

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего
образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра психологии и педагогики детства

БАРАНОВА КСЕНИЯ АРКАДЬЕВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНЫХ
КОМПЕТЕНЦИЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ШЕСТИ ЛЕТ**

Направление подготовки 44.03.01 Педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы
Дошкольное образование

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

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

Научный руководитель
канд. биол. наук, доцент Вербианова О.М.

Дата защиты

28.06.2021

Обучающийся

Баранова К.А.

Оценка

Красноярск 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ШЕСТИ ЛЕТ	7
1.1. Социальное развитие. Его сущность, компоненты и факторы	7
1.2. Особенности развития социальных компетенций. Условия и средства их развития	13
1.3. Психологические особенности часто болеющих детей шести лет	20
Выводы по главе 1.....	25
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ДЕТЕЙ ШЕСТИ ЛЕТ.....	28
2.1. Характеристика испытуемых и обоснование методик диагностики	28
2.2. Результаты изучения особенностей развития социальных компетенций детей дошкольного возраста	31
2.3. Реализация условий развития социальных компетенций часто болеющих детей шести лет	51
2.4. Организация игрового взаимодействия по развитию социальных компетенций детей шести лет	55
2.5. Организация взаимодействия с родителями по развитию социальных компетенций часто болеющих детей шести лет	58
Выводы по главе 2.....	62
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	66
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	68
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	73

ВВЕДЕНИЕ

В современном образовании основной ценностью является человек со всеми своими особенностями, человек, как целостная развивающаяся система. Поэтому в педагогике все больше внимания уделяется концепции компетенциям, основная цель которой состоит в формировании личности, способной в постоянно меняющихся условиях современной жизни действовать адекватно, брать на себя ответственность, применять по назначению полученные знания и опыт в новых условиях, ориентироваться на социально-нравственные ценности.

Актуальность темы данного исследования обусловлена, тем, что в последние годы вопросы формирования коммуникативных умений детей дошкольного возраста приобрели особую значимость в связи с реализацией компетентного подхода в образовании и приоритетностью социально-коммуникативного развития ребенка.

Социальная компетентность ребенка формируется под влиянием многих внешних и внутренних факторов, в том числе под влиянием состояния здоровья ребенка, которое накладывает отпечаток и на социальную ситуацию развития ребенка в целом, и на его личностные особенности, а, значит, и на результативность процесса формирования социальных компетенций [1; 3-13].

В последние годы увеличилось количество часто болеющих детей, которые вынуждены длительное время находиться на лечении, а потому ограничены в социальных контактах со сверстниками и педагогами дошкольных образовательных учреждений [33; 38]. Социально-коммуникативная депривация приводит к дефициту опыта, необходимого для развития социальных компетенций, искажениям в психологическом развитии детей, недостаточному развитию у дошкольников такого значимого для их дальнейшей жизнедеятельности новообразования, как готовность к школе [17; 18; 20; 24; 28].

Психическое развитие часто болеющих детей по сравнению со здоровыми осложнено условиями соматического заболевания, что представляет одну из самых острых проблем современного общества.

Несмотря на предпринимаемые со стороны медицины меры по укреплению и сохранению здоровья часто болеющих детей, проблемы, связанные с развитием и социализацией их личности, остаются достаточно острыми. Чрезвычайно актуальными становятся механизмы интеграции медицинских, психологических и педагогических технологий в контексте формирования и укрепления здоровья данной категории детей.

Вопрос адаптации часто болеющих детей к условиям дошкольной образовательной организации является достаточно острым, поскольку поступление ребенка в детский сад и адаптация к нему являются факторами риска в возникновении заболеваний, что приводит к дефициту общения со сверстниками, по сравнению со здоровыми детьми [21; 31; 41; 45].

Проблема развития социальной компетентности детей - важная социальная и психолого-педагогическая проблема, ее решение затрагивает насущные вопросы общества и образования. В современных условиях социально-экономических изменений перед образованием поставлена задача не просто дать дошкольникам определенный уровень знаний, умений и навыков по основным векторам развития, но и выработать у них способность и готовность жить в современном сверхсложном обществе, достигать социально-значимых целей, эффективно взаимодействовать и решать жизненные проблемы.

Таким образом, мы выделили проблему исследования: определить оптимальные условия для формирования социальных компетенций часто болеющих старших дошкольников в условиях дошкольной образовательной организации.

Отсюда цель исследования – на основе изучения особенностей развития социальных компетенций часто болеющих детей шести лет выявить необходимые педагогические условия их совершенствования.

В качестве объекта исследования выступают социальное развитие часто болеющих детей дошкольного возраста.

Предмет исследования – особенности и условия развития социальных компетенций часто болеющих детей шести лет.

Гипотеза исследования: предполагается, что социальные компетенции часто болеющих детей имеют определенные дефициты развития, которые могут быть преодолены посредством реализации следующих педагогических условий:

– активизация взаимодействия детей со сверстниками в ДОО посредством организации игровой деятельности;

– активизация взаимодействия ребенка в семье посредством организации проектной деятельности в условиях домашнего воспитания. Достижение поставленной цели осуществлялось посредством решения следующих задач:

1. Раскрыть сущность социальных компетенций и специфику их развития в детском возрасте.

2. Охарактеризовать психологические особенности часто болеющих детей шести лет.

3. Изучить особенности развития социальных компетенций часто болеющих и здоровых детей шести лет.

4. Выделить оптимальные педагогические условия развития социальных компетенций часто болеющих детей шести лет.

5. Разработать комплекс мероприятий, направленный на развитие социальных компетенций часто болеющих детей шести лет с учетом выделенных условий.

Методологической и теоретической основой исследования являются научные труды таких авторов, как Г.Э. Белицкая, Н.И. Белоцерковец, А.В. Брушлинский, Е.В. Коблянская, Л.В. Коломийченко, С.Н. Краснокутская, А.Б. Кулин, В.Н. Куницына, О.П. Николаев, У. Пффингстен, К. Рубин, Л. Роуз-

Крэснор, В.В. Цветков и другие, которые занимались изучением понятия и сущности социальных компетенций детей дошкольного возраста.

Методами исследования являются:

– теоретические методы: изучение, анализ, обобщение, сравнение, систематизация сведений психологической, педагогической литературы по проблеме исследования.

– эмпирические методы: эксперимент.

Методы количественного и качественного анализа результатов исследования.

База и выборка исследования: эмпирическое исследование было проведено базе МБДОУ «Детский сад № XX» г. Красноярск. В исследовании приняли участие 24 ребенка старшего дошкольного возраста из разных групп, из которых 12 детей – здоровые, 12 – часто болеющие дети.

Практическая значимость заключается в том, что подобранный диагностический инструментарий по теме исследования, позволяющий определить уровень сформированности социальных компетенций часто болеющих детей шести лет: разработанная система взаимодействия образовательной организации с родителями, а также рекомендации родителям по формированию социальных компетенций часто болеющих детей шести лет могут быть использованы в практической деятельности воспитателями и психологами дошкольных образовательных организаций.

Структура работы определяется поставленными задачами и состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников и приложений.

Глава 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАЗВИТИЯ СОЦИАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ ШЕСТИ ЛЕТ

1.1. Социальное развитие. Его сущность, компоненты и факторы

Проблема социального развития детей в настоящее время особенно актуальна. Образование в современном мире во многом утратило свою основную составляющую – деятельность по развитию культуры личности, системы духовно-нравственных ценностей.

В Федеральном государственном образовательном стандарте дошкольного образования в качестве одной из важнейших задач дошкольного образования обозначено приобщение детей к социокультурным нормам и традициям семьи, общества, государства. Также в стандарте отмечено, что необходимо формировать у детей первичные представления о культурных традициях своего народа и других народов [46].

Реализация основных идей и целей научно-гуманистической системы образования предполагает совершенствования содержания и методов работы образовательных учреждений; модернизацию и реформирование системы управления, организацию педагогического процесса в соответствии с основными направлениями приобщения детей к различным аспектам социальной культуры, их своевременное социальное развитие.

Социально-коммуникативное развитие, как особое направление в работе с детьми дошкольного возраста, заявлено сравнительно недавно и поэтому имеются «белые пятна». В отборе доступного возрасту детей содержания социальной направленности, разработке эффективных технологий, использовании специфических видов деятельности, содействующих формированию у дошкольников ценностных личностных проявлений и качеств, педагогических условий для организации эффективного образовательного процесса социального воспитания детей дошкольного возраста [19].

Вопросам социального развития детей дошкольного возраста посвящены работы Л.С. Выготского, А.Г. Гогоберидзе, С.Л. Рубинштейна, А.Н. Леонтьева, А.В. Мардахаева, А.В. Запорожца, Д.И. Фельдштейна и др., в работах, которых освещаются проблемы социализации, привития детям культурных норм и правил поведения. Проблема социального развития, как процесс приобщения ребенка к духовному и материальному опыту, осознание им своего «Я» и развитие у него способности адекватно оценивать себя, имеет длительную историю.

Выдающийся психолог Л.С. Выготский рассматривал процесс социального развития, как приобщение детей к богатству и разнообразию окружающего мира и его проявлениям, как результат «врастания» ребенка в культуру [15, с. 89].

Социальное развитие следует рассматривать в педагогике точно так же, как любой другой элемент содержания образования личности: эстетическое, трудовое, нравственное и т.п. Такой подход, просматривается в работах А.В. Мудрика.

Социальное развитие, по Мудрику – это «овладение способами взаимодействия с людьми, формирование и коррекция установок в этой сфере». Социальное развитие, с данной точки зрения, как и другие виды, играет дополнительную роль к развитию в целом, оно тоже осуществляется под влиянием внутренних источников и внешних факторов социализации [33].

Г.С. Голошумова в своей работе пишет о социальном развитии личности – это количественное и качественное изменение личностных структур в процессе формирования человека, его социализации и воспитания. Социальное развитие человека имеет непрерывный, но неравномерный характер. Непрерывность его заключается в постоянной потребности социального изменения, сохранения, утраты социального опыта как естественного социального роста человека [16].

Д.И. Фельдштейн высказывал мысль о поэтапном социальном личностном развитии, характеризующемся особенностями саморазвития, самоопределения, механизмами индивидуализации и социализации [47].

Процесс социального развития дошкольников, по мнению В.Т. Кудрявцева, предполагает становление у ребенка личного отношения, преобразования и трансформации культурных ценностей в собственные межличностные отношения. Успешность социального развития, по мнению В.Т. Кудрявцева, обуславливается творческой социализацией и индивидуализацией личности [30].

Социальное развитие, согласно концепции Л.С. Выготского, включает последовательные стадии. Стадию примитивных культурных форм поведения, стадию накопления ребенком опыта средств культурного поведения; стадию использования ребенком внешних знаков для осуществления операций; стадию становления внешнего акта—переход его во внутренне опосредованный [17, с. 93].

По мнению А.В. Хуторского, общекультурные умения включают круг вопросов, в которых ребенок должен быть хорошо осведомлен. При этом обладая соответствующими познаниями и опытом деятельности [49].

В соответствии с концепцией Д.И. Фельдштейна, в отношении сущности социализации, процесс социального развития представляет собой постоянно воспроизводящийся результат социализации-индивидуализации, который характеризуется не только уровнем освоения, растущим человеком всеобщего социального развития во всей сложности и широте его определения (включающего нормы конкретно-исторического общества и через них – нормы человеческих связей, отношений, весь мир культуры, духовного производства), но и степенью социальной «самости» индивида [48].

Социальное развитие осуществляется с помощью общения со сверстниками и взрослыми. Общаясь, ребенок начинает жить по правилам, стараясь учитывать свои интересы и собеседников, перенимает конкретные

поведенческие нормы. Цель социального развития ребенка в дошкольной образовательной организации – сформировать полноценную личность, обладающую опытом взаимодействия с другими членами общества в рамках приемлемых норм и правил поведения. Основой социального развития является возникновение чувства привязанности и доверия к взрослым, развитие интереса к окружающему миру и самому себе. Социальное развитие создает основу для усвоения детьми нравственных ценностей, этически ценных способов общения [16].

Учить ребенка понимать и уметь сопоставлять жизнь с образцами, представленными не только стилями общения, установками, но и ритуалами, праздниками, инсценировками сказок, пословиц и поговорок, проведением тренингов, подвижных и сюжетно-ролевых игр, тематических проектов, выставок, способствующих познанию детьми дошкольного возраста культурных ценностей своего народа.

Л.С. Выготский определял социальную ситуацию развития как особое социальное пространство, которое создает взрослый для развития детской личности. Оно определяется системой социальных условий, которые взрослый организует при взаимодействии с ребенком. Но поскольку сам ребенок изменяется, приобретая новые качества, меняется его отношение к социальной ситуации развития и к процессу взаимодействия с взрослым – от принятия к полному отрицанию [15, с. 94].

Согласно Л.С. Выготскому, среда в данном случае выступает в отношении развития высших психических функций как источник развития: Человек есть социальное существо, вне взаимодействия с обществом он никогда не разовьет в себе тех качеств, которые развились в результате развития всего человечества [14].

На формирование полноценно развитой личности большое влияние оказывает общение с людьми. Именно поэтому формированию умения ребенка находить контакт с другими людьми, следует уделять особое внимание.

А.М. Щетинина отмечает, что социальное развитие предполагает наличие у ребенка следующих компонентов:

- когнитивный – включает владение знаниями в сфере норм поведения и общения применительно к культуре конкретного общества; знания и представления о государственной символике;

- эмоциональный – овладение детьми дошкольного возраста средствами общения, степень эмоциональной вовлеченности в действия сверстника, следование правилам социокультурного взаимодействия в сфере коммуникаций;

- поведенческий – владение детьми дошкольного возраста опытом социальных отношений, культурными навыками, социокультурными навыками [16].

Выделяют следующие этапы социального развития дошкольников:

1. Младенчество. Социальное развитие начинается у дошкольника еще в младенческом возрасте. При помощи мамы или другого человека, который часто проводит время с новорожденным, малыш постигает азы общения, используя средства общения, как мимика и движения, а также звуки.

2. От шести месяцев до двух лет. Общение малыша с взрослыми становится ситуативным, что проявляется в виде практического взаимодействия. Ребенку нередко нужна помощь родителей, какие-то совместные действия, за которыми он обращается.

3. Три года. В этом возрастном периоде малыш уже требует общества: он хочет общаться в коллективе сверстников. Ребенок входит в детскую среду, приспосабливается в ней, принимает ее нормы и правила, а родители в этом активно помогают. Они подсказывают дошкольнику, как нужно поступать, а как не следует: стоит ли брать чужие игрушки, хорошо ли жадничать, нужно ли делиться, можно ли обижать детей, как быть терпеливым и вежливым, и прочее.

4. От четырех до пяти лет. Этот возрастной отрезок характеризуется тем, что малыши начинают задавать бесконечно большое количество

вопросов обо всем на свете (на которые не всегда находится ответ и у взрослых!). Общение дошкольника становится ярко эмоционально окрашенным, направленным на познание. Речь малыша становится главным способом его общения: используя ее, он обменивается информацией и обсуждает с взрослыми явления окружающего мира.

5. От шести до семи лет. Коммуникация ребенка приобретает личностную форму. В этом возрасте детей уже интересуют вопросы о сути человека. Этот период считается наиболее важным в вопросе становления личности и гражданственности ребенка. Дошкольник нуждается в объяснении многих жизненных моментов, советах, поддержке и понимании взрослых, ведь они – образец для подражания. Глядя на взрослых, шестилетки копируют их стиль общения, взаимоотношений с другими людьми, особенности их поведения. Это начало формирования своей индивидуальности [15, с. 99].

Социальное развитие ребенка подразумевает под собой процесс усвоения традиций, культуры и правил, принятых в определенном обществе.

Для осуществления данного процесса должны присутствовать определенные социальные факторы развития ребенка. В качестве них выступают всевозможные объекты окружающей среды. Кооперация всех факторов составляет особенности социального развития детей.

Данные факторы можно подразделить:

- микрофакторы (к ним относится семья, школа, друзья, ближайшее социальное окружение);
- мезофакторы (к ним относятся условия, в которых растет ребенок, средства массовой коммуникации, региональные условия и другие);
- макрофакторы (здесь играют роль процессы и вещи мирового масштаба: экология, политика, демография, экономика, государство и общество) [19].

Таким образом, можно сделать вывод, что социальное развитие дошкольников понимает под собой процесс включения в социальную

практику, усвоение общественного опыта через выполнение определенной роли в практической деятельности, а также процесс усвоения ребенком существующих в обществе норм, ценностей и типичных форм поведения.

1.2. Особенности развития социальных компетенций. Условия и средства их развития

Компетентность дошкольника – это одна из основных характеристик личности. Она включает в себя социальные, коммуникативные и интеллектуальные характеристики [34].

Развитие социальных компетенций является необходимым и важным этапом социализации ребенка в общем процессе усвоения опыта социальной жизни и социальных отношений. Человек по своей природе является социальным существом [42].

Социальная компетентность дошкольника понимается как качество личности, формируемое в процессе активного развития социальных отношений, возникающих на разных этапах социального взаимодействия, а также усвоения ребенком этих этических норм, являющихся основой построения и регулирования межличностных отношений и внутриличностных социальных позиций [19].

Кроме того, социальные компетенции являются совокупностью показателей, таких как мотивационно-личностные отношения детей с другими людьми, любознательность и активность детей, конфликтность и агрессивность детей, понимание эмоционального состояния сверстника и взрослого [29].

Накопление ребенком необходимого социального опыта самостоятельно и под руководством взрослых, способствует раскрытию возрастного потенциала дошкольника, успешной подготовке к школе, а в дальнейшем – готовности к взрослой жизни. Из этого следует, что именно в дошкольном возрасте закладываются основы социальных компетенций

ребенка, определяющие пути развития и успешной адаптации в меняющемся обществе [23].

Изменения, происходящие с ребенком в дошкольном возрасте, были изучены Д.Б. Элькониным, М.М. Лисиной, А.В. Запорожцем. Они установили, что для дошкольников определяющим фактором является развитие мотивационно-потребностной сферы.

В повседневной жизни в процессе социализации ребенок усваивает культурные нормы поведения, у него развиваются навыки и умения выстраивать отношения с миром взрослых и сверстников. В основе формирования социальных компетенций лежит понятие социализации, как процесса «вхождения» ребенка в мир человеческих отношений, человеческой культуры, как первых внутренних этических норм, которые формируются в раннем возрасте [29].

Социальная компетентность – это интегральное качество личности ребенка, позволяющее ему, с одной стороны, осознавать свою уникальность и уметь самопознать и самоизменяться, а с другой – чувствовать и выражать себя как часть коллектива, общества, уметь строить отношения и учитывать интересы других людей, брать на себя ответственность и действовать на основе общечеловеческих и национальных ценностей [27].

В исследованиях Л.С. Выготского, С.Л. Рубинштейна показано, что среда развития ребенка служит источником материала для самопознания, создает условия для понимания себя как целостной личности. При изучении механизмов взаимодействия среды и личности, важная роль отводилась «социальной ситуации развития», которую Л.С. Выготский понимал, как «своеобразное, соответствующее возрасту неповторимое отношение ребенка к окружающему миру». Предметно-пространственная среда становится фактором воспитания ребенка только тогда, когда она наполняется знаниями, представлениями о социальном мире, природе через способность детей творчески преобразовать приобретенные таким образом, способы деятельности. Обогащенная среда наполняется таким

методическим ресурсом, который обеспечивает развитие различных психических процессов, а также дает дошкольникам бесценный социальный опыт [15].

Формирование социальных компетенций происходит на всех этапах личностного развития, и каждый последующий этап взросления опирается на предыдущий.

Ряд исследований: Е.С. Евдокимовой, О.Л. Князевой, С.А. Козловой, Т.А. Куликовой подтверждают, что освоение социального опыта активно осуществляется ребенком в процессе деятельности [25].

С.Л. Рубинштейн говорил, что любая попытка воспитателя внести в ребенка знания и нравственные нормы, минуя собственную деятельность ребенка по их освоению, подрывает сами основы здорового психического и нравственного развития ребенка, воспитания его личностных свойств и качеств [39].

Следовательно, еще одним условием социального развития ребенка, формирования его социальных компетенций является непосредственное многообразие видов деятельности ребенка: предметная деятельность, игровая деятельность, изобразительная деятельность, познавательная деятельность, трудовая, совместная деятельность с взрослым и сверстником. В этих видах деятельности ребенок получает всю необходимую информацию об окружающем мире.

