

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

Институт психолого-педагогического образования  
Кафедра психологии детства

Орлова Татьяна Викторовна

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ  
ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ГОТОВНОСТИ  
ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА РАННЕГО ВОЗРАСТА  
К ПОСТУПЛЕНИЮ В ДОШКОЛЬНУЮ ОБРАЗОВАТЕЛЬНУЮ  
ОРГАНИЗАЦИЮ И СОЦИАЛЬНО-ПАЕОЛОГИЧЕСКИМ  
СОСТОЯНИЕМ ЕГО СЕМЬИ

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование  
Профиль «Психология и педагогика дошкольного образования»

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой д.м.н., профессор Ковалевский В.А.

18.05.16

Дата, подпись

Руководитель д.м.н., профессор Ковалевский В.А.

18.05.16

Дата, подпись

Дата защиты 30.06.16

Обучающийся Орлова Т.В.

18.05.16

Дата, подпись

Оценка отлично

Красноярск

2016

## Содержание

Введение.....	5
Глава 1. Теоретический анализ взаимосвязей психологической готовности ребенка к поступлению в дошкольную образовательную организацию и социально-валеологическим состоянием семьи ребенка.....	8
1.1. Психолого-педагогическая характеристика развития ребенка раннего возраста.....	8
1.2. Понятие и содержание психологической готовности к ДОО .....	19
1.3 Социально-валеологическое состояние семьи: понятие, компоненты и показатели.....	25
1.4 Часто болеющий ребенок: характеристика и специфика развития психики и межличностных отношений .....	30
Глава 2. Эмпирическое исследование взаимосвязей психологической готовности часто болеющего ребенка младшего дошкольного возраста к поступлению в дошкольную образовательную организацию и социально-валеологическим состояние семьи ребенка.....	36
2.1. Организация и планирование эмпирического исследования.....	36
2.2. Анализ результатов эмпирического исследования .....	39
2.3. Рекомендации родителям часто болеющего ребенка по улучшению социально-валеологического состояния их семьи .....	46
Заключение .....	49
Список использованной литературы.....	52
Приложение 1 .....	56
Приложение 2 .....	60

## Введение

При поступлении в дошкольное образовательное учреждение все дети переживают адаптационный стресс. Адаптивные возможности ребенка раннего возраста ограничены, поэтому резкий переход малыша в новую социальную ситуацию и длительное пребывание в стрессовом состоянии могут привести к эмоциональным нарушениям или замедлению темпа психофизического развития. Смена окружения может сопровождаться повышением тревожности, нежеланием общаться с окружающими, отгороженностью, снижением активности.

Дети раннего возраста эмоциональны и впечатлительны. Им свойственно быстро заражаться сильными, как положительными, так и отрицательными эмоциями. Окружающая действительность выступает как стрессор длительного действия, истощающая запас адаптационной энергии. Это дезорганизует психику и поведение. Для снятия напряжения, дети вынуждены применять различные способы психологической защиты.

Исследования педагогов, медиков: Н.М. Аксариной, Н.П. Жуковой и др. показывают, что характер адаптации зависит от возраста детей и от индивидуальных особенностей их нервной системы.

Большой вклад в изучение проблем готовности детей раннего возраста к условиям ДОО сделан в отечественной литературе. В последние годы все более активно вопросы готовности к ДОО рассматриваются в психолого-педагогических работах Ш.А. Амонашвили, Г.Ф. Кумарина, А.В. Мудрик, Н.Д. Ватутиной, где рассматриваются особенности психологической адаптации детей раннего возраста к детскому саду, а также факторы психологического благополучия ребёнка и основные закономерности его психического развития в дошкольном возрасте.

Проблема снижения уровня здоровья детей всех возрастных групп приобрела в настоящее время большую социальную значимость. На фоне про-

изошедших социально-экономических преобразований в стране дети оказались одной из самых уязвимых групп населения.

Для многих родителей проблема готовности ребенка к дошкольной организации стоит достаточно остро. Особое внимание нужно уделить адаптации детей с проблемами со здоровьем. Изменение условий среды и необходимость выработки новых форм поведения требуют от ребенка значительных усилий, вызывают ряд психологических и педагогических проблем как самого ребенка, так и окружающих его взрослых. Все это определяет актуальность и практическую значимость данной темы.

Цель исследования – определить специфику взаимосвязей социально-валеологического состояния семьи и особенностей психологической готовности детей, которые относятся к категории часто болеющих.

Объект – готовность детей к ДОО

Предмет – особенности взаимосвязей социально-валеологического состояния семьи и психологической готовности часто болеющего ребенка к поступлению в ДОО.

Задачи:

1. Охарактеризовать особенности ребенка раннего возраста.
2. Охарактеризовать понятие и содержание психологической готовности к ДОО
3. Определить специфику социально-валеологического состояния семьи.
4. Охарактеризовать особенности часто болеющего ребенка.
5. Спланировать и реализовать эмпирическое исследование, направленное на исследование психологической готовности часто болеющего ребенка младшего дошкольного возраста к поступлению в дошкольную образовательную организацию.
6. На основании результатов исследования разработать рекомендации родителям часто болеющего ребенка по улучшению социально-валеологического состояния их семьи

Гипотезы исследования:

1. Часто болеющие дети отличаются от детей с нормальным состоянием здоровья по уровню готовности к поступлению в ДОО, в частности – уровень адаптированности и готовности к поступлению в ДОО выше у детей, не относящихся к категории часто болеющих.

2. Существует связь между социально-валеологическим состоянием семьи и уровнем готовности к поступлению в ДОО детей, которые относятся к категории часто болеющих, то есть чем выше уровень социально-валеологического состояния семьи, то тем более высоким является уровень готовности к поступлению в ДОО.

Выборка исследования: В исследовании приняло участие 20 семей, имеющих детей раннего возраста. Из них 10 детей – относящиеся к категории «часто болеющих», а 10 – дошкольники с нормальным состоянием здоровья. Базой исследования выступает МБДОО «Детский сад №3 «Чебурашка» г. Шарыпово».

Методики исследования:

1. «Диагностика уровня адаптированности ребенка к ДОУ» (Н.В. Соколовская).

2. Анкета определения социально-валеологического состояния семьи. Анкета позволяет оценить уровень валеологической культуры семьи.

3. «Психолого-педагогические параметры определения готовности поступления ребенка в дошкольную организацию» (К.Л. Печора).

Структура исследования соответствует цели и задачам исследования и включает введение, две основные главы, заключение, список использованной литературы и приложения.

# **Глава 1. Теоретический анализ взаимосвязей психологической готовности ребенка к поступлению в дошкольную образовательную организацию и социально-валеологическим состоянием семьи ребенка**

## **1.1. Психолого-педагогическая характеристика развития ребенка раннего возраста**

Период раннего возраста - это время стремительного развития ребенка во всех сферах: физической, интеллектуальной, эмоциональной. Это время удивительных перемен, которые уже не одно десятилетие пытаются объяснить и систематизировать ученые различных областей науки.

В настоящее время существует множество возрастных периодизаций детства. Вместе с тем, несмотря на разные теоретические подходы и основания относительно периодизации детского развития, множества различных критериев, выступающих как основания для периодизаций, можно говорить о наличии некоторой общей особенности, в частности – нижней возрастной границы периода раннего возраста. Данная возрастная граница – от одного года до трех лет [26].

В качестве движущих сил развития психики ребенка раннего дошкольного возраста выступают противоречия, которые формируются и упрочняются в связи с развитием потребностной сферы ребенка. Важнейшие из них следующие – потребность в общении, посредством которой ребенок усваивает социальный опыт, это потребность в движении, которая приводит ребенка к овладению системой различных умений и навыков. Развитие социальных потребностей ребенка в период раннего дошкольного детства характеризуется тем, что каждая из них получает самостоятельное значение.

В период раннего дошкольного детства происходит активное овладение речью, развивается предметная деятельность. Все данные аспекты развития личности ребенка становятся основой для дальнейшего развития личности детей. Родившись, ребенок оказывается отделенным от матери физическим, но биологически он все еще связан с ней в течении длительного

периода времени. Уже в конце младенчества ребенок приобретает относительную самостоятельность, он становится биологически независимым. В данное время начинает разрушаться ситуация единства ребенка и взрослого – преобразуется ситуация «Мы», пользуясь терминологией Л.С. Выготского. Вслед за биологическим отделением от матери в раннем возрасте происходит психическое, психологическое отделение от матери. Данное обстоятельство связано с тем, что у ребенка не только возникают новые возможности в физическом плане, но также и развиваются психологические функции. Также отметим, что к концу данного периода у ребенка формируются первые зачатки самосознания, которые будут развиты в более позднем возрасте.

В период раннего дошкольного детства ребенок активно познает окружающий его мир предметов и явлений, он, вместе с взрослым осваивает разного рода способы взаимодействия с ними. Основная деятельность в данном возрасте у ребенка является предметно-манипулятивной, в рамках которой формируются первые зачатки игры. К трем годам у ребенка формируются уже личные действия и сознание плана «Я сам», которое может рассматриваться как центральное новообразование в данном периоде. Возникает эмоционально завышенная самооценка ребенка. В три года поведение ребенка уже существенным образом мотивируется не только самим содержанием ситуации, в которой он находится, но также и взаимоотношениями с другими людьми. Хотя его поведение и остается импульсивным, появляются поступки, которые уже можно рассматривать как проявления собственной субъективной активности ребенка, с его «Я».

Таким образом, учитывая специфику данного возрастного периода можно определить основные задачи и охарактеризовать средства воспитания и развития ребенка в период раннего детства.

В данное время наиболее уместным будет развитие действий с предметами, развитие речи, сенсорное развитие, развитие игровой, а также иных видов деятельности, формирование основных психических процессов,

развитие умственных способностей, формирование познавательной потребности. Потребность в общении со взрослыми и сверстниками в данном возрасте определяют становление и развитие личности ребенка в данном возрасте.

Социальная ситуация развития ребенка в период раннего детства существенным образом преобразуется – в ней слитность взрослого и ребенка преобразуется в появление двух отдельных начал – взрослого и ребенка. Данная особенность становится непосредственно содержанием кризиса первого года жизни ребенка. У ребенка в данном возрасте проявляется некоторая самостоятельность, ребенок начинает говорить свои первые слова, обучается самостоятельно ходить, а также взаимодействовать с предметами. Вместе с тем, возможности ребенка остаются весьма ограниченными, так как речь – характеризуется автономным характером, тогда как действия с предметами – примитивные. Новообразования в данном возрасте способствуют формированию качественным образом новой ситуации – ситуации совместной деятельности со взрослым. В качестве содержания такого рода деятельности выступает определенным образом выработанные способы взаимодействия с предметами таким образом, чтобы взрослый отходил на второй план. Именно в данной особенности и заключается вся противоречивость ситуации развития в раннем дошкольном детстве.

Общение со взрослым разворачивается на основании все более увеличивающейся самостоятельности ребенка, расширения сферы его знакомства с окружающей действительности. В данном возрасте в качестве ведущего средства общения становится речь. Дети младшего дошкольного возраста задают множество различных вопросов, им интересно, как и почему происходит смена дня и ночи, из чего сделаны звезды, почему собака лает, а корова – мычит. Выслушивая ответы взрослого ребенок требует, чтобы взрослый относился к нему серьезно, то есть как к партнеру и товарищу. Такого рода сотрудничество ребенка со взрослым получило в психологической науке название «познавательное общение». Если ребенок



не получает такого рода отношения, то у ребенка возникают и упрочняются такие качества и особенности личности, как упрямство и негативизм.

