

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева

(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий

Выпускающая кафедра социальной педагогики и социальной работы

Бондаренко Наталья Владимировна

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ РОДИТЕЛЕЙ

ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДОШКОЛЬНОГО

ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ

Направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы

Психология и социальная педагогика

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой социальной педагогики и
социальной работы, доктор педагогических
наук, профессор Фурьева Т.В.

« _____ » _____ 2017 г.

(подпись)

Руководитель: Зав. кафедрой д.п.н, профессор
Фурьева Т.В.

Дата защиты « ___ » _____ 2017 г.

Обучающийся: Бондаренко Н.В.

« _____ » _____ 2017 г.

Оценка _____

Красноярск 2017

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
Глава 1. РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ, КАК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА	7
1.1 Психологические особенности часто болеющих старших дошкольников.....	7
1.2 Содержание психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих детей	12
Выводы по Главе 1	21
Глава 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САДА	23
2.1 Определение особенностей детско-родительских отношений в семье часто болеющего дошкольника, его эмоционального состояния.....	23
2.2 Разработка и реализация программы психолого-педагогического сопровождения родителей часто болеющих дошкольников	36
2.3 Изучение результатов реализованной программы психолого-педагогического сопровождения родителей часто болеющих дошкольников	46
Выводы по Главе 2	54
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	56
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК	60
Приложение	

ВВЕДЕНИЕ

В последние года проявилась тенденция к росту количества детей с ослабленным здоровьем. Среди нозологий, встречаемых у детей младшего школьного возраста, на первое место выходят острые респираторные заболевания (ОРЗ). По данным о состоянии здоровья населения России численность детей особенно подверженных ОРЗ составляет 70-75%, а число абсолютно здоровых детей снизилось до 10%.

Категория «часто болеющие дети» долгое время была исключительно медицинской: исследовались медико-биологические факторы частой заболеваемости детей разных возрастов, возможности профилактики и лечения таких детей. Однако все чаще часто болеющих детей изучает и психологическая наука. Объектом исследований в этой связи становятся психологические и психические особенности часто болеющих детей – так, исследования выявляют повышенную тревожность таких детей, неуверенность в себе, эмоциональное напряжение и т.д. Подобные характеристики в научной литературе связываются с особой внутрисемейной атмосферой в семье такого ребенка – формируется особый тип родительского отношения (нередко неэффективный), всесторонне влияющий на развитие часто болеющего ребенка.

Безусловно, значение семьи и родителей, в частности, для развития ребенка нельзя преувеличить. Семья – это и уникальный первичный социум, который дает ребенку ощущение психологической защищенности, эмоциональной поддержки; это источник общественного опыта, это главный институт воспитания. Семейная микросреда – это зона ближайшего развития ребенка. В современной практике воспитания все большую актуальность приобретает идея взаимодействия семьи и дошкольного образовательного учреждения. Ведь родители ответственны за воспитание детей, а все остальные

социальные институты призваны поддерживать и дополнять их воспитательную деятельность, а потому воспитатель дошкольного учреждения является партнером родителей по воспитанию.

Вышесказанное определяет, во-первых, значение родителей в развитии часто болеющих детей, во-вторых, необходимость психолого-педагогической работы с такими родителями по коррекции их не всегда эффективного родительского отношения, которое может пагубно влиять на психическое развитие ребенка: например, детерминируя повышение тревожности.

Актуальность исследования обусловлена малым количеством психологических разработок по проблеме и практической значимостью ее решения.

Цель данной дипломной работы: выявить особенности детско-родительских отношений в семьях часто болеющих дошкольников, их эмоциональных состояний, разработать и реализовать программу психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих дошкольников.

Объект исследования: взаимодействие детского сада и родителей часто болеющих дошкольников.

Предмет исследования: организация психолого-педагогического сопровождения родителей часто болеющих дошкольников.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи дипломной работы:

1. Провести теоретический анализ по проблеме организации взаимодействия детского сада и родителей часто болеющих дошкольников;
2. Провести исследование особенностей детско-родительских отношений в семьях часто болеющих дошкольников, их эмоциональных состояний;
3. Разработать и реализовать программу психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих дошкольников;

4. Оценить эффективность программы через контрольное изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях часто болеющих дошкольников, их эмоциональных состояний.

Гипотеза исследования: психолого-педагогическое сопровождение родителей часто болеющих дошкольников предполагает изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях, эмоциональных состояний детей, а также разработку и реализацию специальной программы психолого-педагогического сопровождения.

Базой исследования выступило муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 273» (сокращенное наименование: МБДОУ № 273).

В исследовании нами были использованы следующие методы исследования:

Теоретические методы:

– анализ учебной, научной литературы (монографии, учебные пособия, научные публикации и пр.) и интернет-ресурсов по проблеме организации взаимодействия детского сада и родителей часто болеющих дошкольников;

– понятийный, терминологический анализ, сравнительный анализ.

Эмпирические методы:

– методика диагностики родительского отношения (ОРО) А. Я. Варга, В.В. Столин;

– методика измерения психологической дистанции;

– тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен. Методика «Выбери нужное лицо»;

– наблюдение.

В своем исследовании мы опирались на психологические исследования часто болеющих дошкольников О.Н. Волковой, А.В. Гордиец, О.В. Груздевой,

Л.В. Доманецкой, Е.Ю. Дубовик, Ж.Г. Дусказиевой, В.А. Ковалевского, Т.Ю. Сидоркиной, С.В. Чекрыковой, В.О. Штумф и др.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в том, что результаты диагностического психологического исследования, а также программа психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих дошкольников могут быть использованы в работе педагогов и психологов дошкольного учреждения.

Дипломная работа состоит из введения, двух глав (теоретической и практической), заключения, библиографического списка, включающего 56 наименований, и одного приложения. В дипломной работе представлены 13 рисунков и 11 таблиц. Объем дипломной работы – 66 страница без учета приложений.

Глава 1. РАБОТА С РОДИТЕЛЯМИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ, КАК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОБЛЕМА

1.1 Психологические особенности часто болеющих старших дошкольников

Понятие «часто болеющие дети» - изначально медицинское, но постепенно наполняющееся психолого-педагогическим содержанием. Исследования данной категории детей касаются:

1. Определение понятия «часто болеющие дети»: так, часто болеющими детьми называются термин, обозначающий группу детей, выделяемую при диспансерном наблюдении, характеризующуюся более высоким, чем их сверстники, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями [43];

2. Определение наиболее часто встречаемых заболеваний у часто болеющих детей: так, чаще выявляются хронические заболевания носоглотки и легких, чаще встречаются и тяжелее протекают бронхиальная астма, аллергический ринит, выше частота ревматизма, гломерулонефрита и ряда других заболеваний [43];

3. Определение возрастов, наиболее подверженных частой заболеваемости детей: это ранний и дошкольный возраст (повышенная чувствительность организма ребенка к инфекциям является онтогенетической особенностью данных возрастных периодов) [43];

4. Определение предельного количества случаев заболеваний с целью отнесения ребенка к категории «часто болеющий» - так, В.Ю. Альбицкий и А.А. Баранов предложили такую классификацию [2]:

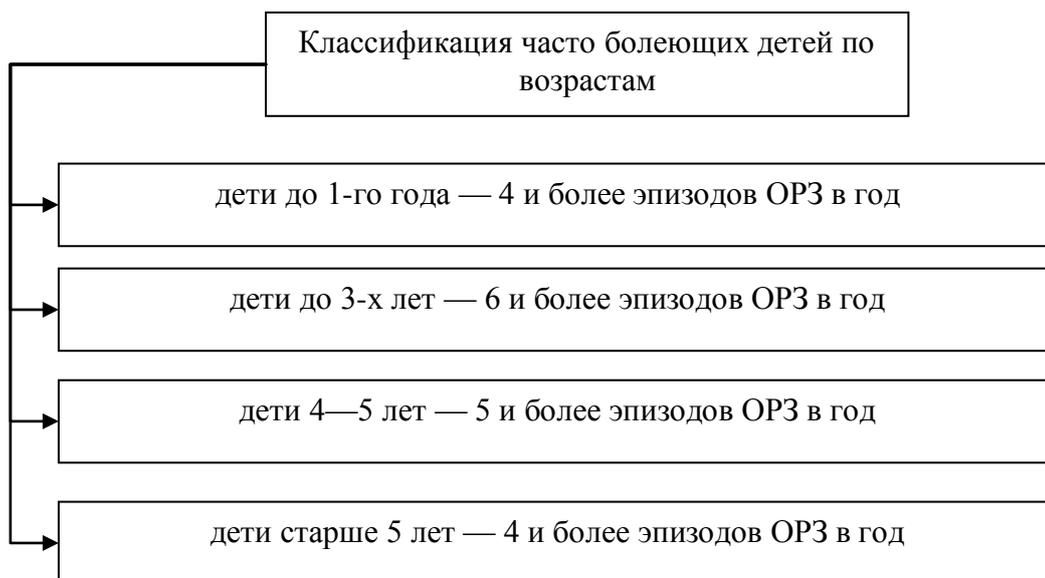


Рис. 1.1 Классификация часто болеющих детей по возрастам

Интерес к психологическим особенностям часто болеющих детей обусловлен выделением в числе факторов частых заболеваний детей – социально-психологических факторов (наряду с медико-биологическими и экологическими). К таковым относят: низкий уровень образования родителей, низкий материальный достаток семей, хроническая психотравмирующая ситуация в семье, неадекватный стиль родительского воспитания, неблагоприятные личностные особенности родителей и т.д. [18, 19]

Особенности соматического состояния часто болеющих детей обуславливают формирование их особой социальной ситуации развития, которая характеризуется ограничением условий для активного познавательного развития (в силу частоты переносимых заболеваний, общей ослабленности организма) и отсутствием достаточного опыта социальных взаимодействий, что в целом затрудняет ориентацию ребенка в окружающей действительности, ухудшая состояние его здоровья. У них заметно меняется отношение к окружающему миру, наблюдаются изменения в развитии самосознания, в динамике познавательной деятельности, а также дефицит общения с взрослыми и сверстниками.

Ряд исследователей определяют специфические характеристики часто болеющих детей в сравнении со здоровыми сверстниками [10, 11, 15, 18-22, 44, 48-50]. Так, на сегодняшний момент накоплен определенный материал по описанию психологических особенностей таких детей:

1. Познавательное развитие часто болеющих старших дошкольников характеризуется истощаемостью психической деятельности, которая проявляется в таких признаках:

- значительное снижение показателей умственной работоспособности и трудности переключения внимания;
- снижение продуктивности воспроизведения;
- снижение продуктивности внимания;
- уменьшение уровней развития творческого воображения;
- уменьшение объема произвольной зрительной памяти;
- большая эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшая самостоятельность, полнота и логическая последовательность [10, 11].

2. Волевое развитие часто болеющих детей находится на низком уровне: есть трудности с выбором и осуществлением цели, принятием решения, планированием, исполнением намеченного, совершением усилий и оценкой результата. [10, 11]

3. Самооценка часто болеющих детей часто неустойчива: при общем положительном эмоционально-ценностном отношении к себе дети демонстрируют заниженную самооценку. Для часто болеющих детей характерно приписывание себе отрицательных эмоций, таких как горе, страх, гнев и чувство вины. Изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила, развивается инфантилизм [41, 48, 49].

4. Часто болеющие дети тревожны, пессимистичны, беспокойны, не уверены в себе зависимы от чужого мнения (чаще всего – от мнения матери),

замкнуты, сдержанны, недоверчивы, отрицательные эмоции преобладают над положительными. [18, 19, 41]

5. Особенности межличностного взаимодействия и деятельности часто болеющего ребенка характеризуются ограниченностью круга общения, объективной зависимостью от взрослых (родителей, педагогов), стремлением получить от них помощь, а также поверхностным, формальным характером, 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. Часто болеющие дети малоактивны в общении со взрослыми. Контакты носят преимущественно реактивный характер. Потребность в общении со сверстниками также является низкой (часто болеющие дети проявляют значительно меньший интерес к сверстникам), их контакты малоэмоциональны и сводятся лишь к простым обращениям и указаниям – безусловно, нахождение в группе сверстников вызывает у них дискомфорт, они не желают быть в центре внимания, отказываются от позиции лидера. [10, 11, 18, 19]

6. У часто болеющих детей нет развернутого жизненного плана, т.е. нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее; основная направленность желаний болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страдания.

