правдивой информации ($p \leq 0,01$) в той же области.

В большей степени проявляют смешанную (нечеткую) стратегию распознавания обмана в области эмоций ($p \leq 0,05$), то принимая обман за правду, то принимая правду за обман.

Данные отличия могут быть вызваны особенностями социальной ситуации развития ЧБД, при которой в силу малого круга общения происходит ограничение возможности получения опыта взаимодействия с другими, играющего важную роль в формировании способности к осознанию как собственных знаний, эмоций, намерений, так и знаний, эмоций и намерений других людей. «Модель психического» не является врожденной, она конструируема ребенком на основе личного опыта взаимодействия с другими (Park S.), который в данном случае является ограниченным.

Трудности ЧБД в распознавании обмана в области эмоций, проявления ими смешанной (непоследовательной) стратегии распознавания могут объясняться, с одной стороны, состоянием физического и психического истощения вследствие заболевания (Киян И.Г., Равич-Щербо И.В., Румянцев А.Г.), с другой – следствием особой морально-психологической атмосферы в семье, наличием явлений «внутрисемейного госпитализма», который характеризуется прерывистостью отношений со значимыми близкими и, что особо значимо в данном случае, формальными отношениями с ребенком (Rutter M., Shaffer D., Shepherd M.), а также наличием таких типов отношений, как «связывание» (жесткие стереотипы коммуникаций, при которых дети инфантилизируются и их эмоциональное развитие отстает от нормы), «отвержение» («отказ» ребенка от своей личности и развитие у него тенденции к автономности) (Stierlin H.). Следует отметить также и особый стереотип отношения матерей к своим ЧБД. Здесь мы имеем дело с большей выраженностью эмоционального отвержения к ребенку со стороны родителей, как осознанного, так и неосознанного (Николаева В.В., Прихожан А.Н., Спиваковская А.С., Толстых Н.Н., Филиппова Г.Г.; Varhit C., Bonnet C., Genevieve L., Margolies E.), которое проявляется в нежелании общения и уходе от взаимодействия с ребенком. Ограничение эмоционального общения ребенка с родителями сужает возможности первого к расширению спектра эмоциональных проявлений от

освоения основных эмоций (радость, гнев, печаль, страх) до освоения дополнительных (отвращение, презрение, интерес, вина, удивление, стыд).

Трудности распознавания случаев обмана в области знаний, большая выраженность стратегии принятия обмана за правду и меньшая выраженность стратегии отрицания правдивой ситуации скорее также связаны с особенностями социальной ситуации развития ЧБД, ограничениями их познавательной активности (Арина Г.А., Николаева В.В.), вследствие чего значительно страдает личный опыт детей, связанный с объемом их знаний об окружающем мире, а сами дети склонны доверять любой информации, поступающей извне.

3. Условия применения разных признаков распознавания обмана у ЧБД (рис. 3, 4).

В условиях собственного обмана (рис. 3) часто болеющие старшие дошкольники чаще опираются на такой признак распознавания ситуации обмана, как контекст ситуации ($p \leq 0,05$). Других значимых различий в ситуации собственного обмана не обнаружено.



Рис. 3. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по признакам распознавания обмана в условиях собственного обмана по методике «Опросник: конкретное понимание обмана»

В условиях обмана со стороны другого (рис. 4) часто болеющие старшие дошкольники реже опирались на поведенческие проявления обманщика, контекст ситуации в целом ($p \leq 0,05$), а также индивидуальные особенности обманщика ($p \leq 0,01$). Других значимых различий в ситуации обмана со стороны другого не обнаружено.



Рис. 4. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по признакам распознавания обмана в условиях обмана со стороны другого по методике «Опросник: конкретное понимание обмана»

Выявленные у ЧБД особенности, очевидно, также связаны с ограничением возможности полноценного, широкого взаимодействия с другими и, как следствие, ограничением опыта и умений быстро ориентироваться в социально «опасной» ситуации обмана.

4. Самостоятельное использование обмана у ЧБД представлено ниже (рис.5). Выявлены достоверные различия в меньшей склонности ЧБД к обману в области намерений ($p \leq 0,05$). Значимых отличий в склонности к обману в других областях между ЧБД и здоровыми старшими дошкольниками не обнаружено.