В период дошкольного возраста возникает также иная форма общения – личностная, которая характеризуется тем, что ребенок пытается активно обсуждать со взрослым поведение и поступки других людей, персонажей фильмов с позиции нравственных норм [13]. Но для бесед на нравственные темы от ребенка требуется более высокий уровень интеллектуального развития. Ради данной формы общения, личностной, ребенок отказывается от партнерства и становится в позицию ученика, тогда как взрослый получает роль учителя.

Личностное общение в раннем возрасте дисциплинирует ребенка, а также наиболее эффективно готовит ребенка к обучению в школе, где ему придется в будущем чутко впитывать все то, что адресуется ребенку учителем.

Важную роль в развитии личности ребенка играет потребность в общении со сверстниками, в кругу которых он находится с ранних лет жизни. Между детьми формируются разнообразные формы взаимодействия и взаимоотношений. В связи с чем очень важно то, чтобы ребенок с самого начала пребывания среди сверстников, например, в дошкольном образовательном учреждении приобретал позитивный опыт помощи и сотрудничества.

На третьем году жизни взаимоотношения между дошкольниками формируются на основании их деятельности с игрушками, различными предметами. Такие действия приобретают совместный, а также взаимозависимый характер. К периоду старшего дошкольного детства в совместной деятельности дети начинают осваивать такие формы сотрудничества как:

1. Чередование и согласование действий, совместное выполнение некоторых операций, контролируют действия партнера по взаимодействию,

осуществляют коррекцию ошибок, помогают партнеру, а также берут на себя часть его работы.

2. Принимают замечания партнера по взаимодействию, а также исправляют ошибки.

В процессе такой совместной деятельности дети получают опыт руководства другими детьми, а также опыт подчинения. Стремление к руководству у детей в раннем возрасте в значительной степени определяется эмоциональным отношением к самой деятельности, а не к позиции руководителя. У дошкольника осознанная борьба за руководства еще не сформирована.

Большое значение в период раннего дошкольного детства играет игровая деятельность, которая рассматривается как ведущая в данном возрасте. Сущность игровой деятельности как ведущей заключается в том, что дети отражают в игровой деятельности разные аспекты жизни, особенности взаимоотношений и деятельности взрослых. Дети приобретают и уточняют собственные знания об окружающей действительности, а также отстаивают позицию субъекта деятельности, от которой она существенным образом зависит.

В игровом коллективе у детей проявляется потребность к регулированию взаимоотношений со сверстниками, формируются нормы нравственного поведения, а также проявляются нравственные чувства. В игровой деятельности дети активные, они творчески преобразуют все то, что ими воспринималось ранее, они свободнее и лучше управляют собственным поведением и деятельностью. У детей формируется поведение, которое опосредуется образом другого человека. В результате постоянного соотнесения собственного поведения с поведением других людей у ребенка раннего возраста появляются возможности к лучшему осознанию собственного «Я». Таким образом, игровая деятельность оказывает непосредственное влияние на развитие личности ребенка раннего возраста.

В период дошкольного детства в деятельности детей проявляются отдельные элементы труда. В труде осуществляется формирование нравственных качеств и особенностей ребенка, формируется уважение и чувство коллективизма ребенка. Очень важным является то, что ребенок должен испытывать позитивные чувства, которые способствуют стимуляции развития интереса к трудовой деятельности. Посредством непосредственного участия в трудовой деятельности в процессе наблюдения за трудовой деятельностью у дошкольника осуществляется знакомство с видами труда, с операциями, орудиями, ребенок начинает приобретать умения и навыки. Вместе с тем, у него развиваются такие особенности, как целенаправленность деятельности и ее произвольность. Включение дошкольника в процесс трудовой деятельности, постоянное руководство ребенком со стороны взрослого может рассматриваться как неременное условие для психического развития ребенка.

Существенное влияние на умственное развитие оказывает обучение. К началу дошкольного возраста психическое развитие ребенка достигает такого уровня, при котором становится возможным формировать речевые, двигательные, сенсорные, а также иных навыков, появляется возможность введение элементом учебной деятельности.

В качестве важного момента, который определяет характер учения дошкольника, выступает отношение ребенка непосредственно к требованиям взрослого. На протяжении всего дошкольного детства ребенок учится усваивать требования взрослого и превращать их в собственные задачи и цели. Успех обучения ребенка существенным образом зависит от степени распределения функций между отдельными субъектами данного процесса, а также при наличии определенного рода условий.

Глубина современных научных представлений о раннем онтогенезе человека, уникальности первых лет жизни, исключительной зависимости от социальных условий и окружающей среды выводят педагогику раннего детства на новый уровень, обусловленный задачами гуманизации общества.

Основными средствами умственного воспитания являются: эмоционально-деловое общение взрослого с ребенком во время самостоятельной его деятельности, специальное обучение ребенка взрослым на занятиях, самостоятельная практика ребенка в быту, играх, общении.

Ведущими видами деятельности в раннем возрасте являются общение со взрослым, а также развитие действий с предметами. Для своевременного развития их необходимо создавать оптимальные условия. К ним относятся: частое эмоционально-положительное общение, использование развивающих игр и пособий, стимулирующих развитие малыша. В период раннего детства усложняются виды деятельности ребенка, появляются новые формы общения с другими людьми.

На основе практической деятельности формируется мышление ребенка. Манипулируя дидактическими игрушками, действуя путем проб и ошибок, малыш достигает нужного результата. Он словно «мыслит» руками. Это период наглядно-действенного мышления на основании внешних ориентировочных действий. Постепенно создается образ предмета, с которым играет ребенок, - пирамидка определенной формы, величины (вкладыши различных типов). В игре создается представление о предметах, поэтому, прежде чем распределять игрушки, отличающиеся по величине, форме или собрать картинку из нескольких частей, построить что-то, малыш делает это в результате создания у него определенного образа. От внешних ориентировочных действий ребенок переходит к внутренним действиям.

К концу 3-го началу 4-го года жизни у ребенка начинает формироваться наглядно-образное мышление, что проявляется в строительных играх, практической и продуктивной (лепка, рисование) видах деятельности.

В раннем возрасте формируются функции обобщения и прежде всего в деятельности ребенка. Исследования С.Л. Новоселовой показали, как в деятельности происходит связь между орудием (ведро, штата, ложка, утюжок) и предметами, на которые направлены действия (песок, пища, вода,

вещи). На основании действий с предметами формируется обобщение по функциональным существенным их признакам. Исследования А.А. Люблинской, К.Л. Печоры, Н.Г. Салминой, Н.Х. Швачкина показали, что при ознакомлении с предметами недостаточно только их название, для формирования функции обобщения необходимы действия с ними.

В исследованиях Л.С. Выготского, Е.В. Зворыгиной, М.И. Лисиной, В.О. Смирновой отмечается еще один важный этап в развитии ребенка - формирование знаковой функции мышления. В своей игре дошкольник заменяет действия словом, реальные предметы - предметами-заместителями, воображаемыми предметами и действиями, что прослеживается в игровой самостоятельной деятельности детей.

В своих исследованиях Л.С. Выготский писал, что в раннем возрасте отмечается особая чувствительность к речевому восприятию и речевому обучению. Поэтому нам хотелось бы обратить внимание на развитие этой важной функции в период ее становления.

На первом году жизни формируются подготовительные этапы к развитию речи. На 2-м и 3-м году жизни происходит становление всех функций речи в процессе деятельности, при общении со взрослым (Н.М. Аксарина, Л.С. Выготский, А.Р. Лурия, Г.М. Лямина и др.).

Второй год жизни - период становления всех функций речи: коммуникативной, регулятивной, влияющей на развитие мышления. В этом возрасте характерны развитие понимания речи, формирование функции обобщения в речи, развитие активного словаря, способности подражания, грамматического строя, умение пользоваться речью.

Развитие речи детей 2-го и 3-го года жизни происходит как в понимаемой, так и активной речи (способности подражания, роста активного словаря, формирования грамматического строя, а также умения ребенка пользоваться речью, т.е. его речевая активность).

Общение с другим детьми в период раннего детства обычно только начинает проявляться и зачастую не может рассматриваться как

полноценное. На втором году жизни при приближении сверстников ребенок зачастую начинает беспокоиться, может прервать занятие и броситься под защиту своей матери. На третьем году жизни ребенок может спокойно играть рядом с другими детьми, но общие игровые моменты зачастую весьма кратковременны и ни о каких правила игры не может быть и речи. Если ребенок посещает ясли, то он вынужден общаться со сверстниками. Такие дети получают сравнительно более богатый опыт общения, по сравнению с детьми, которые воспитываются дома. Вместе с тем и «ясельные» дети не избавлены от определенных возрастных проблем и трудностей в общении. Такие дети могут проявить агрессивность – они могут ударить, толкнуть других детей, особенно в случае, если другой ребенок завладел интересным для ребенка предметом, например, особенной игрушкой. Ребенок раннего возраста в процессе общения с другими детьми может ориентироваться только на собственные желания без учета требований и желаний другого ребенка. Ребенок в раннем возрасте эгоцентричен и не только не может понять другого ребенка, но и не может ему сопереживать. Эмоциональный механизм сочувствия и сопереживания появляется в период дошкольного детства. Тем не менее, общение с ровесниками достаточно полезно и способствует эмоциональному развитию ребенка, хотя и не в той же степени, что общение с взрослыми людьми.

Результаты исследования и практика показывают, что адаптационный период в условиях дошкольного учреждения у детей третьего года жизни протекает по-разному и многие из них достаточно быстро привыкают к новой социальной среде. Главной и основной причиной тяжелой адаптации является отсутствие у ребенка опыта общения со взрослыми и детьми. На основе опыта общения со взрослыми расширяется и круг общения со сверстниками.

Одним из средств формирования навыков общения маленьких детей со взрослыми и сверстниками являются подвижные игры. В них удовлетворяется естественное стремление растущего организма к движению,

а равномерное развитие всех функций организма, в свою очередь, способствует развитию двигательного аппарата детей.

Многие родители в первую очередь обеспокоены психическим развитием своих малышей и удивляются, когда специалисты интересуются тем, насколько хорошо дети овладели навыками ходьбы, бега и т.д. Именно поэтому важно обратить внимание и педагогов, и родителей на то, что период раннего возраста характеризуется в первую очередь бурным физическим развитием. Продолжается совершенствование строения и функционирования костной, мышечной, центральной нервной системы, внутренних органов. Для первого полугодия второго года жизни ребенка характерна высокая двигательная активность. Е.А. Аркин отмечал, что «именно в двигательной области ребенок в течение этого периода делает поразительные успехи, завоевывая пространство и таким образом постепенно расширяя арену своей жизненной деятельности» [5]. Движения ребенка при этом еще не достаточно скоординированы, малыш часто падает, натывается на препятствия. На это влияют в определенной мере пропорции тела (короткие ноги, большая голова, длинное туловище), а также недостаточное развитие мышц ребенка, согласованности переключения нервных импульсов коры больших полушарий. Ребенку трудно выполнять «однотипные» действия. Но при этом нормально развивающийся малыш в состоянии бодрствования ни на минуту не остается в покое. К 12 месяцам ребенок начинает ходить, придерживаясь одной рукой, через месяц таких тренировок он переходит к самостоятельной ходьбе [35]. К 15 месяцам ребенок ходит уверенно, легко меняя направление. Он может ходить длительно, приседать, наклоняться, поворачиваться. К 18 месяцам ребенок может передвигаться, неся в обеих руках небольшие предметы, мяч. Постепенно упражняясь в ходьбе, малыш учится преодолевать сначала небольшие препятствия (взбираться на бугорки, перешагивать через палку, лежащую на земле), затем к 2 годам он уже приставным шагом поднимается и спускается по ступенькам, придерживаясь за перила или за руку взрослого. Он может

перешагивать небольшие препятствия на земле чередующимся шагом. Ребенок может ходить по ограниченной поверхности шириной 15-20 см. и на высоте от пола 15-20 см. Исчезает шаркающая походка, дети могут делать боковые шаги, медленно кружится на месте. К 2 годам ребенок может удерживать равновесие на одной ноге без опоры до 2 секунд. Держась за руки взрослого, он подпрыгивает, отрываясь двумя ногами от земли, без помощи взрослого бьет по мячу ногой. В начале второго года жизни дети много лазают: взбираются на горку, на стулья, диваны, перелезают через бревна, подлезают под скамейки, стулья. Постепенно начинают выполнять подражательные действия: попрыгаем как зайчики, полетаем как птички.