7. Происходят изменения в поведении часто болеющих детей: нередко оно становится «проблемным» для взрослых. [18, 19]

Итак, нами определены основные психологические особенности часто болеющих старших дошкольников: такие дети имеют затруднения в познавательном и деловом развитии, обладают неустойчивой самооценкой; у них изменена иерархия мотивов, снижается их побудительная сила, развивается инфантилизм; они тревожны, пессимистичны, беспокойны, не уверены в себе зависимы от чужого мнения (чаще всего – от мнения матери), замкнуты, сдержанны, недоверчивы, отрицательные эмоции преобладают над

положительными; круг их общения ограничен, они объективно зависимы от взрослых (родителей, педагогов), стремятся получить от них помощь, испытывают трудности в передаче собственных эмоциональных состояний и понимании эмоций других людей, малоактивны в общении со взрослыми и сверстниками, у них нет развернутого жизненного плана, т.е. нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее и др.

Все вышеперечисленные характеристики часто болеющих детей позволяют говорить об особой (дефицитарной) социальной ситуации развития таких детей.

1.2 Содержание психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих детей

В современной психолого-педагогической науке и практике последнее время большое значение уделяется психолого-педагогическому сопровождению участников образовательного процесса (детей, а также их родителей). «Сопровождать», согласно толковому словарю С.И. Ожегова – значит «следовать вместе с кем-нибудь, находясь рядом, ведя куда-нибудь или идя за кем-нибудь» [Ожегов]. Анализ целей и задач психолого-педагогического сопровождения показывает, что дети и их родители «следуют» по пути образовательного процесса вместе с педагогами и психологами. В психологии термин «сопровождение» раскрывается как комплексная технология социально-психологической помощи личности [Гусева].

В нашей стране практикуют две основные модели психологической работы с семьей: модель «поддержки» и модель «сопровождения». Их сопоставление привело Р.В. Овчарову к выводу о том, что они являются двумя сторонами одной и той же медали. Их цели определены едиными законами психического развития человека, а, следовательно, эти модели необходимо рассматривать как взаимосвязанные модели психологической службы. Их сходство состоит в конечном результате: обе модели ожидают полноценного психического развития и успешности воспитательно-образовательного процесса в учреждении и семье. Принципиальное различие скрыто в методах и средствах применения. Модель «поддержки» достигает цели за счет «работы со свершившимся неблагополучием», а модель «сопровождения» – за счет «создания условий, предотвращающих появление проблем» [Овчарова].

Анализ отечественных подходов к психолого-педагогическому сопровождению позволил выявить употребление терминов «сопровождение» (М.Р. Битянова, Е.И. Казакова, И.А. Кибак, Н.Л. Коновалова, Н.С. Пряжников, С.Н. Чистякова, Т.М. Чурекова и др.) и «поддержка» (А. Г. Асмолов, А. А.

Бодалев, В. К. Зарецкий, Т.А. Мерцалов, И. Ю. Шустова) в качестве обозначения системы деятельности психолога. В рамках гуманистического и личностно ориентированного подходов рассматриваются еще несколько моделей психолого-педагогического сопровождения.

В теории сопровождения Е.И. Казаковой утверждается, что носителем проблемы выступают как сам ребенок, так и его ближайшее окружение: педагоги, воспитатели, родители. Автор считает, что процесс сопровождения должен основываться на следующих принципах:

- рекомендательный характер консультаций;
- приоритет интересов сопровождаемого;
- непрерывность процесса сопровождения;
- мультидисциплинарный характер сопровождения;
- стремление к автономизации [Гусева].

М.Р. Битянова дает определение термину «сопровождение» как системе профессиональной деятельности психолога в образовательной среде, эта система направлена на формирование эмоционального благополучия ребенка, его успешное развитие и обучение [Васягина]. Психолого-педагогическое сопровождение определяется как целостная, системно организованная деятельность, в процессе которой создаются социально-психологические и педагогические условия для успешного обучения и развития каждого ребенка. Целью психолого-педагогического сопровождения ребенка является обеспечение нормального развития ребенка (в соответствии с нормой развития в соответствующем возрасте). [Овчарова Справочная книга]

Ряд авторов (Э. М. Александровская, Г. Л. Бардиер, Р. В. Овчарова, Т.Г. Яничева и др.) отмечает, что при успешно организованном психолого-педагогическом сопровождении ребенок легче входит в «зону ближайшего развития». В качестве оптимального содержания видов деятельности в представленных моделях используются просветительская работа, профилактика, диагностика, консультирование, коррекция, экспертиза.

Категория «психолого-педагогическое сопровождение», как показал анализ, обычно используется в отношении детей различных возрастов. Однако интерес представляет и психолого-педагогическое сопровождение родителей – в частности, родителей часто болеющих детей.

Проблема психолого-педагогического сопровождения родителей часто болеющих детей в рамках дошкольного учреждения затронута в монографии Т.Ю. Сидоркиной – в частности, при выявлении неэффективного родительского отношения описывается такой принцип работы с родителями, как принцип патогенетического подхода. Данный принцип предполагает включение механизмов перестройки отношения к больному ребенку со стороны родителей, коррекцию их неадекватных реакций и форм поведения, оказание помощи больному ребенку в разумном разрешении (или смягчении) психотравмирующей ситуации. Также упомянут такой принцип, как принцип взаимодействия с семьей как с системой, имеющей свою структуру и динамику, взаимовлияние элементов, который предполагает коррекционно-развивающую работу, направленную не только на ребенка, но и на его родителей, которым также необходимы изменения, чтобы тенденция системной семейной группы к сохранению собственного постоянства не подавила позитивных сдвигов в одном из ее компонентов [Сидоркина].

Основными задачами психолого-педагогического сопровождения родителей часто болеющих дошкольников будут являться следующие задачи:

1. Информирование родителей о психологических особенностях часто болеющих детей, об особенностях жизнедеятельности в ДООУ и пр.
2. Содействие родителям в осознании мотивов своего отношения к часто болеющему ребенку, собственных внутренних конфликтов и личностных качеств, формирование положительной установки родителей на преодоление болезни ребенка.
3. Оптимизация взаимоотношений родителей и детей младшего дошкольного возраста для снижения заболеваемости последних.

В работе с родителями могут быть использованы такие формы работы, как информационно-просветительская работа, включающая в себя групповые консультации, раскрывающие особенности часто болеющих детей; тренинговые занятия с родителями, направленные на эффективное родительское отношение через принятие своего ребенка таким, какой он есть; усвоение правил равноправного общения с ребенком; формирование безоценочного отношения к ребенку, понимание его внутреннего мира с учетом состояния его здоровья; получение опыта проживания актуальной ситуации адаптации с позиции родителя и ребенка; формирование положительной установки на преодоление болезни ребенка и т.д.

Работа воспитателя с родителями должна выстраиваться в соответствии с определенными этапами (рис. 1.2) [7, 14]:

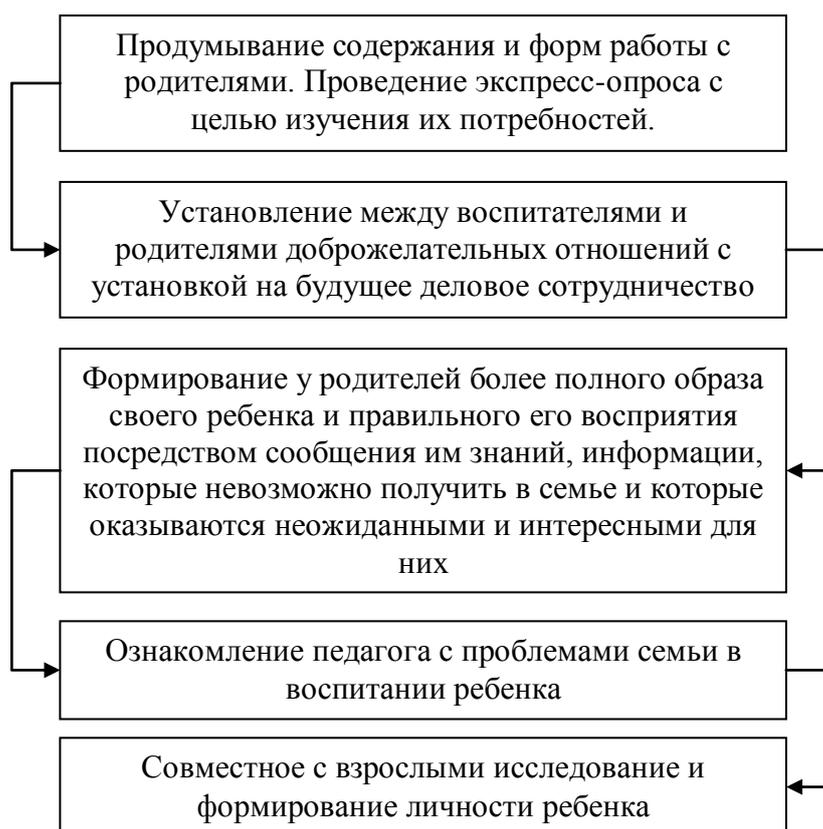


Рис. 1.2 Этапы взаимодействия воспитателя с родителями

Проанализируем также и формы работы дошкольного учреждения с семьей. Вообще под формой понимается устройство, структура чего-либо,

система организации чего-либо [14]. Формы работы могут быть различными: с одной стороны, коллективными (массовыми), индивидуальными и наглядно-информационными, а с другой – традиционными и нетрадиционными. Охарактеризуем кратко каждый вид:

1. Коллективные (массовые) формы работы дошкольного учреждения с семьей заключаются в работе со всем или большим составом родителей группы – это, как правило, совместные мероприятия воспитателей и родителей.

2. Индивидуальные формы имеют целью дифференцированную работу с родителями воспитанников.

3. Наглядно-информационные формы выполняют функцию опосредованного общения между воспитателями и родителями.

4. Традиционные формы работы – это наиболее устойчивые формы работы, проверенные временем, педагогической практикой, описанной в методических источниках и пр. К примеру, это психолого-педагогическое просвещение родителей.

5. Нетрадиционные формы работы имеют целью установление неформальных контактов с родителями, привлечение их внимания к дошкольному учреждению. Примеры нетрадиционных форм взаимодействия с родителями многообразны: это и тренинги, и педагогическая гостиная, педагогическая библиотека, и выставки работ родителей и детей, информационные проспекты для родителей, дни открытых дверей и пр. (Т.В. Кротова)

Таким образом, взаимодействие педагогов и родителей – это их педагогическое партнерство, направленное на выработку и реализацию единых подходов воспитания и образования дошкольника, основанных на принципах целостности, добровольности, ответственности партнеров друг перед другом, равновыгодности.