Через предметную деятельность у дошкольника накапливается социальный опыт. Овладевая трудовыми навыками, ребенок постепенно приобретает чувство уверенности и эмансипируется от взрослого. В процессе трудовой деятельности ребенок активно преобразовывает окружающий мир. Совместный труд формирует навыки взаимодействия, положительные эмоции, ощущение общественной значимости и нужности окружающим [26].

В силу возрастных особенностей, проектная деятельность также является одним из средств активного познания окружающего мира,

вхождения дошкольников в систему социальных отношений, тесного взаимодействия с взрослыми и сверстниками (Е.С. Евдокимова, Л.С. Киселева, Т.А. Данилова, Т.С. Лагода, М.Б. Зуйкова, Е.П. Панько и другие) [37].

В процессе совместной деятельности растет интерес к другим людям, формируются социальные мотивы поведения. В ней происходит передача социального опыта, ребенок выступает как субъект всех видов деятельности.

Особое значение для развития социальных компетенций в дошкольном детстве имеет игра, которая является ведущей деятельностью в этом возрасте. Игра – это деятельность, в которой ребенок сначала на эмоциональном уровне, а затем – на интеллектуальном уровне, познает всю систему человеческих отношений [16].

Игра – это особая форма овладения реальностью, которая предполагает активное воспроизведение и моделирование ситуаций социального взаимодействия. Эта форма возникает только тогда, когда ребенок еще не способен принимать прямого участия в системе социальной работы, но у него уже есть потребность активно «входить» в общественную жизнь с сопутствующими ей разнообразными социальными отношениями [36].

В дошкольном возрасте игра является ведущим видом деятельности ребенка. Следовательно, именно в игре для дошкольника «наиболее полно представлены типичные для данного периода развития отношения ребенка и взрослых, а через это – его отношение к действительности». Именно игра, как ведущая деятельность, «связывает ребенка с теми элементами окружающей действительности, которая в данный период является источником психического развития». Именно от игры «в первую очередь, зависят наблюдаемые в данный период развития основные психические изменения в личности ребенка», и, наконец, именно внутри игры

происходит формирование или перестройка основных психических процессов ребенка [26].

Современные социологи, психологи, педагоги и культурологи едины во мнении о том, что игра – это объективная сторона существования человека и один из неотъемлемых способов его социальной жизни. Повышая интенсивность жизни каждого отдельно взятого человека и социальных общностей, игра становится неотъемлемой частью духовно^й культуры людей, поддерживая и транслируя идеалы и ценности каждой эпохи.

Г.П. Щедровицкий, раскрывая философские аспекты сущности игры и ее развивающего потенциала, подчеркивал, что игра – это особая форма детской жизни, разработанная или созданная обществом для управления развитием детей: в этом отношении она является особым педагогическим творением [50].

Наиболее глубоко развивающий потенциал детской игры и ее значение для социальной адаптации личности отражены в высказываниях Д.Б. Эльконина, который называл игру «арифметикой социальных отношений» и трактовал ее как «деятельность, возникшую на определенном этапе онтогенеза, как одну из ведущих форм психических функций и способов познания ребенком мира взрослых» ... как основное средство содействия разрешению внутренних противоречий и подготовки ребенка к другим видам деятельности [51].

Б.Г. Ананьев, Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Д.Н. Узнадзе и другие отечественные исследователи рассматривали игру как социально-психологический феномен.

Б.Г. Ананьев в одной из своих работ писал, что игра – это не вековая форма деятельности, предшествующая целенаправленному, систематическому, специально организованному обучению, это особая форма деятельности, охватывающая все периоды человеческой жизни [2].

Л.С. Выготский, акцентировал внимание на том, что игра – это творческая обработка переживаний, объединение их и построение из них, новой реальности отвечающей потребностям и желаниям ребенка ... игра, а представляет собой увеличительное стекло, которое видит все дальнейшее развитие событий. Человек в игре совершает скачок выше уровня своего прошлого развития [15]. И именно это свойство игры несет в себе потенциал для личностного развития.

А.Н. Леонтьев обращает особое внимание на то, что игра является ведущей деятельностью дошкольника, «то есть такой деятельностью, в связи с развитием которой происходят значительные изменения в психике ребенка и в рамках которой развиваются психические процессы, подготавливающие переход ребенка на новый этап его развития». В ходе многолетних исследований ученый неопровержимо доказал, что ребенок осваивает более широкий, непосредственно недоступный круг реальности. Игра является важным источником развития сознания ребенка, произвольности его поведения, особой формы моделирования отношений между взрослыми, закрепленных в правилах и определенных ролях [31; 32].

Во всех этих высказываниях ученых об игре прослеживается общая идея. Игра является необходимым средством развития (в первую очередь, социального) ребенка и, в то же время, сама по себе – развивающая среда для ребенка дошкольного возраста. Детская игра – это историческая и социальная, а не биологическая природа. Окружающая среда выступает источником развития игры. Игра, так или иначе, но всегда в доступной и интересной форме моделирует саму жизнь. Естественно, что в каждую эпоху, в каждый период развития общества, дети по-своему отражают жизнь в играх. Сегодня, научно-технический процесс гуманизации образования и воспитания ставят на первое место задачу развития творческого потенциала каждого ребенка, независимо от его способностей и возможностей, и здесь игра должна стать средством формирования личности, ибо она всегда

связана с социально-экономическим развитием общества, культурными традициями народа, она эволюционирует вместе с ними.

Таким образом, на формирование социальных компетенций ребенка шести лет оказывает влияние семья, образовательная среда дошкольного образовательного учреждения, сверстники. Сотрудничество педагогов и родителей создает оптимальные условия для формирования у ребенка социального опыта, саморазвития, самовыражения и творчества, но ведущая роль в успешной социализации ребенка принадлежит семье. Специфика формирования социальных компетенций в дошкольном возрасте, помимо ярко выраженной зависимости от влияния значимых взрослых и содержания их воспитательных воздействий, выражается и в том, что этот процесс происходит в игре – появление и развитие у ребенка знаний о нормах и правилах социального взаимодействия, соответствующих умений и навыков неотделимо от игры, которая выступает в качестве источника таких знаний и естественной для ребенка среды развития социально значимых умений одновременно. Еще одна особенность формирования социальных компетенций в дошкольном детстве, связана с такой возрастной особенностью дошкольника, как естественная любознательность ребенка. Проявляя интерес ко всему, что происходит в окружающем пространстве, ребенок познает, в числе прочего, нормы и правила поведения в социуме, конструктивного взаимодействия с окружающими людьми.

1.3. Психологические особенности часто болеющих детей шести лет

Наиболее распространенные жалобы и симптомы у часто болеющих детей – это снижение аппетита, повышенная утомляемость, бледность кожных покровов, увеличение лимфоузлов, различные дисфункции со стороны желудочно-кишечного тракта и желчевыводящих путей.

Как показывает практика, чисто медикаментозное лечение таких детей не дает устойчивых позитивных результатов: едва выздоровев, они тут же заболевают вновь и вынуждены находиться месяц за месяцем дома. В результате дети лишаются нормального общения со сверстниками, их жизнь замыкается внутри семьи [4].

В возникновении частых заболеваний детей выделяют социально-психологические факторы, к которым относятся: низкий уровень образования родителей; низкий материальный достаток семей; хроническая психотравмирующая ситуация в семье: отсутствие отца или матери, конфликтные отношения между родителями; неадекватный стиль родительского воспитания; дефицит свободного времени у родителей; нивелирование функций отца и степени его ответственности в процессе воспитания ребенка; неблагоприятные личностные особенности родителей, прежде всего, матерей; поступление детей в дошкольные учреждения, школу; стрессы, вызванные педагогическими просчетами; астеническое состояние («раздражительная слабость», включающая, с одной стороны, истощаемость психических процессов, а с другой – повышенную раздражительность, готовность к аффективным вспышкам) [5; 29; 35].

Предрасполагающими факторами частой заболеваемости в дошкольном возрасте в большем количестве случаев считается начало посещения ребенком яслей и детского сада. Поступление в детский сад сопровождается определенными стрессовыми факторами: первым длительным расставанием с родителями и другими членами семьи, попаданием в совершенно незнакомую по организации и структуре

предметно-пространственную среду, длительным контактом с чужими детьми, воспитателями, персоналом, мотивы поведения которых непонятны, действия – незнакомы и непредсказуемы. Иными словами, адаптация ребенка к детскому саду является достаточно трудным психологическим и физиологическим процессом.

Поведение больного ребенка изменяется, часто становится «проблемным» для окружающих его взрослых. И хотя болезнь, как правило, не прекращает психическое развитие ребенка, она может исказить, отяготить или замедлить его ход. Болезнь не только влияет на функциональное состояние организма, но является для ребенка тяжелой психической травмой, переживание которой может активизировать защитные и компенсаторные ресурсы его психики, хотя возможен и обратный процесс [26].

Говоря о формировании внутренней картины болезни у детей, Д.Н. Исаев подчеркивает, что отношение ребенка к болезни зависит от его возраста, характерологических особенностей, личного опыта, восприятия заболевания и его тяжести, но во многом оно определяется представлением о болезни родителей и других членов семьи, родительским отношением в ситуации болезни ребенка [22].

Часто болеющие дошкольники, как правило, не понимают причин своей болезни, часто рассматривают ее как наказание за плохое поведение. Дети видят причины возникновения заболевания в нарушении питания и гигиенических правил. Для часто болеющих детей шести лет характерно амбивалентное отношение к состоянию собственного здоровья. Так, на сознательном уровне большинство детей понимает, что болезнь им мешает: нельзя ходить в гости, на улицу, нужно лечиться, принимать лекарства, иногда даже можно попасть в больницу. Но на неосознаваемом эмоциональном уровне болезнь для них более привлекательна, чем здоровье, потому что дает возможность приблизиться к матери, получить некоторую эмоциональную поддержку в виде заботы и внимания. Так, большинство

детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, будут больше обращать внимания и заботиться о них. Однако при этом были слабо сформированы механизмы личностно-смысловой регуляции; присутствует стремление к компенсации дефекта.

Особенностями развития личности и самосознания, часто болеющих детей являются следующие:

- при оценивании себя, у часто болеющего ребенка преобладает позиция «мало ценности», ущербности; отношение к себе непосредственно-чувственное;

- часто болеющие дети испытывают дискомфорт, находясь в группе сверстников, они не желают быть в центре внимания, отказываются находиться в позиции лидера;

- у часто болеющего ребенка отмечается неустойчивая оценка состояния своего здоровья, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму;

- основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на преодоление болезненных симптомов и их негативных последствий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми [20].

Особенности эмоциональной сферы часто болеющих детей:

- для большинства часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких как тревога, страх, гнев и чувство вины, следовательно, выражено состояние эмоционального неблагополучия;

- взаимодействие часто болеющих детей с окружающими носит поверхностный, формальный характер и отличается эмоциональной бедностью. Дети испытывают трудности в передаче собственных эмоциональных состояний и понимании эмоций других людей, что в

значительной степени отражается на межличностных контактах, социальной адаптации, на понимании ими взрослых и сверстников;

– данный контингент дошкольников характеризуется проявлением тревожности и преобладанием пессимистичного настроения, при этом их страхи связаны как с состоянием собственного здоровья и жизни, так и с дискомфортом во взаимоотношениях с окружающими [40].

Особенности общения с окружающими часто болеющих детей:

– круг общения часто болеющего ребенка ограничен, присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей), стремление получить от них помощь;

– при взаимодействии с взрослыми дети предпочитают предметный (на основе игры, действий с игрушками) фон общения, нежели интимно-личностный;

– часто болеющие дети малоактивны в общении с взрослыми. Контакты носят преимущественно реактивный характер. Характеризуя состояние речи ребенка, следует отметить ее низкий мотивационно-потребностный уровень, что также определяет низкую коммуникативную активность;

– часто болеющие дети проявляют значительно меньший интерес к сверстникам, что свидетельствует о низкой потребности в общении со сверстниками. При этом их контакты мало эмоциональны и сводятся лишь к простым обращениям и указаниям [20].

Проведенный анализ особенностей психического развития часто болеющего ребенка показывает недостаточную изученность данного вопроса в психолого-педагогической литературе.

В.В. Николаевой отмечается, что в ситуации болезни активизируется собственная познавательная активность ребенка, направленная на преодоление болезни, которая имеет свою специфику в зависимости от его возраста и ведущей деятельности [26].

В то же время результаты исследований отдельных познавательных психических функций свидетельствуют о более низких (по сравнению со здоровыми детьми) показателях их развития. Также доказано, что ситуация болезни приводит к сильной субъективной зависимости ребенка от взрослого (родителя). Вместе с тем, по мнению Д.Н. Исаева, у часто болеющего ребенка «утрачивается непосредственность общения с взрослыми и сверстниками».

Выводы по главе 1

На основе теоретического анализа темы исследования были сделаны следующие выводы:

1. Процесс социального развития дошкольников предполагает становление у ребенка личного отношения, преобразования и трансформации культурных ценностей в собственные межличностные отношения. Успешность социального развития обуславливается творческой социализацией и индивидуализацией личности.

2. Социальное развитие предполагает наличие у ребенка следующих компонентов:

– когнитивный – включает владение знаниями в сфере норм поведения и общения применительно к культуре конкретного общества;

– эмоциональный – овладение детьми дошкольного возраста средствами общения, степень эмоциональной вовлеченности в действия сверстника, следование правилам социокультурного взаимодействия в сфере коммуникаций;

– поведенческий – владение детьми дошкольного возраста опытом социальных отношений, культурными навыками, социокультурными навыками.

3. Основными факторами социального развития дошкольников являются:

– микрофакторы (к ним относятся семья, школа, друзья, ближайшее социальное окружение);

– мезофакторы (к ним относятся условия, в которых растет ребенок, средства массовой коммуникации, региональные условия и другие);

– макрофакторы (здесь играют роль процессы и вещи мирового масштаба: экология, политика, демография, экономика, государство и общество).

4. Понятие социальной компетентности трактуется как характеристика личности, владеющая механизмами процесса осознания социальных проблем и ценностных ориентаций на общественное благо.

5. Предметно-пространственная среда становится фактором воспитания ребенка только тогда, когда она наполнена знаниями и представлениями о социальном мире.

6. Формирование компонентов социальных компетенций детей напрямую зависит от взрослого и его способности организовать общение с ребенком.

7. Перечень ключевых компетенций включает также социально-коммуникативные компетенции – необходимый компонент каждого возрастного периода развития ребенка.

8. Игры и активное общение с окружающими являются наиболее близкими и естественными для дошкольника. В то же время его развитие идет наиболее успешно. В связи с этим актуальным становится вопрос овладения педагогами игровыми технологиями и их активного применения в учебном процессе.

9. Сформированные социальные компетенции являются результатом успешной адаптации личности к условиям социума.

10. Часто болеющие младшие дошкольники, не понимают причин своей болезни, часто рассматривают ее как наказание за плохое поведение. Дети видят причины возникновения заболевания в нарушении питания и гигиенических правил. Для часто болеющих детей шести лет характерно амбивалентное отношение к состоянию собственного здоровья.

11. Часто болеющие дети малоактивны в общении с взрослыми. Контакты носят преимущественно реактивный характер. Характеризуя состояние речи ребенка, следует отметить ее низкий мотивационно-потребностный уровень, что также определяет низкую коммуникативную активность.

12. Часто болеющие дети проявляют значительно меньший интерес к сверстникам, что свидетельствует о низкой потребности в общении со сверстниками.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ СОЦИАЛЬНЫХ КОМПЕТЕНЦИЙ ДЕТЕЙ ШЕСТИ ЛЕТ

2.1. Характеристика испытуемых и обоснование методик диагностики

Эмпирическое исследование особенностей сформированности социальных компетенций, часто болеющих детей шести лет осуществлялось на базе МБДОУ «Детский сад № XX» г. Красноярск.

Для проведения исследования были сформированы две выборки испытуемых дошкольников: первая выборка – здоровые дети шести лет; вторая – часто болеющие дети (ЧБД) шести лет.

Состав выборок здоровых и часто болеющих детей представлен в Приложении А.

В обобщенном виде характеристики выборок представлены в таблице 1. Дети двух групп идентичны по возрасту.

Дети из выборки здоровых испытуемых относятся к 1 и 2 группам здоровья.

В группе детей, относящихся к ЧБД - только те дети, которые имеют 3 и 4 группы здоровья.

В таблице 1 представлено распределение детей по группам здоровья.

Таблица 1

Распределение детей по группам здоровья

Группа	Диапазон возраста детей	Распределение детей по группам здоровья
ЧБД	От 6 лет 1 мес. До 6 лет 10 мес.	III группа – 50 IV группа – 50
Здоровые дети	От 6 лет 2 мес. До 6 лет 11 мес.	I группа – 16,6 II группа – 83,4

Таким образом, можно сделать вывод, что изучения социальных компетенций детей дошкольного возраста, нами отобраны часто болеющие дети в возрасте от 5 лет до 6 лет с III и IV группой здоровья, а также здоровые дети, в возрасте от 5 до 6 лет с I и II группой здоровья.

Для исследования особенностей сформированности у детей социальной компетентности применялась «Методика диагностики уровней сформированности основ социальной компетентности детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста», разработанная специалистами Методического центра развития социального обслуживания Л.Х. Раимбакиевой и Е.В. Долининой (г. Сургут, ХМАО) [38].

Выбор именно этой методики целесообразен еще и потому, что она предназначена для работы с детьми с ограниченными возможностями здоровья, психосоциальные особенности которых во многом сходны с особенностями часто болеющих детей (вынужденное нахождение длительное время в относительной социальной изоляции, коммуникативная депривация, нарушения в эмоциональной сфере и другое).

А так как социальные компетенции являются совокупностью показателей мотивационно-личностных отношений детей с другими людьми, любознательности и активности детей, их конфликтности и агрессивности, а также понимания эмоционального состояния сверстника и взрослого, то данную методику целесообразно использовать для данного исследования.

Кроме того, авторы указанной методики значительную роль в формировании социальной компетентности дошкольников отводят их родителям, что в полной мере соотносится с адресной направленностью разрабатываемых рекомендаций.

В качестве фундаментальной основы данной методики выступают ключевые положения компетентностного подхода, что обеспечивает соблюдение принципа преемственности и комплексности воспитательных

воздействий, осуществляемых взрослыми субъектами образовательного процесса, и теория поэтапного формирования умственных действий П.Я. Гальперина, реализующаяся на практике в виде движения «от простого – к сложному», постепенного увеличения объемов знаний и совершенствования вырабатываемых умений и навыков.

Цель методики: установить уровень сформированности когнитивного, поведенческого и мотивационно-личностного компонентов социальной компетентности детей шести лет.

Методика содержит четыре блока заданий, позволяющих оценить особенности некоторых коммуникативных компетенций:

1. Обследование уровней сформированности когнитивного компонента социальных компетенций детей шести лет;
2. Обследование уровней сформированности поведенческого компонента социальных компетенций детей шести лет;
3. Проведение итоговой диагностики уровней сформированности основ социальных компетенций детей по результатам исследования:
 - уровня сформированности мотивационно-личностных отношений ребенка с другими людьми;
 - уровня сформированности любознательности, активности детей;
 - уровня конфликтности и агрессивности.

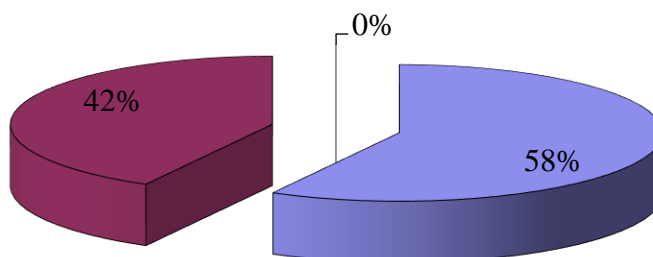
Методика предполагает количественную оценку выполнения заданий каждого блока, в соответствии с которой осуществляется уровневая дифференциация выраженности каждого из перечисленных параметров социальных компетенций (высокий уровень, средний и низкий). Полное описание диагностической методики представлено в Приложении Б.

2.2. Результаты изучения особенностей развития социальных компетенций детей дошкольного возраста

Обратимся к данным, которые были получены в выборках дошкольников шести лет в ходе изучения особенностей сформированности у них социальных компетенций. Протоколы обследования вынесены в Приложение В.