Рис. 5. Распределение выборочной совокупности часто болеющих и здоровых старших дошкольников по склонности к обману в областях знаний, эмоций и намерений по методике «Склонность к обману»

Меньшую склонность к обману в области намерений у часто болеющих старших дошкольников с одной стороны можно объяснить более поздним формированием компетенции в этой области, с другой – особенностями их межличностного взаимодействия. Последние проявляются ограничением до минимума круга общения, присутствием объективной зависимости от взрослых (родителей, педагогов) со стремлением получить от них помощь; скованностью, замкнутостью детей, их меньшей контактностью и общительностью, утратой непосредственности общения со взрослыми и детьми (Арина Г.А., Исаев Д.Н., Коваленко Н.А., Николаева В.В.).

В целом выявленные результаты отражают специфику социальной ситуации развития часто болеющего ребенка. Ряд отечественных исследователей (Арина Г.А., Братусь Б.С., Касаткин В.Н., Ковалевский В.А., Михеева А.А., Николаева В.В. и др.) считают, что болезнь, независимо от ее нозологии, ставит ребенка в совершенно иную «особую» социальную ситуацию развития, сужает пространство возможной активности, создает дефицитные условия для развития его личности, может спровоцировать кризис психического развития, привести к появлению новообразований как нормального, так и патологического типа (Братусь Б.С., Зейгарник Б.В., Николаева В.В.). При этом важно помнить, что развитие соматически больного ребенка не является замедленным, а является качественно иным (Киян И.Г., Николаева В.В., Равич-Щербо И.В.).

С целью выявления возможных факторов, влияющих на понимание ЧБД обмана, были исследованы социально-психологические характеристики семьи, материнское отношение к детям и представления матерей о ЗОЖ. *Было выявлено наличие значимой положительной корреляционной связи между:* затруднениями *при объяснении обмана как общего понятия* и «эмоциональным отвержением», «симбиозом» ($p \leq 0,01$), «маленьким неудачником» ($p \leq 0,05$) со стороны матерей, использованием детьми синонимов и характеристикой семьи ($p \leq 0,01$), «кооперацией» ($p \leq 0,01$); использованием детьми синонимов *при объяснении обмана как абстрактного понятия* и возрастом матери, уровнем ее образования ($p \leq 0,05$), использованием понятия «обман» и уровнем образования матери ($p \leq 0,05$), затруднениями и «эмоциональным отвержением» со стороны матерей ($p \leq 0,01$); стратегией отрицания правдивых ситуаций в области знаний и уровнем образования матери, характеристикой семьи и возрастом ребенка ($p \leq 0,05$), смешанной стратегией распознавания обмана и правды в области эмоций и «кооперацией» со стороны матерей ($p \leq 0,01$); использованием признака контекста ситуации *в ситуации собственного обмана* и возрастом детей ($p \leq 0,05$); использованием признака индивидуальных особенностей обманщика *в ситуациях обмана со стороны другого* и уровнем образования матери ($p \leq 0,01$), «кооперацией» со стороны матерей ($p \leq 0,05$); *склонностью детей к обману* в области намерений и характеристикой семьи ($p \leq 0,05$), полом детей ($p \leq 0,01$), «эмоциональным отвержением» со стороны матери ($p \leq 0,05$).

Было выявлено наличие значимой отрицательной корреляционной связи между: затруднениями *в объяснении обмана как общего понятия* и возрастом матери ($p \leq 0,05$), уровнем ее образования ($p \leq 0,01$) и возрастом ребенка ($p \leq 0,01$); затруднениями *в объяснении обмана как абстрактного понятия* и возрастом детей ($p \leq 0,01$), использованием детьми синонимов обмана и «симбиозом» со стороны матерей ($p \leq 0,05$); стратегией принятия обмана за правду в области знаний и «эмоциональным отвержением» ($p \leq 0,01$), «симбиозом», «авторитарной гиперсоциализацией» ($p \leq 0,05$), «маленьким неудачником» ($p \leq 0,01$) со стороны матерей, смешанной стратегией распознавания обмана и правды в области эмоций и характеристикой семьи ($p \leq 0,01$); использованием признака контекста ситуации *в ситуации собственного обмана* и полом детей ($p \leq 0,05$), типами материнского отношения «эмоциональное отвержение», «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация» ($p \leq 0,01$); использованием признака индивидуальных особенностей обманщика *в ситуациях обмана со стороны другого* и «авторитарной гиперсоциализации» со стороны матерей ($p \leq 0,05$).