В связи с вышесказанным необходимость приобретает психолого-педагогическая работа с родителями часто болеющего ребенка в условиях

дошкольного учреждения – субъектом такой работы может быть воспитатель, педагог-психолог, медицинский работник и др. представитель детского сада (в зависимости от направления работы). Дело в том, что соматическое заболевание ребенка детерминирует возникновение определенных типов родительского отношения (как правило, не эффективных). Большинство родителей часто болеющих детей реализуют стиль семейного воспитания по типу гиперопеки, а родительское (в частности материнское) отношение к часто болеющему ребенку, характеризуется как «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации», отмечается наличие симбиотической связи матери и ребенка, отношение к нему как к «маленькому неудачнику». Симбиоз как тип родительского отношения характеризуется тем, что родитель, ощущая себя с ребенком единым целым, воспринимает его как лично и социально несостоятельного, стремится контролировать всю его жизнь. Симбиоз, гиперсоциализация проявляются в тревожности родителей за ребенка и усилении контроля над его поведением. Родители не принимают ребенка таким, какой он есть (безусловно); не верят в его способность быть самостоятельным, инициативным, ответственным; проявляют чрезмерную тревогу за ребенка и чрезмерную заботу о нем и т.д. [18, 19, Дуб, Михеева, 48, 49]

Таким образом, в семьях часто болеющих детей нередко сформирован особый тип родительского отношения. Варга А.Я. определяет родительское отношение как систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков [Варга, Лю]. Анализ литературы позволяет заключить, что автор выделяет три элемента в структуре родительского отношения (рис. 1.3):

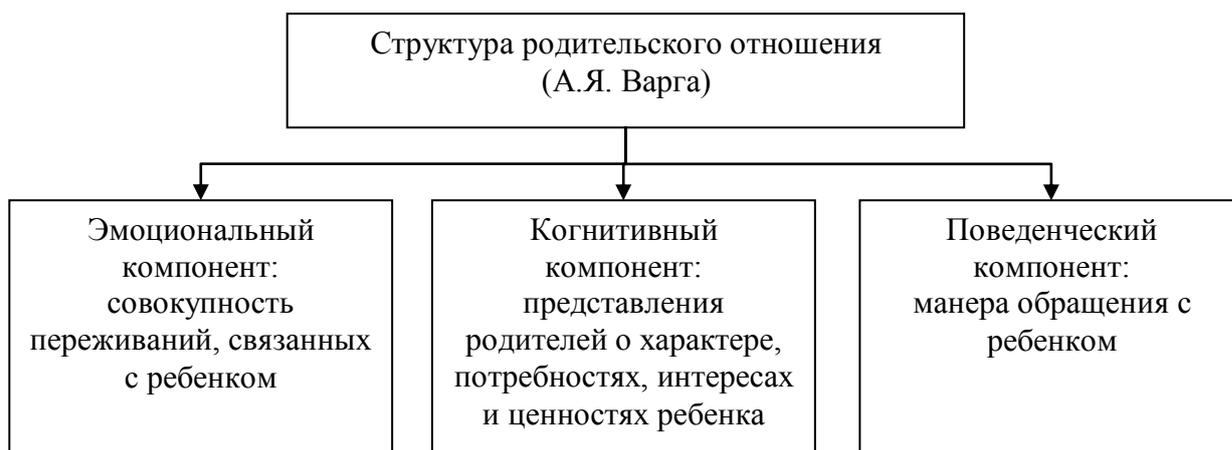


Рис. 1.3 Структура родительского отношения по А.Я. Варга

Экспериментальное исследование родительского отношения, проведенное А.Я. Варга, показало, что эти три теоретических компонента родительского отношения взаимосвязаны. Полученные результаты позволили исследовательнице выделить три структурные единицы в родительском отношении [Варга]:

- 1 – интегративное принятие или отвержение ребенка (самый мощный фактор);
- 2 – межличностная дистанция (степень близости);
- 3 – форма и направление контроля за поведением ребенка.

Каждый из этих трех факторов содержит в себе все три теоретические составляющие родительского отношения, но содержание факторов позволяет предположить, что эмоциональный компонент является все же ведущим, приоритетным, основополагающим, а когнитивный и поведенческий компоненты родительского отношения как бы вторичны, дополнительные.

Структура родительского отношения к часто болеющему ребенку характеризуется нарушениями всех трех компонентов:

1. Эмоциональный компонент родительского отношения: у родителей появляются фобии, повышенная тревожность, неразвитость родительских чувств;

2. Когнитивный компонент родительского отношения: у родителей появляются нарушенное представление о состоянии здоровья ребенка, необъективное количество и качество требований к ребенку в семье;

3. Поведенческий компонент родительского отношения: у родителей отмечается высокий уровень протекции, неустойчивость родительской позиции, нарушения системы взаимоотношений в семье, низкая степень удовлетворения потребностей ребенка [Литвинова].

Причиной построения неэффективного (нарушенного) отношения родителей к часто болеющему ребенку является незнание психологических особенностей возраста, содержания, форм, методов воспитания ребенка [Дубовик], что позволяет сформулировать задачи психолого-педагогической работы с часто болеющим ребенком:

1. Оптимизация родительского отношения в семье часто болеющего ребенка;

2. Повышение психолого-педагогической грамотности родителей часто болеющих детей в области психологических особенностей возраста, содержания, форм, методов воспитания ребенка.

Наше предположение подтверждается мнением Л.В. Доманецкой, которая полагает, что психолого-педагогическая работа должна быть направлена на развитие общения ребенка с родителями (в т.ч. форм общения, а также таких компонентов общения, как активность и эмоциональное благополучие) через установление эффективных (оптимальных) взаимоотношений между родителями и детьми. При этом предполагается, что оптимизация родительского отношения к часто болеющим детям позволит преодолеть трудности, возникающие в процессе их общения с родителями, а также улучшит соматический статус детей. [18, 19]

Наряду с этим малоизученным остается вопрос оказания психологической помощи семье, воспитывающей ребенка с нарушенным соматическим

статусом: эффективных технологий групповой коррекции общения часто болеющих детей с родителями крайне мало.

Решение данных задач возможно через использование различных форм взаимодействия семьи и детского сада, описанных нами ранее: тренинги, консультации, родительские собрания, разработка и презентация памяток, рекомендаций и пр.

Итак, нами выявлены особенности родительского отношения в семьях часто болеющих дошкольников, с одной стороны (большинство родителей часто болеющих детей реализуют стиль семейного воспитания по типу гиперопеки, а родительское (в частности материнское) отношение к часто болеющему ребенку, характеризуется как «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации», отмечается наличие симбиотической связи матери и ребенка, отношение к нему как к «маленькому неудачнику» - это неэффективные типы родительского отношения, лишь усугубляющие процесс развития часто болеющего ребенка), важность и значение психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих детей, с другой стороны (обусловленные определяющим значением семьи в развитии ребенка дошкольного возраста).

Анализ позволил определить цель психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих детей: оптимизация родительского отношения в семье часто болеющего ребенка. Достижение данной цели возможно через использование различных форм взаимодействия семьи и детского сада, описанных нами ранее: тренинги, консультации, родительские собрания, разработка и презентация памяток, рекомендаций и пр.

Выводы по Главе 1

В рамках первой главы нами определены основные психологические особенности часто болеющих старших дошкольников: такие дети имеют затруднения в познавательном и деловом развитии, обладают неустойчивой самооценкой; у них изменена иерархия мотивов, снижается их побудительная сила, развивается инфантилизм; они тревожны, пессимистичны, беспокойны, не уверены в себе зависимы от чужого мнения (чаще всего – от мнения матери), замкнуты, сдержанны, недоверчивы, отрицательные эмоции преобладают над положительными; круг их общения ограничен, они объективно зависимы от взрослых (родителей, педагогов), стремятся получить от них помощь, испытывают трудности в передаче собственных эмоциональных состояний и понимании эмоций других людей, малоактивны в общении со взрослыми и сверстниками, у них нет развернутого жизненного плана, т.е. нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее и др.

Все вышеперечисленные характеристики часто болеющих детей позволяют говорить об особой (дефицитарной) социальной ситуации развития таких детей.

Также нами выявлены особенности родительского отношения в семьях часто болеющих дошкольников, с одной стороны (большинство родителей часто болеющих детей реализуют стиль семейного воспитания по типу гиперопеки, а родительское (в частности материнское) отношение к часто болеющему ребенку, характеризуется как «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации», отмечается наличие симбиотической связи матери и ребенка, отношение к нему как к «маленькому неудачнику» - это неэффективные типы родительского отношения, лишь усугубляющие процесс развития часто болеющего ребенка), важность и значение психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих

детей, с другой стороны (обусловленные определяющим значением семьи в развитии ребенка дошкольного возраста).

Анализ позволил определить цель психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих детей: оптимизация родительского отношения в семье часто болеющего ребенка. Достижение данной цели возможно через использование различных форм взаимодействия семьи и детского сада, описанных нами ранее: тренинги, консультации, родительские собрания, разработка и презентация памяток, рекомендаций и пр.

Нами сформулировано предположение о том, что социальная ситуация развития часто болеющего ребенка оказывает влияние на особенности детско-родительских отношений и, как следствие, на особенности его психоэмоционального состояния, которое будет проверено в рамках практического исследования.

Глава 2. ОРГАНИЗАЦИЯ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СОПРОВОЖДЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ В УСЛОВИЯХ ДЕТСКОГО САДА

2.1 Определение особенностей детско-родительских отношений в семье часто болеющего дошкольника, его эмоционального состояния

В рамках второй главы мы проверим сформулированную нами гипотезу о том, что психолого-педагогическое сопровождение родителей часто болеющих дошкольников предполагает изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях, эмоциональных состояний детей, а также разработку и реализацию специальной программы психолого-педагогического сопровождения.

Предметом диагностического исследования являются две категории:

1. Детско-родительские отношения в семье часто болеющего ребенка дошкольного возраста (в частности, тип родительского отношения);
2. Психоэмоциональное состояние часто болеющего ребенка дошкольного возраста (в частности, уровень его тревожности).

Базой исследования выступило муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 273» (сокращенное наименование: МБДОУ № 273). В исследовании участвовало 5 детей старшего дошкольного возраста (подготовительная группа) и их родителей (10 человек).

Исследование состояло из трех этапов:

1. Подготовительный этап: составление диагностического аппарата исследования, создание условий для проведения диагностического обследования (ознакомление с методиками, оформление бланком, оформление места проведения диагностики и пр.);

2. Констатирующий этап: собственное проведение диагностического обследования детско-родительских отношений в семье часто болеющего дошкольника, его эмоционального состояния;

3. Формирующий этап: разработка и реализация программы психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста в условиях детского сада;

4. Контрольный этап: повторное проведение диагностического обследования детско-родительских отношений в семье часто болеющего дошкольника, его эмоционального состояния.

Диагностический аппарат данного исследования состоит из следующих методик:

1. Методика диагностики родительского отношения (ОРО) А. Я. Варга, В.В. Столин;

2. Методика измерения психологической дистанции;

3. Тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен. Методика «Выбери нужное лицо»;

4. Наблюдение.

Охарактеризуем методики исследования:

1. Методика диагностики родительского отношения (ОРО) А.Я. Варга, В.В. Столин:

Цель методики: определение педагогических социальных установок по отношению к ребенку, включающая в себя рациональный, эмоциональный и поведенческий компоненты (т.е. определение родительского отношения).

Методика включает в себя 61 вопрос, которые оценивают родительское отношение по 5 шкалам:

1. «Принятие – отвержение ребенка»: выражение общего эмоционально положительного (принятия) или эмоционально отрицательного (отвержения) отношения к ребенку.

2. «Кооперация»: выражение стремления взрослых к сотрудничеству с ребенком, проявления с их стороны искренней заинтересованности и участие в его делах.

3. «Симбиоз»: выявление направления стремлений родителя: к единению с ребенком или, напротив, сохранения между ребенком и собой психологической дистанции, определение своеобразной контактности ребенка и взрослого человека.

4. «Контроль»: выражение степени контроля взрослыми поведения ребенка, степени их демократичности или авторитарности в отношениях с ним.

5. «Отношение к неудачам ребенка»: выражение отношения родителей к способностям ребенка, к его достоинствам и недостаткам, успехам и неудачам.