Рассматривая этапы развития двигательной активности детей раннего возраста, можно отметить следующие закономерные особенности развития двигательной сферы у детей, которые свидетельствуют о недостаточном овладении и об отсутствии автоматизма двигательного навыка:

- стремление к ритмичности движений;
- стереотипность повторяемости одних и тех же движений;
- неуклюжесть и неустойчивость движений;
- обилие сопутствующих излишних движений (синкenezий).

Бурное физическое развитие, расширение поля деятельности происходит одновременно с психическим развитием малыша. Д.Б. Эльконин рассматривал конец первого года жизни ребенка как период наступления первого кризиса, когда «ситуация полной слитности ребенка со взрослым взрывается изнутри» [33]. Ребенок отделяется от родителей и окружающих его взрослых, он приобретает определенную самостоятельность: начинает говорить, ходить, манипулировать предметами и совершать орудийные действия с ними.

В период раннего детства ребенок достаточно хорошо усваивает собственное имя. Имя человека представляет индивидуальность и одновременно дарует ее ребенку. Имя характеризует национальную принадлежность ребенка, а также выступает как мера его социальной



защищенности, выступая как решающий фактор приобретения индивидуальности. Имя отличает ребенка от других детей и указывает на его пол. Ребенок начинает узнавать свое имя раньше, чем фамилию и активно использует его в процессе общения с другими людьми. Имя индивидуализирует ребенка и идентифицирует его с определенной культурой.

Идентификация с собственным именем выражается в особенном интересе к другим людям, которые носят такое же имя, к героям различных произведений. В данном случае ребенок более остро переживает события, которые происходят с тезкой, ребенок более заинтересованно относится к его судьбе и событиям с ним. Все, что имеет отношение к имени ребенка начинает приобретать для него личностный смысл, который способствует развитию и активному формированию самопознания.

Важность имени для развития личности ребенка сложно переоценить ведь именно с имени ребенка начинается общение с ним, начинается обращение к нему или же порицание за неодобряемое поведение. С имени ребенка раннего возраста начинается его общение с окружающими людьми.

## **1.2. Понятие и содержание психологической готовности к ДОО**

Н.М. Аксарина, Л.Г. Голубева, И.В. Дубровина, Д. Журавлев, А.М. Прихожан и др. указывают, что переход из семьи в детский сад является важным этапом в жизни ребенка раннего возраста. Поступление малыша в дошкольную образовательную организацию сопровождается адаптацией. Согласно Д. Журавлеву, течение адаптационного периода обуславливает дальнейшее развитие детей 1-3 лет, поскольку является динамическим процессом прогрессивной перестройки функциональных систем организма [34].

О.Г. Заводчикова определяет готовность ребенка к детскому саду как возможность быстрого привыкания ребенка к новым для него условиям дошкольной организации, к условиям существования в группе [18].

Тем самым готовность ребенка раннего возраста к яслям представляет собой процесс и результат согласования малыша с новой обстановкой дошкольной образовательной организации, со структурой отношений, как с воспитателями, так и со сверстниками, установления соответствия поведения, принятым в группе нормам и правилам. Это процесс и результат качественных изменений состояния психики детей к изменившемуся образу жизни и деятельности, к новому социальному окружению (В.Г. Алямовская, А.И. Захаров).

С одной стороны, посещение ребенком 1-3 лет дошкольной образовательной организации несет в себе большие возможности для его психического и личностного развития, а с другой стороны, направленность, содержание, интенсивность и результативность его воздействия неоднозначны, обусловлены множеством факторов. Весомое значение принадлежит характеру адаптации малыша к новым условиям, который складывается из широкого спектра его индивидуальных реакций.

А.В. Петровский, М.Г. Ярошевский отмечают, что на момент поступления в ясли у детей раннего возраста уже имеются различия в способности к приспособлению.

С.В. Паршукова выделяет три группы малышей в зависимости от успешности их готовности к условиям детского сада: имеющие высокую, среднюю и низкую готовность [33]. Таким образом, успешность развития ребенка раннего возраста в условиях дошкольной образовательной организации отчасти определяется течением его адаптации, на которое можно повлиять еще до поступления в ясли.

Результаты исследований отечественных и зарубежных психологов и педагогов (Н.М. Аксарина, Л.Г. Голубева, О.Г. Заводчикова, А.И. Захаров) показали, что привыкание ребенка к новым для него условиям дошкольной организации, в основном, зависит от того, как взрослые в семье смогли подготовить малыша к этому ответственному периоду в его жизни [33].

На наш взгляд, готовить к поступлению в детский сад нужно не только самого ребенка, но и его близких взрослых (родителей, бабушек и дедушек). Ведь посещение малышом яслей вносит существенные изменения в их образ жизни и деятельность.

Кроме того, ученые отмечают, что адаптация ребенка к дошкольной образовательной организации зависит от «...конкретного характера семейных отношений и воспитания...» наряду с иными факторами [18].

Различия в воспитании детей в семье как фактор адаптации к детскому саду рассматриваются психологами с различных позиций:

1) со стороны совпадения домашнего режима с режимом детского сада (Н.М. Аксарина, Н.Д. Ватутина, С. Теплюк);

2) со стороны влияния структуры семьи и типа семейного воспитания (Л.И. Голубева, Г.В. Гриднева, А.И. Мышкис), уровня привязанности к матери (Н.Н. Авдеева, А.И. Захаров, Н.В. Искольдский, Л.В. Макшанцева);

3) с позиции нарушений в семейном воспитании (А.И. Захаров, А.Е. Личко, Э.Г. Эйдемиллер);

4) со стороны существования конфликтов в семье (С.Э. Карклина, Ф.А. Кован, К.П. Кован, В.В. Юстицкий, Э.Г. Эйдемиллер);

5) с позиции влияния личностных особенностей родителей (А.Е. Личко, А.И. Захаров, Э.Г. Эйдемиллер) [33].

Таким образом, должное внимание следует уделять организации условий, предшествующих приходу детей раннего возраста в дошкольное учреждение и затрагивающих систему «ребенок-взрослый» в контексте семьи. При этом не стоит упускать из виду уровень и характер готовности родителей к поступлению и посещению детского сада малышом.

Стоит помнить, что родители несут ответственность за успешность привыкания ребенка 1 -3 лет к условиям детского сада на протяжении всех этапов адаптационного периода. При этом переход от одного этапа к другому определяет меру и предмет ответственности.

Определяя характер и содержание системы «ребенок-взрослый» в контексте семьи как фактор готовности малыша к дошкольной образовательной организации, необходимо учитывать критерии и условия ее эффективности.

Критерии готовности к условиям детского сада детей 1-3 лет представлены следующими группами [5]:

1) показатели состояния здоровья (изменение массы тела ребенка, заболеваемость в период адаптации) - М.М. Безруких, Н.Д. Ватутина, Н.В. Дубровинская, Г.В. Пантюхина, К.Л. Печора, Д.А. Фарбер и др.;

2) деятельностные (активность по отношению к предметному миру, двигательная активность) - Н.М. Аксарина, А.И. Захаров, Л.В. Макшанцева и т. д.;

3) социально-психологические (контакт со взрослыми и детьми, реакция на разлуку с матерью, эмоциональное состояние ребенка, наличие или отсутствие нервно-психических нарушений, нарушений ранее приобретенных привычек, речевая активность) - Л.Н. Галигузова, Л.В. Макшанцева, Е.О. Смирнова, Р.В. Тонкова-Ямпольская, Т.А. Черток и др.

В качестве переменных, влияющих на адаптацию, выделяют [5]:

1) факторы физиологического характера (А.Ф. Белов, Ю.Ю. Бяловский, Л.Г. Дикая, Г. Кумарина, С.А. Шапкин);

2) индивидуально-психологические особенности личности ребенка (Л.Г. Дикая, В.И. Ильичева, Е.Р. Калитиевская, С.А. Шапкин, Е. Шмид-кольмер);

3) социально-психологические факторы (М.М. Безруких, Е.Ю. Беликова, Н.В. Дубровинская, А.И. Захаров, Е.В. Сазонова, Д.А. Фарбер, Н.В. Чахмахчева).

Например, Н.М. Аксарина, Н.Д. Ватутина, С. Теплюк указывают, что готовность к яслям детей раннего возраста зависит от согласованности действий родителей и воспитателей, сближения подходов к индивидуальным особенностям ребенка в семье и детском саду, уровня психического развития

ребенка, а также сформированности у него навыков самостоятельности и сложившихся привычек [2].

Н.Н. Авдеева, Н.Д. Ватутина, Л.Н. Галигузова, Н.В. Искольдский, Л.В. Макшанцева, Е.О. Смирнова и др. рассматривают в качестве факторов готовности у детей 1-3 лет - уровень привязанности к матери, индивидуальные особенности детей в сфере общения и стиль семейного воспитания [2].

Н.Д. Ватутина, Л.Н. Галигузова и Е.О. Смирнова считают, что от того, насколько преобладает у ребенка раннего возраста эмоциональное или деловое общение, во многом зависит успешность готовности к детскому саду.

В процессе привыкания ребенка к условиям детского сада происходит расширение содержания навыков общения. Изменение содержания потребности в общении проходит в рамках трех этапов. Первый этап - потребность в общении с близкими взрослыми как потребность в получении от них ласки, внимания, сведений об окружающем; второй этап - потребность в общении со взрослыми как потребность в сотрудничестве и получении новых сведений об окружающем; третий этап - потребность в общении со взрослыми на познавательные темы в активных и самостоятельных действиях.

Дети должны пройти все три этапа. Следовательно, дети, у которых на момент поступления в дошкольную организацию была сформирована потребность в деловом общении, значительно быстрее и легче других привыкают к условиям детского сада [2].

В свою очередь, С.В. Паршукова отмечает, что основные отличия в семейном воспитании детей раннего возраста в группах с различным течением адаптации наблюдаются по уровню опеки, количеству требований, запретов и наказаний, а также степени предпочтения в ребенке женских качеств и воспитательской уверенности. «Благоприятно влияют на адаптацию к условиям детского сада такие параметры семейного воспитания,

как недостаток удовлетворения потребностей малыша и наличие достаточно большого количества наказаний, колебания стиля родительского воспитания, а также некоторые опасения за здоровье ребенка. Не способствуют благоприятной адаптации - избыток и явный недостаток опеки, полное отсутствие требований и наказаний по отношению к ребенку, воспитательская неуверенность родителей и предпочтение в нем женских качеств».

Смена стиля воспитания, проявление поверхностного интереса к делам малыша наряду с достаточным удовлетворением его потребностей, способствуют выработке у ребенка навыков самостоятельности, игровых и речевых умений [33].

Таким образом, научить ребенка вступать в общение со взрослыми и детьми - важная задача при подготовке его к поступлению в детское учреждение. Чем шире у ребенка практика общения, тем легче он входит в среду детского сада. При этом важная роль должна быть отведена и содержанию, характеру общения с родителями, с иными взрослыми и с ровесниками. В общении малыш узнает себя, границы своих возможностей.