В результате проведенного обследования уровней сформированности когнитивного компонента социальных компетенций здоровых детей, мы выявили, что в соответствии с данными протокола обследования здоровых детей, в этой группе 58 % детей имеют высокий уровень когнитивного поведения, 42 % – средний. Низкий уровень не был выявлен ни у кого.

Распределение здоровых детей по анализируемому уровню когнитивного компонента представлено на рисунке 1.



■ Высокий уровень ■ Средний уровень □ Низкий уровень

Рисунок 1. Распределение здоровых дошкольников по уровню когнитивного компонента социальных компетенций

Согласно данным протокола обследования часто болеющих детей, в этой группе 58 % детей обладают средним уровнем когнитивного компонента, 8 % – высоким уровнем, 34 % – низким.

Распределение часто болеющих детей по анализируемому уровню когнитивного компонента представлено на рисунке 2.

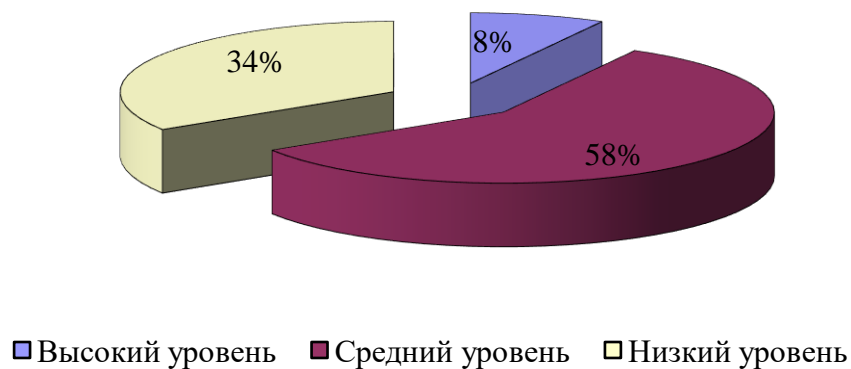


Рисунок 2. Распределение часто болеющих дошкольников по уровню когнитивного компонента социальных компетенций

Сравнительные данные по двум выборкам представлены на рисунке 3.

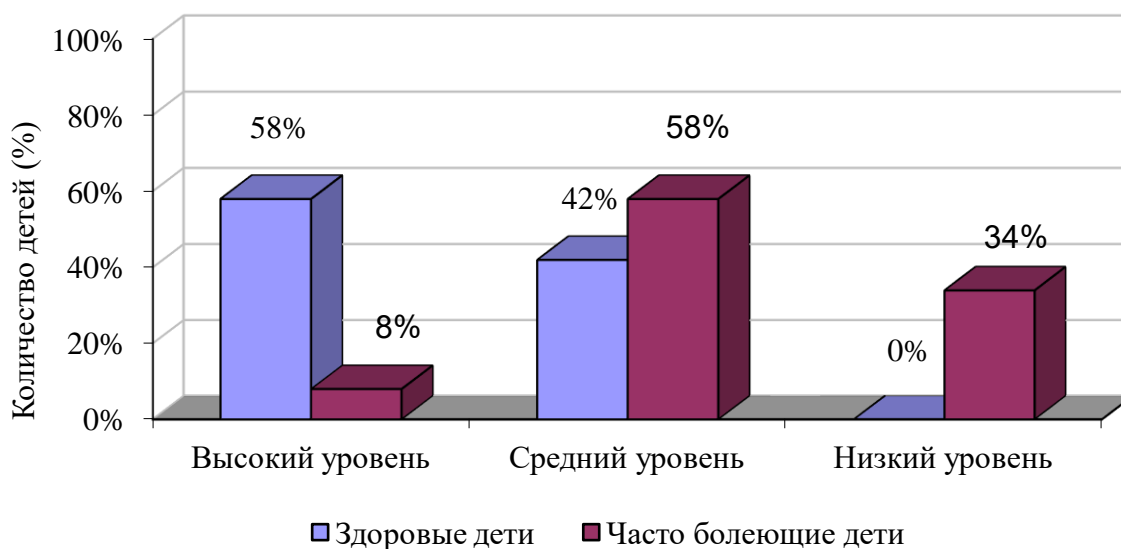


Рисунок 3. Сравнительные данные двух выборок по уровню когнитивного компонента социальных компетенций

Исходя из данных, отображенных на рисунке 3, мы можем констатировать, что в выборке здоровых детей в 7 с лишним раз больше тех детей, кто обладает знаниями о своем имени и фамилии, времени года, имеют представления о животном мире и т.д. Детей со средним показателем выраженности этой способности в группе здоровых дошкольников на 16%

меньше, чем в группе часто болеющих детей. Если учесть, что треть часто болеющих детей практически не обладает достаточными знаниями о животном и природном мире, путает месяцы времен года, не имеет навыки рационального природопользования, то ситуация по анализируемому параметру социальных компетенций в выборке здоровых детей складывается гораздо более благополучная, нежели в выборке часто болеющих детей.

Обратимся к средним групповым количественным данным, отражающим успешность выполнения диагностических заданий по исследуемому критерию когнитивного компонента социальных компетенций, представленных в таблице 2.

Таблица 2

Средне групповые количественные показатели сформированности умения
понимать эмоциональное состояние сверстника и взрослого

Задание \ Группа детей	1	2	3	4	5	6	7	8
Часто болеющие дети	1,8	2,6	2,4	2,6	3	2,8	2,3	2,4
Здоровые дети	2,5	2,3	2,8	2,7	2,6	2,6	2,9	2,8

Из сведений, представленных в таблице 2, следует, что в группе здоровых детей разброс количественных значений успешности выполнения заданий довольно небольшой – от 2,3 до 2,8 балла. В выборке часто болеющих детей диапазон количественных оценок варьирует от 1,8 балла до 3 баллов. При этом лучше всего детям, часто болеющим удается распознавать имя, фамилию, дату рождения, а хуже всего – представления о сезонных изменениях в природе и навыки природопользования.

Здоровые дети одинаково хорошо ориентируются во всем спектре выполненных ими заданий. Вместе с тем, заметим, что среди

диагностических заданий не было таких, которые превышали бы возрастные возможности детей, что способствовало успешному их выполнению.

Из протокола обследований уровней сформированности поведенческого компонента социальных компетенций здоровых детей мы видим, что у 33% исследуемых (4 детей) выявлен высокий уровень сформированности поведенческого компонента социальных компетенций и, что говорит о том, что дети проявляли самостоятельность в выполнении гигиенических процедур, в самообслуживании, а также выражали доброжелательное отношение к своим сверстникам, по собственному желанию. У 67% исследуемых (8 детей) выявлен средний уровень сформированности поведенческого компонента социальных компетенций и, что говорит о том, что дети не всегда проявляли самостоятельность, выполняли правила поведения и общения с окружающими при напоминании взрослого. Низкий уровень не был выявлен ни у кого.

Результаты уровня сформированности поведенческого компонента социальных компетенций здоровых детей отражены на рисунке 4.

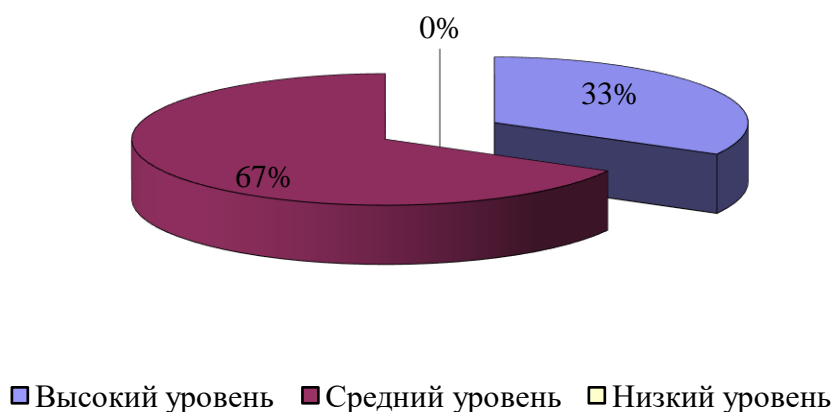
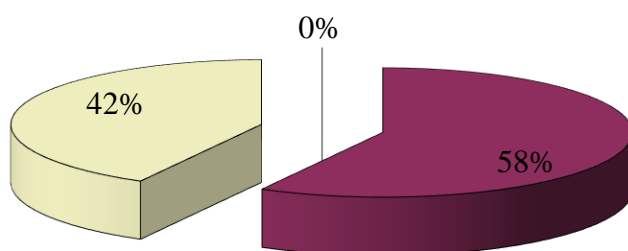


Рисунок 4. Уровень сформированности поведенческого компонента социальных компетенций здоровых детей

Согласно данным протокола обследования уровня сформированности поведенческого компонента социальных компетенций часто болеющих

детей мы выявили, что у 58 % исследуемых (7 детей) выявлен средний уровень сформированности поведенческого компонента социальных компетенций, что говорит о том, что дети не всегда проявляли самостоятельность, выполняли правила поведения и общения с окружающими при напоминании взрослого. У 42% исследуемых (5 детей) выявлен низкий уровень сформированности поведенческого компонента социальных компетенций, что говорит о том, что дети не умеют следить за своим внешним видом, выполнять гигиенические процедуры без напоминания взрослого, проявляют лень, а также было выявлено некорректное поведение во взаимоотношениях и общении с окружающими. Высокий уровень сформированности поведенческого компонента социальных компетенций не был выявлен ни у кого.

Результаты уровня сформированности поведенческого компонента социальных компетенций часто болеющих детей отражены на рисунке 5.



■ Высокий уровень ■ Средний уровень □ Низкий уровень

Рисунок 5. Уровень сформированности поведенческого компонента социальных компетенций часто болеющих детей

Сравнительные данные по двум выборкам детей шести лет представлены на рисунке 6.

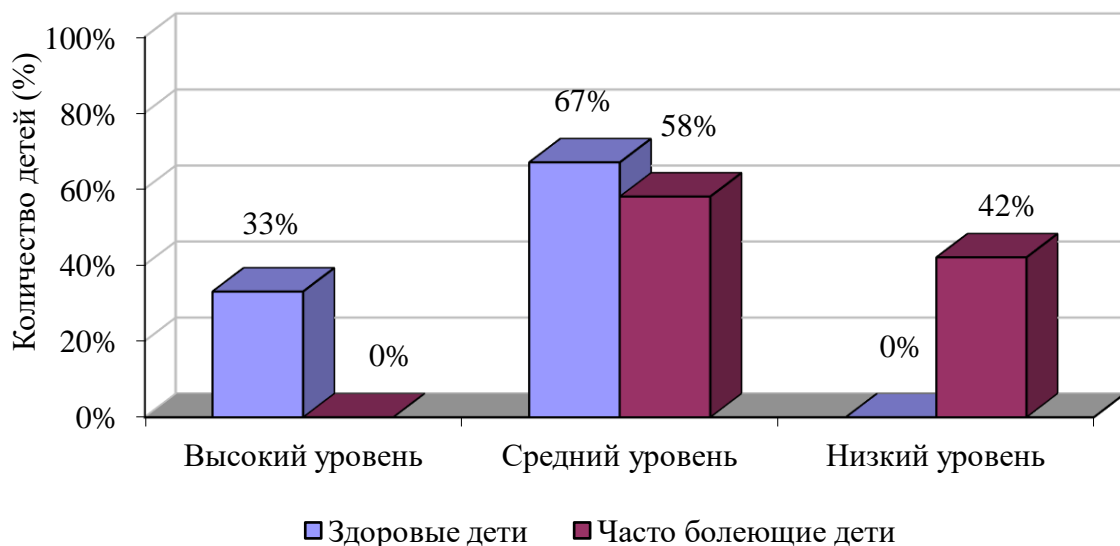


Рисунок 6. Сравнительные данные двух выборок по уровням сформированности поведенческого компонента социальных компетенций здоровых детей и часто болеющих детей

По данным рисунка 6 видно, что в обеих выборках наибольшие доли приходятся на детей, у которых уровень поведенческого компонента сформирован на среднем уровне, то есть дети смогли справиться с заданиями при незначительной помощи взрослого. Данная категория детей может без особых трудностей следить за своим внешним видом и выполнять гигиенические процедуры.

В группе здоровых детей отсутствует низкий уровень поведенческого компонента, по сравнению с часто болеющими детьми, у которых низкий уровень преобладает у 5 детей, что говорит о том, что в целом, по уровню поведенческого компонента социальных компетенций здоровых детей ситуация складывается более благополучная, чем у часто болеющих детей.

Для более четкого понимания различий в выборках испытуемых, обратимся к средним групповым количественным данным, отражающим успешность выполнения диагностических заданий по исследуемому критерию поведенческого компонента социальных компетенций, которые представлены в таблице 3.

Средне групповые количественные показатели сформированности
поведенческого компонента социальных компетенций

Задание \ Группа детей	1	2	3	4	5	6	7	8
Часто болеющие дети	1,4	1,5	1,7	1,9	1,6	1,8	1,4	1,4
Здоровые дети	2,5	2,3	2,1	2,4	2,4	2,6	2,5	2,5

Из таблицы 3 видно, что диапазон значений количественной оценки успешности выполнения заданий в выборке здоровых детей варьирует от 2,1 баллов до 2,6 балла, в то время как в группе часто болеющих детей – от 1,4 до 1,8 балла. Полученные данные говорят о том, что, здоровые дети более самостоятельны, и могут без напоминания взрослых проявлять самостоятельность, выполнять правила поведения и общения с окружающими, адекватно реагировать на успех или неудачи других детей.

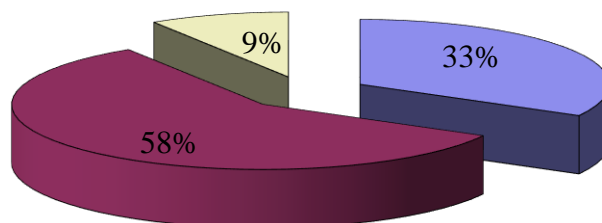
При анализе результатов поведенческого компонента часто болеющих детей, мы видим, дети обладают недостаточными знаниями о нормах и правилах гигиены, не замечают эмоционального состояние своих сверстников, не проявляют самостоятельности в самообслуживании. Таким образом, можно сделать вывод, что уровень поведенческого компонента социальных компетенций здоровых детей выше, чем уровень часто болеющих.

Проведем анализ диагностики по уровням сформированности мотивационно-личностного компонента социальных компетенций детей.

Из данных протокола обследования показателя сформированности мотивационно-личностных отношений здоровых детей с другими людьми следует, что у 33 % детей шести лет способность к установлению и поддержанию конструктивных взаимоотношений с отдельно взятыми людьми, с учетом их личностных особенностей, развита на высоком уровне,

у 58 % – на среднем уровне, у 9 % – на низком уровне (этому ребенку сложно идти на контакт с другими, в довольно замкнут, скрытен)

Результаты отражены на рисунке 7.

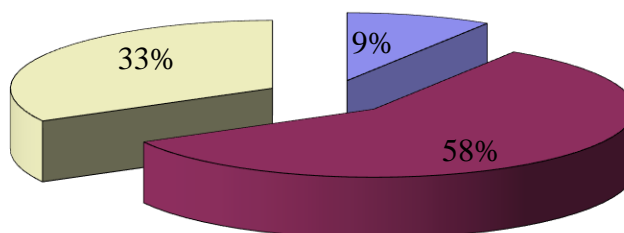


■ Высокий уровень ■ Средний уровень □ Низкий уровень

Рисунок 7. Распределение здоровых дошкольников по уровням сформированности мотивационно-личностных отношений с другими людьми

Согласно данным протокола обследования показателя сформированности мотивационно-личностных отношений, часто болеющих детей с другими людьми, в этой выборке дошкольников шести лет низкий уровень диагностируемого параметра социальных компетенций свойственен 33 %, средний – 58 %, высокий – только 9 % детей.

Представим эти количественные данные по долям на рисунке 8.



■ Высокий уровень ■ Средний уровень □ Низкий уровень

Рисунок 8. Распределение часто болеющих дошкольников по уровням сформированности мотивационно-личностных отношений с другими людьми

Сравнительные данные по двум выборкам детей старшего дошкольного возраста представлены на рисунке 9.

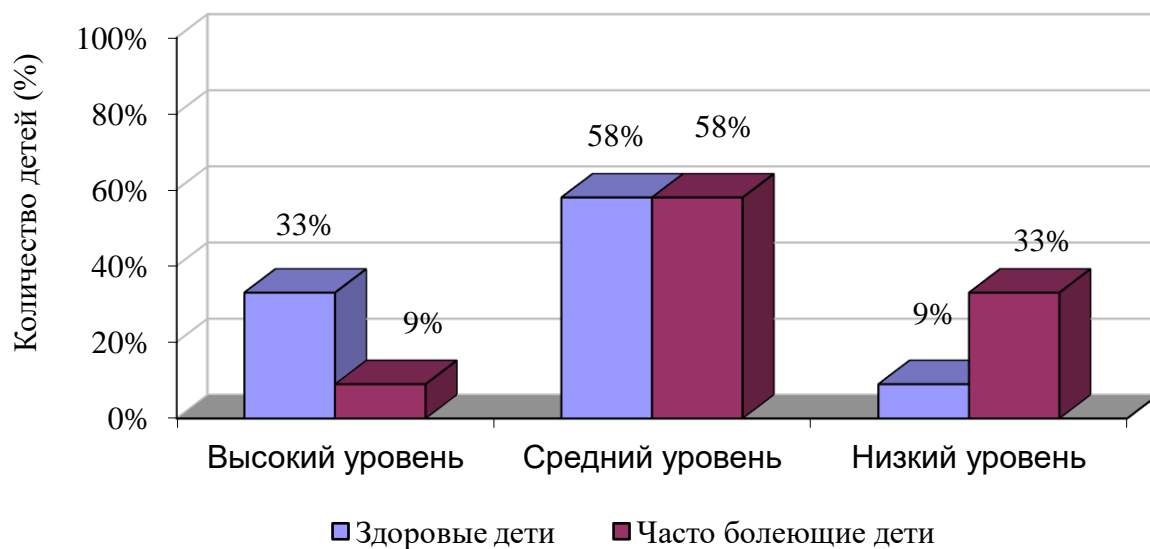


Рисунок 9. Сравнительные данные двух выборок по уровням сформированности мотивационно-личностных отношений с другими людьми

Из рисунка 9 видно, что в обеих выборках наибольшие доли приходятся на детей, у которых способность устанавливать и поддерживать конструктивные мотивационно-личностные отношения с другими людьми, сформирована на среднем уровне, то есть дети смогли справиться с заданиями при незначительной помощи взрослого. Данная категория детей может без особых трудностей вступать с людьми в процесс коммуникации.

В группе здоровых детей почти в 4 раза больше детей с высоким уровнем сформированности анализируемого параметра социальных компетенций. И во столько же раз меньше детей с низким уровнем, чем в группе часто болеющих детей. Следовательно, в целом, по этому параметру социальных компетенций у здоровых детей ситуация складывается более благополучная, чем у часто болеющих детей.

Для более четкого понимания различий в выборках испытуемых, обратимся к средне групповым количественным данным, отражающим

успешность выполнения диагностических заданий по исследуемому критерию социальных компетенций, которые представлены в таблице 4.

Таблица 4

Средне групповые количественные показатели сформированности конкретно личностных отношений с другими людьми

Задание \ Группа детей	1	2	3	4	5	6	7	8
Часто болеющие дети	1,6	2	1,8	2	1,8	2,2	1,6	2,1
Здоровые дети	2	2,4	2,4	2,7	2,4	2,7	2,6	2,6

Из таблицы 4 видно, что диапазон значений количественной оценки успешности выполнения предъявленных ситуативных заданий в выборке здоровых детей варьирует от 2 баллов до 2,7 балла, в то время как в группе часто болеющих детей – от 1,6 до 2,2 балла. Это означает, что при выборе модели поведения в ситуациях взаимодействия с разными людьми (родителями, воспитателем, другом, братом и т.д.) здоровые дети выбирают, как правило, конструктивный способ реагирования, демонстрируя при этом принятие окружающих и знание норм и правил межличностного взаимодействия. Ситуационные задачи решаются подавляющим большинством детей этой категории либо самостоятельно, либо при наличии небольшой помощи со стороны экспериментатора, предоставляемой в форме наводящего вопроса.

В группе часто болеющих детей ситуация иная – дети часто демонстрируют недостаточность знаний о нормах и правилах межличностного взаимодействия, эмоциональное неприятие и отсутствие расположения к другим. Исключение составляют родители, однако и здесь средние показатели ниже, чем в группе здоровых детей. При решении ситуационных задач часто болеющим детям потребовалась существенная помощь со стороны экспериментатора.