Родители оценивают предложенные им вопросы с точки зрения согласия или несогласия; результаты оцениваются по ключу (таб. 2.1):

Таблица 2.1

Ключ к методике диагностики родительского отношения («да – 1 балл», «нет» - 0 баллов)

№	Шкала	Ключ
1	«Принятие – отвержение ребенка»	3, 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 24, 26, 27, 29, 37, 38, 39, 40, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 49, 52, 53, 55, 56, 60
2	«Кооперация»	6, 9, 21, 25, 31, 34, 35, 36
3	«Симбиоз»	1, 5, 7, 28, 32, 41, 58
4	«Контроль»	2, 19, 30, 48, 50, 57, 59
5	«Отношение к неудачам ребенка»	9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61

Баллы подсчитываются, делается вывод об особенностях родительского отношения (таб. 2.2):

Таблица 2.2

Интерпретация результатов диагностики родительского отношения

№	Шкала	Высокие баллы	Низкие баллы
1	«Принятие – отвержение ребенка»	24 -33 балла: выраженное положительное отношение к ребенку.	0-8 баллов: отрицательные чувства: раздражение, злость, досаду, даже иногда ненависть, по отношению к ребенку

2	«Кооперация»	7-8 баллов: проявление искреннего интереса к тому, что интересует ребенка, высокая оценка способностей ребенка, поощрение самостоятельности и инициативы ребенка, стремление быть с ним на равных	1-2 балла: обратное отношение
3	«Симбиоз»	6-7 баллов: отсутствие психологической дистанции между родителем и ребенком, стремление всегда быть ближе к нему, удовлетворение его основных разумных потребностей, ограждение от неприятностей.	1-2 балла: установление значительной психологической дистанции между родителем и ребенком, малая забота о нем.
4	«Контроль»	6-7 баллов: слишком авторитарное поведение родителя по отношению к ребенку, требование от него безоговорочного послушания и задавание ему строгих дисциплинарных рамок.	1-2 балла: практически полное отсутствие контроля взрослого за действиями ребенка
5	«Отношение к неудачам ребенка»	7-8 баллов: восприятие ребенка родителем как маленького неудачника и отношение к нему как к несмышленому существу	1-2 балла: восприятие неудач ребенка как случайных, вера в него

2. Методика измерения психологической дистанции (автор методики – Е.И. Медведская):

Цель методики – определение степени близости (отдаленности) субъекта по отношению к членам большой семьи на основании измерения длины психологической дистанции и выявления вида взаимоотношений между испытуемым и членами семьи.

Родителям предлагается игровое поле 7 на 7 клеточек и фигуры, изображающие членов семьи. Задача: расставить фигуры на любых клеточках по отношению к своей фигуре, которая расположена в центре поля. Мы диагностировали связь с ребенком – возможны три варианта таких взаимоотношений (рис. 2.1):

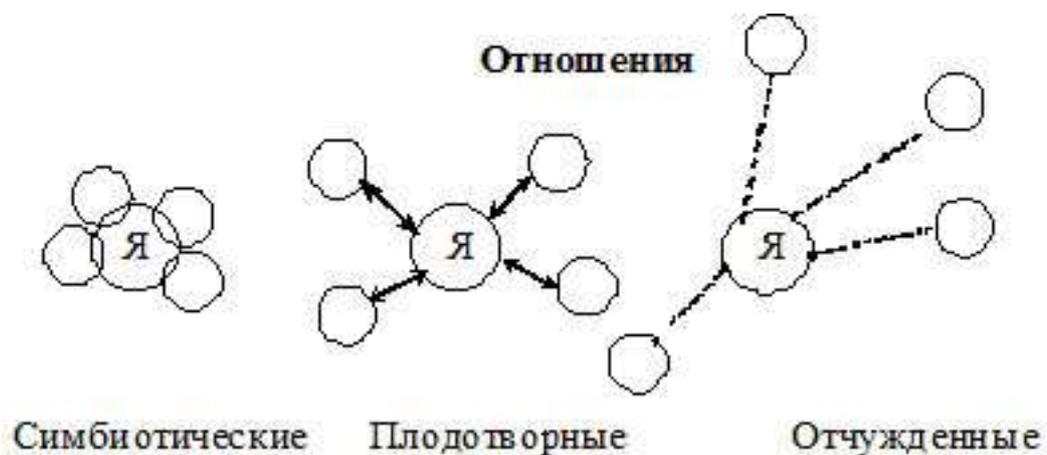


Рис. 2.1 Виды психологической дистанции между членами семьи

Опишем виды таких отношений:

- симбиотические отношения характеризуются сильным сжатым, уплотненным психологическим пространством, что исключает возможность каких бы то ни было внутренних изменений в нем и делает его статичным, неподвижным;
- отчужденные отношения характеризуются слишком большими расстояниями, отсутствием ощущения связи с другими людьми, созданием различных барьеров для взаимовлияния, что замыкает «Я» на самом себе, и, естественно;
- плодотворные отношения базируются на оптимальной длине психологической дистанции.

На игровом поле такие типы отношений отмечаются в таких границах (рис. 2.2):

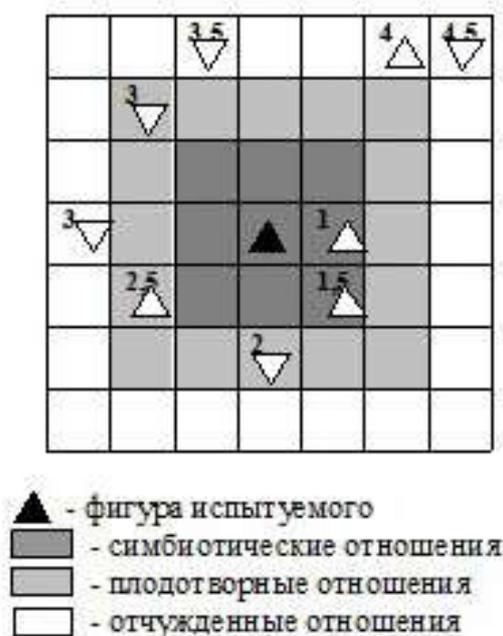


Рис. 2.2 Интерпретация измерения психологической дистанции

3.. Тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен. Методика «Выбери нужное лицо»:

Цель методики – выявление тревожности ребенка по отношению к ряду типичных для него жизненных ситуаций взаимодействия с другими людьми, где соответствующее качество личности проявляется в наибольшей степени.

Методика представляет собой серию картинок, каждая из которых представляет некоторую типичную для дошкольника жизненную ситуацию. Каждая картинка выполнена в двух вариантах – для мальчиков и девочек. В процессе исследования рисунки предъявляются ребенку в строгой последовательности, один за другим. Показав ребенку рисунок, тестирующий к каждому из них дает инструкцию-разъяснение следующего содержания.

На основании данных протокола вычисляется индекс тревожности ребенка (ИТ), который равен процентному отношению числа эмоционально негативных выборов (печальное лицо) к общему числу рисунков:

$$\text{ИТ} = (\text{число эмоциональных негативных выборов} / 14) * 100\%$$

В зависимости от уровня индекса тревожности дети подразделяются на 3 группы:

- высокий уровень тревожности (ИТ выше 50%);
- средний уровень тревожности (ИТ от 20 до 50%);
- низкий уровень тревожности (ИТ от 0 до 20%).

4. Наблюдение:

Цель методики – выявление уровня детской тревожности.

Наблюдение осуществляется в течение 2-3 дней наблюдает за ребенком в различных видах деятельности (игре, на занятиях, новой обстановке и т.д.), результаты заносятся в специальный лист наблюдений (Приложение 1). В течение дня отмечается наличие или отсутствие данного признака в поведении ребенка положительным или отрицательным знаком.

Каждый отдельно взятый признак не является свидетельством выраженной тревожности. Необходимо суммировать количество наблюдаемых признаков и сделать вывод исходя из следующей интерпретации:

- 6 - 7 признаков: высокая тревожность,
- 3 - 5 признаков: тревожность среднего уровня,
- 1 - 2 признака: низкая тревожность.

Нами проведено исследование особенностей детско-родительских отношений в семье часто болеющего дошкольника, его эмоционального состояния:

1. Методика диагностики родительского отношения (ОРО) А. Я. Варга, В.В. Столин – результаты диагностики родительского отношения родителей часто болеющих дошкольников отражены в таблице 2.3:

Таблица 2.3

Типы родительского отношения родителей часто болеющих дошкольников

№	Член семьи	«Принятие – отвержение ребенка»	«Кооперация»	«Симбиоз»	«Контроль»	«Отношение к неудачам ребенка»	Выводы
1	Мать	25	6	8	7	7	Положительное отношение к ребенку, симбиотические отношения, стремление к контролю, восприятие ребенка как маленького неудачника
	Отец	19	4	5	3	4	Ровное, адекватное отношение к ребенку
2	Мать	17	5	4	6	4	Стремление к контролю
	Отец	15	4	5	4	4	Ровное, адекватное отношение к ребенку
3	Мать	23	6	6	5	5	Симбиотические отношения с ребенком
	Отец	16	3	3	4	5	Ровное, адекватное отношение к ребенку
4	Мать	21	8	5	5	5	проявление искреннего интереса к тому, что интересует ребенка, высокая оценка способностей
	Отец	17	4	7	5	5	Симбиотические отношения с ребенком

5	Мать	14	2	7	7	5	Непринятие во внимание интересов ребенка, симбиотические отношения
	Отец	14	2	7	6	3	Не принятие во внимание интересов ребенка, симбиотические отношения, повышенный контроль

Из таб. 2.3 мы видим, что:

- 10 % родителей имеют явное выраженное положительное отношение к ребенку;
- 10 % родителей проявляют явный и искренний интерес к тому, что интересует ребенка, дают высокую оценку способностей ребенка, поощряют самостоятельность и инициативу ребенка, стремятся быть с ним на равных;
- 20 % родителей имеют обратное отношение: не принимают интересы ребенка во внимание, не стремятся выстраивать равные отношения;
- 50 % родителей выстроили симбиотические отношения с ребенком;
- 40 % родителей стараются во всем контролировать своих детей;
- 10 % родителей воспринимают ребенка как маленького неудачника, имеют отношение к нему как к несмышленому существу.

Таким образом, преобладает тенденция построения симбиотических отношений родителей часто болеющих детей: взрослые стремятся к единению с ребенком, а также тенденция повсеместного контролирования взрослыми своих детей.

2. Методика измерения психологической дистанции – результаты диагностики родительского отношения родителей часто болеющих дошкольников отражены в таблице 2.4, рис. 2.3:

Определение психологической дистанции в семьях часто болеющих
дошкольников

№	Член семьи	Психологическая дистанция
1	мать	Симбиотические
	отец	Плодотворные
2	мать	Симбиотические
	отец	Плодотворные
3	мать	Симбиотические
	отец	Плодотворные
4	мать	Плодотворные
	отец	Симбиотические
	мать	Симбиотические
	отец	Симбиотические

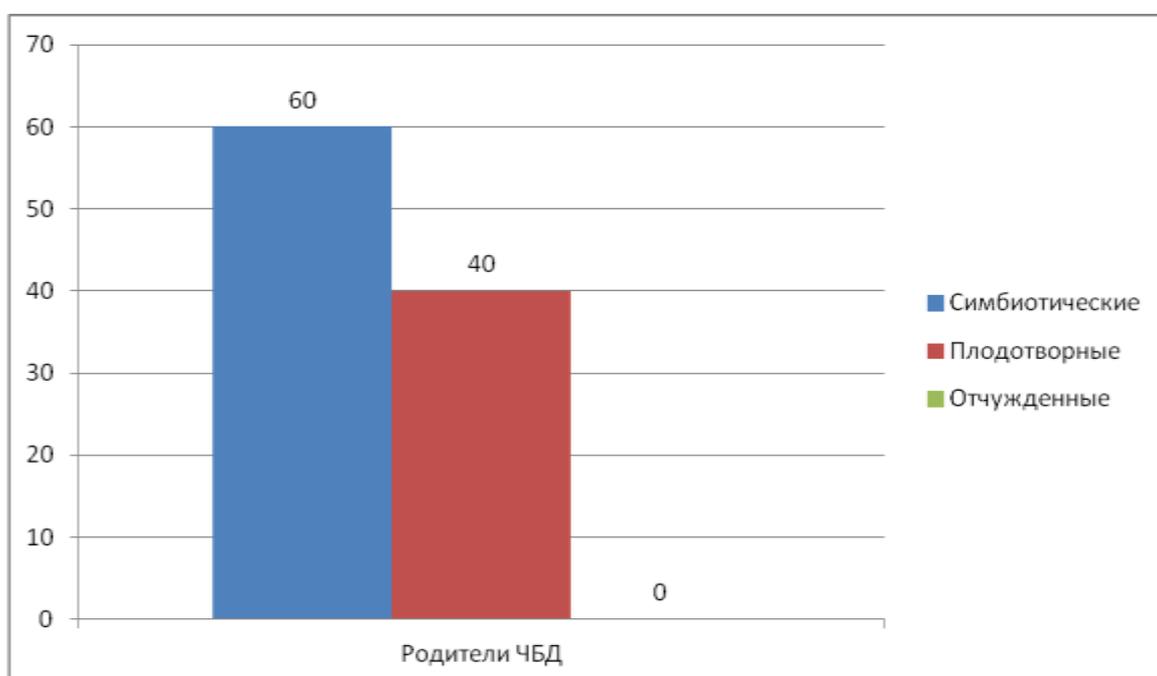


Рис. 2.3 Определение психологической дистанции в семьях часто болеющих дошкольников (в %)

Вывод: Родители часто болеющих детей нередко выбирают симбиотические отношения как показатель психологической дистанции в детско-родительских отношениях.

3. Тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен. Методика «Выбери нужное лицо» – результаты диагностики уровня тревожности часто болеющих дошкольников отражены в таблице 2.5, рис. 2.4:

Таблица 2.5

Уровни тревожности детей старшего дошкольного возраста
(методика «Выбери нужное лицо»)

№ ребенка	Количество негативных выборов	Индекс тревожности	Уровень тревожности
1	7	50 %	Высокий
2	4	29 %	Средний
3	6	43 %	Средний
4	2	14 %	Низкий
5	8	57 %	Высокий

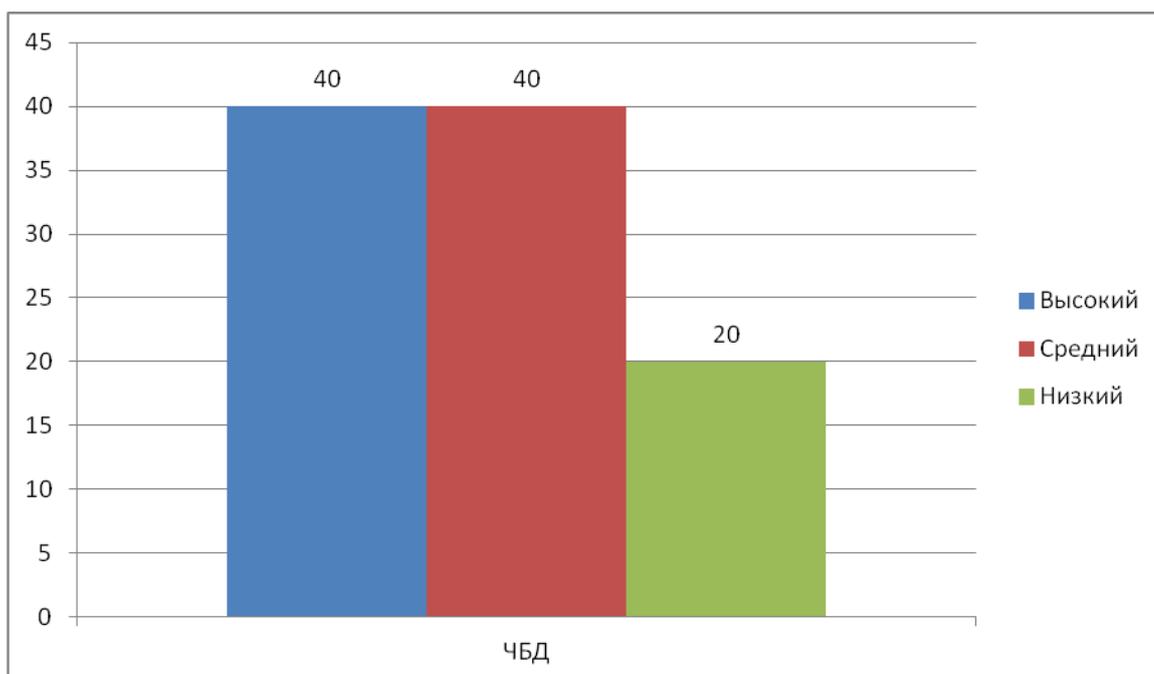


Рис. 2.4 Уровни тревожности детей старшего дошкольного возраста (методика «Выбери нужное лицо»)

Из таблицы 2.5, рисунка 2.4 мы видим, что 40 % детей старшего дошкольного возраста (2 ребенка) имеют высокий уровень тревожности, 40 % детей старшего дошкольного возраста (2 ребенка) имеют средний уровень

тревожности, 20 % детей старшего дошкольного возраста из полных семей (1 ребенок) имеют низкий уровень тревожности.

4. Наблюдение – результаты наблюдения и определения уровня тревожности часто болеющих дошкольников отражены в таблице 2.6, рис. 2.5:

Таблица 2.6

Уровни тревожности детей старшего дошкольного возраста
(методика «Выбери нужное лицо»)

№ ребенка	Количество признаков	Уровень тревожности
1	6	Высокий
2	4	Средний
3	4	Средний
4	2	Низкий
5	7	Высокий

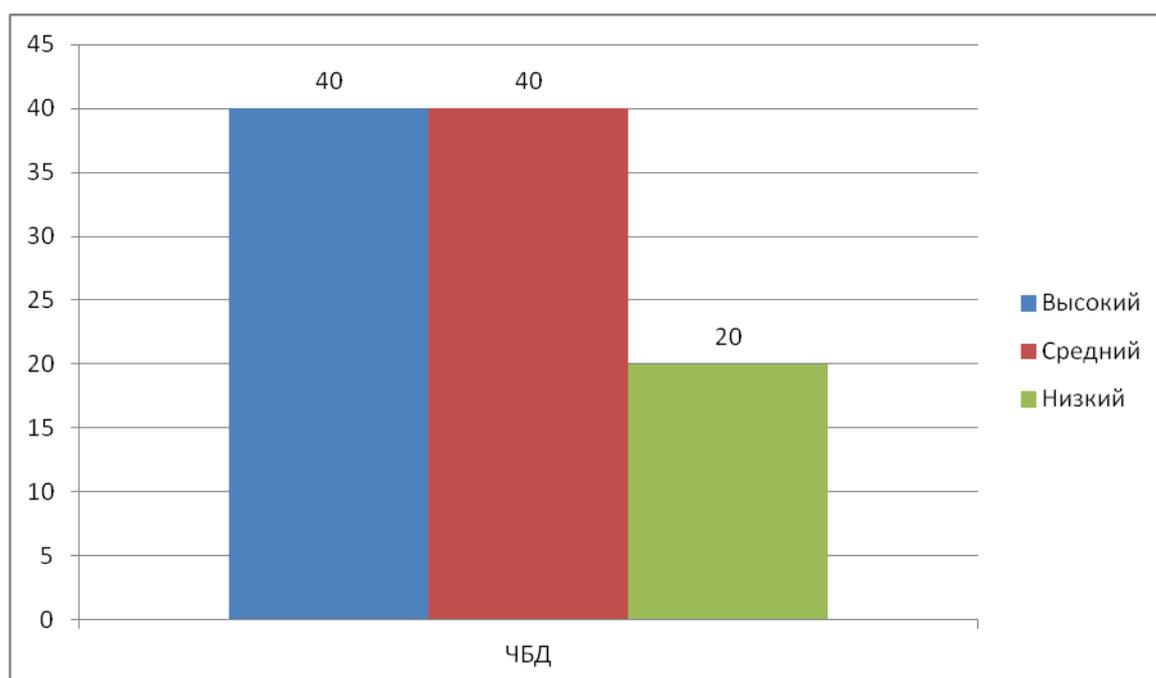


Рис. 2.5 Уровни тревожности детей старшего дошкольного возраста (наблюдение)

Из таблицы 2.6, рисунка 2.5 мы видим, что 40 % детей старшего дошкольного возраста (2 ребенка) имеют высокий уровень тревожности, 40 % детей старшего дошкольного возраста (2 ребенка) имеют средний уровень

тревожности, 20 % детей старшего дошкольного возраста из полных семей (1 ребенок) имеют низкий уровень тревожности.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Родительское отношение родителей часто болеющих дошкольников характеризуется стремлением к симбиотическим отношениям, к контролю за всеми видами активности детей;
2. Часто болеющие дошкольники имеют преимущественно высокий и средний уровень тревожности.

2.2 Разработка и реализация программы психолого-педагогического сопровождения родителей часто болеющих дошкольников

Результаты констатирующего этапа исследования позволили сформулировать основные задачи формирующей работы:

1. Коррекция родительского отношения (в частности, преодоление симбиотических отношений, снижение уровня контроля за детьми и пр.);
2. Повышение психолого-педагогической грамотности родителей часто болеющих старших дошкольников по воспитанию тревожных детей.

Нами была разработана и реализована программа психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих дошкольников (далее - Программа). В программе приняли участие 10 родителей часто болеющих дошкольников (5 матерей и 5 отцов); в рамках ее реализации мы старались оказать психолого-педагогическое воздействие на родителей часто болеющих дошкольников, актуализировать для них проблему влияния внутрисемейных отношений на психоэмоциональное развитие детей, психологически просвещать их по вопросам адаптации и преодоления психологических проблем часто болеющих дошкольников, по снижению тревожности детей и т.д.

Поэтому мы выделили в работе с родителями три основных блока:

1. Коррекция родительского отношения;
2. Психолого-педагогическое просвещение родителей по проблеме воспитания часто болеющих дошкольников;
3. Психолого-педагогическое просвещение родителей по профилактике и коррекции тревожности дошкольников.

Данные блоки можно определить как задачи Программы, а основной целью Программы мы считаем повышение психологического благополучия в жизнедеятельности часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста, которое является возможным через упомянутые нами оптимизацию детско-

родительских отношений, повышение психолого-педагогической грамотности родителей и пр.

Отразим структуру Программы в таблице 2.7:

Таблица 2.7

№ блока	Блок	Мероприятия
1	Коррекция родительского отношения	1. Социально-психологический тренинг: 4 тренинговых занятий; 2. Совместная детско-родительская деятельность: Конкурс рисунков – «Мама, папа, я – дружная семья»
2	Психолого-педагогическое просвещение родителей по проблеме воспитания часто болеющих дошкольников	1. Родительское собрание «Почему мой ребенок часто болеет?»; 2. Индивидуальные консультации с родителями часто болеющих детей
3	Психолого-педагогическое просвещение родителей по профилактике и коррекции тревожности дошкольников	1. Групповая консультация: «Тревожность детей: что это такое и каковы ее причины»; 2. Круглый стол «Как преодолеть тревожность ребенка?»?

Опишем более подробно мероприятия 1 блока:

Структура социально-психологического тренинга по коррекции родительского отношения родителей часто болеющих дошкольников создана при опоре на методику работы с родителями «Родительский семинар», предложенную А.С. Спиваковской [Спиваковская]. Нами была поставлена общая задача: изменение сферы сознания и самосознания родителей и реальных форм взаимодействия в семье. На тренинговых занятиях мы совершенствовали восприятие супругами друг друга, меняли представление о своем ребенке, расширяли палитру педагогических приемов воздействия на ребенка и т.д. В рамках тренинговых занятий у родителей была возможность обсудить и обдумать свои семейные отношения, обменяться опытом, самостоятельно в ходе группового обсуждения выработать пути разрешения семейных конфликтов.