В процессе общения необходимо ориентировать ребенка на познание окружающего мира, на освоение того, как действовать в той или иной обстановке, учить устанавливать взаимоотношения со взрослыми и детьми, тренируя его адаптационные возможности.

Некоторые ученые констатируют, что уровень тренированности адаптационных возможностей обуславливают течение адаптационного периода детей раннего возраста в условиях дошкольного образовательного учреждения. «Формирование этого качества должно идти параллельно с общей социализацией ребенка, с развитием его психики. Ребенка следует ставить в такие условия, когда ему необходимо будет менять свою форму поведения. Это качество требует определенной тренировки, которая должна усложняться с возрастом, но не должна превышать возрастных возможностей» [33].

Можно констатировать, что наряду с ребенком раннего возраста активными участниками на подготовительном и основном этапах адаптации к условиям дошкольной образовательной организации выступают его родители и иные взрослые, активно взаимодействующие с ним. В качестве одного из необходимых условий успешного привыкания малыша к детскому саду выступает система детско-родительских отношений и взаимодействия, основанных на любви к ребенку, знании его потенциальных возможностей, признании и правильном понимании проблем и особенностей поведения. Именно такая система «ребенок - родитель (взрослый)» создает основу для формирования доверия к окружающему миру и людям, уверенности в себе, а также для развития двигательной, познавательной, коммуникативной активности, самостоятельности и творческого потенциала.

### **1.3 Социально-валеологическое состояние семьи: понятие, компоненты и показатели**

Большая часть населения нашей страны объединена в семьи; семья - наиболее древнее из социальных объединений людей. Можно сказать, что, несмотря на изменения, произошедшие с семьей на протяжении всей её истории, особенно в XX веке, она достаточно жизнеспособна и актуальна в настоящее время. Семья играет огромную роль в жизни, как отдельной личности, так и всего общества.

Семья - продукт государственной системы, она изменяется со сменой этой системы, всегда выступая моделью конкретного исторического периода развития государства со всеми его экономическими, моральными и духовными противоречиями. Современные экономические перепады, демографические проблемы, кризис в политике, культуре - все это отражается на жизнедеятельности семьи.

В психолого-педагогической литературе существует достаточное количество определений «семьи», дополняющих друг друга. Анализируя различные точки зрения относительно сущностного определения понятия

«семья», не сложно заметить, что многие исследователи акцентируют свое внимание в основном на следующих характеристиках: семья - это малая социальная группа, объединенная жильем, общим бюджетом и родственными связями. Однако этих показателей не достаточно для того, чтобы признать указанное выше определение полным, ибо даже при наличии этих составляющих, семья как таковой может и не быть.

Остановимся немного подробнее на каждом из аспектов и каждом из включённых в него понятий.

Структуру семьи можно представить как топографию - квазипространственный срез семейной системы. Важнейшие понятия, которые служат для описания семейной структуры, - связь и иерархия. Связь можно определить как психологическое расстояние между членами семьи. В качестве двух основных дисфункций связи большинство исследователей выделяют:

- а) симбиоз.
- б) разобщённость.

Как симбиотические связи, так и разобщённость характеризуют зачастую дисфункциональные семьи, члены которых страдают различными формами психической патологии.

Браки часто совершаются по принципу комплементарности. Партнёру, выросшему в симбиотической семье, не хватает свободы, а партнёру из разобщённой семьи - близости. Встретившись, партнёры со временем начинают отторгать то, что изначально привлекало их друг в друге, так как привычные стереотипы родительской семьи имеют очень большую власть над людьми [11].

Вслед за Боуэном принято говорить о степени дифференцированности семьи, т. е. степени автономности каждого из её членов.

Иерархия характеризует отношения доминантности-подчинения в семье. Ими особенно много занимался Д. Хейли, считая, что основу семьи составляет эффективное распределение власти. М. Боуэн в своё время



показал, что в дисфункциональных семьях власть часто узурпируется одним из родителей при слабой фигуре другого родителя и наличии зависимого от сильного родителя ребёнка.

Иерархия может быть низкой, умеренной и высокой. Оптимальный вариант, когда существует баланс между иерархией и близостью.

Другой важной переменной, характеризующей структуру семейной системы, является понятие подсистемы - более мелких систем внутри целостной семейной (родительская, детская и прародительская). Для российской культуры характерно совместное проживание двух, трёх поколений, что делает понятие подсистем особенно важным.

Подсистемы характеризуются более или менее чёткими внутренними границами или большей или меньшей степенью дифференцированности. Недостаточно чёткие внутренние границы тормозят развитие семьи и взросление её членов. Коалиции, или объединения между членами подсистем, ведут к нарушению границ (особенно они характерны для дисфункциональных семей). Коалиции, как правило, предполагают наличие триангуляции - использование третьего для попыток решения конфликта между двумя другими членами семьи. Так, плохое поведение ребёнка может спланировать разобщённых родителей, удерживая их от развода, что ведёт к косвенному подкреплению такого поведения. Мать, которой не удаётся наладить отношения с мужем и которая не получает от него достаточно тепла, излишне приближает к себе ребёнка, мешая его взрослению и автономии [10].

В дисфункциональных семьях такого рода может происходить инверсия иерархии, когда ребёнок приобретает слишком много власти, больше, чем у одного из родителей. Инверсия иерархии нередко возникает в результате воспитания по типу кумира семьи: такой ребёнок не получает адекватной обратной связи от семейной системы, у него не вырабатывается адекватного представления о себе, что часто ведёт к серьёзным личностным проблемам.

Наконец, семейная структура характеризуется внешними границами - степенью открытости семейной системы для контактов с внешним миром. Слишком открытые семейные системы похожи на «проходной двор», куда в любую минуту могут вторгнуться извне. Она не даёт членам семьи чувства комфорта и безопасности. Но не менее опасной является чрезмерная закрытость системы. Закрытость, как правило, ведёт к страху перед внешним миром, отсутствию навыков общения с другими людьми, повышенной тревожности.

В системе социально-педагогических условий, определяющих здоровье детей, решающую роль играет общение в семье.

Взаимоотношения с близкими людьми, социальная жизнь, нравственная самоорганизация являются центральными в мировоззрении ребенка. В семье он формирует личностное отношение к себе и к миру - создает основу для саморазвития личности, затем для самоорганизации семьи.

Еще П.Ф. Лесгафт в свое время писал: «Во время семейного периода жизни ребенка складывается его тип, усваиваются им обычаи и привычки данной местности и семьи, и поэтому этот период имеет большое влияние на жизнь человека и оставляет почти неизгладимый след на всем его существовании» [24].

Влияние взрослых на развитие и формирование стратегии здорового образа жизни огромно. Личный пример родителей, уровень осознания ценности здоровья для себя и своего ребенка, их осведомленность в вопросах организации здорового образа жизни обеспечивают включение всех членов семьи в процесс саморазвития и самосохранения.

Семья играет кардинальную роль в создании фундамента здоровья своего ребенка. Это своеобразный микросоциальный институт, формирующий умения «активизировать личностные потенциально присутствующие, данные природой биоэнергетические возможности» [19].

Систему социально-валеологических характеристик семейной системы обеспечивают такие факторы, как ценностные ориентации родителей, особенности валеологической образованности супругов, а также валеологическая активность родителей.

Ценностное отношение членов семьи к своему здоровью и ребенку определялось тремя аспектами: проявлением жизненных ориентаций; осознанием ответственности за здоровье ребенка; отношением к физической культуре как к важному фактору укрепления здоровья.

Валеологическая грамотность родителей определялась двумя аспектами:

- 1) уровнем овладения знаниями и практическими действиями по оздоровлению себя и своего ребенка;

- 2) адекватной оценкой родителями своих физических возможностей.

Помимо этого необходимо отметить такие аспекты социально-валеологического состояния семьи выступает валеологическая активность личности родителей. Критерий активности их участия в организации здоровой жизнедеятельности детей представлен тремя аспектами:

- 1) проведение профилактических мероприятий;

- 2) занятия физическими упражнениями;

- 3) использование приемов психорегуляции.

Степень участия родителей определена тремя уровнями. Первый - активно-субъектный - составляют, систематически выполняющие данные мероприятия, активно участвующие в процессе воспитания здорового ребенка. Родители, принимающие участие в оздоровлении ребенка ситуативно, от случая к случаю, отнесены ко второму - ситуативно-активному - уровню. И третий - пассивно-негативный - уровень характеризует родителей, не принимающих участия в организации здоровой жизнедеятельности своих детей.

## **1.4 Часто болеющий ребенок: характеристика и специфика развития психики и межличностных отношений**

Критерием для присвоения статуса «часто болеющий ребенок» по определению ВОЗ является частота эпизодов ОРЗ за год — не менее пяти. Академиком РАМН А.А. Барановым и профессором В.Ю. Альбицким в 1986 году было предложено дифференцировать, учитывая возраст детей. Согласно такому подходу, детей до года относят к группе часто болеющих детей, если они болеют ОРЗ 4 и более раз в год; для возраста от 1 до 3 лет — частота эпизодов превышает 6 и более раз в год; у детей от 3 до 5 лет — ОРЗ регистрируется 5 и более раз в год; а для детей старше 5 лет 4 и более перенесенных ОРЗ в год может служить таким основанием [3].

В зарубежных странах критерии несколько другие, например в США, принято считать, что обычно здоровые дети в возрасте от 1 до 3 лет переносят до 8 ОРЗ в год. При этом отмечается, что дети, посещающие детские дошкольные учреждения переносят не менее 6 острых респираторных инфекций за год и из них не менее 4 раз - в более тяжелой форме по сравнению с детьми в семьях [16].

Среди немецких педиатров формируется свой подход. Они предлагают выделять детей в две группы. Детей болеющих до четырёх раз в году рассматривать в группе «инфекционно-стабильных», тех детей, которые в году острыми респираторными заболеваниями, болеют четыре и более раз соотносить к группе «инфекционно-лабильных».

Также существуют и «компромиссные» мнения, каких детей следует рассматривать как часто болеющие. Так, Макарова З.С. из всей группы ЧБД выделяет «истинно» и «условно» часто болеющих. По её мнению, «условно» часто болеющие - это те дети, у которых эпизодов заболеваний, связанных с ОРЗ, в год случается до 4-5 раз ОРВИ. И это относится только к тем, кто посещает детский сад (или другое дошкольное учреждение) первый год. А в группу «истинно» часто болеющих составляют дети, у которых 8 и более

случаев простудных заболеваний в год фиксируется в течение всего периода воспитания в ДОО [27].

Предрасполагающими факторами частой заболеваемости в дошкольном возрасте в большинстве случаев считается начало посещения ребенком детских яслей и 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 [4]. 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 и 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 [30]. Говоря о формировании внутренней картины болезни у детей, Д. Н. Исаев (2001) 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.

Часто болеющие младшие 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 старшего

дошкольного возраста характерно амбивалентное отношение к состоянию собственного здоровья. Так, на сознательном уровне большинство детей понимают, 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 [20].

Анализ исследований по проблеме развития часто болеющего ребенка позволил суммировать выделяемые в литературе психологические особенности данной категории детей и представить их следующим образом.

Особенности развития личности и самосознания:

- при оценивании себя у часто болеющего ребенка преобладает позиция «малоценности», ущербности; отношение к себе непосредственно-чувственное [20];

- часто болеющие дети испытывают дискомфорт, находясь в группе сверстников, они не желают быть в центре внимания, отказываются находиться в позиции лидера [8];

- 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 [31];

- 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 [21].

#### Особенности эмоциональной сферы:

– для большинства часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких как тревога, страх, гнев и чувство вины, следовательно, выражено состояние эмоционального неблагополучия [15].

– 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 [6].