Полученные данные соответствуют тем сведениям, которые были изложены в теоретической главе работы в части психологических особенностей часто болеющих детей, а именно: данной категории детей свойственно дистанцироваться от окружающих, их знания о нормах и правилах межличностного взаимодействия, личный опыт беднее, чем у здоровых детей.

Обратимся к данным, полученным в ходе оценки любознательности и активности старших дошкольников, принявших участие в исследовании.

Согласно данным протокола обследования здоровых детей по параметру любознательности и активности, в данной выборке 67 % детей отличается высоким уровнем активности и любознательности, а 33% детей – средним уровнем. Старших дошкольников с низким уровнем анализируемого параметра социальных компетенций в выборке здоровых детей не обнаружилось.

На рисунке 10 показано распределение здоровых дошкольников по уровню любознательности и активности.

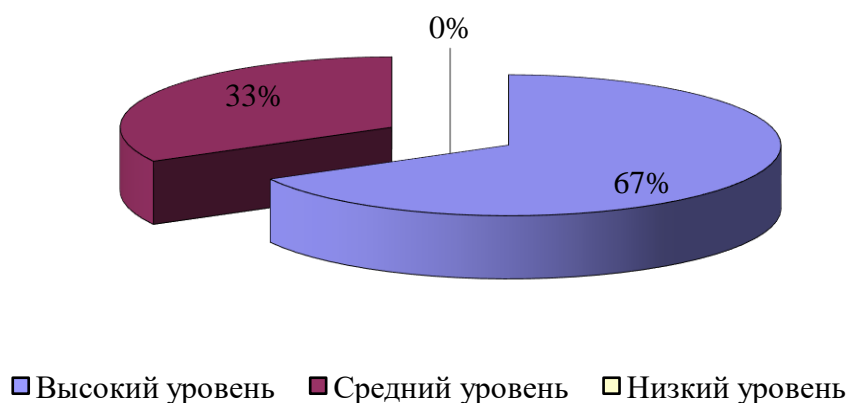


Рисунок 10. Распределение здоровых дошкольников по уровню сформированности любознательности и активности

Согласно данным протокола обследования часто болеющих детей по параметру любознательности и активности, в данной выборке 25 % детей отличается низким уровнем активности и любознательности и 75 % детей –

средним уровнем. Старших дошкольников с высоким уровнем анализируемого параметра социальных компетенций в выборке здоровых детей не обнаружилось.

На рисунке 11 показано распределение часто болеющих дошкольников по уровню любознательности и активности.

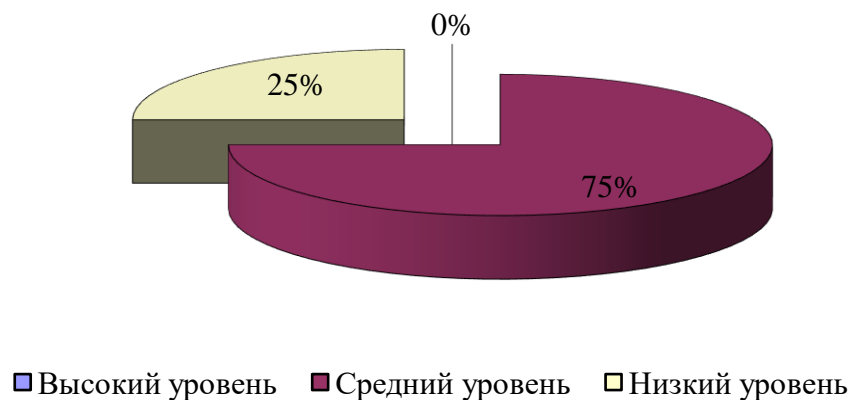


Рисунок 11. Распределение часто болеющих дошкольников по уровню сформированности любознательности и активности

Сравним данные двух выборок, представив их наглядно на рисунке 12.

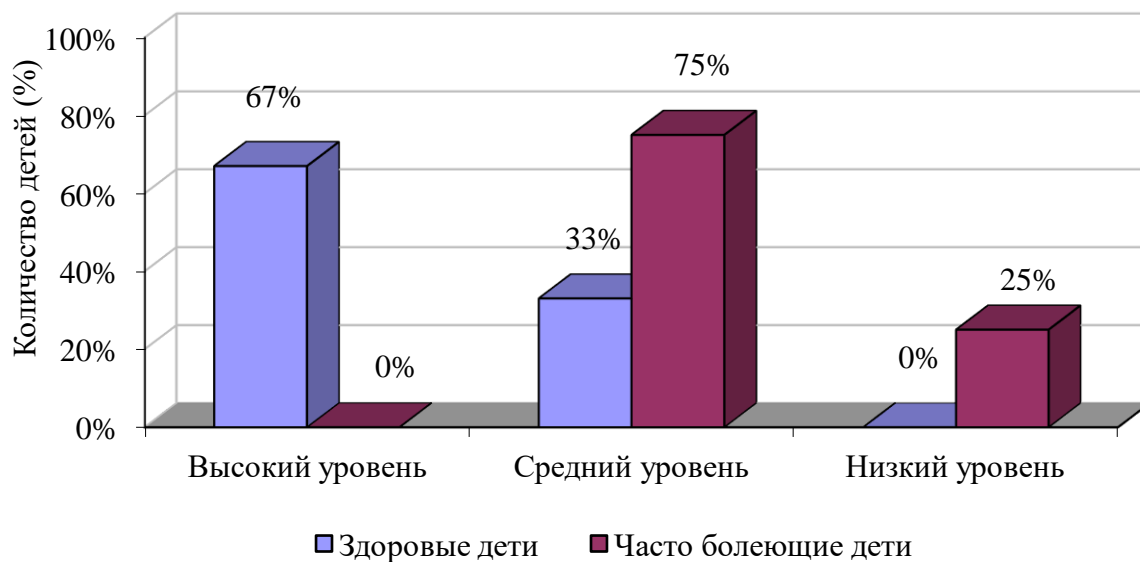


Рисунок 12. Сравнительные данные двух выборок по уровню любознательности и активности

Как видим, в выборке здоровых детей наибольшая доля приходится на детей с высоким уровнем сформированности такого параметра социальных компетенций, как любознательность и активность. А в выборке часто болеющих детей – со средним уровнем. Кроме того, в выборке здоровых детей наблюдается ярко выраженное преимущество перед детьми из выборки часто болеющих дошкольников, выражающееся в отсутствии среди здоровых детей тех, кто обладает низким уровнем сформированности любознательности и активности, в то время как в группе часто болеющих детей таких дошкольников – четвертая часть от общей численности. Следовательно, и по параметру любознательности и активности ситуация более благополучная в выборке здоровых детей старшего дошкольного возраста.

Обратимся к средне групповым количественным данным, отражающим успешность выполнения диагностических заданий по исследуемому критерию социальных компетенций (табл. 4).

Исходя из данных, представленных в таблице 5, можно сделать вывод о том, что диапазоны количественных значений в двух выборках существенно различаются – в выборке здоровых детей они варьируют от 2 баллов до 3,3 с преобладанием высоких баллов, а в выборке часто болеющих детей – от 1,5 до 2 баллов.

Таблица 5

Средне групповые количественные показатели по любознательности и активности

Задание \ Группа детей	1	2	3	4	5	6	7	8
Часто болеющие дети	1,5	1,8	1,8	1,8	1,9	2	1,9	1,7
Здоровые дети	2	3,3	2,3	2,8	2,4	2,8	2,5	2,8

Самые низкие средние групповые оценки – по заданию № 5, относящемуся к определению свойств ткани, что вполне закономерно, учитывая возраст испытуемых.

Кроме того, особое внимание следует обратить на тот факт, что часто болеющим детям в равной степени малоинтересно все, что связано с человеком, знаниями о нем и о его видах деятельности, они практически не проявляют познавательного интереса. Это указывает на соответствие полученных эмпирических данных тем сведениям, которые содержатся в трудах исследователей, изучавших психологические особенности часто болеющих детей - А.А. Баранова, М.М. Безруких, С.П. Ефимовой, Н.И. Быковой, Л.А. Кожевниковой – о недостаточной выраженности естественной для ребенка дошкольного возраста любознательности, пассивности жизненной позиции, ограниченности интересов.

Рассмотрим результаты исследования конфликтности и агрессивности.

Согласно данным протокола обследования здоровых детей по параметру конфликтности и агрессивности, высоким уровнем выраженности анализируемого признака не обладает никто, у 50 % детей зафиксирован средний уровень агрессивности и конфликтности, у 50 % – низкий уровень.

На рисунке 13 показано распределение здоровых детей по рассматриваемому уровню социальных компетенций.

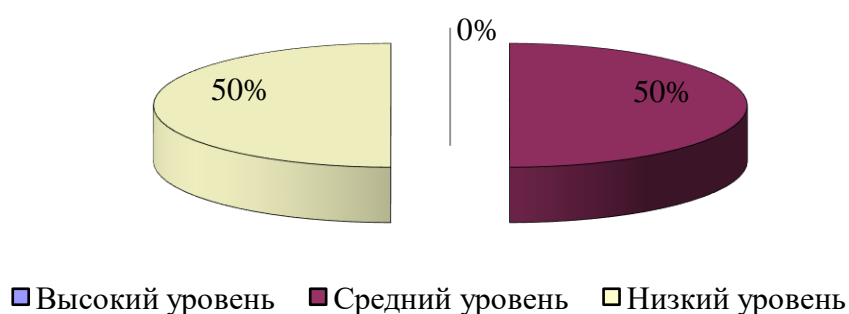
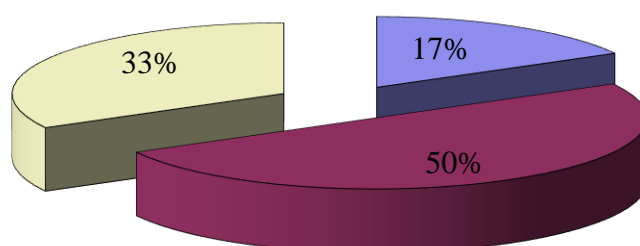


Рисунок 13. Распределение здоровых дошкольников по уровню сформированности конфликтности и агрессивности

Согласно данным протокола обследования часто болеющих детей по параметру конфликтности и агрессивности, высоким уровнем выраженности анализируемого признака обладают 17 % детей, у 50 % детей зафиксирован средний уровень агрессивности и конфликтности, у 33 % – низкий уровень.

На рисунке 14 показано долевое распределение часто болеющих детей по рассматриваемому параметру социальных компетенций.



■ Высокий уровень ■ Средний уровень ■ Низкий уровень

Рисунок 14. Распределение часто болеющих дошкольников по уровню сформированности конфликтности и агрессивности

Сравнительные данные по двум выборкам представлены на рисунке 15.

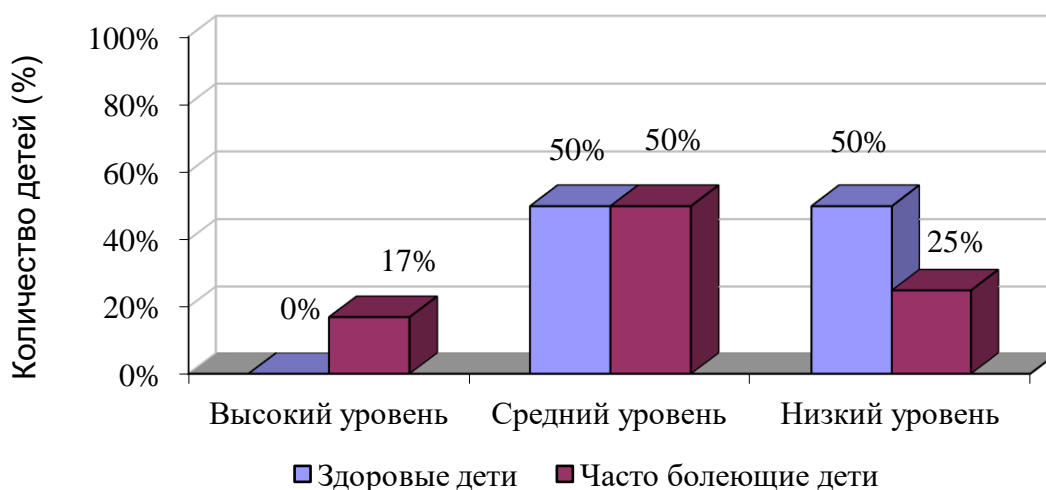


Рисунок 15. Сравнительные данные двух выборок по уровню конфликтности и агрессивности

Как видим, в обеих выборках половина детей – это обладатели среднего уровня конфликтности и агрессивности. Однако в группе здоровых детей тех, кому свойственны низкая конфликтность и агрессивность, вполнину меньше, чем в группе часто болеющих детей. Кроме того, среди часто болеющих детей есть те, чей уровень агрессивности и конфликтности высокий, в то время как в выборке здоровых детей таковых нет. Следовательно, по такому параметру социальных компетенций как конфликтность и агрессивность в выборке здоровых детей, ситуация складывается более благополучная, в сравнении с выборкой часто болеющих детей.

Обратимся к средне групповым количественным данным, отражающим успешность выполнения диагностических заданий по исследуемому критерию социальных компетенций, и представим указанные данные в таблице 6.

Таблица 6

Средне групповые количественные показатели по шкале агрессивности и конфликтности

Задание \ Группа детей	1	2	3	4	5	6	7	8
Часто болеющие дети	2,2	2	1,9	1,6	1,9	1,7	1,7	2,2
Здоровые дети	1,4	1,6	1,4	1,6	1,3	1,3	1,4	1,3

Диапазон количественных оценок успешности выполнения диагностических заданий, предназначенных для оценки уровня конфликтности и агрессивности, в выборке здоровых детей – от 1,3 до 1,6 балла. Незначительная вариативность и низкие значения в целом указывают на то, что ситуационные задачи решались здоровыми детьми в конструктивном русле, без помощи экспериментатора, оказываемой в форме

наводящих вопросов, с опорой на знание норм и правил межличностного взаимодействия людей в социуме.

В группе часто болеющих детей обнаружилась склонность выбирать варианты решения ситуационных задач с защитно-оборонительных позиций, скрытого протеста, пассивного противостояния, отказа от движения навстречу оппоненту, ухода от решения проблемы. Самые высокие значения при этом были получены при выполнении заданий, в которых конфликтная ситуация возникает при взаимодействии ребенка с теми детьми, с которыми они посещают одну группу детского сада, с воспитателями и с посторонними взрослыми, выполняющими свои профессиональные обязанности в сфере бытового обслуживания. Эти данные так же корреспондируют к рассмотренным выше психологическим особенностям часто болеющих детей – повышенная тревожность и агрессия защитного свойства, эмоциональное неприятие части своего ближайшего социального окружения.

По всей совокупности эмпирических данных и их сравнительного анализа следует вывод, что развитие всех выделенных компонентов социальных компетенций часто болеющих детей значительно ниже чем в группе здоровых детей.

Определим общий уровень сформированности мотивационно-личностного компонента социальных компетенций здоровых и часто болеющих детей, на основе полученных данных по уровню сформированности мотивационно-личностных отношений ребенка с другими людьми, уровню сформированности любознательности, активности детей и уровню конфликтности и агрессивности. Представим полученные результаты на рисунке 16.

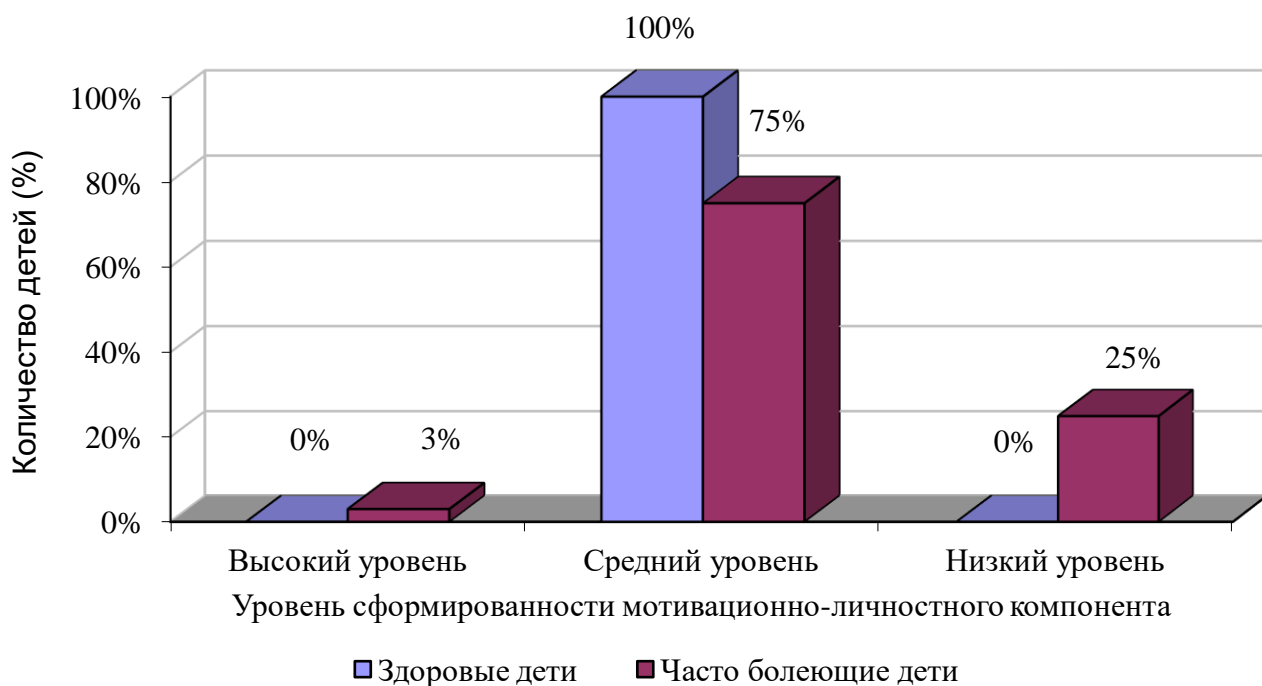


Рисунок 16. Уровень сформированности мотивационно-личностного компонента социальных компетенций здоровых и часто болеющих детей

Исходя из полученных данных рисунка 16, мы видим, что у здоровых детей в большей степени преобладает средний уровень сформированности мотивационно-личностного компонента (100% исследуемых детей), у часто болеющих детей средний уровень (75 % исследуемых) и низкий уровень (25% исследуемых детей), что указывает на необходимость и значимость образовательно - воспитательной работы с часто болеющими детьми с целью развития их социальных компетенций.

По результатам итогового протокола диагностики уровней сформированности социальных компетенций здоровых детей по всем методикам, мы видим, что у 75% исследуемых выявлен средний уровень сформированности социальных компетенций, что говорит о том, что дети справляются с заданиями с незначительной помощью взрослого, не всегда проявляют самостоятельность, а также дети выполняют правила поведения и общения с окружающими при напоминании взрослого, вступают в

конфликт, проявляет агрессию в зависимости от ситуации, но умеют конструктивно решать конфликтные ситуации. У 25% исследуемых выявлен высокий уровень сформированности социальных компетенций, что говорит о том, что дети без помощи взрослых смогли справиться с заданиями, они самостоятельны, выполняют правила поведения и общения с окружающими, а также дети любознательны, активны и проявляет интерес в процессе выполнения заданий.

По результатам итогового протокола диагностики уровней сформированности социальных компетенций часто болеющих детей по всем методикам, мы видим, что у 75% исследуемых выявлен средний уровень сформированности социальных компетенций, что говорит о том, что дети справляются с заданиями с незначительной помощью взрослого, не всегда проявляют самостоятельность, а также дети выполняют правила поведения и общения с окружающими при напоминании взрослого, вступают в конфликт, проявляет агрессию в зависимости от ситуации, но умеют конструктивно решать конфликтные ситуации. У 25% исследуемых выявлен низкий уровень сформированности социальных компетенций, что говорит о том, что дети не могут самостоятельно справиться с заданиями, у них недостаточно знаний о правилах поведения и общения с окружающими людьми, они могут проявлять агрессию и вступать в конфликт, они не умеют конструктивно решать конфликтные ситуации.

Сравнительный анализ уровней сформированности социальных компетенций здоровых и часто болеющих детей представлен на рисунке 17.