Результаты факторного анализа показали, что преобладающими (составляющими более 51 % суммарной дисперсии признаков) в понимании ЧБД обмана выступают такие факторы, как: возрастные способности ребенка к пониманию обмана (15,88 %), опыт собственного обмана (8,14 %), опыт распознавания чужого обмана в области намерений (7,33 %), эффективное материнское отношение (кооперация) (5,58 %), опыт обмана со стороны других с целью избегания неприятностей (4,99 %), опыт собственного обмана в области эмоции (4,68 %), наличие полной семьи (4,50 %). Данные результаты представляются ценными в плане обоснованного психокоррекционного

вмешательства с целью улучшения когнитивной способности ребенка на примере понимания им феномена обмана.

Во втором параграфе «Представления об ортобиозе и влияние на них особенностей понимания обмана часто болеющими детьми» представлены результаты исследования представлений о ЗОЖ матерей и детей, а также влияния на ЗОЖ детей особенностей понимания детьми обмана.

Представления о ЗОЖ и их реализация в реальной жизни матерей не совпадают ($p \leq 0,01$ и $p \leq 0,001$). Сравнительный анализ идеального представления о ЗОЖ и реального соблюдения факторов ЗОЖ ЧБД, а также здоровыми детьми показал, что представления о ЗОЖ (о здоровом ребенке) и реализация поведения здорового ребенка в реальной жизни детей совпадают. При этом статистически достоверных различий между представлением о ЗОЖ и соблюдаемыми факторами ЗОЖ между матерями ЧБД и матерями здоровых детей, а также между самими ЧБД и здоровыми детьми не выявлено (рис. 6).



Рис. 6. Выраженность представлений об ортобиозе у матерей часто болеющих и здоровых старших дошкольников и их детей по методике Р. А. Захаровой и анкете для детей на ее основе

Полученные результаты позволяют сделать вывод о том, что соблюдаемый ЧБД ЗОЖ оказывается недостаточным для достижения детьми состояния здоровья. Данный факт может быть связан с неэффективным материнским отношением к ребенку, в частности большим проявлением эмоционального отвержения и меньшим проявлением авторитарной гиперсоциализации.

Большое значение здесь также имеет собственная активность личности ребенка, которая, в свою очередь (по механизму замкнутого круга), во многом определяется позицией родителей, образцом их поведения в плане соблюдения ЗОЖ и правдивого поведения. Важным представляется не только психологический настрой, но и реальные действия матерей, направленные на развитие ребенка в ситуации болезни и ее преодоление.

Изучались влияние представлений матерей о ЗОЖ на понимание обмана детьми, а также влияние понимания обмана детьми на представления и реализацию детьми факторов ЗОЖ.

Было выявлено наличие значимой положительной корреляционной связи между:

- идеальным представлением матерей ЧБД о ЗОЖ и использованием детьми синонимов при объяснении обмана как общего понятия ($p \leq 0,01$), учетом признака контекста ситуации в ситуации собственного обмана ($p \leq 0,05$); реальным соблюдением матерями ЧБД факторов ЗОЖ и использованием детьми синонимов при объяснении обмана как общего понятия ($p \leq 0,01$); соблюдением матерями ЧБД ЗОЖ и использованием детьми понятия «обман» при объяснении обмана как общего понятия ($p \leq 0,01$);

- реальным соблюдением ЧБД факторов ЗОЖ и использованием детьми синонимов при объяснении обмана как общего понятия ($p \leq 0,01$).