#### Особенности общения с окружающими:

– круг общения часто болеющего ребенка ограничен, присутствуют объективная зависимость от взрослых (родителей), стремление получить от них помощь [7];

– при взаимодействии со взрослыми дети предпочитают предметный (на основе игры, действий с игрушками) фон общения, нежели интимно-личностный [8];

– часто болеющие дети малоактивны в общении со взрослыми. Контакты носят преимущественно реактивный характер. Характеризуя состояние речи ребенка, следует отметить ее низкий мотивационно-потребностный уровень, что также определяет низкую коммуникативную активность [8];

– часто болеющие дети проявляют значительно меньший интерес к сверстникам, что свидетельствует о низкой потребности в общении со

сверстниками. При этом их контакты малоэмоциональны и сводятся лишь к простым обращениям и указаниям [40].

Проведенный анализ особенностей психического развития часто болеющего ребенка показывает недостаточную изученность данного вопроса в психолого-педагогической и медицинской литературе. Например, в исследованиях 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 [31]. 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).

В настоящее время семья рассматривается как один из важнейших институтов воспитания человека. Она регулирует поведение детей, способствует формированию его мировоззрения, интерпретирует и транслирует социальные нормы отдельных социальных групп и всего общества в целом. Несмотря на то, что семья является первым институтом социализации, за которым следуют иные институты – детские сады, школы и т.п., влияние семье наиболее прочно и проходит через всю жизнь человека с его рождения и до поздней старости, поэтому так важно формирование валеологической культуры семьи.

Таким образом, на основании анализа научных источников по проблеме, мы можем сделать следующие выводы:

1. Поступление ребенка в дошкольную образовательную организацию зачастую сопровождается проблемами в его адаптации. Наиболее проблемными моментами является адаптация к новым правилам жизни и нормам поведения. Далеко не все дети успешно справляются с проблемами адаптации. Появление у детей так называемого «адаптационного синдрома»



зачастую выступает результатом объективных психологических и физиологических факторов.

2. Помимо объективных причин существуют также и субъективные причины, в ряду которых выступает неправильно выбранный возрастной период. Как отмечают многие отечественные и зарубежные исследователи, ранний возраст является тем периодом, когда ребенок ориентируется на общение с близкими людьми ввиду особой психологической привязанности. Потребность в общении с детским коллективом формируется несколько позже – на четвертом году и окончательно оформляется на пятом году жизни ребенка.

3. В связи с данным обстоятельством мы можем говорить о том, что период раннего возраста вряд ли можно рассматриваться как оптимальный для помещения ребенка в дошкольные организации. Вместе с тем, финансовые сложности, личностные потребности заставляют многих родителей передавать своего ребенка в ДОО в возрасте до трех лет. Особенно критичным для изменения среды является возраст от 7 месяцев до 18 месяцев. Причиной данного обстоятельства выступает наличие особенно тесных взаимоотношений ребенка с матерью, которое вызвано формированием самосознанием ребенка, и даже временное отдаление матери, появление замещающих людей может выступить как отправная точка для формирования страха одиночества, который может выражаться в страхе сказочных отрицательных персонажей, боязни неизвестного и нового. Ситуацию также осложняет то, что у детей могут быть недостаточно сформированными культурно-гигиенические навыки и способы для выражения собственных потребностей.

Учитывая данные обстоятельства мы можем заключить, что проблема исследования особенностей взаимосвязей психологической готовности часто болеющего ребенка младшего дошкольного возраста к поступлению в дошкольную образовательную организацию с учетом психологического состояния семьи является значимой и актуальной.

## **Глава 2. Эмпирическое исследование взаимосвязей психологической готовности часто болеющего ребенка младшего дошкольного возраста к поступлению в дошкольную образовательную организацию и социально-валеологическим состоянием семьи ребенка**

### **2.1. Организация и планирование эмпирического исследования**

Для исследования особенностей взаимосвязи социально-валеологического состояния семьи и часто болеющего ребенка к поступлению в дошкольную образовательную организацию нами было организовано эмпирическое исследование.

Цель эмпирического исследования заключается в анализе качественного состояния особенностей взаимосвязей социально-валеологического состояния семьи и особенностей психологической готовности детей, которые относятся к категории часто болеющих.

Эмпирическое исследование было осуществлено в рамках следующих этапов:

1. Формирование выборки исследования.
2. Отбор и обоснование диагностических средств исследования.
3. Осуществление процедуры эмпирического исследования.
4. Анализ результатов эмпирического исследования и формулирование выводов.

Обратимся к характеристике выборки исследования. В исследовании приняло участие 20 семей, имеющих детей раннего возраста. Из них 10 детей – относящиеся к категории «часто болеющих», а 10 – дошкольники с нормальным состоянием здоровья. Базой исследования выступает МБДОУ «Детский сад №3 «Чебурашка» г. Шарыпово».

Группу часто болеющих детей составили дети в возрасте 2-3 лет, в течении года болевшие 8 и более раз заболеванием ОРВИ. Группу сравнения составляют 10 детей в возрасте от 2 до 3 лет, в течение года болевших менее

5 раз. Данная дифференциация по группам осуществлена на основании критериев, предложенных З.С. Макаровой и Л.Г. Голубевой.

Таблица 1

Характеристика часто болеющих мальчиков и девочек младшего дошкольного возраста

№	Имя	Возраст		Родители		Братья, сестры	Факты болезни
		год.	мес.	Мать	Отец		
1	Николай А.	3	2	24	26	отсутствуют	8
2	Евгений А.	2	3	22	32	отсутствуют	9
3	Михаил Б.	3	5	21	23	отсутствуют	9
4	Сергей Д.	2	4	27	26	отсутствуют	11
5	Елена А.	2	6	24	24	отсутствуют	10
6	Мария В.	2	3	42	45	брат., 12 лет	12
7	Александра Г.	3	0	24	28	отсутствуют	9
8	Альбина Ж.	3	0	22	26	отсутствуют	9
9	Анна К.	2	5	24	27	отсутствуют	8
10	Арина П.	2	5	24	26	отсутствуют	12
Среднее		2,4	3,3	25,4	28,3	-	9,7
Разброс		0,52	2,11	6,06	6,34	-	1,49

Группу сравнения составляют 10 детей в возрасте от 2 до 3 лет, в течение года болевших менее 5 раз. Значимые данные по данной группе представлены в таблице №2.

Таблица 2

Характеристика мальчиков и девочек младшего дошкольного возраста, которые не часто болеют

№	Имя	Возраст		Родители		Братья, сестры	Факты болезни
		год.	мес.	Мать	Отец		
1	Сергей Ж.	3	2	22	32	отсутствуют	4
2	Кирилл Л.	3	0	23	28	отсутствуют	6
3	Евгений П.	2	9	25	29	отсутствуют	5
4	Анатолий Р.	2	2	25	30	отсутствуют	3
5	Анастасия А.	2	4	24	32	отсутствуют	6
6	Светлана В.	3	5	22	28	отсутствуют	6
7	Варя В.	2	2	45	37	сестра, 11 лет	5
8	Светлана О.	2	7	22	32	отсутствуют	6
9	Евгения Р.	2	6	24	23	отсутствуют	5
10	Татьяна У.	2	2	24	31	отсутствуют	4

№	Имя	Возраст		Родители		Братья, сестры	Факты болезни
		год.	мес.	Мать	Отец		
	Среднее	2,3	3,9	25,6	30,2	-	5
	Разброс	0,48	2,81	6,92	3,65	-	1,05

В качестве диагностических средств исследования особенностей психологической готовности часто болеющего ребенка к поступлению в дошкольное образовательное учреждения выступают следующие средства:

1. «Диагностика уровня адаптированности ребенка к ДОУ» (Н.В. Соколовская).

2. Анкета определения социально-валеологического состояния семьи. Анкета позволяет оценить уровень валеологической культуры семьи.

3. «Психолого-педагогические параметры определения готовности поступления ребенка в дошкольное учреждение» (К.Л. Печора).

Охарактеризуем данные диагностические средства.

1. «Диагностика уровня адаптированности ребенка к ДОУ» (Н.В. Соколовская). Данная программа наблюдения позволяет оценить актуальный уровень сформированности готовности ребенка к поступления в детский сад. Оценке подлежит общий фон поведения, особенности взаимоотношений со взрослыми, а также особенности взаимоотношений с детьми. Результат диагностики позволяет говорить о трех уровнях выраженности адаптированности к дошкольному образовательному учреждению – низкому (1-1,5 балла), среднему (1,6-2,5 балла) и высокому (2,6-3 балла).

2. Анкета определения социально-валеологического состояния семьи. Данная анкета включает в себя 10 вопросов, отражающих различные аспекты социально-валеологического состояния семьи. Социально-валеологическое состояние семьи имеет три уровня. Первый - активно-субъектный - составляют, систематически выполняющие данные мероприятия, активно участвующие в процессе воспитания здорового ребенка. Родители, принимающие участие в оздоровлении ребенка ситуативно, от случая к случаю, отнесены ко второму - ситуативно-активному - уровню. И третий -

пассивно-негативный - уровень характеризует родителей, не принимающих участия в организации здоровой жизнедеятельности своих детей

3. «Психолого-педагогические параметры определения готовности поступления ребенка в дошкольную организацию» (К.Л. Печора). Данное средство позволяет оценить уровень актуальный уровень психолого-педагогической готовности к поступлению в ДОО.

Данные диагностические средства являются валидными и надежными средствами исследования, полностью соответствующие цели и задачам исследования. Анализ результатов исследования осуществлялся с использованием средств математической статистики, нами использована статистическая программа StatSoft Statistica 10. В исследовании мы воспользовались статистическим критерием Стьюдента, а также критерием ранговой корреляции Спирмена.

## 2.2. Анализ результатов эмпирического исследования

Обратимся к описанию результатов диагностики анкетой диагностики уровня адаптированности ребенка к ДООУ (Н.В. Соколовская). Результаты диагностики в двух группах исследования представлены в таблице 3.

Таблица 3

Результаты диагностики уровня адаптированности ребенка к ДОО

	Часто болеющие		Норма	
	абс.ч.	в %	абс.ч.	в %
Низкий	6	60%	0	0%
Средний	4	40%	8	80%
Высокий	0	0%	2	20%

В ходе диагностики особенностей адаптированности детей раннего возраста в двух группах исследования выявлено, что большая часть участников группы детей с нормативным состоянием здоровья характерен средний уровень адаптированности к ДОО. Для часто болеющих детей характерно преобладание детей с низким уровнем адаптированности к обучению в школе (60%). Высокий уровень адаптированности ребенка к

ДОО имеют 20% детей раннего возраста из группы, имеющих нормальное состояние здоровья. Наглядно соотношение уровней адаптированности ребенка к ДОО представлено на рисунке 1.