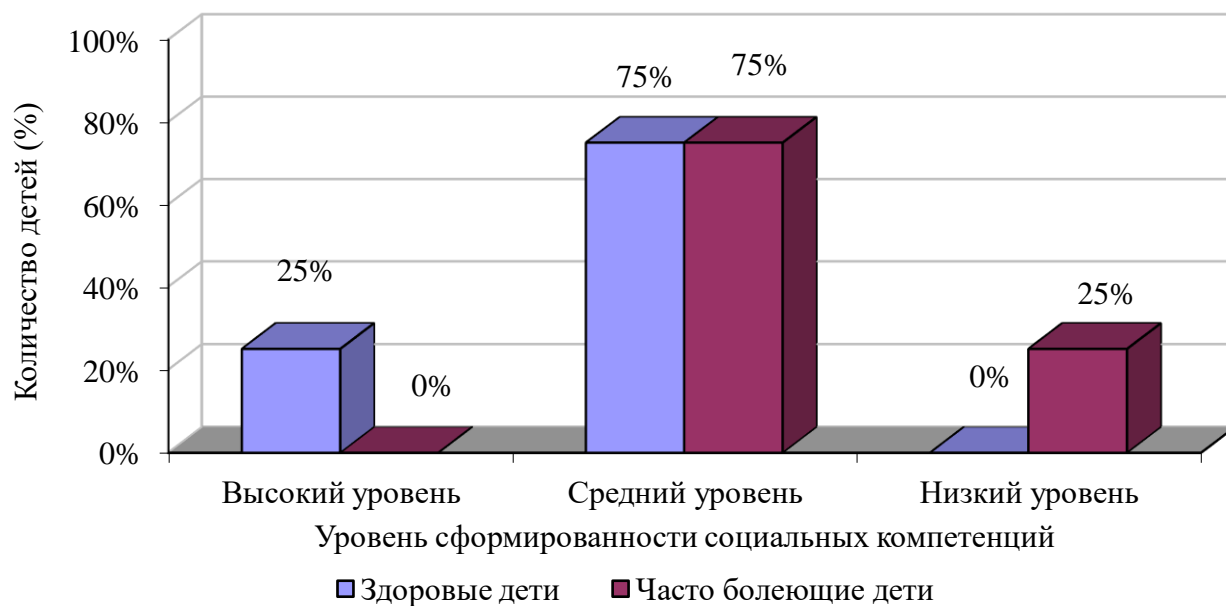


Рисунок 17. Анализ уровней сформированности социальных компетенций здоровых и часто болеющих детей

Таким образом, исходя из полученных данных рисунка 17, мы видим, что уровень сформированности социальных компетенций здоровых детей выше, чем часто болеющих. Учитывая тот факт, что часто болеющие дети значительную часть времени проводят в условиях дошкольной организации и дома, то, очевидно, что, прежде всего, педагоги и родители нуждаются в определенных рекомендациях в плане обеспечения социального развития детей.

2.3. Реализация условий развития социальных компетенций часто болеющих детей шести лет

Учитывая, что ведущая деятельность у дошкольников – игровая, мы посчитали возможным решить эти проблемы через активное, систематическое использование игры в педагогическом процессе дошкольного учреждения и семьи. Потому что «именно в игре происходит социализация ребенка – отмечает Татьяна Игоревна Бабаева – формируется умение понимать других и добиваться того, чтобы быть понятым». А совместное планирование, создание воображаемой ситуации, достоверное воплощение роли – это ли не социальная практика общения так необходимая дошкольнику, будущему школьнику в его контактах со сверстниками и взрослыми.

Значение творческой игры в развитии всех психических процессов (память, внимание, представления, воображения...), лежащих в основе успешного школьного обучения трудно переоценить. Наши ученые В.В. Давыдов, Н.Я. Михайленко, Н.А. Короткова и др. рассматривают детский сад как базисную, социально необходимую и в тоже время самоценную ступень образования. Каждый ребенок должен дожить, доиграть в период детства. Тогда он достигнет уровня готовности к школе не только в знаниях, умениях и навыках, но и получить ту базу развития, которая позволит ему успешно обучаться и быть обучаемым. Говоря о базе развития, нужно особо выделить психологические и социально-личностные аспекты: умения в сфере общения (коммуникабельность), самоконтроль, инициативность, самостоятельность, любознательность.

Сюжетно-ролевые, творческие, экспериментально-исследовательские, конструктивно-двигательные, интеллектуально-дидактические и другие игры предусмотренные программой дошкольного образования имеют своей целью развитие коммуникативно-социальных компетенций детей: создание правил поведения в социуме и потребности их

выполнения; формирование нравственных качеств (милосердия, толерантности) и других навыков взаимодействия детей и взрослых в группе; развитие понимания неоднородности социального мира, создание условий для развития личности, адаптированной к социальной среде в новом статусе – школьника.

Исходя из актуальности темы исследования, возникла основная цель: формирование социально-личностных компетенций дошкольника, проявляющихся в совокупности отношений ребенка к миру, самому себе, взрослому человеку в совместной творческой игровой деятельности.

Задачи:

1. Познакомить родителей с особенностями организации игровой деятельности детей шести лет.

2. Разработать проекты игровых макетов в семье и представить их как мастер-класс другим детям.

3. Учить детей самостоятельно планировать свою работу, игру (ставить цель, выбирать материал, оценивать свою деятельность).

4. Развивать положительные взаимоотношения с детьми в группе, эмоциональную отзывчивость.

6. Содействовать овладению навыками общения: умению договариваться, действовать сообща, сотрудничать.

Однако, наблюдая за современными играми детей в «Семью», «Дочки-матери», «Больница», «Войнушки», «Магазин» и другие мы заметили, что темы их однообразны, сюжеты формальны, роли традиционны. Редко возникают игры на патриотические темы, режиссерские игры, экспериментально – исследовательского характера. Зато популярны среди детей игры по сюжетам телепередач.

В этих играх дети дошкольного возраста отражают целые эпизоды, подражая действиям героев, усваивая их поведение, разворачивают агрессивные сюжеты, связанные с телепередачами и мультфильмами: «Человек-паук», «Черепашки-ниндзя», «Зачарованные», «Бригада»,

«Трансформеры» и т.д.; разыгрываются бытовые сюжеты семьи Букиных и т.д.

Все это свидетельствует о том, что игра современных дошкольников не выполняет функции ведущей деятельности, не обеспечивает их своевременное качественное развитие. В последнее время наблюдается разрыв между поколениями детей и родителей. Повышенная занятость родителей снижает их участие в воспитании детей, что приводит к отчуждению детей и взрослых. Наблюдается явный дефицит эмоциональных и содержательных отношений с родителями и положительных контактов со сверстниками. Такие отношения между взрослыми и детьми негативно отражаются на детских играх.

Чтобы обогатить сюжеты игровых проектов, вместе с родителями были созданы игровые модули, помогающие осмыслить и понять правила поведения в той или иной ситуации, освоить игровые правила, самостоятельно принятые детьми в игре.

Родителям были предложены следующие темы:

- «Семья» атрибуты: коробка – дом, посуда, куклы, животные, продукты питания, одежда, мебель, и т.д.
- «Новоселье» атрибуты: контейнеровозы, коробки, сумки, пакеты, домики – коробки, куклы, утварь (мелкое).
- «Дорога» атрибуты: раскладка (ковёр), знаки пешеходы, транспорт, дома, строения и т.д.
- «Стройка» атрибуты: строй техника, конструкторы, (человеческие отношения начальник – конструктор – архитектор – строители).
- «Торговый центр» атрибуты: витрины, прилавки, кассы, деньги, одежда, обувь, продукты питания, рекламы, склады.
- «Театр» атрибуты: ширмы, куклы, костюмы, шапочки, план работы.

- «Цирк» атрибуты: арена, мягкие игрушки, животные, птицы, костюмы, батут, грим и т.д.
- «Кинотеатр» атрибуты: видеоаппаратура, ширма, кассы, билеты, (кинорежиссер – роль).
- «Музыкальный центр» – концертный зал, картотека, дискотека.
- «Бар кофе» посуда, роль бармена.
- «Детский сад, школа»: доска, учебники, портфели, путешественники, компас, карта, средства передвижения.

Влияние игры на формирование социальных компетенций дошкольника заключается в том, что с помощью имитации игры и ролевого перевоплощения, он знакомится с нормами и моделями поведения, и взаимоотношениями между сверстниками и взрослыми, которые становятся образцом его собственного поведения.

Таким образом: совместная работа дошкольного образовательного учреждения и семьи в подборе системы развивающих игр, в создании игровых модулей, нацеленных на ознакомление дошкольников с окружающим миром природы, социумом, способствует формированию социальных навыков поведения в обществе: умение слушать собеседника, согласовывать с ним свои действия, стремлению получить информацию в процессе взаимодействия.

2.4. Организация игрового взаимодействия по развитию социальных компетенций детей шести лет

Исходя из результатов и выводов констатирующего эксперимента, нами была поставлена цель формирующего эксперимента: развитие социальных компетенций детей шести лет при организации игры с активизацией взаимодействия и активизация взаимодействия ребенка в семье посредством организации проектной деятельности в условиях домашнего воспитания.

При планировании своей работы мы учитывали тот фактор, что игра является ведущим видом деятельности детей дошкольного возраста, она незаменима в работе с дошкольниками, так как для них «отыграть» свой опыт и чувства наиболее естественная деятельность, способ исследования реального мира и ориентации в нем.

Вышесказанное определило одно из педагогических условий - это активизация взаимодействия со сверстниками в условиях игровой деятельности.

Активизация взаимодействия дошкольников со сверстниками может осуществляться посредством разных видов игр:

- сюжетно-ролевых
- дидактических
- театрализованных игр

Нами была разработана подборка игр, игровых ситуаций и игровых упражнений для активного взаимодействия часто болеющих и здоровых детей, а именно:

I. Сюжетно-ролевые игры:

1. «Семья». Цель: Побуждать детей творчески воспроизводить в играх быт семьи. Совершенствовать умение самостоятельно создавать для задуманного сюжета игровую обстановку. Раскрывать нравственную

сущность деятельности взрослых людей: ответственное отношение к своим обязанностям, взаимопомощь и коллективный характер труда.

2. «Супермаркет». Цель: Научить детей согласовывать собственный игровой замысел с замыслами сверстников, менять роли по ходу игры. Побуждать детей более широко использовать в играх знания об окружающей жизни; развивать диалогическую речь.

3. «Поликлиника». Цель: Вызвать у детей интерес к профессии врача. Воспитывать чуткое, внимательное отношение к больному, доброту, отзывчивость, культуру общения.

II. Театрализованные игры:

1. Игра «Испорченный телефон». Цель: Формирование умения распознавать эмоциональные состояния (радость, грусть, злость, страх) по мимике.

2. Игра-пантомима «Скульптор и глина». Цель: Развитие коммуникативных способностей.

III. Дидактические игры:

1. «Придумай предложение». Цель: Развитие речевой активности, быстроты мышления.

2. Игровое упражнение «Интервью». Цель: Развитие коммуникативных навыков, активного словаря, умения вступать в диалог.

3. Игровое упражнение «Мы похожи?». Цель: Знакомство участников друг с другом, повышение доверия друг к другу.

4. Игровое упражнение «Переговоры». Цель: Формирование умения устанавливать «обратную связь» при взаимодействии с другими людьми.

5. «Пусть всегда будет». Цель: содействовать улучшению общения со сверстниками.

6. Игра-ситуация «О чем спросить при встрече». Цель: учить детей вступать в контакт.

В данных играх формируются умения и навыки в игровых взаимодействиях. Дети учатся выбирать со сверстниками тему игры и

договариваться, выслушивать мнение участников игры о сюжете, высказывать и корректировать собственное мнение, распределять игровые роли в соответствии с индивидуальными потребностями и интересами партнеров, планировать развитие игрового сюжета. Также дошкольник осваивает социальные отношения, возникающие в ходе взаимодействия, усваивает этические нормы.

В играх решаются следующие задачи:

- формирование социальных моделей взаимодействия со сверстниками,
- формирование умения сотрудничества со сверстниками
- повышение активности ребенка
- развитие коммуникативных навыков
- формирование эмпатии
- усвоение ребенком социальных норм поведения и правил

Подробное описание игр представлено в Приложении Г.

На основании вышесказанного мы можем констатировать, что игра очень значима для развития социальных компетенций ребенка. Общение дошкольника со сверстниками возникает и развивается в процессе игры, которая оказывает положительное социальное влияние в построении взаимоотношений детей друг с другом.

2.5. Организация взаимодействия с родителями по развитию социальных компетенций часто болеющих детей шести лет

Основываясь на данных эмпирического исследования, мы можем утверждать, что участие родителей часто болеющих дошкольников в формировании у детей социальных компетенций представляется не только целесообразным, но и необходимым, так как позволит компенсировать все те нарушения, которые обусловлены социально-коммуникативной депривацией детей.

Ключевые компетенции, выступающие в качестве обязательных структурных компонентов социальных компетенций и подлежащие формированию, в первую очередь, в рамках рассматриваемого подхода, таковы [28]:

- коммуникативные: умение сотрудничать с детьми и взрослыми, пользоваться невербальными и вербальными средствами языка, умение общаться с учетом чужой точки зрения;
- личностные: понимание своей роли и места в системе отношений с окружающими, умение выражать свое мнение, адекватная самооценка;
- общекультурные: умение соблюдать правила предметной, игровой и трудовой деятельности, умение осознанно выполнять требования взрослых.

Вовлеченность родителей в совместную деятельность с детьми позволит всем членам семьи стать непосредственными участниками образовательного процесса, обогатить свой педагогический опыт, открыть неизвестные стороны собственного ребенка, испытать чувство удовлетворения от своих успехов и успехов ребенка. В такой ситуации педагог становится привлекательным партнером по общению.

Совместная деятельность имеет развивающий потенциал, который заключается в развитии коммуникативной и эмоционально-мотивационной сфер всех участников проекта. Благодаря этому возникает общее настроение

энтузиазма всех участников проекта. В связи с вышесказанным, было выделено следующее педагогическое условие с целью развития социальных компетенций детей и разработана модель его реализации. Для часто болеющих детей, которые часто пребывают в условиях домашнего воспитания, важно было привлечь родителей в организованную работу по развитию социальных навыков детей.

В качестве средства активизации социального взаимодействия была выбрана проектная деятельность. Для участия родителей в формировании социальных компетенций дошкольников необходимо придерживаться следующего алгоритма:

1 этап – подготовительный.

Основные задачи: мотивация родителей и их детей на предстоящую деятельность; накопление у детей необходимых знаний (с детьми обсуждается тема проекта, создается мотивация к предстоящей деятельности); знакомство родителей с условиями и задачами проектной деятельности, с ее возможными вариантами; подготовка методической и материально-технической базы, разработка сценария финала.

2 этап – исполнительский, собственно проектная деятельность родителей и детей.

Основные задачи: развитие социальных компетенций ребенка в различных видах познавательной деятельности, интересной и эмоционально-значимой для ребенка; формирование привычки у родителей в содержательном проведении семейного досуга.

Педагог выступает в роли консультанта и советника проекта семьи. Идеи проекта воплощаются в театральных сценках, фотосессиях, коллекциях, панно, справочниках, рекламах, песнях, книгах.

3 этап – презентация семейных проектов.

Основная задача: получение чувства удовлетворения от проделанной совместной работы. Форма проведения: досуг, праздник, марафон.

Родители и дети рассказывают, как они работали над темой проекта, демонстрируют результат совместной деятельности, делятся наблюдениями и переживаниями, оценивают свои достижения, успехи, открытия.

Основные темы проектов по формированию социальных компетенций часто болеющих детей:

I. Совместная социально-бытовая деятельность с родителями: «Мы помогаем маме готовить»; «Кулинарный поединок»; «Ухаживаем за растениями».

II. Совместная художественно-эстетическая деятельность с родителями: «Изобразительная деятельность и детское творчество».

- Рисование на тему «Семейные увлечения», «Семейное древо».
- Оформление коллажа «Семейные странички», «Семейные истории».
- Подарок папе на «23 февраля».
- Подарок маме на «День матери».
- Фотоколлаж «Наши семейные праздники».

Совместный досуг способствует и сплочению семьи, и расширению кругозора ребенка, освоению им правил поведения в общественных местах.

Родителям часто болеющих детей было бы полезно объединиться своего рода клуб выходного дня. Собираться всем вместе (родители и дети), совершать выходы на природу, устраивать чаепития. Пока дети играют друг с другом, родители могут пообщаться между собой, обсудить актуальные вопросы, обменяться опытом успешного лечения и профилактики заболеваний своих детей.

Ожидается, что предложенные темы по взаимодействию часто болеющих детей с членами семьи, будут способствовать постепенному развитию у детей социальных компетенций и, одновременно, формированию у родителей продуктивных привычек взаимодействия с детьми.

Родителям нужно больше уделять этому внимание, а педагоги должны оказать профессиональную помощь, чтобы у ребенка не возникло проблем при поступлении в школу.

Выводы по главе 2

В ходе проведения эмпирического исследования особенностей сформированности социальных компетенций, часто болеющих детей старшего дошкольного возраста на базе МБДОУ «Детский сад № XX» г. Красноярска, были сформированы две выборки испытуемых дошкольников: первая выборка – здоровые дети шести лет; вторая – часто болеющие дети (ЧБД) шести лет.

Для исследования особенностей сформированности у детей социальных компетенций применялась «Методика изучения уровней сформированности основ социальной компетентности детей дошкольного возраста, разработанная специалистами Методического центра развития социального обслуживания Л. Х. Раимбакиевой и Е. В. Долининой (г. Сургут, ХМАО).

В результате проведенного обследования уровней сформированности когнитивного компонента социальных компетенций мы можем констатировать, что в выборке здоровых детей ситуация по анализируемому параметру социальных компетенций складывается благополучнее, нежели в выборке часто болеющих детей. В выборке здоровых детей нет таких, которые бы обладали низким уровнем сформированности когнитивного компонента социальных компетенций, когда больший процент детей в выборке часто болеющих имеют низкий уровень сформированности когнитивного компонента социальных компетенций. Часто болеющие дети практически не обладают достаточными знаниями о животном и природном мире, путает месяцы времен года, не имеет навыки рационального природопользования.

При анализе результатов поведенческого компонента часто болеющих детей, мы видим, что дети не всегда проявляли самостоятельность, выполняли правила поведения и общения с окружающими при напоминании взрослого. Часто болеющие дети не умеют следить за своим внешним

видом, выполнять гигиенические процедуры без напоминания взрослого, проявляют лень. А также было выявлено некорректное поведение во взаимоотношениях и общении с окружающими. Высокий уровень сформированности поведенческого компонента социальных компетенций не был выявлен ни у кого. Таким образом, можно сделать вывод, что уровень поведенческого компонента социальных компетенций здоровых детей выше, чем уровень часто болеющих.

Из данных протокола обследования показателя сформированности мотивационно-личностных отношений здоровых детей с другими людьми следует, что при выборе модели поведения в ситуациях взаимодействия с разными людьми (родителями, воспитателем, другом, братом и т.д.) здоровые дети выбирают, как правило, конструктивный способ реагирования, демонстрируя при этом принятие окружающих и знание норм и правил межличностного взаимодействия. Ситуационные задачи решаются детьми этой категории либо самостоятельно, либо при наличии небольшой помощи со стороны экспериментатора, предоставляемой в форме наводящего вопроса. В группе часто болеющих детей ситуация иная – дети часто демонстрируют недостаточность знаний о нормах и правилах межличностного взаимодействия, эмоциональное неприятие и отсутствие расположения к другим. При решении ситуационных задач часто болеющим детям потребовалась существенная помощь со стороны экспериментатора. Полученные данные соответствуют тем сведениям, которые были изложены в теоретической главе работы в части психологических особенностей часто болеющих детей, а именно: данной категории детей свойственно дистанцироваться от окружающих, их знания о нормах и правилах межличностного взаимодействия, личный опыт беднее, чем у здоровых детей.

Обратимся к данным, полученным в ходе оценки любознательности и активности старших дошкольников, принявших участие в исследовании.

В выборке здоровых детей наибольшая доля детей с высоким уровнем сформированности данного параметра социальных компетенций. А в выборке часто болеющих детей – со средним уровнем. Кроме того, в выборке здоровых детей наблюдается ярко выраженное преимущество перед детьми из выборки часто болеющих дошкольников, выражающееся в отсутствии среди здоровых детей тех, кто обладает низким уровнем сформированности любознательности и активности, в то время как в группе часто болеющих детей таких дошкольников – четвертая часть от общей численности. Следовательно, и по параметру любознательности и активности ситуация более благополучная в выборке здоровых детей старшего дошкольного возраста. Кроме того, особое внимание следует обратить на тот факт, что часто болеющим детям в равной степени малоинтересно все, что связано с человеком, знаниями о нем и о его видах деятельности, они практически не проявляют познавательного интереса.