Структура социально-психологического тренинга по коррекции родительского отношения родителей часто болеющих дошкольников

представлена в таблице 2.8 (при разработке занятий нами использована структура, предложенная Т.В. Азаровой):

Таблица 2.8

Структура социально-психологического тренинга по коррекции родительского отношения родителей

Занятие	Цели занятия	Структура занятия
Занятие 1 (установочное)	<ul style="list-style-type: none"> - создание правильной установки на коррекцию, - активизация родителей на самостоятельную психологическую работу, - построение доверительного эмоционально насыщенного контакта внутри группы, - повышение веры в возможность достижения позитивного результата 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие, сообщение цели занятий, принятие правил группы; 2. Знакомство, разминка «Самопрезентация»; 3. Основное содержание занятия: <ul style="list-style-type: none"> - беседа о важности понимания себя самого и понимания своего ребенка; - теоретическая часть «Причины разной организации восприятия окружающего мира ребенка и взрослого»; - Упражнение «Погружение в детство»; - Упражнение «Билль о правах» 4. Рефлексия занятия; 5. Завершение занятия.

Занятие 2	<ul style="list-style-type: none"> - актуализация ситуации, связанной с болезнью ребенка; - осознание и проработка эмоциональных переживаний по поводу ребенка и его частой заболеваемости; - осознание эмоциональных переживаний ребенка, его интересов и возможностей 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие; 2. Разминка; 3. Основное содержание занятия: <ul style="list-style-type: none"> - групповая беседа «Что меня радует и что огорчает в моем ребенке»; - Упражнение «Клубок проблем»; - Упражнение «Памятник чувству»; - Упражнение «Родительские установки»; 4. Рефлексия занятия; 5. Завершение занятия.
Занятие 3	<ul style="list-style-type: none"> - актуализация личностных проблем, взаимоотношений с ребенком, - осознание мотивов воспитания, - анализ семейных взаимоотношений и эмоциональных переживаний по этому поводу 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие; 2. Разминка; 3. Основное содержание занятия: <ul style="list-style-type: none"> - Упражнение «Заблуждающиеся родители»; - Упражнение «Анализ проблемных ситуаций»; - Упражнение «Принятие чувств»; - Упражнение «Должен или хочу?»; 4. Рефлексия занятия; 5. Завершение занятия.
Занятие 4	<ul style="list-style-type: none"> - проработка симбиотических связей, выработка и закрепление навыков конструктивного взаимодействия с ребенком 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Приветствие; 2. Разминка; 3. Основное содержание занятия: <ul style="list-style-type: none"> - Упражнение «Поиграем в «гармоничных» родителей»; - Упражнение «Анализ проблемных ситуаций»; - Упражнение «Семейные заповеди»; 4. Рефлексия занятия; 5. Завершение занятия.

После проведения тренинговых занятий нами была организована совместная детско-родительская деятельность – проведен конкурс рисунков – «Мама, папа, я – дружная семья»: в конкурсе поучаствовало 5 семей с часто болеющими дошкольниками, которым было предложено пройти три этапа, по результатам которых была выбрана самая сплоченная семья (при определений целей и правил конкурса нами был сделан акцент не на сложности и художественности изображаемых картин, а на сплоченности и эффективности взаимодействия родителей и детей при их создании):

– 1 этап: командам предлагается нарисовать герб своей семьи и составить небольшое его описание, что он символизирует, придумать и написать жизненный девиз (рисование должно быть совместным, так как это заставляет сконцентрироваться на главном и общем, что ценят в жизни дети и родители, чем дорожат);

– 2 этап: командам необходимо вспомнить яркое семейное воспоминание (поход в зоопарк, выезд на природу и т.д.) и нарисовать его карандашами за установленное время (в рисовании должны принять участие все члены команды: и взрослые, и дети);

– 3 этап: игра «Художники-натуралисты»: родителям и детям необходимо на большом листе (ватмане) жидкими красками рисовать картину «Моя семья», но не кисточками, а пальцами, кулачками, ладошками, локтями, ногами, щечками, носиком.

2 блок:

В целях психолого-педагогического просвещения родителей по проблеме воспитания часто болеющих дошкольников было проведено родительское собрание «Почему мой ребенок часто болеет?». Обсуждались такие вопросы, как:

1. «Частая заболеваемость дошкольника как следствие вторичного иммунодефицита»;

2. «Типичное поведение и восприятие часто болеющего ребенка родителями»;

3. «Рекомендации родителям часто болеющих детей».

Родители в рамках данного собрания не только повысили свою психолого-педагогическую грамотность, но и смогли обменяться собственными мнениями, собственными проблемами по поводу воспитания часто болеющего ребенка.

Также родителями было предложено индивидуальные консультации. Нами разработана схема консультации с родителем часто болеющего

дошкольника: т.е. тема консультации – «Как воспитывать часто болеющего дошкольника?». Задачи консультирования сформулированы следующим образом:

- актуализация проблемы частой заболеваемости ребенка для родителя;
- получение родителем психолого-педагогических знаний о часто болеющем ребенке: признаки, особенности отношения к нему и пр., а также медико-педагогических знаний о часто болеющем ребенке, возможностях профилактики частой заболеваемости и пр.;
- содействие коррекции родительского отношения к часто болеющему ребенку и пр.

Для психологической консультации нами выбрана консультационная модель психологического консультирования, которая имеет следующие характерные особенности:

- носит характер информативности, когда клиент нуждается в получении определенной информации;
- не требует исследования и проработки глубинных, подсознательных слоев личности, хотя может затрагивать систему мотивации и установок личности клиента, в т.ч. и не вполне им осознаваемых;
- от клиента требуется некоторый уровень способности к осознанию; целью является принятие конкретного решения по конкретному вопросу, с которым обратился к консультанту клиент;
- короткий временной промежуток консультирования.

Схема (план) консультирования будет таким:

1. Установление взаимоотношений доверия между консультантом и клиентом (можно использовать прием «отзеркаливание»);
2. Формулировка и проработка консультантом проблемы, с которой обратился клиент (тревожность дошкольника), оценивание того, насколько

адекватен запрос клиента той модели, которую собирается применить консультант;

3. Заключение динамического контракта между консультантом и клиентом;

4. Обсуждение и анализ проблемы на основе беседы, сбора данных, изучения истории клиента (обсуждение признаков тревожности у ребенка, получение информации о ребенке, семье и пр.) – используются техники рефлексивного слушания: постановка вопросов, выяснение, перефразирование, уточнение, отражение и выяснение чувств, обобщение и др.;

5. Консультирование клиента (психолог консультирует родителя о том, что такое тревожность, каковы ее признаки и причины, и то, как можно в условиях семейного воспитания корректировать данное психоэмоциональное нарушение);

6. Постановка целей: совместная с клиентом разработка плана действий, основанного на полученных в ходе беседы и информирования клиента сведениях – используются техники воздействия (самораскрытие, конфронтация, директивы);

7. Совместное с клиентом обсуждение действий, необходимых для выполнения намеченного плана, подведение итогов консультативной встречи – используются обобщение, резюмирование и др.

Выбранные техники и приемы консультирования соответствуют уместности использования на определенном этапе консультации.

Нами видится наиболее оптимальной такая среда проведения индивидуальной психологической консультации:

- место проведения консультации – специально оборудованный кабинет, позволяющий обеспечить уединенность, удобство и комфорт, в котором должны отсутствовать элементы, которые могут привлечь излишнее внимание клиента, и отвлекающие его от процесса консультирования;

- местоположение клиента – спиной к двери;

– положение консультанта и клиента – друг напротив друга и чуть наискосок, которое позволяет с легкостью видеть лицо собеседника, и вместе с тем дает возможность отвести глаза в сторону без особого труда;

– расстояние между консультантом и клиентом – не слишком маленькое: они не должны сидеть слишком близко друг к другу, и должны иметь пространство для ног, достаточное чтобы иметь возможность, чтобы встать или сесть на свое место;

– возможно размещение между консультантом и клиентом журнального стола (небольшого, так как он может стать помехой и восприниматься как барьер между клиентом и консультантом).

В проведение индивидуальных консультаций (было проведено две индивидуальные консультации с матерями часто болеющих старших дошкольников) был вовлечен медицинский работник дошкольного учреждения. С родительницей была обсуждена проблема частой заболеваемости в дошкольном возрасте, совместно проанализированы личностные особенности ребенка, а также мамы часто болеющих детей от медицинского работника получили информацию о том, как осуществлять профилактику частой заболеваемости дошкольников в условиях семейного воспитания. После консультирования – т.е. информативной части консультации матерям были заданы вопросы:

– Все ли было Вам понятно?

– Какие интересные факты и приемы Вам понравились? Какие Вы планируете использовать в воспитании?

– Есть ли необходимость в дополнительной литературе?

– Нужна ли дополнительная консультация специалиста?

С родительницами обсуждены реальные ее действия и способы взаимодействия, которые будут направлены на воспитание их детей.

3 блок:

Групповая консультация: «Тревожность детей: что это такое и каковы ее причины» проводилась в рамках третьего блока, направленного на психолого-педагогическое просвещение родителей по профилактике коррекции тревожности дошкольников. Рассматривались такие вопросы:

1. «Тенденция роста численности тревожных детей»;
2. «Понятие тревожности и ее признаки»;
3. «Причины тревожности дошкольников, роль семьи в возникновении и преодолении тревожности дошкольников».

В завершении консультации мы спросили у родителей: «Какие знания Вы получили в ходе нашей работы? Какую полезную информацию получили на занятии? Поделитесь своим опытом, пожалуйста. Какие пожелания и предложения в адрес педагогов и психолога дошкольного учреждения возникли у Вас по профилактике тревожности у детей?» Родители высказывали собственное мнение, отмечали важность приобретенных знаний и пр.

Родители активно приняли участие в обсуждении проблемы: «Как преодолеть тревожность ребенка?» (форма работы – круглый стол). Мы предложили родителям в быстром темпе предложить реальные действия каждого взрослого в решении этой проблемы. Родители должны были отвечать все, что приходит в голову и все это записывалось на доске. Высказанные предложения затем совместно анализировались – отмечалась их важность и значимость либо доказывалась их несостоятельность.

Несмотря на выделенность различных блоков и направлений работы в работе они часто пересекались: например, тренинговое занятие № 2 решало и задачи психолого-педагогического просвещения родителей по проблеме воспитания часто болеющих дошкольников, и т.д.

В целом, мы считаем, что проведенная психолого-педагогическая работа с родителями была им полезной. Проверим ее эффективность посредством

повторной диагностики особенностей детско-родительских отношений в семье часто болеющего дошкольника, его эмоционального состояния.

2.3 Изучение результатов реализованной программы психолого-педагогического сопровождения родителей часто болеющих дошкольников.

Нами проведено повторное исследование особенностей детско-родительских отношений в семье часто болеющего дошкольника, его эмоционального состояния по прежнему диагностическому комплексу:

1. Методика диагностики родительского отношения (ОРО) А. Я. Варга, В.В. Столин – результаты диагностики родительского отношения родителей часто болеющих дошкольников отражены в таблице 2.9:

Таблица 2.9

Типы родительского отношения родителей часто болеющих дошкольников

№	Член семьи	«Принятие – отвержение ребенка»	«Кооперация»	«Симбиоз»	«Контроль»	«Отношение к неудачам ребенка»	Выводы
1	мать	24	5	6	4	3	Положительное отношение к ребенку
	отец	24	4	4	4	3	Положительное отношение к ребенку
2	мать	16	7	4	6	4	Стремление к контролю, проявление искреннего интереса к тому, что интересует ребенка, высокая оценка способностей
	отец	17	5	4	4	3	Ровное, адекватное отношение к ребенку

Окончание таблицы 2.9

3	мать	20	7	6	5	5	Проявление искреннего интереса к тому, что интересует ребенка, высокая оценка способностей
	отец	19	5	5	4	3	Ровное, адекватное отношение к ребенку
4	мать	24	8	5	5	5	Положительное отношение к ребенку, проявление искреннего интереса к тому, что интересует ребенка, высокая оценка способностей
	отец	17	6	5	5	3	Ровное, адекватное отношение к ребенку
5	мать	16	5	6	6	4	Симбиотические отношения
	отец	14	4	4	4	3	Не принятие во внимание интересов ребенка, симбиотические отношения, повышенный контроль

Из таб. 2.9 мы видим, что:

- 30 % родителей имеют явное выраженное положительное отношение к ребенку;
- 30 % родителей проявляют явный и искренний интерес к тому, что интересует ребенка, дают высокую оценку способностей ребенка, поощряют самостоятельность и инициативу ребенка, стремятся быть с ним на равных;
- 10 % родителей выстроили симбиотические отношения с ребенком;
- 20 % родителей стараются во всем контролировать своих детей;

– ни один из родителей воспринимают ребенка как маленького неудачника, имеют отношение к нему как к несмышленому существу.