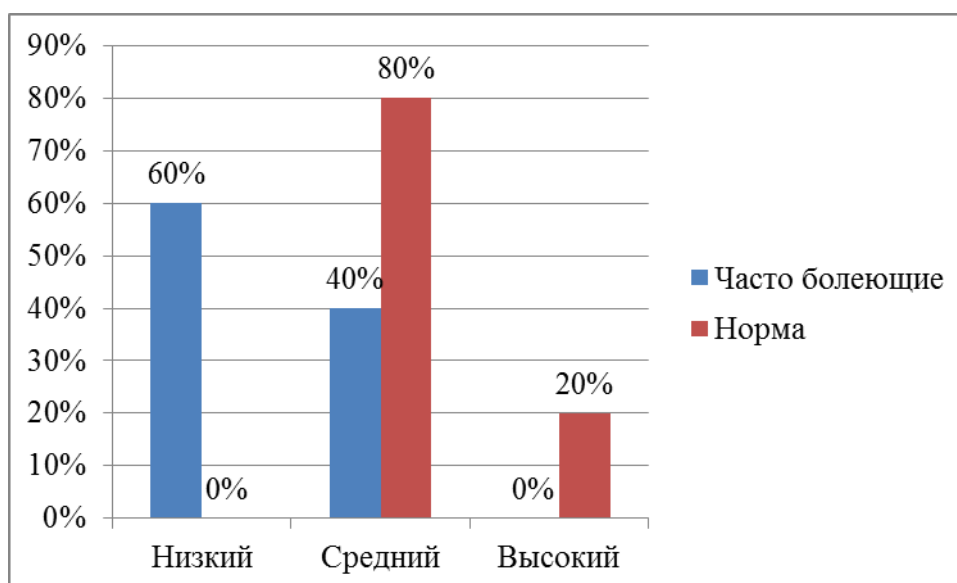


Рисунок 1. Соотношение уровней адаптированности ребенка к ДОО

4. Результаты проверки достоверности различий представлены в таблице

Таблица 4

Результаты проверки достоверности различий по показателям адаптированности ребенка к ДОО

	t	p
Адаптированность к ДОО	-6,63	0,01

В ходе проверки достоверности различий нами определено, что существуют достоверные различия в уровне адаптированности детей раннего возраста к ДОО. Мы можем говорить о том, что часто болеющие дети имеют сравнительно более низкий уровень адаптированности к ДОО по сравнению с детьми, имеющими нормативный уровень ( $t=-6,63$ ;  $p<0,01$ ).

Обратимся к описанию результатов анкетирования уровня социально-валеологического состояния семьи. Результаты представлены в таблице 5.

Результаты диагностики уровня социально-валеологического состояния  
семьи

	Часто болеющие		Норма	
	абс.ч.	в %	абс.ч.	в %
Низкий	0	0%	1	10%
Средний	3	30%	6	60%
Высокий	7	70%	3	30%

В ходе диагностики уровня социально-валеологического состояния семьи выявлено, что высокий уровень социально-валеологического состояния семьи характерен для большинства семей, дети в которых относятся к категории часто болеющих (70%). Для семей, дети в которых не имеют нарушения здоровья данный уровень выраженности характерен для 30% участников. Средний уровень является преобладающим в семьях, воспитывающих детей без существенных нарушений состояния здоровья и не относящихся к категории часто болеющих. Наглядно соотношение представлено на рисунке 2.

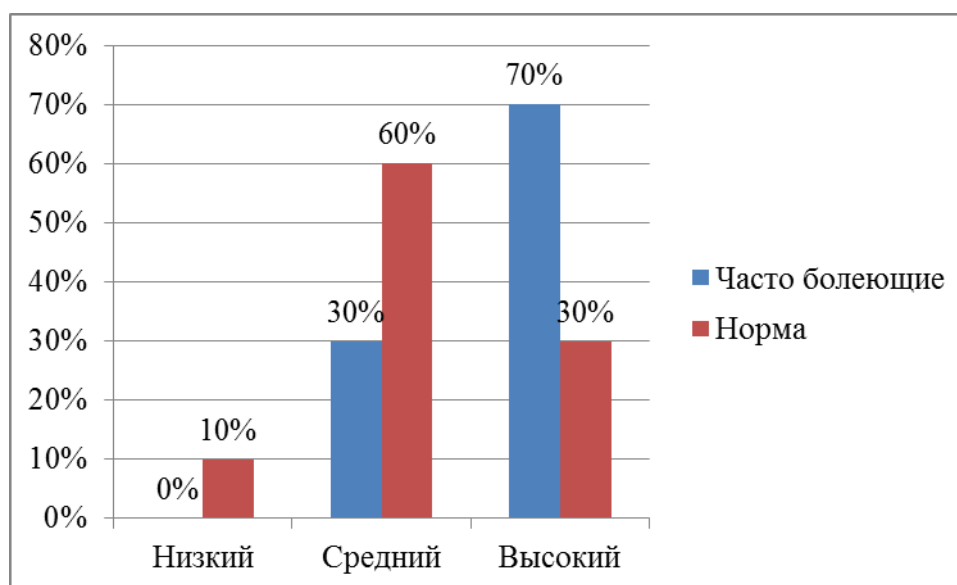


Рисунок 2. Соотношение уровней социально-валеологического состояния  
семьи

Таблица 6

Результаты проверки достоверности различий по показателям оценки социально-валеологического состояния семьи

	t	p
Социально-валеологическое состояние семьи	2,82	0,01

В ходе анализа актуального уровня сформированности социально-валеологической культуры в семье нами выявлен достоверно более высокий уровень в группе семей, воспитывающих детей, которые относятся к категории «часто болеющие» ( $t=2,82$ ;  $p<0,01$ ).

Обратимся к описанию результатов диагностики психолого-педагогических параметров готовности поступления ребенка в ДОО. Результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7

Результаты диагностики психолого-педагогических параметров определения готовности поступления ребенка в дошкольное учреждение

	Часто болеющие		Норма	
	абс.ч.	в %	абс.ч.	в %
Низкий	7	70%	0	0%
Средний	3	30%	9	90%
Высокий	0	0%	1	10%

В ходе диагностики нами было определено, что дети, которые относятся к категории «часто болеющие» имеют преимущественно низкий уровень психолого-педагогической готовности к поступлению в ДОО. Средний уровень характерен для 30% участников группы детей, относящихся к категории часто болеющих, а также у 90% участников, у которых отсутствуют проблемы со здоровьем. Один участник исследования имеет высокий уровень сформированности психолого-педагогических параметров готовности к поступлению ребенка в ДОО.



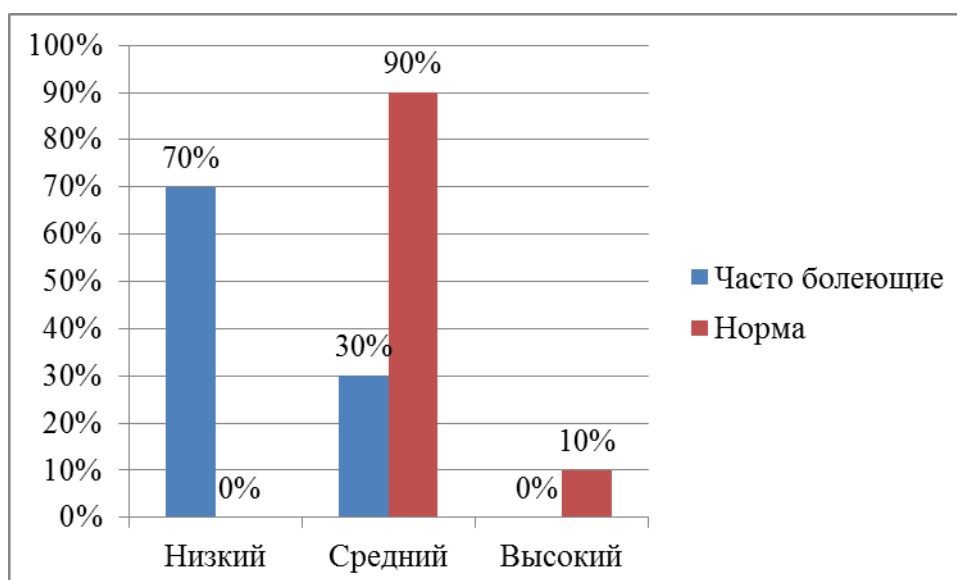


Рисунок 3. Соотношение уровней психолого-педагогических параметров готовности поступления ребенка в ДОО

Обратимся к проверке достоверности различий в уровне выраженности психолого-педагогических параметров готовности к поступлению ребенка в ДОО. Результаты проверки достоверности различий представлены в таблице 8.

Таблица 8

Результаты проверки достоверности различий параметров психолого-педагогической параметров готовности поступления ребенка в ДОО

	t	P
Психолого-педагогическая готовность	-6,35	0,01

Выявлено, что уровень психолого-педагогической готовности к поступлению в ДОО достоверно выше у детей раннего возраста, которые относятся к категории «часто болеющих».

Таким образом, на основании результатов эмпирического исследования мы можем заключить, что уровень готовности детей, которые относятся к категории «часто болеющие» достоверно ниже, чем у детей, которые относятся к категории здоровых.

В качестве заключительного этапа анализа результатов исследования выступает исследование особенностей корреляций показателей социально-валеологического состояния семьи и психологической готовности к поступлению в ДОО.

Результаты корреляционного анализа представлены в таблице 9 и таблице 10.

Таблица 9

Результаты корреляционного анализа в группе дошкольников, относящихся к категории «часто болеющие»

	Психолого-педагогическая готовность	Социально-валеологическое состояние семьи	Адаптированность к ДОО
Психолого-педагогическая готовность	1,00	0,44	0,38
Социально-валеологическое состояние семьи	0,44	1,00	0,24
Адаптированность к ДОО	0,38	0,24	1,00

Выявлены достоверная корреляция умеренного уровня между показателями психолого-педагогической готовности к поступлению в ДОО у детей и социально-валеологическим состоянием семьи в группе участников исследования, воспитывающих детей, относящихся к категории «часто болеющие» ( $r=0,44$ ), также выявлена определенная тенденция к корреляции между показателями адаптированности к ДОО и социально-валеологическим состоянием семьи, вместе с тем, данное значение не достигает уровня статистической значимости.

Результаты корреляционного анализа в группе дошкольников, участников  
группы сравнения

	Психолого-педагогическая готовность	Социально-валеологическое состояние семьи	Адаптированность к ДОО
Психолого-педагогическая готовность	1,00	0,37	0,22
Социально-валеологическое состояние семьи	0,37	1,00	-0,19
Адаптированность к ДОО	0,22	-0,19	1,00

Достоверные корреляции между показателями социально-валеологического состояния семьи и готовности ребенка к поступлению в ДОО в группе детей, не имеющих проблем с состоянием здоровья не выявлено, что позволяет говорить о том, что социально-валеологическое состояние семьи является значимым для детей которые часто болеют относительно показателя адаптированности и психологической готовности к поступлению в ДОО.

Таким образом, вторая гипотеза исследования подтверждается, то есть существует связь между социально-валеологическим состоянием семьи и уровнем готовности к поступлению в ДОО детей, которые относятся к категории часто болеющих, то есть чем выше уровень социально-валеологического состояния семьи, то тем более высоким является уровень готовности к поступлению в ДОО.

### **2.3. Рекомендации родителям часто болеющего ребенка по улучшению социально-валеологического состояния их семьи**

Здоровый образ жизни, здоровье – это радость для больших и маленьких в доме, но для его создания необходимо соблюдение нескольких условий.

Формирование валеологической культуры семьи необходимо основывать на следующих принципах:

1. Системный подход - т.е. воспитание осуществляется не изолированно, а в связи с нравственным, эстетическим, психофизическим формированием уровня развития ребенка. Невозможно сохранить тело здоровым, если не совершенствовать эмоционально-волевую сферу, не работать с душой и нравственностью. Успешное решение задач валеологического воспитания возможно только при объединении усилий детского сада и родителей.

2. Деятельностный подход. Валеологическая культура осваивается детьми в процессе совместной деятельности со взрослыми.

3. Принцип “Не навреди” Предусматривает использование в валеологической работе только безопасных приемов оздоровления.

4. Принцип гуманизма. В валеологическом воспитании признается самоценность личности ребенка. Нравственными ориентирами воспитания являются общечеловеческие ценности.

5. Принцип альтруизма. Предусматривает потребность делиться освоенными ценностями валеологической культуры: “Научился сам – научи друга”.

6. Принцип меры. Для здоровья хорошо то, что в меру.