Было выявлено наличие значимой отрицательной корреляционной связи между:

- идеальным представлением матерей ЧБД о ЗОЖ и затруднениями детей при определении обмана как общего ($p \leq 0,01$) и как абстрактного понятия ($p \leq 0,05$), использованием понятия «обман» при объяснении обмана как абстрактного понятия ($p \leq 0,05$); реальным соблюдением матерями ЧБД факторов ЗОЖ и затруднениями детей при определении обмана как общего и как абстрактного понятия ($p \leq 0,01$), использованием понятия «обман» при объяснении обмана как абстрактного понятия ($p \leq 0,05$), трудностями распознавания ситуаций правды в области знаний ($p \leq 0,01$), в области эмоций ($p \leq 0,01$); соблюдением матерями ЧБД ЗОЖ и затруднениями детей при определении обмана как общего и как абстрактного понятия ($p \leq 0,01$), использованием понятия «обман» при объяснении обмана как абстрактного понятия ($p \leq 0,01$), трудностями распознавания ситуаций обмана в области эмоций ($p \leq 0,01$);

- идеальным представлением ЧБД о ЗОЖ и затруднениями детей при определении обмана как общего ($p \leq 0,01$) и как абстрактного понятия ($p \leq 0,05$), использованием понятия «обман» при объяснении обмана как абстрактного понятия ($p \leq 0,05$), трудностями распознавания ситуаций обмана в области знаний ($p \leq 0,01$); реальным соблюдением ЧБД факторов ЗОЖ и опорой на признак индивидуальных особенностей в ситуации обмана со стороны другого ($p \leq 0,05$); соблюдением ЧБД ЗОЖ и затруднениями детей при определении обмана как общего ($p \leq 0,05$) и как абстрактного понятия ($p \leq 0,01$), использованием понятия «обман» при объяснении обмана как абстрактного понятия ($p \leq 0,05$), трудностями распознавания ситуаций обмана в области знаний и в области эмоций ($p \leq 0,05$).

Показатели соблюдения ЗОЖ детьми и соблюдения ЗОЖ матерями входят как существенная составляющая в такие выделенные по результатам процедуры анализа факторы, как: «наличие полной семьи» (0,29 и 0,49), «опыт собственного обмана» (-0,28 – ЗОЖ матери), «опыт распознавания чужого обмана в области намерений» (0,22 – ЗОЖ ребенка), «опыт собственного обмана в области эмоции» (0,21 – ЗОЖ ребенка), «опыт обмана со стороны других с целью избегания неприятностей» (-0,15 и -0,13), «возрастные способности ребенка к пониманию обмана» (0,12 и 0,43). Полученные результаты позволяют предполагать, что без вложения признаков соблюдения ЗОЖ матерями и детьми полученные по результатам факторизации матрицы основные факторы, объясняющие более 51 % суммарной дисперсии признаков, не смогут реализовать себя в полной мере.

В целом результаты факторного анализа указывают на высокий уровень информативности фактора «возрастные способности ребенка к пониманию обмана

как общего понятия», который несет максимальную нагрузку – 15,88 % от общей суммарной дисперсии признаков, что указывает на возможность самоорганизации структуры понимания обмана с возрастом ребенка; а также фактора «эффективное материнское отношение (кооперация) – 5,58 % от общей суммарной дисперсии признаков, который входит в первую четверку факторов, берущих на себя 36,93 % изменчивости, то есть более всей ее трети. При этом существенной составляющей в выделенных факторах является соблюдение ЗОЖ матерями и детьми, что позволяет обосновать возможность улучшения когнитивной способности ЧБД через улучшение материнского отношения к детям (в плане повышения искренности отношения к детям, примера правдивого родительского поведения и реализации матерями ЗОЖ).

В четвертой главе «Направления и способы психолого-педагогической коррекции понимания обмана как компонента когнитивной способности детей» представлены соответствующие рекомендации.

В первом параграфе «Направления и способы коррекции особенностей понимания обмана часто болеющими детьми» описана общая стратегия коррекционных мероприятий, которая осуществлялась в отношении трех субъектов образовательного пространства – ЧБД, их матерей и педагогов. В организации и обеспечении коррекционного процесса участвовали психологи дошкольных образовательных учреждений, осуществляющие индивидуальные и групповые консультации, психологическое сопровождение педагогов и родителей по проблемам ЧБД, особенностям понимания детьми обмана, вопросам ЗОЖ и родительского отношения, а также медицинские работники учреждения, отслеживающие соматическое состояние детей, частоту их заболеваний до и после формирующих мероприятий.