Рассмотрим результаты исследования конфликтности и агрессивности.

Согласно данным протокола обследования по параметру конфликтности и агрессивности мы видим, что в обеих выборках половина детей – это обладатели среднего уровня конфликтности и агрессивности. Однако в группе здоровых детей тех, кому свойственны низкая конфликтность и агрессивность, их вполнину меньше, чем в группе часто болеющих детей. Кроме того, среди часто болеющих детей есть те, чей уровень агрессивности и конфликтности высокий, в то время как в выборке здоровых детей таковых нет. Следовательно, по такому параметру социальных компетенций как конфликтность и агрессивность в выборке здоровых детей, ситуация складывается более благополучная, в сравнении с выборкой часто болеющих детей.

В группе часто болеющих детей обнаружилась склонность выбирать варианты решения ситуационных задач с защитно-оборонительных позиций, скрытого протеста, пассивного противостояния, отказа от

движения навстречу оппоненту, ухода от решения проблемы. Эти данные так же корреспондируют к рассмотренным выше психологическим особенностям часто болеющих детей – повышенная тревожность и агрессия защитного свойства, эмоциональное неприятие части своего ближайшего социального окружения.

По результатам изучения параметров социальных компетенций выявилось, что, здоровые дети, в отличие от детей часто болеющих, хорошо ориентируются во всем спектре эмоциональных состояний.

В выборке здоровых детей наблюдается ярко выраженное преимущество перед детьми из выборки часто болеющих дошкольников, выражающееся в отсутствии среди здоровых детей тех, кто обладает низким уровнем сформированности какого-либо параметра.

Таким образом, с целью развития социальных компетенций часто болеющих дошкольников, был осуществлен отбор и организация игр, которые активизировали взаимодействие часто болеющих детей с детьми в ДОО. На основании этого была разработана подборка игр, игровых ситуаций и игровых упражнений для активного взаимодействия часто болеющих и здоровых детей. Также была разработана система взаимодействия часто болеющих детей с родителями и рекомендации родителям по формированию социальных компетенций часто болеющих детей шести лет.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

На основе анализа научной литературы выяснилось, что понятие социальной компетентности трактуется как характеристика личности, обладающая механизмами гармонизации процесса осознания социальных проблем и ценностных ориентаций на общественное благо. Социальные компетенции дошкольника включают в себя знания, умения и навыки, достаточные для выполнения обязанностей, присущих данному периоду жизни.

Быть социально компетентным для ребенка – значит уметь согласовывать свои биологические ритмы с социальными ритмами. Формирование этих компонентов напрямую зависит от взрослого и его способности организовать общение с ребенком, заинтересовать, помочь ориентироваться в системе ценностей, принятых в обществе.

Исходя из вышеизложенного, предполагается, что формирование социальных компетенций дошкольников становится возможным как в процессе специально организованной образовательной деятельности, так и в совместной расширенной и углубленной деятельности с обществом по созданию единой образовательной среды. С учетом возрастных особенностей, ведущей деятельности и с учетом особенностей организации деятельности детей.

С целью развития социальных компетенций часто болеющих детей шести лет:

- будет активизировано взаимодействие детей посредством организованных игр в ДОО;
- будет активизировано взаимодействие с детьми в семье посредством организации проектной деятельности

Анализ данных, полученных при изучении формирования социальных компетенций детей шести лет, показал, что на самом деле у здоровых детей лучше развиты знания и умения, личностные особенности и поведенческие

привычки, формирующие социальные компетенции чем у часто болеющих детей. Здоровые дети менее конфликтны и агрессивны, они более склонны к сопереживанию, лучше умеют устанавливать и поддерживать мотивационно-личностные отношения, более любознательны и активны.

Полученные результаты легли в основу формирующего эксперимента, направленного на развитие социальных компетенций часто болеющих детей шести лет. В ходе формирующего эксперимента была разработана подборка игр, игровых ситуаций и игровых упражнений для активного взаимодействия часто болеющих и здоровых детей. Также была разработана система взаимодействия образовательной организации с родителями посредством проектной деятельности, а также рекомендации родителям по формированию социальных компетенций часто болеющих детей шести лет.

В ходе теоретического исследования можно сделать вывод, что сформированные социальные компетенции являются результатом успешной адаптации ребенка к условиям социума и целенаправленной работе всех взрослых членов этого общества по социализации ребенка.

Таким образом:

- были изучены особенности развития социальных компетенций часто болеющих детей шести лет;
- теоретически выявлены необходимые педагогические условия развития социальных компетенций часто болеющих детей шести лет;
- разработан комплекс мероприятий по реализации педагогических условий с целью развития социальных компетенций часто болеющих детей шести лет.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аvezова Г.С. Часто болеющие дети: распространенность, и факторы риска [Электронный ресурс] // Электронная научная библиотека «КиберЛенинка». URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/chasto-boleyuschie-deti-rasprostranennost-i-factory-riska>
2. Ананьев Б.Г. Избранные психологические труды. Т. 2 / Под общ. ред. А. А. Бодалева и др. Москва: Издат. Педагогика, 1980. 288 с.
3. Бадьина Н.П. Часто болеющие дети. Психологическое сопровождение в начальной школе. М.: Генезис, 2007. 152 с.
4. Басин Ф.В. О современном подходе к проблеме психологических факторов болезни // Роль психического фактора в происхождении, течении и лечении соматических болезней. М.: МИСИ, 1972. С. 25–33.
5. Владимирова Е.В. Часто болеющие дети: клинико-психологические особенности, механизмы адаптации, реабилитация. Саратов. 2012. 22 с.
6. Волкова О.В. Взаимосвязь волевого развития и соматического здоровья старших дошкольников: сущность проблемы и пути решения // Современные исследования социальных проблем. 2013. № 8. С. 12.
7. Волкова О.В. Выученная беспомощность как фактор, детерминирующий рисковое поведение личности // Тюменский медицинский журнал. 2014. № 1. С. 35 – 36.
8. Волкова О.В. Интегративный подход к изучению выученной беспомощности детей // Сибирский психологический журнал. 2014. № 54. С. 126 – 145.
9. Волкова О.В. Методологические принципы медико-психолого-педагогической коррекции выученной беспомощности детей с ослабленным здоровьем // Психология обучения. 2015. № 7. С. 121–132.
10. Волкова О.В. Онтогенетический подход к исследованию феномена выученной беспомощности [Электронный ресурс]: научный

журнал / Медицинская психология в России. 2013. № 6 (23). URL: <http://mprj.ru>

11. Волкова О.В. Особенности волевого действия часто болеющих дошкольников. Германия: LAP LAMBERT Academic Publishing., 2011. 304 с.

12. Волкова О.В. Перспективы применения комплексной модели исследования в разработке программы, направленной на диагностику, коррекцию и профилактику выученной беспомощности в онтогенезе // Сибирский психологический журнал. 2016. № 61. С. 47–63.

13. Волкова О.В. Развитие волевой регуляции личности как механизм коррекции выученной беспомощности // Психология обучения. 2014. № 6. С. 29 – 43.

14. Выготский Л.С. Мышление и речь. В 6 т. Т.2. М.: Педагогика, 1982. 220с.

15. Выготский Л.С. Педагогическая психология. М.: Педагогика. 1991. 480 с.

16. Голошумова Г.С. Факторы формирования социальной компетентности подростков [Электронный ресурс] // Электронная научная библиотека «КиберЛенинка». URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/factory-formirovaniya-sotsialnoy-kompetentnosti-podrostkov>

17. Губанова А.П. Психологические особенности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Современная психология и педагогика // Материалы V международно-практической конференции. СибАК, 2017. № 5 (4). С. 80–84.

18. Заплатников А.Л. К проблеме часто болеющих детей [Электронный ресурс] // Электронная научная библиотека «КиберЛенинка». URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-probleme-chasto-boleyuschih-dete>

19. Захарова Т.Н. Механизмы и условия формирования социальной компетентности дошкольников [Электронный ресурс] // Электронная научная библиотека «КиберЛенинка». URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/mehanizmy-i-usloviya-formirovaniya-sotsialnoy-kompetentnosti-doshkolnikov>

20. Иванова Н.А. Часто болеющие дети // РМЖ. 2018. № 4. С. 183.

21. Исаев Д. Н. Психология больного ребенка. СПб. 1993. 75 с.

22. Исаев Д.Н., Шац И.К. Внутренняя картина болезни у детей с острым лейкозом. Педиатрия. 1995. С 42–67.

23. Калинина Н.В. Психологическое сопровождение развития социальной компетентности школьников [Электронный ресурс]. URL: [vak.ed.gov.ru /announcements/psiholog/KalininaNV.doc](http://vak.ed.gov.ru/announcements/psiholog/KalininaNV.doc) (дата обращения 28.05.2020).

24. Кипрюшина А.А. Особенности детско-родительских отношений в дисфункциональных семьях и их влияние на формирование эмоционального состояния личности подростка (на примере девиантных подростков) // Материалы VII Международной студенческой научной конференции «Студенческий форум». 2015.

25. Козлова С.А., Куликова Т.А. Дошкольная педагогика. М.: Издательский центр «Академия». 2013. 368 с.

26. Кокорева С.П. Психологические особенности часто болеющих детей // Электронная научная библиотека «КиберЛенинка». URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/psihologicheskie-osobennosti-chasto-boleyuschih-detey>

27. Коломийченко Л.И. Концепции социального развития детей дошкольного возраста // Детский сад от А до Я. 2004. № 5. С. 8–28.

28. Кольцова И.Н. Развитие социальной уверенности у дошкольников. М.: АСТ, 2003. 202 с.

29. Корнеева Л.Н. К вопросу о критериях определения категории «часто болеющие дети» // Материалы XXV международной научно-практической конференции. СибАК, 2013. № 11 (25). С. 65.

30. Кудрявцев В.Т. Культурно-исторический статус детства: эскиз нового понимания // Психологический журнал. 1998. № 3 (59). С. 17–33.

31. Леонтьев А.Н. Личность: человек в мире и мир в человеке // Вопросы психологии, 1989, № 3, с.11–21.
32. Леонтьева Л.В. Развитие социальной компетентности старших дошкольников // Вопросы дошкольной педагогики, 2019, № 7. С. 5–8.
33. Мудрик А.В. Социальная педагогика. Учебник для студентов педагогических вузов / Под ред. В.А. Слостенина. М: Академия, 2000. 200 с.
34. Ожегов С.И., Шведова, Н. Ю. Толковый словарь русского языка 4-е издание. М.: Азбуковник, 1999. 994 с.
35. Пиманкина Е.С. Психологические особенности детско-родительских отношений в дисфункциональных семьях, воспитывающих дошкольников [Электронный ресурс] Студенческий: электрон. научн. журн. СибАК. 2018. № 21 (41). URL: <https://sibac.info/journal/student/41/120973>
36. Подласый П.И. Педагогика. Учебник для студентов высш. пед. учеб. заведений. М.: Гуманитар, 2007. 463 с.
37. Пушкарева Т.Г., Трифонова Ю.А. Содержание, структура социальной компетентности и ее диагностика // Гуманитарные научные исследования. 2012. № 11 С. 2–3. URL: <https://human.snauka.ru/2012/11/1903> (дата обращения: 31.05.2021).
38. Раимбакиева Л.Х., Долинина Е.В. Методика формирования социальной компетентности детей с ограниченными возможностями здоровья дошкольного возраста. Сургут. 2016. 88 с.
39. Рубинштейн С.Л. Человек и мир. Проблемы общей психологии. М., 1976.
40. Самсыгина Г.А. Проблема часто болеющих детей в педиатрии // Педиатрия. 2016. № 93 (1). С. 167-169.
41. Селье Г. Стресс без дистресса. М.: Прогресс, 1979. 123 с.
42. Социальная педагогика: курс лекций: учебное пособие для студентов высш. учеб. заведений Галагузова М.А., Галагузова Ю.Н., Штинова Г.Н., Тищенко Е.Я., Дьяконов Б.П. М., Гуманит. Изд-во ВЛАДОС, 2001. 416 с.

43. Социальная работа: учебное пособие для вузов / Под ред. В.И. Курбатова. Ростов-на-Дону: Феникс, 1999. 576 с.
44. Студопедия. Социальное развитие дошкольников [Электронный ресурс]. URL: https://studopedia.su/19_44871_sotsialnoe-razvitiie-doshkolnikov.html (дата обращения: 28.05.2020).
45. Усова А.П. Обучение в детском саду / Под ред. А.В. Запорожца. 3-е издание. М.: Просвещение, 1981. 176 с.
46. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования // Министерство образования и науки Российской Федерации. М.: Просвещение. 2013.
47. Фельдштейн Д.И. Проблемы возрастной и педагогической психологии. М.: Международная пед. академия, 1995. 423 с.
48. Фельдштейн Д.И. Психология становления личности. М.: 1994. 192с.
49. Хуторской А.В. Ключевые компетенции как компонент личностно ориентированной парадигмы образования [Текст] / А.В. Хуторской // Народное образование. 2003. №2. С. 58-64.
50. Щедровицкий Г.П. Организационно-деятельностная игра. М.: Наследие ММК, 2005. 320 с.
51. Эльконин Д.Б. Психология игры. М.: Книга по Требованию, 2013. 228 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Характеристика детей в группе здоровых и часто болеющих

Здоровые дети

№	Имя Ф. ребенка	Возраст (лет, мес.)	Группа здоровья
1	2	3	4
1	Ребенок 1	6 лет 1 мес.	II
2	Ребенок 2	6 лет 5 мес.	II
3	Ребенок 3	6 лет 1 мес.	II
4	Ребенок 4	6 лет 3 мес.	II
5	Ребенок 5	6 лет 3 мес.	I
6	Ребенок 6	6 лет 11 мес.	II
7	Ребенок 7	6 лет 4 мес.	I
8	Ребенок 8	6 лет 10 мес.	II
9	Ребенок 9	6 лет 4 мес.	II
10	Ребенок 10	6 лет 2 мес.	II
11	Ребенок 11	6 лет 3 мес.	II
12	Ребенок 12	6 лет 2 мес.	II

Часто болеющие дети

№	Имя Ф. ребенка	Возраст (лет, мес.)	Группа здоровья
1	2	3	4
1	Ребенок 1	6 лет 8 мес.	III
2	Ребенок 2	6 лет 2 мес.	IV
3	Ребенок 3	6 лет 5 мес.	IV
4	Ребенок 4	6 лет 3 мес.	IV
5	Ребенок 5	6 лет 4 мес.	IV
6	Ребенок 6	6 лет 1 мес.	III
7	Ребенок 7	6 лет 9 мес.	IV
8	Ребенок 8	6 лет 5 мес.	III
9	Ребенок 9	6 лет 3 мес.	III
10	Ребенок 10	6 лет 3 мес.	III
11	Ребенок 11	6 лет 9 мес.	IV
12	Ребенок 12	6 лет 10 мес.	III

Методика диагностики уровней сформированности основ социальной компетентности детей шести лет

1. Методика изучения когнитивного компонента социальной компетентности детей

Цель: установить уровень сформированности когнитивного компонента социальной компетентности (знаний о себе и окружающем мире) детей шести лет.

Методика проведения обследования: для проведения обследования уровней сформированности когнитивного компонента социальной компетентности (знаний о себе и окружающем мире) ребенку предлагается выполнить 8 заданий.

Диагностические задания по определению уровня когнитивного компонента социальной компетентности детей:

1. знает свое имя и фамилию, день рождения, как зовут родителей, называет адрес;
2. имеет представления о России как своей стране, Ханты-Мансийском автономном округе – Югре, родном городе;
3. узнает и называет символику своей страны (флаг, герб, гимн);
4. интересуется объектами и явлениями живой и неживой природы, проявляет бережное отношение к природе, устанавливает простые причинно-следственные связи
5. имеет представления о сезонных изменениях в природе;
6. имеет представления о животном мире (домашних и диких животных);
7. имеет навыки рационального природопользования (бережно использует воду, не сорит, не ходит по газону и др.);
8. знает и называет материал, из которого сделаны предметы (стекло, металл, бумага, пластмасса, дерево) и их свойства др.);

Оценка результатов выполнения ребенком шести лет заданий определяется следующим образом:

- высокий уровень (3 балла) – ребенок самостоятельно справляется с заданием;
- средний уровень (2 балла) – ребенок справляется с заданием с помощью наводящих вопросов взрослого;
- низкий уровень (1 балл) – ребенок не справляется с заданием, нуждается в постоянной помощи взрослого;
- неудовлетворительный уровень (0 баллов) – ребенок отказывается выполнять задание.

Уровень сформированности когнитивного компонента социальной компетентности у ребенка шести лет определяется по следующей шкале:

- от 2,6 до 3 баллов – высокий уровень сформированности когнитивного компонента социальной компетентности;
- от 1,6 до 2,5 баллов – средний уровень сформированности когнитивного компонента социальной компетентности;
- от 0 до 1,5 балла – низкий уровень сформированности когнитивного компонента социальной компетентности.

2. Методика проведения обследования уровней сформированности поведенческого компонента социальной компетентности детей

Цель: установить уровень сформированности поведенческого компонента социальной компетентности (развитие жизненно важных практических навыков) у детей шести лет на промежуточных этапах проведения коррекционно-педагогической работы.

Методические указания к проведению педагогического наблюдения: наблюдение может быть включенным (если проводит воспитатель группы) и не включенным (если наблюдение проводит незнакомый детям специалист). Фиксация результатов проводится в процессе наблюдения (один воспитатель занимается с детьми, второй является

экспериментатором). Наблюдая за детьми, экспериментатор имеет определенную схему, т. е. наблюдение является стандартизированным.

В ходе наблюдения специалист фиксирует не интерпретацию каких-либо действий, поступков или высказываний, а конкретные действия, поступки и высказывания, делая о них вывод в результате качественного анализа. Анализ результатов наблюдения проводится по схеме:

1. Проявление самостоятельности в выполнении гигиенических процедур (выполнение гигиенических процедур самостоятельно или по указанию взрослого).

2. Проявление самостоятельности в самообслуживании (ребенок одевается-раздевается самостоятельно или при значительной помощи взрослого, самостоятельно или по указанию взрослого следит за своим внешним видом).

3. Отношения с другими членами своей группы (доброжелательные, напряженные, невыраженные); как ребенок относится к сверстникам (равнодушно, ровно, отрицательно), отдает ли кому-то предпочтение и почему. Носят ли эти предпочтения постоянный характер.

4. Оказывает ли другому помощь и по какой причине (по собственному желанию, по просьбе сверстника, по предложению взрослого), как он это делает (охотно, помощь действенная, неохотно, формально, начинает помогать с энтузиазмом, но это быстро надоедает).

5. Замечает ли эмоциональное состояние другого, в каких ситуациях, как на это реагирует.

6. Проявляет ли заботу в отношении сверстников и окружающих взрослых, как ее проявляет (постоянно, время от времени, эпизодически), что побуждает его заботиться о других, в каких действиях выражается эта забота.

7. Как реагирует на успех и неудачи других (равнодушен, реагирует адекватно, реагирует неадекватно – завидует успеху другого, радуется его неудаче).

8. Проявление в конфликтных ситуациях (агрессивное, пассивно-зависимое, адекватное).

Оценка уровня развития у ребенка шести лет поведенческого компонента социальной компетентности определяется следующим образом:

– высокий уровень (3 балла) – ребенок проявляет самостоятельность, выполняет правила поведения и общения с окружающими;

– средний уровень (2 балла) – ребенок не всегда проявляет самостоятельность, выполняет правила поведения и общения с окружающими при напоминании взрослого;

– низкий уровень (1 балл) – ребенок не следит за своим внешним видом, выполняет гигиенические процедуры только при напоминании взрослого, проявляет лень, некорректное поведение во взаимоотношениях и общении с окружающими;

– неудовлетворительный уровень (0 баллов) – ребенок не проявляет желания быть самостоятельным, полностью зависит от взрослого в уходе за внешним видом, в выполнении гигиенических процедур, не выполняет правила поведения и общения с взрослыми и сверстниками.

Уровень развития у ребенка поведенческого компонента социальной компетентности определяется по следующей шкале:

– от 2,6 до 3 баллов – высокий уровень сформированности поведенческого компонента социальной компетентности;

– от 1,6 до 2,5 баллов – средний уровень сформированности поведенческого компонента социальной компетентности;

– от 0 до 1,5 балла – низкий уровень сформированности поведенческого компонента социальной компетентности.