Таким образом, нами отмечены такие изменения в типах родительского отношения родителей часто болеющих дошкольников:

- снижение частоты встречаемости симбиотических отношений;
- снижение степени контроля ребенка;
- повышение интереса к интересам ребенка, стремления выстраивать равные отношения;
- повышение положительного отношения родителя к ребенку в целом, принятия.

2. Методика измерения психологической дистанции – результаты диагностики родительского отношения родителей часто болеющих дошкольников отражены в таблице 2.9, рис. 2.6; на рис. 2.7 отражено сравнение психологической дистанции в семьях часто болеющих дошкольников до и после работы с родителями:

Таблица 2.9

Определение психологической дистанции в семьях часто болеющих дошкольников

№	Член семьи	Психологическая дистанция
1	мать	Симбиотические
	отец	Плодотворные
2	мать	Плодотворные
	отец	Плодотворные
3	мать	Симбиотические
	отец	Плодотворные
4	мать	Плодотворные
	отец	Плодотворные
5	мать	Симбиотические
	отец	Плодотворные

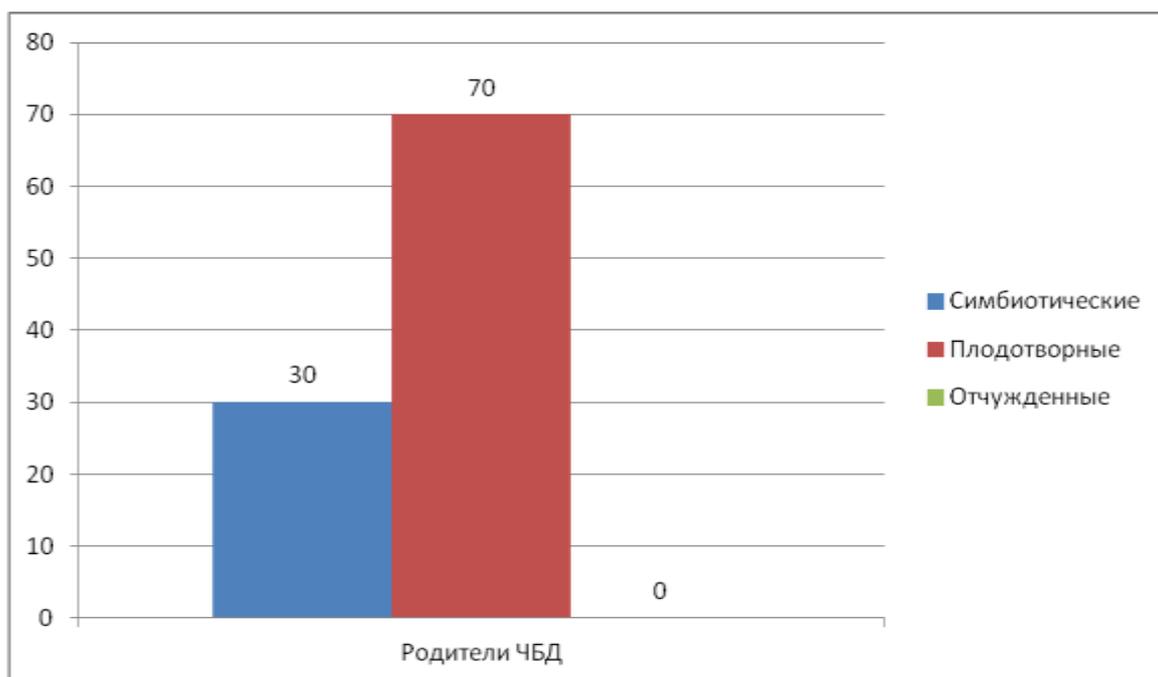


Рис. 2.6 Определение психологической дистанции в семьях часто болеющих дошкольников (в %)

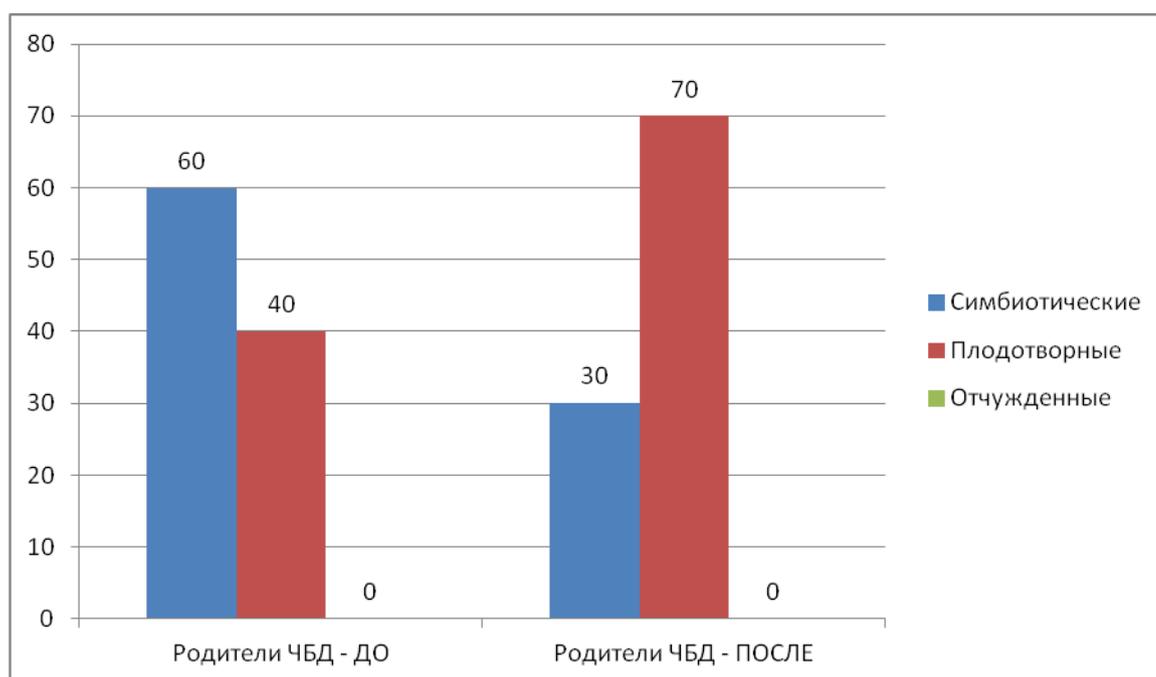


Рис. 2.7 Сравнение психологической дистанции в семьях часто болеющих дошкольников до и после работы с родителями (в %)

Вывод: Родители часто болеющих детей реже выбирают симбиотические отношения как показатель психологической дистанции в детско-родительских отношениях.

3. Тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен. Методика «Выбери нужное лицо» – результаты диагностики уровня тревожности часто болеющих дошкольников отражены в таблице 2.10, рис. 2.8:

Таблица 2.10

Уровни тревожности детей старшего дошкольного возраста
(методика «Выбери нужное лицо»)

№ ребенка	Количество негативных выборов	Индекс тревожности	Уровень тревожности
1	6	43 %	Средний
2	4	29 %	Средний
3	5	36 %	Средний
4	2	14 %	Низкий
5	7	50 %	Высокий

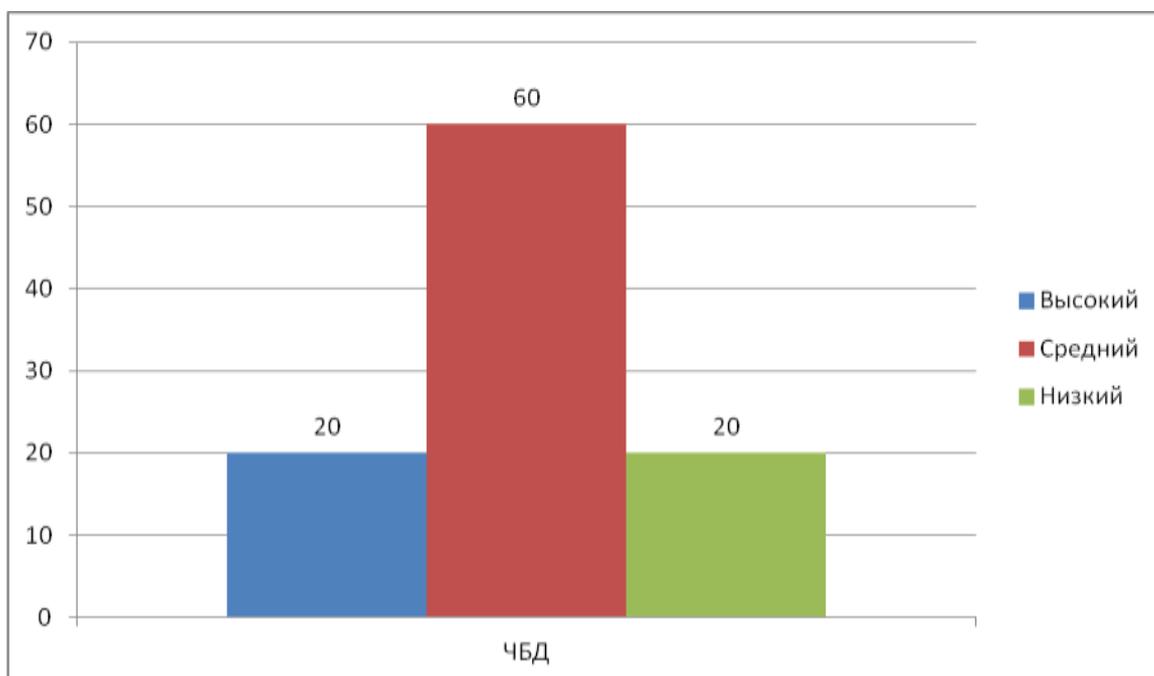


Рис. 2.8 Уровни тревожности детей старшего дошкольного возраста (методика «Выбери нужное лицо»)

Из таблицы 2.10, рисунка 2.8 мы видим, что 20 % детей старшего дошкольного возраста (1 ребенок) имеют высокий уровень тревожности, 60 % детей старшего дошкольного возраста (3 ребенка) имеют средний уровень тревожности, 20 % детей старшего дошкольного возраста из полных семей (1 ребенок) имеют низкий уровень тревожности.

Вывод: только у 1 ребенка снизился уровень тревожности (с высокого на низкий).