Формирующий эксперимент проводился в 2007 – 2008 гг. на базах МБДОУ № 139, № 142, № 211 и № 295 г. Красноярска в течение 2,5 месяца. В нем приняли участие 60 ЧБД старшего дошкольного возраста, их матери и 17 педагогов.

На первом этапе в рамках поставленных психокоррекционных задач: формирования у родителей знаний о психолого-педагогических особенностях ЧБД, особенностях понимания детьми обмана, эффективном типе родительского отношения (с формированием собственного эффективного); оптимизации факторов ЗОЖ и формирования адекватных психологических приемов преодоления болезни; повышения адекватности понимания обмана ЧБД старшего дошкольного возраста через оптимизацию родительского отношения в условиях дошкольных учреждений и в домашней обстановке; расширения знаний педагогов о возрастных особенностях понимания обмана ЧБД, знакомства с методами повышения эффективности родительского отношения к ребенку, расширения представлений о ЗОЖ и его значимости были использованы: лекции, семинары и индивидуальные консультации.

На втором этапе в течение 2,5 месяца 1 раз в неделю проводились занятия с матерями и детьми по гармонизации детско-родительских отношений, повышению их эффективности по программе И.М. Марковской. Длительность занятий составляла 60 минут, соблюдался принцип чередования интеллектуальной и физической нагрузки, использовались игровые паузы. Осуществлялись

индивидуальные занятия родителей с ребенком в домашних условиях. Параллельно велась работа по осознанию ребенком и матерью состояния болезни на интеллектуальном, эмоциональном и мотивационном уровнях. С детьми использовались рассказы, сказки, викторины на оздоровительную и спортивную тематику; конкурсы рисунков, ролевые и сюжетные игры, спектакли и театрализованные представления, беседы просветительского характера. Работа с матерями включала: практикумы по закаливанию; семинары по основам безопасности жизнедеятельности ребенка в условиях семьи; организацию режима дня и сбалансированного питания детей; организацию встреч с представителями детского здравоохранения и спорта; практикумы по физкультуре и организации режима двигательной активности ребенка в семье.

Педагогам были предложены педагогические советы, занятия по лечебной физкультуре, фитнесу и аэробике; дни здоровья (совместно с родителями, детьми ДОУ и собственными) и др.

Во втором параграфе «Эффективность коррекционной программы» описаны результаты контрольного среза, позволяющего оценить степень изменения материнского отношения к ЧБД, изменение отдельных аспектов понимания детьми обмана и параметров ЗОЖ.

Сравнительный анализ результатов с использованием t-критерия Стьюдента показал наличие достоверных различий между материнским отношением к ЧБД до и после формирующих мероприятий по характеристикам: «эмоциональное отвержение» ($p \leq 0,001$), «симбиоз» ($p \leq 0,0001$), «авторитарная гиперсоциализация» ($p \leq 0,0001$), «маленький неудачник» ($p \leq 0,0001$) и, что наиболее значимо, «кооперация» ($p \leq 0,0001$). В целом это проявляется большим эмоциональным принятием детей, появлением большей оптимистичности в оценке их способностей и возможностей, меньшей дистанцией в отношениях, меньшими ограничениями и контролем часто болеющих старших дошкольников, верой в их способности, а также стремлением к объединению усилий, помощи и поддержке в сложных ситуациях. Таким образом, промежуточная цель нашего формирующего воздействия – изменение материнского отношения к ЧБД на более эффективное – была достигнута (табл. 1).

Таблица 1 – Достоверность различий в типах материнского отношения к часто болеющим старшим дошкольникам до и после формирующего эксперимента

Параметры сравнения	$M \pm m$	$M \pm m$	t	Уровень достоверности
	Матери ЧБД (до)	Матери ЧБД (после)		
Эмоциональное отвержение	11,97±0,43	10,07±0,41	2,97	$p \leq 0,001$
Кооперация	7,17±0,19	7,72±0,25	-3,84	$p \leq 0,0001$
Симбиоз	4,25±0,21	3,28±0,22	3,85	$p \leq 0,0001$
Авторитарная гиперсоциализация	3,82±0,19	2,82±0,21	4,11	$p \leq 0,0001$
Маленький неудачник	2,20±0,17	1,32±0,18	4,79	$p \leq 0,0001$

Одновременно с изменением материнского отношения после проведения формирующего эксперимента изучалось изменение отдельных аспектов понимания детьми обмана.