Результаты педагогического наблюдения заносятся в протокол педагогического обследования уровней сформированности поведенческого компонента социальной компетентности каждого ребенка, где проставляется соответствующий балл, затем выводится средний балл, по которому определяется уровень сформированности поведенческого

компонента социальной компетентности каждого ребенка и группы детей в целом.

3. Диагностика уровней сформированности мотивационно-личностного компонента социальной компетентности детей

1. Уровни сформированности мотивационно-личностных отношений ребенка с окружающими людьми:

– процентное соотношение количества адекватных выборов ребенка к общему количеству заданий составляет 75 % – 100 %, ребенок справляется с заданиями без помощи взрослого – высокий уровень сформированности мотивационно-личностных отношений ребенка с окружающими людьми – 3 балла;

– процентное соотношение количества адекватных выборов ребенка к общему количеству заданий составляет 50 % – 74 %, ребенок справляется с заданиями при незначительной помощи взрослого – средний уровень сформированности мотивационно-личностных отношений ребенка с окружающими людьми – 2 балла;

– процентное соотношение количества адекватных выборов ребенка к общему количеству заданий составляет 0 % – 49, ребенок не справляется с заданиями даже при помощи взрослого или отказывается выполнять задания – низкий уровень сформированности мотивационно-личностных отношений ребенка с окружающими людьми – 1 балл.

Диагностические ситуации по определению уровня сформированности мотивационно-личностных отношений ребенка с окружающими людьми:

1. Утром ты приходишь в детский сад и видишь в приемной своей группы воспитателя, своих товарищей и их родителей. Ты:

– здороваешься сначала с каждым отдельно, начиная с взрослых (3 балла)

– здороваешься со всеми вместе, начиная с взрослых (2 балла)

- здороваешься только с воспитателем (1 балл)

2. Ты зашел с мамой в магазин и увидел свою любимую шоколадку. Мама дала тебе деньги и предложила купить ее самому. После того, как продавец дал тебе шоколадку и сдачу, ты:

- с улыбкой скажешь: «Спасибо» и после этого отойдешь от прилавка (3 балла)
- просто скажешь: «Спасибо» и отойдешь от прилавка (2 балла)
- молча отойдешь от прилавка.

3. Представь, что врач запретил тебе есть сладкое. Мама убрала все сладости в тумбу и попросила тебя пока к ним не притрагиваться. Как ты поступишь?

- слушаешься маму и дождешься, когда можно будет есть сладости (3 балла)
- слушаешься маму, но иногда будешь предпринимать попытки попросить конфетку (2 балла)
- сделаешь вид, что послушался маму, а сам будешь брать конфеты из тумбы, пока никто не видит (1 балл)

4. Твой друг просит у тебя велосипед, чтобы покататься. Ты:

- позволишь ему кататься столько, сколько ему захочется, а пока займешься чем-нибудь другим (3 балла)
- дашь ему велосипед, но при условии, что кататься вы будете по очереди: немного он, немного ты, потом снова он и снова ты (2 балла)
- откажешь или согласишься дать велосипед только после того, как сам накатаешься вдоволь (1 балл)

5. Дежурные по группе случайно уронили горшок с цветком, и земля рассыпалась. Ты:

- сам подойдешь к ним и начнешь помогать убирать (3 балла)
- поможешь им все убрать, если они попросят о помощи (2 балла)

- не обратишь внимания, они – дежурные, им и убирать (1 балл)
6. Представь, что твой старший брат или сестра разучивает стихотворение, заданное в школе, а тебе очень хочется посмотреть мультики. Ты:
- будешь терпеливо ждать, когда брат/сестра выучит стихотворение, и на это время выйдешь из комнаты, чтобы не мешать (3 балла)
 - будешь терпеливо ждать, когда брат/сестра выучит стихотворение, стараясь вести себя тихо (2 балла)
 - включишь себе мультики, а брату/сестре скажешь, что уроками можно заняться и в другой комнате (1 балла)
7. Представь, что ты едешь с мамой в автобусе. Сидячие места заняты не все, есть свободные. На остановке в автобус входит бабушка. Ты:
- поднимешься со своего места и предложишь бабушке его занять (3 балла)
 - поинтересуешься у бабушки, нужно ли уступить ей свое место, или она сядет на одно из свободных (2 балла)
 - ничего не станешь делать и говорить, ведь в автобусе есть свободные места (1 балл)

8. Во время прогулки на площадке возле дома ты замечаешь мальчика, которого раньше не видел. Это новый сосед, совсем недавно поселившийся в том же доме, в котором живешь ты. Мальчик один, с ним никто не играет. Ты:

- подойдешь к нему, познакомишься, позовешь в компанию к своим товарищам, познакомишь с ними со всеми и предложишь гулять вместе (3 балла)
- подойдешь к нему, познакомишься и скажешь, что если он захочет играть вместе, пусть присоединяется (2 балла)

– ничего не будешь делать, если захочет – сам подойдет (1 балл)

2. Уровни сформированности любознательности, активности:

– ребенок любознателен, активен, проявляет интерес в процессе выполнения задания, справляется с заданиями без помощи взрослого, процентное соотношение количества положительных выборов ребенка к общему количеству заданий составляет 75 % – 100 % – высокий уровень сформированности у ребенка любознательности, активности – 3 балла;

– ребенок проявляет любознательность, активность ситуативно, справляется с заданиями при незначительной помощи взрослого, процентное соотношение количества положительных выборов ребенка к общему количеству заданий составляет 50 % – 74 % – средний уровень сформированности у ребенка любознательности, активности – 2 балла;

– ребенок не любознателен, не активен, не проявляет интерес к окружающим и происходящим событиям, не справляется с заданиями даже при помощи взрослого или отказывается выполнять задания, процентное соотношение количества адекватных выборов ребенка к общему количеству заданий составляет 0 % – 49 % – низкий уровень сформированности у ребенка любознательности, активности – 1 балл.

Диагностические ситуации по определению уровня сформированности любознательности, активности:

1. Мама предлагает тебе пойти в книжный магазин и купить энциклопедию для детей. Ты:

– с радостью согласишься и после покупки сразу начнешь изучать книгу (3 балла)

– согласишься, но отложишь изучение книги на потом (2 балла)

– откажешься или согласишься, но изучать купленную книгу не будешь (1 балл)

2. Когда воспитатели рассказывают вам о профессиях людей, тебе:

- всегда интересно (3 балла)
- интересны только некоторые профессии (2 балла)
- не интересно (1 балл)

3. По телевизору на одном канале идет передача «Что из чего сделано», а на другом – мультфильм, который ты уже видел. Ты выберешь для просмотра:

- передачу (3 балла)
- сначала передачу, а потом мультфильм (2 балла)
- мультфильм (1 балл)

4. Во время прогулки ты увидел необычное, не знакомое тебе растение. Ты:

- сразу побежишь к взрослым, чтобы спросить, что это за растение (3 балла)
- спросишь взрослых о том, что это за растение, если они будут находиться рядом (2 балла)
- не станешь никого ни о чем спрашивать (1 балл)

5. Расскажи, что ты знаешь о работе своей мамы (своего папы):

- называет профессию и место работы, перечисляет все трудовые функции, которые выполняет мама (папа) на работе (3 балла)
- называет профессию и место работы, перечисляет часть трудовых функций (2 балла)
- затрудняется назвать профессию и/или место работы, не имеет представления о трудовых функциях родителей, или эти представления ошибочны (1 балл)

6. Ваша группа отправляется на экскурсию в зоопарк. Там вас будет сопровождать экскурсовод. Во время экскурсии тебе будет интересно:

- послушать рассказы экскурсовода не только об обитателях зоопарка, но и о работе тех, кто за ними ухаживает (3 балла)

- послушать рассказы экскурсовода только об обитателях зоопарка (2 балла)
- только посмотреть на животных и птиц, а рассказы тебя не интересуют (1 балл)

7. Расскажи, что ты знаешь про первого космонавта Юрия Алексеевича Гагарина.

- рассказ ребенка достаточно подробный, в нем излагается большинство сведений, которые детям известны из рассказов воспитателей на занятиях, посвященных теме космоса (3 балла)
- рассказ ребенка ограничивается основными сведениями (2 балла)
- ребенок затрудняется с выполнением задания, помнит только то, что Гагарин был первым человеком, полетевшим в космос (1 балл)

8. Ваша группа идет на занятие в библиотеку. Ты:

- слушаешь рассказ библиотекаря о писателе и его книгах, участвуешь в беседе, а после занятия берешь книги этого писателя, чтобы родители почитали их тебе дома (3 балла)
- слушаешь рассказ библиотекаря о писателе и его книгах, участвуешь в беседе, если тебе задают вопросы (2 балла)
- просто слушаешь рассказ библиотекаря и ждешь, когда занятие закончится (1 балл)

3. Уровни конфликтности и агрессивности:

– ребенок неконфликтен, неагрессивен, умеет конструктивно решать конфликтные ситуации, справляется с заданиями без помощи взрослого, процентное соотношение количества адекватных выборов ребенка к общему количеству заданий составляет 75 % – 100 % – низкий уровень конфликтности и агрессивности ребенка – 3 балла;

- ребенок вступает в конфликт, проявляет агрессию в зависимости

от ситуации, но умеет конструктивно решать конфликтные ситуации, справляется с заданиями при незначительной помощи взрослого, процентное соотношение количества адекватных выборов ребенка к общему количеству заданий составляет 50 % – 74 % – средний уровень конфликтности и агрессивности ребенка – 2 балла;

– ребенок агрессивен, вступает в конфликты, не умеет конструктивно решать конфликтные ситуации, не справляется с заданиями даже при помощи взрослого или отказывается выполнять задания, процентное соотношение количества адекватных выборов ребенка к общему количеству заданий составляет 0 % – 49 % – высокий уровень конфликтности и агрессивности ребенка – 1 балл.

Диагностические ситуации по определению уровня конфликтности и агрессивности

1. На занятии по рисованию дано задание раскрасить цветок в парах. Ты хочешь раскрасить цветок красным цветом, а твой товарищ – синим. Как ты поступишь?

- будешь настаивать на своем, пока товарищ не согласится на красный цвет (1 балл)
- уступишь товарищу, и цветок вы раскрасите синим цветом (2 балла)
- предложишь половину лепестков раскрасить красным, а вторую половину – синим (3 балла)

2. Ты поссорился со своим братом/сестрой, виноват в ссоре был ты. Как ты поступишь?

- признаешься, что виноват был ты, извинишься и предложишь помириться (3 балла)
- не признаешься, что виноват был ты, но извинишься и предложишь помириться (2 балла)

- не признаешь свою вину и не станешь извиняться, будешь ждать, пока брат/сестра перестанет на тебя обижаться и сам/сама начнет с тобой общаться (1 балл)

3. Во время игры на детской площадке тебя нечаянно толкнул незнакомый мальчик и не извинился. Ты:

- не обратишь внимания, ведь это было случайно, и сразу забудешь об этой ситуации (3 балла)
- обратишься к толкнувшему тебя с просьбой быть внимательнее и продолжишь игру (2 балла)
- подойдешь к толкнувшему тебя мальчику и потребуешь извинений (1 балл)

4. Двое твоих друзей поссорились. Каждый из них просит тебя перестать общаться с другим. Ты:

- каждому из них объяснишь, что они оба – твои друзья, ты не может просто взять и отказаться от дружбы с кем-то одним, и постарайся их примирить (3 балла)
- каждому из них объяснишь, что они оба – твои друзья, продолжишь общаться с обоими и будешь терпеливо ждать, когда они помирятся (2 балла)
- выберешь кого-то одного из двух друзей, с кем продолжишь общаться, или каждому скажешь, что общаешься только с ним (1 балл)

5. Мама не разрешает тебе смотреть мультики, пока не наведешь порядок в своей комнате. Тебе очень не хочется заниматься уборкой. Ты:

- добросовестно наведешь порядок, потому что считаешь, что мама права (3 балла)
- наведешь порядок, даже если считаешь, что мама не права (2 балла)

- не станешь ничего делать, когда маме надоест ждать, она сама приберет в твоей комнате (1 балл)

6. На детской площадке между твоими приятелями произошла драка. Ты видел, как это произошло, и знаешь, кто был зачинщиком. Взрослые начали расспрашивать всех, кто был на площадке, о том, что произошло. Дошла очередь до тебя. Ты:

- скажешь всю правду, потому что хочешь, чтобы ситуация разрешилась по справедливости (3 балла)
- скажешь всю правду, потому что взрослых обманывать нельзя (2 балла)
- постараешься уйти от ответа, опасаясь того, что тебя начнут называть ябедой (1 балл)

7. Один из детей в твоей группе постоянно обзывает другого. И делает это тогда, когда взрослые не слышат. Тому, кого обзывает, угрожает, что, если пожалуется воспитателю, он его побьет. Ты:

- станешь защищать того, кого обижают, а если это не поможет, расскажешь обо всем воспитателю (3 балла)
- расскажешь об этой ситуации воспитателю (2 балла)
- не станешь вмешиваться, пусть сами разбираются (1 балл)

8. Во время игры на детской площадке ты нечаянно толкнул незнакомого ребенка, и он упал. Ты:

- поможешь ему подняться, извинишься и объяснишься с его родителями, чтобы они знали, что это произошло случайно, а не намеренно (3 балла)
- поможешь ему подняться и извинишься (2 балла)
- не обратишь на это внимания, а если вмешаются его родители, то скажешь, что не виноват, ведь это произошло случайно (1 балл)

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Протокол обследования развития когнитивного компонента социальной компетентности здоровых детей

	Имя Ф. ребенка	Задание 1	Задание 2	Задание 3	Задание 4	Задание 5	Задание 6	Задание 7	Задание 8	Средн ий балл	уровень
1	Ребенок 1	2	3	3	3	3	3	3	3	2,9	Высокий
2	Ребенок 2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Высокий
3	Ребенок 3	3	3	3	3	3	2	3	3	2,9	Высокий
4	Ребенок 4	3	2	2	2	2	3	3	3	2,5	Средний
5	Ребенок 5	2	2	2	2	2	2	3	2	2,1	Средний
6	Ребенок 6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Высокий
7	Ребенок 7	2	3	2	3	3	3	3	2	2,6	Высокий
8	Ребенок 8	2	1	3	2	2	2	3	3	2,3	Средний
9	Ребенок 9	2	2	3	2	2	2	3	3	2,4	Средний
10	Ребенок 10	3	3	3	3	3	3	2	2	2,8	Высокий
11	Ребенок 11	2	1	3	3	2	2	3	3	2,4	Средний
12	Ребенок 12	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Высокий
Итого (М)		2,5	2,3	2,8	2,7	2,6	2,6	2,9	2,8		

Высокий уровень выявлен у 7 детей (58%)

Средний уровень выявлен у 5 детей (42%)

Низкий уровень выявлен у 0 детей

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол обследования уровня когнитивного компонента социальной
компетентности часто болеющих детей

	Имя Ф. ребенка	Задание 1	Задание 2	Задание 3	Задание 4	Задание 5	Задание 6	Задание 7	Задание 8	Средн ий балл	уровень
1	Ребенок 1	1	1	1	1	2	2	1	1	1,3	Низкий
2	Ребенок 2	2	2	1	2	3	3	1	2	2	Средний
3	Ребенок 3	2	1	2	1	2	2	2	1	1,6	Средний
4	Ребенок 4	2	2	1	2	2	2	2	2	1,9	Средний
5	Ребенок 5	1	1	1	2	2	2	1	2	1,5	Низкий
6	Ребенок 6	1	2	1	1	2	2	1	1	1,4	Низкий
7	Ребенок 7	2	2	3	2	2	2	3	2	2,3	Средний
8	Ребенок 8	1	3	2	3	2	3	2	3	2,4	Средний
9	Ребенок 9	3	1	2	3	3	2	2	3	2,4	Средний
10	Ребенок 10	3	2	2	3	3	3	3	3	2,6	Высокий
11	Ребенок 11	1	1	1	3	1	1	2	3	1,6	Низкий
12	Ребенок 12	2	3	2	2	2	3	2	2	2,3	Средний
Итого (М)		1,8	2,6	2,4	2,6	3	2,8	2,3	2,4		

Высокий уровень выявлен у 1 ребенка (8%)

Средний уровень выявлен у 7 детей (58%)

Низкий уровень выявлен у 4 детей (34%)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол обследования уровня сформированности поведенческого
компонента здоровых детей

	Имя Ф. ребенка	Уровень развития гигиенических навыков по соблюдению чистоты тела	Уровень развития навыков культурной еды	Уровень развития навыков аккуратного и бережного обращения с вещами	Уровень развития навыков культуры деятельности, поддержания порядка в окружающей обстановке	Уровень развития навыков культуры поведения	Уровень развития навыков культуры общения	Средний балл	Уровень сформированности поведенческого компонента
1	Ребенок 1	3	2	2	3	2	2	2,3	Средний
2	Ребенок 2	3	2	1	2	2	2	2,0	Средний
3	Ребенок 3	2	3	2	2	3	3	2,5	Средний
4	Ребенок 4	3	2	2	2	2	2	2,2	Средний
5	Ребенок 5	2	3	3	3	2	2	2,5	Средний
6	Ребенок 6	2	3	3	3	2	3	2,7	Высокий
7	Ребенок 7	3	2	2	3	3	3	2,7	Высокий
8	Ребенок 8	2	2	2	2	3	3	2,3	Средний
9	Ребенок 9	2	1	2	1	2	2	1,7	Средний
10	Ребенок 10	3	3	2	3	3	3	2,8	Высокий
11	Ребенок 11	3	2	2	3	3	3	2,7	Высокий
12	Ребенок 12	2	2	2	2	2	3	2,2	Средний
Итого (М)		2,5	2,3	2,1	2,4	2,4	2,6	2,5	

Высокий уровень выявлен у 4 детей (33%)

Средний уровень выявлен у 8 детей (67%)

Низкий уровень выявлен у 0 детей

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол обследования уровня сформированности поведенческого
компонента часто болеющих детей

	Имя Ф. ребенка	Уровень развития гигиенических навыков по соблюдению чистоты тела	Уровень развития навыков культурной еды	Уровень развития навыков аккуратного и бережного обращения с вещами личного пользования	Уровень развития навыков культуры деятельности, поддержания порядка в окружающей обстановке	Уровень развития навыков культуры поведения	Уровень развития навыков культуры общения	Средний балл	Уровень сформированности поведенческого компонента
1	Ребенок 1	1	2	1	1	2	2	1,5	Низкий
2	Ребенок 2	1	2	2	1	1	1	1,3	Низкий
3	Ребенок 3	2	1	2	2	2	1	1,7	Средний
4	Ребенок 4	2	1	2	3	2	2	2,0	Средний
5	Ребенок 5	2	2	2	2	2	1	1,8	Средний
6	Ребенок 6	1	2	1	2	1	3	1,7	Средний
7	Ребенок 7	2	1	1	2	1	1	1,3	Низкий
8	Ребенок 8	1	2	1	2	1	3	1,7	Средний
9	Ребенок 9	1	1	2	3	2	2	1,8	Средний
10	Ребенок 10	2	2	3	2	2	1	2,0	Средний
11	Ребенок 11	1	1	1	1	1	2	1,2	Низкий
12	Ребенок 12	1	1	2	2	2	2	1,7	Средний
Итого (М)		1,4	1,5	1,7	1,9	1,6	1,8	1,4	Низкий

Средний уровень выявлен у 7 детей (58%)

Низкий уровень выявлен у 5 детей (42%)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол обследования уровня сформированности мотивационно-
личностных отношений здоровых детей с другими людьми

№	Имя Ф. ребенка	Задание 1	Задание 2	Задание 3	Задание 4	Задание 5	Задание 6	Задание 7	Задание 8	Средний балл	Уровень
1	Ребенок 1	1	3	2	3	2	3	3	3	2,5	средний
2	Ребенок 2	3	2	3	3	3	3	3	3	2,8	высокий
3	Ребенок 3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	высокий
4	Ребенок 4	2	2	2	2	2	2	3	2	2,1	средний
5	Ребенок 5	1	1	1	1	1	2	1	2	1,3	низкий
6	Ребенок 6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	высокий
7	Ребенок 7	2	2	2	2	2	3	2	2	2,1	средний
8	Ребенок 8	1	3	2	3	2	3	2	2	2,3	средний
9	Ребенок 9	2	2	3	3	2	2	3	3	2,5	средний
10	Ребенок 10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	высокий
11	Ребенок 11	1	3	2	3	2	3	2	2	2,3	средний
12	Ребенок 12	2	2	3	3	2	2	3	3	2,5	средний
Итого (М)		2	2,4	2,4	2,7	2,4	2,7	2,6	2,6		