Одно из важнейших условий формирования валеологической культуры семьи – это создание благоприятного морального климата в семье, что проявляется в доброжелательности, готовности простить и понять, стремлении прийти на помощь, сделать приятное друг другу, в заботе о

здоровье членов семьи. Конечно, это совершенно исключено в тех семьях, где часты скандалы, где кто-то из родителей пьет, где царит культ насилия и грубости.

Второе условие успешности формирования валеологической культуры семьи - тесная, искренняя дружба детей и родителей, их постоянное стремление быть вместе, общаться, советоваться. Общение — великая сила, которая помогает родителям понять ход мыслей ребенка и по первым признакам определить склонность к негативным поступкам, чтобы вовремя предотвратить их.

Третье условие - повышенное внимание к состоянию здоровья всех членов семьи. Сейчас нет недостатка в специальной литературе, помогающей людям сохранить здоровье, где расписаны специальные комплексы и даются рекомендации. Однако не следует забывать о пользе простых правил, соблюдение которых помогает сохранять здоровье. Это и утренняя зарядка вместе со старшими членами семьи, и пробежка вокруг дома, и совместные прогулки перед сном, и проветривание помещения, и соблюдение правил личной гигиены.

Создание благоприятного морального климата и здорового образа жизни семьи обеспечивается и за счет совместного участия детей и родителей в разнообразных делах. Труд - один из ведущих факторов воспитания у детей правильных представлений об образе жизни.

Здоровый образ жизни немислим без создания нормальной экологической среды в доме. Обстановка, к которой привыкает ребенок, воспроизводится в дальнейшем в его будущей семье. Грязь, несвежий воздух, не заправленные постели, непродуманный интерьер, - к сожалению, это достаточно широко распространенные явления во многих семьях. Между тем в доме необходимо создать и поддерживать среду, удовлетворяющую требованиям экологичности и эстетики. Вместе с детьми можно обсудить наиболее целесообразный вариант расположения мебели, навести порядок, сделать уборку, проветрить комнаты, по возможности подобрать в тон к

обоям шторы и т.п. Украсят интерьер живые цветы или композиции из сухих трав. Комнатные растения помогают к тому же поддерживать в доме необходимый уровень влажности воздуха. Пусть дети ухаживают за ними.

Ничто так не влияет на обстановку в семье, как подготовка к семейным праздникам. Совместное приготовление подарков (в тайне от виновника торжества) сближает старших и младших членов семьи. Когда же отшумят праздники, интересно почитать и обсудить с мамой и папой книги. Очень полезны для формирования детской души произведения о природе и бережном к ней отношении: В. Бианки, Б. Рябинина,

Особую значимость имеют прогулки детей с родителями на речку, в лес или в поле. Хорошо, когда пешеходные прогулки чередуются с велосипедными (зимой - лыжными) или автомобильными. Это позволяет чаще менять маршруты, расширять представления детей о своем крае. Однако не следует забывать о том, что наряду с оздоровительными прогулки выполняют и познавательные функции. Как показали наши исследования, самыми яркими впечатлениями младших школьников являются именно прогулки с родителями на природу. Прогулки дают ребенку значительный объем информации. Когда взрослые, взяв детей за руки, идут, отвечая на вопросы детей, делая маленькие открытия, они показывают примеры бережного отношения к природе и тем самым вызывают в душе ребенка не только удивление и восхищение, но и уважение к окружающему его миру.

Таким образом, здоровый образ жизни всех членов семьи в настоящем - залог счастливой и благополучной жизни ребенка в гармонии с миром в будущем.

## Заключение

Поступление ребенка в дошкольную образовательную организацию зачастую сопровождается проблемами в его адаптации. Наиболее проблемными моментами является адаптация к новым правилам жизни и нормам поведения. Далеко не все дети успешно справляются с проблемами адаптации. Появление у детей так называемого «адаптационного синдрома» зачастую выступает результатом объективных психологических и физиологических факторов. В качестве основной физиологической причины выступает недостаточно высокий уровень сформированности нервной системы ребенка, которая определяет слабую подвижность нервных процессов. Данное обстоятельство обуславливает сложности в привыкании ребенка к дошкольному учреждению. Психологической причиной трудностей выступает эмоциональное реагирование ребенка на уровне физиологических стереотипов. Все это позволяет говорить о наличии стрессовой ситуации в случае разрушения привычных условий жизни и деятельности ребенка. Причем чем внезапнее происходит изменение среды, то тем более серьезные изменения происходят в поведении, эмоциональном состоянии, в вегетативной регуляции, которые связаны с нервным напряжением.

Помимо объективных причин существуют также и субъективные причины, в ряду которых выступает неправильно выбранный возрастной период. Как отмечают многие отечественные и зарубежные исследователи, ранний возраст является тем периодом, когда ребенок ориентируется на общение с близкими людьми ввиду особой психологической привязанности. Потребность в общении с детским коллективом формируется несколько позже – на четвертом году и окончательно оформляется на пятом году жизни ребенка.

В связи с данным обстоятельством мы можем говорить о том, что период раннего возраста вряд ли можно рассматриваться как оптимальный

для помещения ребенка в дошкольную организацию. Вместе с тем, финансовые сложности, личностные потребности заставляют многих родителей передавать своего ребенка в ДОО в возрасте до трех лет. Особенно критичным для изменения среды является возраст от 7 месяцев до 18 месяцев. Причиной данного обстоятельства выступает наличие особенно тесных взаимоотношений ребенка с матерью, которое вызвано формированием самосознанием ребенка, и даже временное отдаление матери, появление замещающих людей может выступить как отправная точка для формирования страха одиночества, который может выражаться в страхе сказочных отрицательных персонажей, боязни неизвестного и нового. Ситуацию также осложняет то, что у детей могут быть недостаточно сформированными культурно-гигиенические навыки и способы для выражения собственных потребностей.

Для исследования особенностей взаимосвязи социально-валеологического состояния семьи и часто болеющего ребенка к поступлению в дошкольную образовательную организацию нами было организовано эмпирическое исследование. В исследовании приняло участие 20 семей, имеющих детей раннего возраста. Из них 10 детей – относящиеся к категории «часто болеющих», а 10 – дошкольники с нормальным состоянием здоровья. Базой исследования выступает МБДОО «Детский сад №3 «Чебурашка» г. Шарыпово».

В ходе диагностики особенностей адаптированности детей раннего возраста в двух группах исследования выявлено, что большая часть участников группы детей с нормативным состоянием здоровья характерен средний уровень адаптированности к ДОО. Для часто болеющих детей характерно преобладание детей с низким уровнем адаптированности к обучению в школе (60%). Высокий уровень адаптированности ребенка к ДОО имеют 20% детей раннего возраста из группы, имеющих нормальное состояние здоровья.



В ходе диагностики уровня социально-валеологического состояния семьи выявлено, что высокий уровень социально-валеологического состояния семьи характерен для большинства семей, дети в которых относятся к категории часто болеющих (70%). Для семей, дети в которых не имеют нарушения здоровья данный уровень выраженности характерен для 30% участников. Средний уровень является преобладающим в семьях, воспитывающих детей без существенных нарушений состояния здоровья и не относящихся к категории часто болеющих.

В ходе диагностики нами было определено, что дети, которые относятся к категории «часто болеющие» имеют преимущественно низкий уровень психолого-педагогической готовности к поступлению в ДОО. Средний уровень характерен для 30% участников группы детей, относящихся к категории часто болеющих, а также у 90% участников, у которых отсутствуют проблемы со здоровьем.

Выявлены достоверная корреляция умеренного уровня между показателями психолого-педагогической готовности к поступлению в ДОО у детей и социально-валеологическим состоянием семьи в группе участников исследования, воспитывающих детей, относящихся к категории «часто болеющие» ( $r=0,44$ ), также выявлена определенная тенденция к корреляции между показателями адаптированности к ДОО и социально-валеологическим состоянием семьи, вместе с тем, данное значение не достигает уровня статистической значимости.

Достоверные корреляции между показателями социально-валеологического состояния семьи и готовности ребенка к поступлению в ДОО в группе детей, не имеющих проблем с состоянием здоровья не выявлено, что позволяет говорить о том, что социально-валеологическое состояние семьи является значимым для детей которые часто болеют относительно показателя адаптированности и психологической готовности к поступлению в ДОО.

## Список использованной литературы

1. Абрамова Г. С. Возрастная психология. - М.: Академия, 1999. - 762 с.
2. Алексеева Е.Е. Проблемы адаптации родителей и детей к детскому саду // Дошкольная педагогика. - 2007. - № 2. - С. 59-60.
3. Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. // Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты, пути оздоровления. Пермь, 2006. - 86 с.
4. Арина Г.А., Коваленко Н.А. Часто болеющие дети. Какие они? // Школа здоровья. 1995. - Т.2. - № 3. - С. 116-125.
5. Аркин Е.А. Ребенок в дошкольные годы // под ред. А.В. Запорожца, В.В. Давыдова. М., Просвещение, 1968. - 444 с.
6. Арон И.С. Основные факторы формирования личности дошкольника в особой социальной ситуации развития // Психолог в детском саду, 2000. - № 1. - С. 70-75.
7. Бадьина Н.П. Часто болеющие дети. Психологическое сопровождение в начальной школе. - М.: Генезис, 2007. - 152 с.
8. Бойков Д.И. Общение детей с проблемами в развитии: коммуникативная дифференциация личности: учебно-методическое пособие. СПб.: КАРО, 2005. - 288 с.
9. Большой психологический словарь // Под ред. Б.Г. Мещерякова, В.П. Зинченко, - М.: Прайм-Еврознак, 2007. - 672 с.
10. Боуэн М. Теории семейных систем. М.: Когито-Центр, 2005. - 496 с.
11. Варга Л.Я. Системная семейная психотерапия. СПб.: Речь, 2001. - 144 с.
12. Волков Б. С., Волкова Н. В.. Психология развития человека. - М.: Академический проспект, 2004. - 288 с.
13. Гальперин П.Я. Психология как объективная наука. - М.: МПСИ; Воронеж: МОДЭК, 1998. - С. 333-350.

14. Груздева О.В. Соматически больной ребенок: факторы речевого развития: монография. Красноярск: РИО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2004. - 160 с.
15. Дубовик Е.Ю. Родительское отношение к часто болеющему ребенку дошкольного возраста как фактор формирования тревожности: автореф. дис. ... канд. пси-хол. наук. Казань, 2006. - 24 с.
16. Ершова И.Б, Ширина Т.В. // Проблема часто и длительно болеющих детей и методы оптимизации их лечения. Журнал «Здоровье ребёнка», 2008. - № 2(11) - С.82-87.
17. Жукова Е.А., Шернина К.С., Сидорова Е.В. Валеологическая культура родителей как фактор воспитания здорового ребенка [Электронный ресурс] // URL: <http://www.scienceforum.ru/2014/508/2785> (Дата доступа: 15.01.2015).
18. Заводчикова О.Г. Адаптация ребенка в детском саду: взаимодействие дошкол. образоват. учреждения и семьи. - М.: Просвещение, 2007. - 79 с.
19. Иванова Н.К. Организационно-педагогические условия формирования здорового образа жизни школьников: Автореф. канд. дис. Самара, 2000. - 24 с.
20. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск, 1997. - 122 с.
21. Ковалевский В.А., Урываев В.А. Психология ребенка -пациента соматической клиники: практикум. Красноярск: КрасГМА; Ярославль: ЯГМА, 2006. - 88 с.
22. Кулагина И. Ю., Колюцкий В. Н.. Возрастная психология. Полный жизненный цикл развития человека. - М.: ТЦ «Сфера», 2001. - 464 с.
23. Лаврова Г.Н. Психолого-педагогическая диагностика детей от 0 до 3 лет: учебное пособие. - Челябинск: Издательство ЮУрГУ, 2004. - 129 с.
24. Лесгафт П.Ф. Семейное воспитание ребенка и его значение /Сост. И.Н. Решетень. - М.: Педагогика, 1988. - С. 203-204.