1. Общее и абстрактное понимание обмана.

В определении обмана как общего понятия (рис. 7) часто болеющие старшие дошкольники стали испытывать меньше затруднений ($p \leq 0,001$), стали чаще использовать понятие «обман» ($p \leq 0,05$).



Рис. 7. Распределение выборочной совокупности часто болеющих старших дошкольников до и после формирующего эксперимента по методике «Опросник»: блок 1: общее понимание

В понимании обмана как абстрактного понятия (рис. 8) снизилось количество затруднений ($p \leq 0,05$), дети стали чаще приводить примеры обмана ($p \leq 0,05$).

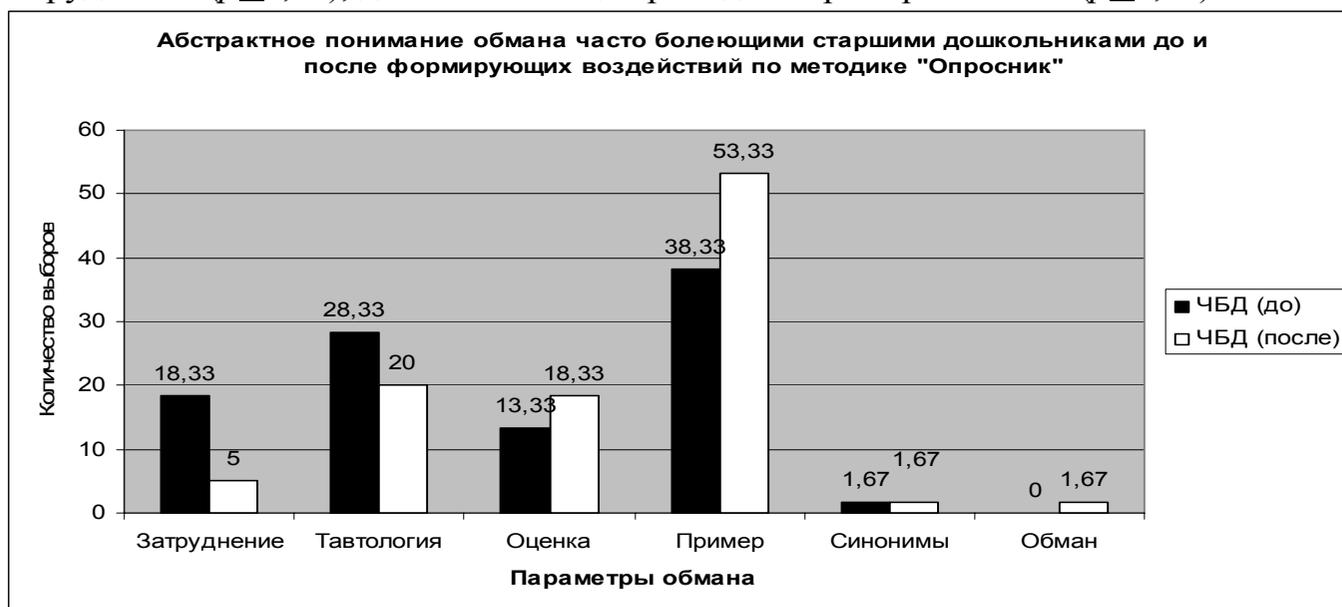


Рис. 8. Распределение выборочной совокупности часто болеющих старших дошкольников до и после формирующего эксперимента по методике «Опросник»: блок 2: абстрактное понимание

2. Успешность распознавания обмана в разных областях. ЧБД стали реже ошибаться при распознавании ситуаций обмана в области основных ($p \leq 0,01$) и дополнительных эмоций ($p \leq 0,001$); основных ($p \leq 0,01$) и дополнительных знаний ($p \leq 0,001$), а также основных намерений ($p \leq 0,01$).