Высокий уровень выявлен у 4 детей (34%)

Средний уровень выявлен у 7 детей (58%)

Низкий уровень выявлен у 1 ребенка (8%)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол обследования уровня сформированности мотивационно-личностных отношений часто болеющих детей с другими людьми

№	Имя Ф. ребенка	Задание 1	Задание 2	Задание 3	Задание 4	Задание 5	Задание 6	Задание 7	Задание 8	Средний балл	Уровень
1	Ребенок 1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	низкий
2	Ребенок 2	2	2	2	2	2	3	2	2	2,1	средний
3	Ребенок 3	1	2	1	1	1	2	1	1	1,3	низкий
4	Ребенок 4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	средний
5	Ребенок 5	1	1	1	1	1	2	1	2	1,3	низкий
6	Ребенок 6	1	2	1	1	1	1	1	1	1,1	низкий
7	Ребенок 7	2	2	2	2	2	3	2	2	2,1	средний
8	Ребенок 8	1	3	2	3	2	3	1	3	2,3	средний
9	Ребенок 9	3	1	2	3	3	1	1	3	2,1	средний
10	Ребенок 10	3	3	3	3	3	3	3	3	3	высокий
11	Ребенок 11	1	3	2	3	2	3	2	2	2,3	средний
12	Ребенок 12	2	2	3	3	2	2	2	3	2,3	средний
Итого (М)		1,6	2	1,8	2	1,8	2,2	1,6	2,1		

Высокий уровень выявлен у 1 ребенка (9%)

Средний уровень выявлен у 7 детей (58%)

Низкий уровень выявлен у 4 детей (33%)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол обследования уровня сформированности любознательности,
активности здоровых детей

	Имя Ф. ребенка	Задание 1	Задание 2	Задание 3	Задание 4	Задание 5	Задание 6	Задание 7	Задание 8	Сред ний балл	уровень
1	Ребенок 1	2	2	3	3	3	2	2	3	2,6	Высокий
2	Ребенок 2	3	2	2	3	3	3	2	3	2,6	Высокий
3	Ребенок 3	3	3	3	2	2	3	3	3	2,6	Высокий
4	Ребенок 4	2	2	2	3	2	3	3	3	2,5	Средний
5	Ребенок 5	1	2	2	1	1	2	2	2	1,6	Средний
6	Ребенок 6	3	3	3	3	3	3	3	3	3	Высокий
7	Ребенок 7	2	2	2	3	2	3	2	2	2,6	Высокий
8	Ребенок 8	1	2	1	3	3	2	2	2	2	Средний
9	Ребенок 9	1	2	1	3	2	3	3	3	2,6	Высокий
10	Ребенок 10	2	3	3	3	2	3	3	3	2,8	Высокий
11	Ребенок 11	2	3	3	3	3	3	3	3	2,9	Высокий
12	Ребенок 12	2	2	2	3	3	3	2	3	2,5	Средний
Итого (М)		2	3,3	2,3	2,8	2,4	2,8	2,5	2,8		

Высокий уровень выявлен у 8 детей (67%)

Средний уровень выявлен у 4 детей (33%)

Низкий уровень выявлен у 0 ребенка (0%)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол обследования уровня сформированности любознательности,
активности часто болеющих детей

	Имя Ф. ребенка	Задание 1	Задание 2	Задание 3	Задание 4	Задание 5	Задание 6	Задание 7	Задание 8	Сред ний балл	уровень
1	Ребенок 1	1	1	1	1	1	1	2	1	1,1	Низкий
2	Ребенок 2	2	2	2	2	3	2	2	2	2,1	Средний
3	Ребенок 3	1	2	1	2	1	2	2	2	1,6	Средний
4	Ребенок 4	2	2	2	3	2	2	2	2	2,1	Средний
5	Ребенок 5	1	1	1	1	2	1	1	1	1,1	Низкий
6	Ребенок 6	1	1	1	1	2	1	1	1	1,1	Низкий
7	Ребенок 7	2	2	2	2	2	3	2	2	2,1	Средний
8	Ребенок 8	2	2	3	3	1	2	3	2	2,3	Средний
9	Ребенок 9	1	2	2	1	2	2	2	1	1,6	Средний
10	Ребенок 10	2	3	3	2	2	3	2	2	2,4	Средний
11	Ребенок 11	1	1	2	2	2	2	2	2	1,6	Средний
12	Ребенок 12	2	2	2	3	3	3	2	2	2,4	Средний
Итого (М)		1,5	1,8	1,8	1,8	1,9	2	1,9	1,7		

Высокий уровень выявлен у 0 детей (0%)

Средний уровень выявлен у 9 детей (75%)

Низкий уровень выявлен у 3 детей (25%)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол обследования уровня конфликтности и агрессивности здоровых детей

	Имя Ф. ребенка	Задание 1	Задание 2	Задание 3	Задание 4	Задание 5	Задание 6	Задание 7	Задание 8	Средний балл	уровень
1	Ребенок 1	1	2	1	2	1	1	1	1	1,3	Низкий
2	Ребенок 2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Низкий
3	Ребенок 3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Низкий
4	Ребенок 4	2	1	1	2	1	2	2	2	1,6	Средний
5	Ребенок 5	3	2	2	2	3	1	1	1	1,9	Средний
6	Ребенок 6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Низкий
7	Ребенок 7	2	2	2	2	1	1	3	2	1,9	Средний
8	Ребенок 8	1	3	2	1	1	2	2	1	1,8	Средний
9	Ребенок 9	2	2	2	3	2	2	2	2	2,1	Средний
10	Ребенок 10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Низкий
11	Ребенок 11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	Низкий
12	Ребенок 12	1	2	2	2	2	1	1	2	1,6	Средний
Итого (М)		1,4	1,6	1,4	1,6	1,3	1,3	1,4	1,3		

Высокий уровень выявлен у 0 детей

Средний уровень выявлен у 6 детей (50%)

Низкий уровень выявлен у 6 детей (50%)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол обследования уровня конфликтности и агрессивности часто
болеющих детей

	Имя Ф. ребенка	Задание 1	Задание 2	Задание 3	Задание 4	Задание 5	Задание 6	Задание 7	Задание 8	Средн ий балл	уровень
1	Ребенок 1	1	1	1	1	1	2	1	2	1,3	Низкий
2	Ребенок 2	2	2	2	2	2	2	1	1	1,8	Средний
3	Ребенок 3	3	3	2	3	3	2	2	3	2,6	Высокий
4	Ребенок 4	2	1	2	1	1	2	1	2	1,5	Низкий
5	Ребенок 5	3	3	3	3	3	1	3	2	2,6	Высокий
6	Ребенок 6	3	3	1	2	2	3	3	3	2,5	Средний
7	Ребенок 7	2	2	2	1	1	1	1	2	1,5	Низкий
8	Ребенок 8	3	1	2	1	1	3	1	2	1,8	Средний
9	Ребенок 9	1	3	2	1	3	1	2	1	1,8	Средний
10	Ребенок 10	1	1	1	1	2	1	1	2	1,3	Низкий
11	Ребенок 11	2	3	3	1	2	1	2	3	2,1	Средний
12	Ребенок 12	2	1	2	2	2	1	2	3	1,9	Средний
Итого (М)		2,2	2	1,9	1,6	1,9	1,7	1,7	2,2		

Высокий уровень выявлен у 2 детей (17%)

Средний уровень выявлен у 6 детей (50 %)

Низкий уровень выявлен у 4 детей (33%)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол общего уровня сформированности мотивационно-личностного компонента социальной компетентности здоровых детей

	Имя Ф. ребенка	Уровень сформированности конкретно личностных способностей	Уровень сформированности любознательности, активности	Уровень конфликтности и агрессивности	Общий уровень
1	Ребенок 1	Средний	Высокий	Низкий	Средний
2	Ребенок 2	Высокий	Высокий	Низкий	Средний
3	Ребенок 3	Высокий	Высокий	Низкий	Средний
4	Ребенок 4	Средний	Средний	Средний	Средний
5	Ребенок 5	Низкий	Средний	Средний	Средний
6	Ребенок 6	Высокий	Высокий	Низкий	Средний
7	Ребенок 7	Средний	Высокий	Средний	Средний
8	Ребенок 8	Средний	Средний	Средний	Средний
9	Ребенок 9	Средний	Высокий	Средний	Средний
10	Ребенок 10	Высокий	Высокий	Низкий	Средний
11	Ребенок 11	Средний	Высокий	Низкий	Средний
12	Ребенок 12	Средний	Средний	Средний	Средний

Средний уровень выявлен у 12 детей (100 %)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Протокол общего уровня сформированности мотивационно-личностного компонента социальной компетентности часто болеющих детей

	Имя Ф. ребенка	Уровень сформированности конкретно личностных способностей	Уровень сформированности любознательности, активности	Уровень конфликтности и агрессивности	Общий уровень
1	Ребенок 1	низкий	Низкий	Низкий	Низкий
2	Ребенок 2	средний	Средний	Средний	Средний
3	Ребенок 3	низкий	Средний	Высокий	Средний
4	Ребенок 4	средний	Средний	Низкий	Низкий
5	Ребенок 5	низкий	Низкий	Высокий	Средний
6	Ребенок 6	низкий	Низкий	Средний	Низкий
7	Ребенок 7	средний	Средний	Низкий	Средний
8	Ребенок 8	средний	Средний	Средний	Средний
9	Ребенок 9	средний	Средний	Средний	Средний
10	Ребенок 10	высокий	Средний	Низкий	Средний
11	Ребенок 11	средний	Средний	Средний	Средний
12	Ребенок 12	средний	Средний	Средний	Средний

Средний уровень выявлен у 9 детей (75 %)

Низкий уровень выявлен у 3 детей (25 %)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Итоговый протокол диагностики уровней сформированности социальной компетентности здоровых детей

№ п./п.	Фамилия, имя ребенка	Уровень сформированности когнитивного компонента	Уровень сформированности поведенческого компонента	Уровень сформированности мотивационно-личностного компонента	Итоговый уровень
1	Ребенок 1	Высокий	Средний	Средний	Средний
2	Ребенок 2	Высокий	Средний	Средний	Средний
3	Ребенок 3	Высокий	Средний	Средний	Средний
4	Ребенок 4	Средний	Средний	Средний	Средний
5	Ребенок 5	Средний	Средний	Средний	Средний
6	Ребенок 6	Высокий	Высокий	Средний	Высокий
7	Ребенок 7	Высокий	Высокий	Средний	Высокий
8	Ребенок 8	Средний	Средний	Средний	Средний
9	Ребенок 9	Средний	Средний	Средний	Средний
10	Ребенок 10	Высокий	Высокий	Средний	Высокий
11	Ребенок 11	Средний	Высокий	Средний	Средний
12	Ребенок 12	Высокий	Средний	Средний	Средний

Высокий уровень выявлен у 3 детей (25%)

Средний уровень выявлен у 9 детей (75 %)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Итоговый протокол диагностики уровней сформированности социальной компетентности часто болеющих детей

№ п./п.	Фамилия, имя ребенка	Уровень сформированности когнитивного компонента	Уровень сформированности поведенческого компонента	Уровень сформированности мотивационно-личностного	Итоговый уровень
1	Ребенок 1	Низкий	Низкий	Низкий	Низкий
2	Ребенок 2	Средний	Низкий	Средний	Средний
3	Ребенок 3	Средний	Средний	Средний	Средний
4	Ребенок 4	Средний	Средний	Низкий	Средний
5	Ребенок 5	Низкий	Средний	Средний	Средний
6	Ребенок 6	Низкий	Средний	Низкий	Низкий
7	Ребенок 7	Средний	Низкий	Средний	Средний
8	Ребенок 8	Средний	Средний	Средний	Средний
9	Ребенок 9	Средний	Средний	Средний	Средний
10	Ребенок 10	Высокий	Средний	Средний	Средний
11	Ребенок 11	Низкий	Низкий	Средний	Низкий
12	Ребенок 12	Средний	Средний	Средний	Средний

Средний уровень выявлен у 9 детей (75%)

Низкий уровень выявлен у 3 детей (25%)

Воспитатели _____

Подпись _____ Дата _____

Описание игр, игровых ситуаций и упражнений со сверстниками по развитию социальных навыков детей

Сюжетно-ролевые игры

«Поликлиника»

Предварительная работа:

1. Экскурсия в медицинский кабинет детского сада.
2. Наблюдение за работой медсестры, врача (прослушивает фонендоскопом, смотрит горло, задает вопросы).
3. Рассказ воспитателя о работе врача в поликлинике, окулиста, хирурга, педиатра, терапевта, рентгенолога.
4. Рассматривание фотоиллюстраций о работе врачей различной специализации.
5. Рассматривание медицинских инструментов
6. Беседа с детьми «Как я с мамой ходил на прием к врачу»

Роли: врач, медсестра, работник регистратуры, санитарка, больные.

Игровые действия: Больной идет в регистратуру, берет талон к врачу, идет на прием. Врач принимает больных, внимательно выслушивает их жалобы, задает вопросы, прослушивает фонендоскопом, измеряет давление, смотрит горло, делает назначение. Медсестра выписывает рецепт, врач подписывает. Больной идет в процедурный кабинет. Медсестра делает уколы, перевязывает ранки, смазывает мазью и т.д. Санитарка убирает кабинет, меняет полотенце.

Игровые ситуации: «На приеме у отоларинголога», «На приеме у хирурга», «На приеме у окулиста» и др.

Театрализованные игры

Игра «Испорченный телефон»

Выбирается один водящий. Все участники игры, кроме водящего и одного из детей, закрывают глаза — «спят». Водящий показывает ребенку,

не закрывшему глаза, какую-либо эмоцию. Ребенок, «разбудив» другого участника игры, передает увиденную эмоцию так, как он ее понял, без слов. Второй участник передает свою версию увиденного третьему игроку и так до последнего игрока. После игры педагог беседует с детьми о том, какие эмоции они изображали; по каким признакам они узнали показанные эмоции.

Дидактические игры

Игровое упражнение «Пусть всегда будет»

Ведущий рассказывает детям о том, что один маленький мальчик придумал такие слова: «Пусть всегда будет солнце, пусть всегда будет небо, пусть всегда будет мама, пусть всегда буду я!». После этого ведущий предлагает придумать каждому свое самое заветное «ПУСТЬ». Все дети хором кричат: "Пусть всегда будет ...», а один из детей добавляет свое желание, затем то же самое проводится для всех детей группы.

Игра – ситуация «О чем спросить при встрече»

Дети сидят в кругу. У ведущего – эстафета (красивая палочка, мяч и т.п.) Эстафета переходит из рук в руки. Задача игроков — сформулировать вопрос, который можно задать знакомому при встрече после приветствия, и ответить на него. Один ребенок задает вопрос, другой отвечает: «Как живете?» — «Хорошо». «Как идут дела?» — «Нормально». «Что нового?» — «Все по-старому» и т.д. Дважды повторять вопрос нельзя.

Описание совместной проектной деятельности с родителями по развитию
социальных навыков детей

«Кулинарный поединок»

Цель: способствовать созданию более близких отношений между детьми и родителями внутри семьи, более дружеских — между детьми и воспитателями внутри группы; созданию хорошего настроения для всех.

Игровые действия.

Первый конкурс «Витаминный салат». Соперникам надо приготовить салат из представленных овощей или фруктов; дать салату название; рассказать, какими полезными свойствами он обладает.

Второй конкурс «Приготовление бутербродов-канапе». Бутерброды будут все одинаковые. Но в этом конкурсе важна быстрота: кто приготовит большее количество за определенное время.

Беседа мамы и ребенка:

1. Как называется блюдо — тушеная картошка с мясом? (Жаркое)
2. Детская хороводная игра, получившая название в честь этого хлеба.

(Каравай)

3. Чем угощала в сказке Лиса Журавля? (Кашей)
4. Что любит Винни-Пух? (Мед)
5. Что посадил дед, а один не мог вытянуть? (Репку)
6. Чем подавился Петушок в сказке? (Бобовым зернышком)
7. Какой хлеб пекут на Пасху? (Кулич)
8. Из какого корнеплода получается сахар? (Свекла)
9. Какой овощ называют синеньким? (Баклажан)
10. Каким овощем был мальчик Чиполино? (Лук)

Загадки ребенку:

1. Пузырюсь я и пыхчу,
жить в квашне я не хочу.

Надоела мне квашня,
посадите в печь меня. (Тесто)

2. Кто напиток этот знает,
тот название отгадает.
Я зову его шипучка,
и зову — вода-колючка. (Газировка)

3. Есть и есть его не лень
было нам с сестренкой Ниной.
А на следующий день
заболели мы ангиной. (Мороженое)

4. Маленькое, сдобное
колесо съедобное. (Баранка)

Изобразительная деятельность «Генеалогическое древо»

Цель: Познакомить детей с понятием «генеалогическое древо», о его составных частях. Побуждать детей составлять общий план своего генеалогического древа совместно с родителями. Упражнять в создании цельного образа генеалогического древа, добиваясь возможного портретного сходства при изображении членов семьи. Воспитывать любовь и уважение ко всем членам семьи.

1. Беседа родителей с ребенком «Что такое семья»

-Как зовут родителей? Как зовут братьев, сестер, бабушек, дедушек и т.д.? Сколько человек в семье? Как живут члены семьи, вместе или отдельно?

2. Обсуждение плана работы.

Родитель предлагает рассмотреть картинку с изображением генеалогического древа, говорит о том, что сегодня будем рисовать семейное древо. Создавая семейное древо, мы ближе познакомимся с историей своей семьи, предками, узнаем о том, кем работали и где жили члены семьи.

Сначала составляют набросок семейного дерева. Сначала надо посчитать всех родственников и четко распределить их в следующем порядке: родные братья и сестры, далее мама и папа, затем бабушки и дедушки.

Начинают рисовать дерево не с корней, как оно растет обычно, а с кроны, так как начинаем вести семейное дерево с ребенка, потому что он является молодой ветвью в истории семьи. Портреты будут в овальных рамочках. В самом верху листа посередине будет портрет ребенка. Братьев и сестер располагают рядом и подписывают. Затем рисуют окошечки для папы и мамы. Под окошечками родителей рисуют окошечки для портретов бабушек и дедушек. Напоминают ребенку, что у мамы есть своя мама – бабушка и у папы есть своя мама - другая бабушка. То же самое и с дедушками. Рисуют окошечки для их портретов, подписывают. Например, «Бабушка Маша», «Дедушка Коля».

Распределили всех членов семьи на семейном древе. Теперь надо нарисовать в окошечках портреты своих родных. Стараются передать сходство с членами семьи.

Оформление рисунка.

Итог.

В конце работы рисунок вывешивается на стену для рассматривания. Ребенок рассказывает родителям о своей семье и спрашивает у родителей то, чего не знает.

«Подарок для папы ко Дню Защитника Отечества»

Предварительная работа: вспоминаем с ребенком праздник «День Защитника Отечества». Спрашивается у ребенка где служил его папа. Накануне праздника смотрим вместе с ребенком военные мультфильмы. Проведение беседы по просмотренным мультфильмам. Проведение дидактических игр – «найди звездочки», «собери поздравительные открытки» и т.д.

Мама предлагает ребенку сделать танк своими руками в подарок папе. Ребенок с родителем рассматривают танк на картинке, вспоминает из мультфильма из чего состоит танк и вместе с мамой лепят из пластилина отдельные части танка. В процессе лепки мама задает ребенку вопросы по тематике праздника. Выслушивает мнение ребенка, хотел бы он пойти в армию, спрашивает нужна ли помощь в изготовлении подарка. Вспоминают любимый цвет папы, чтобы использовать его в подделке.

Затем рисуют открытку для папы. Мама диктует стихотворение, а ребенок пишет его на открытке. Вместе вырезают звездочки, рисуют и раскрашивают танк. Готовят подарочную коробку, мама прислушивается к идеям ребенка и помогает воплощать его идеи в реальность, не перечая ему.

Итог совместно-проделанной работы – подарочная коробка, сделанный из пластилина танк и открытка из картона.

Мама хвалит ребенка, благодарит за совместную продуктивную работу и дарит небольшой сувенир ребенку, подходящий тематике праздника.