25. Лурия А. Р. Основы нейропсихологии. Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2002. - 256 с.
26. Лютова Е.К., Моница Г.Б., Тренинг общения с ребенком (период раннего детства). - СПб.: Издательство «Речь»; «ТЦ Сфера», 2001. - 176 с.
27. Макарова З.С., Голубева Л.Г. «Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей в дошкольных учреждениях»: пособие для педагогов дошкольных учреждений. - М.: Владос. 2004. - 270 с.
28. Марцинковская Т. Д. Детская практическая психология. Учебник. М.: Гардарики, 2001. - 255 с.
29. Марютина Т.М. Об использовании понятий «критический» и «сензитивный» период индивидуального развития // Психологический журнал. - 1981. - Т. 2. - № 1. - С. 98-102.
30. Николаева В.В. Влияние хронической болезни на психику. М.: Изд-во МГУ, 1987. -166 с.
31. Николаева В.В. Личность в условиях хронического соматического заболевания: автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 1992. - 44 с.
32. Обухова Л.Ф. Возрастная психология. М.: Высшее образование, 2007. - 460 с.
33. Обухова Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы. - М.: Тривола, 2005.- 360 с.
34. Паршукова С.В. Влияние характера внутрисемейных отношений на социально-психологическую адаптацию детей раннего возраста к условиям дошкольного образовательного учреждения (ДОУ): автореф. канд. дис. ... психол. наук. - Ярославль, 2007. - 212 с.
35. Педагогика детей раннего возраста: учеб. пособие для студентов / Л.Н. Галигузова, СЮ. Мещерякова. М.: ВЛАДОС, 2007. - 301 с.
36. Самыгин С.И., Никуленко Т.Г., Сущенко С.А. Возрастная психология для студентов вузов. - М., 2010. - 220 с.

37. Сергиенко Е.А. Глазодвигательная активность у младенцев при сложном движении стимулов // Психологический журнал. - 1981. - Т. 2. - № 6. – С.72-82.

38. Соколовская Н.В. Адаптация ребёнка к условиям детского сада. - Волгоград, Издательство «Учитель», 2008. - 211 с.

39. Соловьева О.В. Депривация семейного общения как детерминанта личностного развития детей, лишенных попечения родителей. Дисс. канд. пси-хол. наук, Краснодар, 2004. - 365 с.

40. Тюлюпо С.В. Мать и ребенок: общение в свете психосоматической парадигмы // Сибирский психологический журнал. - 2001. - № 14-15. - С.77-85.

41. Эмоции и отношения человека на ранних этапах развития // под ред. Р.Ж. Мухамедрахимова. - СПб.: Изд-во С.-Петербур. ун-та. - 2008. - 312 с.

## Приложение 1

*Диагностика уровня адаптированности ребенка к ДОО*

**Источник:** Соколовская Н.В. Адаптация ребёнка к условиям детского сада. Волгоград, Издательство «Учитель» 2008.

Ф. И. ребенка	Психологические критерии адаптированности ребенка к дошкольному учреждению												Реакция на изменение привычной ситуации		
	Общий эмоциональный фон поведения			Наблюдение за ребенком											
				Познавательная и игровая деятельность			Взаимоотношения со взрослыми			Взаимоотношения с детьми					
Баллы	а	б	в	а	б	в	а	б	в	а	б	в	а	б	в
	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1

### Условные обозначения.

*Общий эмоциональный фон поведения:*

а) положительный; б) неустойчивый; в) отрицательный.

*Познавательная и игровая деятельность:*

а) активен; б) активен при поддержке взрослого;

в) пассивен или реакция протеста.

*Взаимоотношения со взрослыми:*

а) инициативен; б) принимает инициативу взрослого;

в) уход от взаимоотношений, реакция протеста.

*Взаимоотношения с детьми:*

а) инициативен;

б) вступает в контакт при поддержке взрослого;

в) пассивен или реакция протеста.

*Реакция на изменение привычной ситуации:*

а) принятие; б) тревожность; в) непринятие.

Ключ к диагностике адаптированности ребенка к ДОО.

Баллы, набранные ребенком, суммируются. Данная сумма делится на 5 (количество критериев). Число, полученное в результате деления, соотносится со следующими показателями:

*2,6-3 балла - высокий уровень адаптированности.* У ребенка преобладает радостное или устойчиво-спокойное эмоциональное состояние. Он активно контактирует со взрослыми, детьми, окружающими предметами, быстро адаптируется к новым условиям (незнакомый взрослый, новое помещение, общение с группой сверстников).

*1,6-2,5 балла - средний уровень адаптированности.* Эмоциональное состояние ребенка нестабильно: новый раздражитель влечет возврат к отрицательным эмоциональным реакциям. Однако при эмоциональной поддержке взрослого ребенок проявляет познавательную и поведенческую активность, легче адаптируется к новой ситуации.

*1-1,5 баллов - низкий уровень адаптированности.* У ребенка преобладают агрессивно-разрушительные реакции, направленные на выход из ситуации (двигательный протест, агрессивные действия), активное эмоциональное состояние (плач, негодующий крик), либо отсутствует активность, инициативность при более или менее выраженных отрицательных реакциях (тихий плач, хныканье, отказ от активных движений, отсутствие попыток к сопротивлению, пассивное подчинение, подавленность, напряженность).

**АНКЕТА ДЛЯ РОДИТЕЛЕЙ**  
**«Особенности валеологической культуры семьи»**

Уважаемые родители! Приглашаем вас принять участие в опросе, позволяющем изучить культуру здоровья вашей семьи. Активное участие и ваша искренность позволят нам эффективнее осуществлять работу по формированию привычки к здоровому образу жизни у детей, посещающих нашу группу, а вам — по оздоровлению ребенка в семье. Мы хотим, чтобы наши дети росли здоровыми и счастливыми, были удачливыми и успешными! Благодарим вас за помощь!

№		Не согласен	Скорее нет, чем да	Не знаю	Скорее да, чем нет	Полностью согласен
1	В нашей семье мы делаем зарядку	1	2	3	4	5
2	В нашей семье мы делаем закаливающие процедуры	1	2	3	4	5
3	У членов семьи нет вредных привычек	1	2	3	4	5
4	В нашей семье соблюдается режим дня (сон, питание, прогулка)	1	2	3	4	5
5	В семье мы придерживаемся здорового рациона питания	1	2	3	4	5
6	В семье мы соблюдаем правила безопасности в быту, на улице и транспорте.	1	2	3	4	5
7	Члены семьи болеем не часто.	1	2	3	4	5
8	В семье мы активно стараемся проводить профилактику заболеваний	1	2	3	4	5
9	Моя семья - здоровая, ведущая здоровый образ жизни	1	2	3	4	5
10	Считаете ли вы, что каждый человек - творец своей жизни?	1	2	3	4	5

Психолого-педагогические параметры определения готовности поступления  
ребенка в дошкольное учреждение (Печора К.Л.)

Вопросы к матери ребенка	Параметры	Оценка в баллах
Какое из перечисленных настроений преобладает?	Бодрое, уравновешенное	3
	Раздражительное, неустойчивое	2
	Подавленное	1
Как засыпает Ваш ребенок?	Быстро, до 10 минут	3
	Медленно	1
Что Вы делаете, чтобы ребенок заснул?	Ничего	3
	Укачиваю, лежу рядом и пр.	1
Какова длительность сна?	Соответствует возрасту	3
	Спит меньше нормы	2
	Сон существенно нарушен	1
Какой аппетит у Вашего ребенка?	Хороший	3
	Неустойчивый, избирательный	2
	Плохой	1
Просится ли на горшок?	Просится	3
	Нет, но бывает сухой	2
	Нет, ходит мокрый	1
Как относится к высаживанию на горшок?	Положительно	3
	Отрицательно	1
Есть ли отрицательные привычки (сосет палец, раскачивание)?	Нет	3
	Есть (какие именно?)	1
Проявляет ли интерес к игрушкам, новым предметам и дома, и в незнакомой обстановке?	Проявляет	3
	Только в привычной обстановке	2
Проявляет ли интерес, активность при обучении?	Проявляет	3
	Недостаточно	2
	Не проявляет	1
Инициативен ли в игре?	Способен сам найти себе дело	3
	Играет только со взрослыми	2
	Не умеет играть	1



Инициативен ли во взаимоотношениях со взрослыми?	Вступает в контакт по своей инициативе	3
	Сам не вступает в контакт, но общается по инициативе взрослого	2
	Не идет на контакт со взрослыми	1
Инициативен ли в отношении с детьми?	Вступает в контакт по своей инициативе	3
	Сам не вступает в контакт	2
	Не умеет общаться с детьми	1
Был ли опыт разлуки с близкими?	Нет	1
	Да	2
Как перенес разлуку?	Очень тяжело	1
	Спокойно	3

Исходя из анализа ответов на вопросы анкеты, можно сделать выводы об уровне готовности ребёнка к поступлению в детское дошкольное учреждение. Максимальный показатель по данной анкете составляет 44 балла и может свидетельствовать об успешной адаптации ребёнка к условиям дошкольного учреждения. Минимальное количество баллов – 16. Печора К.Л. предлагает вычислить средний балл по перечисленным параметрам, по которому даётся прогноз адаптации:

3 – 2,6 балла – готов к поступлению в ясли сад;

2,5 – 2 балла – готов условно;

2 – 1,6 балла – не готов.

Мы предлагаем качественный анализ ответов на вопросы, который позволяет выделить сферы, требующие развивающей работы: взаимоотношения со взрослыми, отношения с детьми, культурно-гигиенические навыки, развитие предметно - манипулятивной деятельности.

## Приложение 2

### Результаты проверки достоверности различий по показателям адаптированности ребенка к ДОУ

Group 1 vs. Group 2		T-test for Independent Samples (Spreadsheet7) Note: Variables were treated as independent samples										
		Mean (M) Group 1	Mean(M) Group 2	t-value	df	p	Valid N Group 1	Valid N Group 2	Std.Dev.( m) Group 1	Std.Dev.( m) Group 2	F-ratio Variances	p Variances
Часто болеющие vs.	Норма	1,435000	2,328000	-6,63434	18	0,000003	10	10	0,246948	0,346692	1,970957	0,326610

### Результаты проверки достоверности различий по показателям оценки социально-валеологического состояния семьи

Group 1 vs. Group 2		T-test for Independent Samples (Spreadsheet7) Note: Variables were treated as independent samples										
		Mean (M) Group 1	Mean(M) Group 2	t-value	df	p	Valid N Group 1	Valid N Group 2	Std.Dev.(m) ) Group 1	Std.Dev.(m) ) Group 2	F-ratio Variances	p Variances
Часто болеющие vs.	Норма	39,00000	26,80000	2,824088	18	0,011241	10	10	10,85255	8,297255	1,710781	0,436034

### Результаты проверки достоверности различий параметров психолого- педагогической параметров готовности поступления ребенка в ДОУ

Group 1 vs. Group 2		T-test for Independent Samples (Spreadsheet7) Note: Variables were treated as independent samples										
		Mean (M) Group 1	Mean(M) Group 2	t-value	df	p	Valid N Group 1	Valid N Group 2	Std.Dev.( m) Group 1	Std.Dev.( m) Group 2	F-ratio Variances	p Variances
Часто болеющие vs.	Норма	1,462000	2,157000	-6,35869	18	0,000005	10	10	0,160056	0,306342	3,663298	0,066471