3. Способы или стратегии распознавания обмана. Произошло уменьшение количества ошибок при распознавании ситуаций обмана и правды в области знаний ($p \leq 0,001$), обмана и правды в области эмоций ($p \leq 0,001$) и намерений ($p \leq 0,05$); увеличилась способность к распознаванию основных и дополнительных знаний

($p \leq 0,01$ и $p \leq 0,001$), основных и дополнительных эмоций ($p \leq 0,01$ и $p \leq 0,001$), основных намерений ($p \leq 0,01$). Выросла адекватность стратегии распознавания обмана в области эмоций ($p \leq 0,001$).

Изучалось изменение представлений матерей и детей о ЗОЖ (рис. 9).

Улучшилось идеальное представление матерей о факторах ЗОЖ ($p \leq 0,05$), выросли показатели реального соблюдения этих факторов в жизни ($p \leq 0,05$), увеличилось количество семей, соблюдающих ЗОЖ ($p \leq 0,01$).

Улучшилось идеальное представление детей о здоровом ребенке ($p \leq 0,001$), выросли показатели реального соблюдения факторов ЗОЖ детьми в жизни ($p \leq 0,001$) – увеличилось количество выборов детьми таких критериев, как: «я много гуляю, бегаю, прыгаю», «я всегда хорошо сплю и ночью, и днем», «я спокоен в любых ситуациях», «у меня всегда хорошее настроение», «я много играю», «я самостоятельный», «я имею хорошие отношения с родителями и братьями-сестрами».



Рис. 9. Выраженность представлений об ортобиозе у матерей часто болеющих старших дошкольников и самих детей до и после формирующего эксперимента по методике Р. А. Захаровой и анкете для детей на ее основе

Отсроченный контроль за частотой соматических заболеваний ребенка, осуществленный через 12 месяцев с даты окончания формирующих мероприятий, показал снижение частоты заболеваемости у детей, подвергшихся формирующему эксперименту. Так значительно снизилась частота заболеваемости детей: 41,7 % детей совсем не болели в течение года (ОРВИ, ОРЗ, хр. фарингит), 38,3 % детей болели значительно реже – их заболевания протекали быстрее (ОРВИ, ОРЗ за 3 – 5 дней; хр. бронхиты за 12 – 14 дней, хр. фарингиты за 6 – 8 дней) и в более легкой форме.

В целом можно констатировать, что осуществляемая коррекционная деятельность позволила достичь повышения эффективности материнского отношения, улучшения понимания детьми отдельных аспектов обмана, расширения представлений детей и матерей о ЗОЖ и увеличения количества семей, соблюдающих ЗОЖ.

В Заключении диссертации делаются следующие выводы.

1. Когнитивная способность часто болеющих старших дошкольников (на примере понимания детьми феномена обмана) характеризуется рядом особенностей:

дети испытывают больше затруднений и реже используют синонимы обмана при его объяснении, как общего, так и абстрактного понятия; чаще принимают обман за правду в области знаний, в меньшей степени используют стратегию отрицания правдивой информации в области знаний, смешанную стратегию распознавания обмана в области эмоций; чаще опираются на признак контекста ситуации в ситуации собственного обмана; реже опираются на поведенческие проявления, контекст ситуации и индивидуальные особенности в ситуации обмана со стороны другого; менее склонны к обману в области намерений.

2. Лучшему пониманию ЧБД обмана способствуют: возраст матери, уровень ее образования, наличие полной семьи, возраст ребенка, большее количество детей в семье; тип материнского отношения «кооперация»; реализация семьей ЗОЖ. Затруднения в понимании обмана вызывают такие неэффективные типы материнского отношения, как: «эмоциональное отвержение», «симбиоз», «авторитарная гиперсоциализация», «маленький неудачник»; недостаточное соблюдение семьей ЗОЖ.

3. Представление о ЗОЖ у матерей не совпадает с реальным соблюдением ЗОЖ в семье часто болеющего ребенка. Реальное соблюдение факторов ЗОЖ ниже идеального представления о нем как у матерей ЧБД, так и матерей здоровых детей. При этом значимых различий между матерями ЧБД и здоровых детей не выявлено. Реальное соблюдение факторов ЗОЖ было оценено детьми выше, чем идеальные представления о здоровом ребенке. Значимых различий между представлениями о здоровом ребенке и соблюдении факторов ЗОЖ у ЧБД и здоровых детей не наблюдалось.

При этом было выявлено наличие достоверной связи между идеальными представлениями, реализацией детьми ЗОЖ и такими аспектами понимания обмана, как: понимание обмана как общего и как абстрактного понятия, использование синонимов при определении общей ситуации обмана, способность к распознаванию обмана в области эмоций и в области знаний.

4. Своевременное внедрение коррекционно-развивающей программы, основанной на базовых положениях биопсихосоциально-этической модели развития человека через повышение эффективности материнского отношения, разъяснение матерями ситуаций обмана и собственный родительский пример правдивого поведения, а также расширение представлений матерей и детей о ЗОЖ обуславливает положительные изменения когнитивных способностей детей (на примере понимания ими обмана), а в целом влечет за собой расширение представлений и реальное соблюдение детьми ЗОЖ, а также положительно влияет на соматический статус детей.

Полученные выводы не претендуют на исчерпывающее решение исследуемой проблемы. Напротив, результаты экспериментально-психологического исследования актуализировали необходимость дальнейшего изучения заявленной проблемы.

СПИСОК НАУЧНЫХ РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи, опубликованные в изданиях, рекомендованных ВАК МО и науки РФ:

1. Штумф В.О., Ковалевский В.А. Особенности понимания обмана часто

болеющими детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста // Сибирский педагогический журнал. 2009. № 4. С.370–381.

2. Штумф В.О. Влияние родительского отношения на особенности понимания обмана часто болеющими старшими дошкольниками // Сибирский педагогический журнал. 2009. № 11. С. 376–380.

3. Штумф В.О. Особенности понимания обмана и возможности их коррекции у часто болеющих старших дошкольников // Сибирский психологический журнал. 2009. № 34. С. 109–114.

4. Штумф В.О. Роль родительского отношения в формировании неадекватного понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного возраста // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В. П. Астафьева. 2010. № 2. С. 136–142.

Публикации в других изданиях:

5. Штумф В.О. Игровая и арттерапия как методы психологической коррекции и психотерапии проблем детско-родительских отношений // Современная семья: проблемы сопровождения: материалы VIII Региональной научно-практической конференции психологов г. Красноярска и Красноярского края. / Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева./ Красноярск, 2006. С. 281–290.

6. Штумф В.О. Основные подходы к пониманию обмана в контексте мотивационно-потребностного развития ребенка // Мотивационно-потребностное развитие ребенка: материалы X Региональной научно-практической конференции педагогов-психологов. Красноярск, 27–28 февраля 2008 г. / отв. ред. В.А. Ковалевский; ред. кол.; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2008. С. 34–41.

7. Штумф В.О., Дусказиева Ж.Г. Специфика родительского отношения к часто болеющему ребенку // Проблемы и перспективы дифференцированного, интегрированного, инклюзивного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья: региональный опыт: материалы Всероссийской научно-практической межведомственной конференции с международным участием. Красноярск, 11–13 декабря 2008 г. / ред. кол; отв. Ред. В.Г. Гончарова; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2009. С. 323–326.

8. Штумф В.О. Родительское отношение и понимание обмана часто болеющими детьми // Проблемы и перспективы дифференцированного, интегрированного, инклюзивного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья: региональный опыт: материалы Всероссийской научно-практической межведомственной конференции с международным участием. Красноярск, 11–13 декабря 2008 г. / ред. кол; отв. ред. В.Г. Гончарова; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2009. С. 358–361.

9. Штумф В.О. Представления часто болеющих и здоровых старших дошкольников об ортобиозе как составляющей их образа Я // Психологическое сопровождение развития самосознания ребенка дошкольного, младшего школьного и подросткового возраста: материалы XIII Всероссийской научно-практической конференции педагогов, психологов. Красноярск, 15–16 февраля 2011 г.: в 2 т. / отв. ред. В.А. Ковалевский; ред. кол.; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. Красноярск, 2011. Т. 2. С. 237–242.