Сравнение уровней тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста показало, что (рис. 2.9)

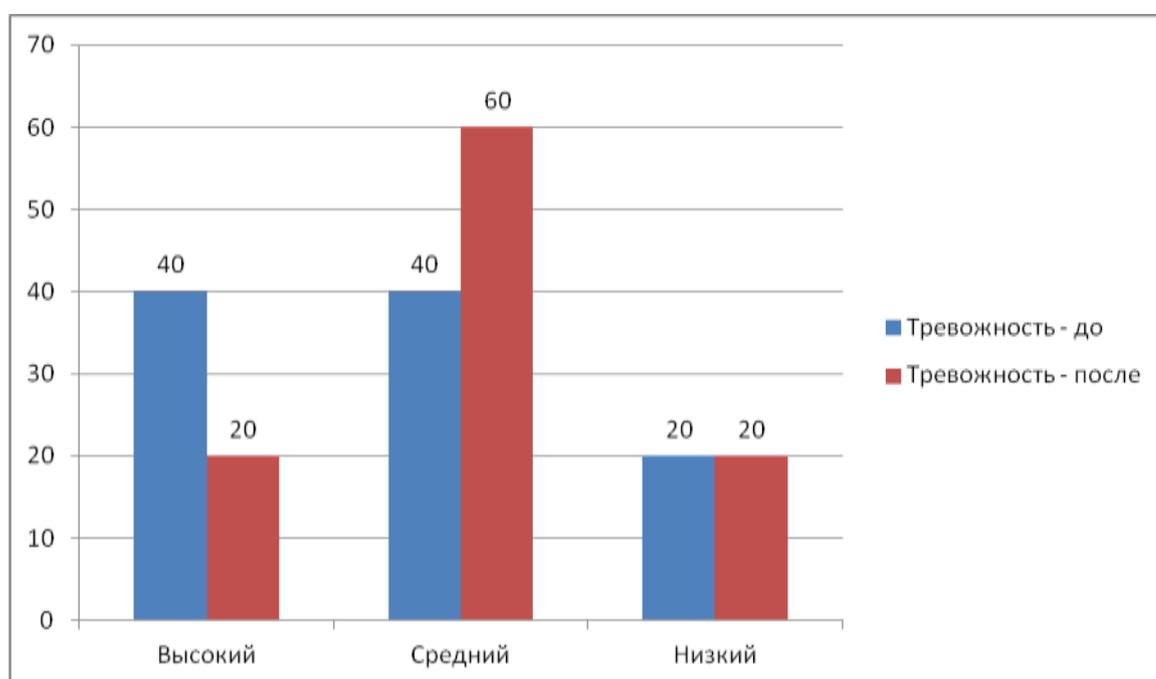


Рис. 2.9 Уровни тревожности детей старшего дошкольного возраста (методика «Выбери нужное лицо»)

Вывод: Качественных изменений в уровне тревожности часто болеющих дошкольников не произошло.

4. Наблюдение – результаты наблюдения и определения уровня тревожности часто болеющих дошкольников отражены в таблице 2.11, рис. 2.10:

Уровни тревожности детей старшего дошкольного возраста
(методика «Выбери нужное лицо»)

№ ребенка	Количество признаков	Уровень тревожности
1	6	Высокий
2	4	Средний
3	3	Средний
4	2	Низкий
5	6	Высокий

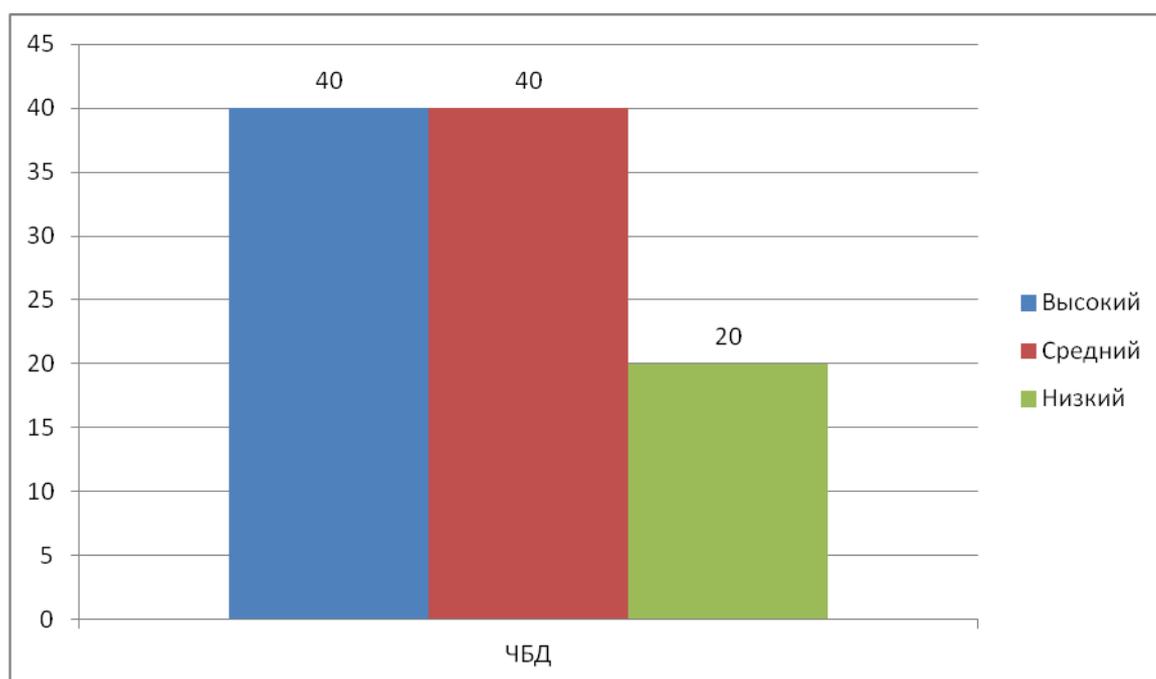


Рис. 2.10 Уровни тревожности детей старшего дошкольного возраста (наблюдение)

Из таблицы 2.11, рисунка 2.10 мы видим, что 40 % детей старшего дошкольного возраста (2 ребенка) имеют высокий уровень тревожности, 40 % детей старшего дошкольного возраста (2 ребенка) имеют средний уровень тревожности, 20 % детей старшего дошкольного возраста из полных семей (1 ребенок) имеют низкий уровень тревожности.

Вывод: уровень тревожности часто болеющих старших дошкольников качественно не изменился.

Проведенное исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Родительское отношение родителей часто болеющих дошкольников после формирующей работы изменилось: в меньшей степени стали проявляться симбиотические отношения в отношениях с ребенком, родители стали в большей степени проявлять явный и искренний интерес к тому, что интересует ребенка, давать высокую оценку способностей ребенка, поощрять самостоятельность и инициативу ребенка, стремиться быть с ним на равных, снизилась степень контроля ребенка (в адекватных рамках), повысилось положительное отношение родителя к ребенку, его принятия;

2. Качественных изменений в уровне тревожности часто болеющих старших дошкольников не произошло (лишь у одного ребенка снизился уровень тревожности), причиной чего может быть необходимость более длительного воздействия изменившегося родительского отношения на психоэмоциональное состояние ребенка.

Выводы по Главе 2

Во второй главе мы проверили сформулированную нами гипотезу о том, что психолого-педагогическое сопровождение родителей часто болеющих дошкольников предполагает изучение особенностей детско-родительских отношений в семьях, эмоциональных состояний детей, а также разработку и реализацию специальной программы психолого-педагогического сопровождения.

В исследовании приняло участие 5 детей старшего дошкольного возраста (подготовительная группа) и их родителей (10 человек).

Нами была организована и проведена диагностика особенностей детско-родительских отношений в семье часто болеющего дошкольника, его эмоционального состояния по следующим методикам: методика диагностики родительского отношения (ОРО) А. Я. Варга, В.В. Столин; методика измерения психологической дистанции; тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен. Методика «Выбери нужное лицо»; наблюдение.

Были сделаны такие выводы:

1. Родительское отношение родителей часто болеющих дошкольников характеризуется стремлением к симбиотическим отношениям, к контролю за всеми видами активности детей;
2. Часто болеющие дошкольники имеют преимущественно высокий и средний уровень тревожности.

Результаты диагностики определили задачи психолого-педагогической работы с родителями часто-болеющих детей:

1. Коррекция родительского отношения;
2. Психолого-педагогическое просвещение родителей по проблеме воспитания часто болеющих дошкольников;
3. Психолого-педагогическое просвещение родителей по профилактике и коррекции тревожности дошкольников.

Нами были проведены социально-психологический тренинг, родительское собрание «Почему мой ребенок часто болеет?»; индивидуальные консультации с родителями часто болеющих детей, групповая консультация: «Тревожность детей: что это такое и каковы ее причины»; круглый стол «Как преодолеть тревожность ребенка?», организована совместная детско-родительская деятельность в виде конкурса рисунков – «Мама, папа, я – дружная семья». Родители достаточно активно включились в деятельность, были готовы к усвоению знаний, отработке приемов взаимодействия с ребенком, обсуждали проблемные моменты, делились собственными переживаниями и опытом и т.д.

Повторное исследование особенностей детско-родительских отношений в семьях часто болеющих дошкольников, их эмоциональных состояний после формирующего воздействия позволило сделать следующие выводы:

1. Родительское отношение родителей часто болеющих дошкольников после формирующей работы изменилось: в меньшей степени стали проявляться симбиотические отношения в отношениях с ребенком, родители стали в большей степени проявлять явный и искренний интерес к тому, что интересует ребенка, давать высокую оценку способностей ребенка, поощрять самостоятельность и инициативу ребенка, стремиться быть с ним на равных, снизилась степень контроля ребенка (в адекватных рамках), повысилось положительное отношение родителя к ребенку, его принятию;

2. Качественных изменений в уровне тревожности часто болеющих старших дошкольников не произошло (лишь у одного ребенка снизился уровень тревожности), причиной чего может быть необходимость более длительного воздействия изменившегося родительского отношения на психоэмоциональное состояние ребенка.

Формирующую работу следует оценить как эффективную.

Цель достигнута. Гипотеза доказана.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Категория «часто болеющие дети» долго время исследовалась лишь в медицинской науке, однако в современных исследованиях все чаще и чаще определяется психологическое наполнение данного понятия.

Нами определены основные психологические особенности часто болеющих старших дошкольников: такие дети имеют затруднения в познавательном и деловом развитии, обладают неустойчивой самооценкой; у них изменена иерархия мотивов, снижается их побудительная сила, развивается инфантилизм; они тревожны, пессимистичны, беспокойны, не уверены в себе зависимы от чужого мнения (чаще всего – от мнения матери), замкнуты, сдержанны, недоверчивы, отрицательные эмоции преобладают над положительными; круг их общения ограничен, они объективно зависимы от взрослых (родителей, педагогов), стремятся получить от них помощь, испытывают трудности в передаче собственных эмоциональных состояний и понимании эмоций других людей, малоактивны в общении со взрослыми и сверстниками, у них нет развернутого жизненного плана, т.е. нарушено осознание себя во времени, главным измерением времени является настоящее и др. Все вышеперечисленные характеристики часто болеющих детей позволяют говорить об особой (дефицитарной) социальной ситуации развития таких детей.

Также нами выявлены особенности родительского отношения в семьях часто болеющих дошкольников, с одной стороны (большинство родителей часто болеющих детей реализуют стиль семейного воспитания по типу гиперопеки, а родительское (в частности материнское) отношение к часто болеющему ребенку, характеризуется как «отвергающее с элементами инфантилизации и социальной инвалидизации», отмечается наличие симбиотической связи матери и ребенка, отношение к нему как к «маленькому неудачнику» - это неэффективные типы родительского отношения, лишь усугубляющие процесс развития часто болеющего ребенка), важность и

значение психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих детей, с другой стороны (обусловленные определяющим значением семьи в развитии ребенка дошкольного возраста).

Анализ позволил определить цель психолого-педагогической работы с родителями часто болеющих детей: оптимизация родительского отношения в семье часто болеющего ребенка. Достижение данной цели возможно через использование различных форм взаимодействия семьи и детского сада, описанных нами ранее: тренинги, консультации, родительские собрания, разработка и презентация памяток, рекомендаций и пр.

Нами сформулировано предположение о том, что социальная ситуация развития часто болеющего ребенка оказывает влияние на особенности детско-родительских отношений и, как следствие, на особенности его психоэмоционального состояния, которое будет проверено в рамках практического исследования.

Во второй главе мы проверили сформулированную нами гипотезу о том, что социальная ситуация развития часто болеющего ребенка оказывает влияние на особенности детско-родительских отношений и, как следствие, на особенности его психоэмоционального состояния. В исследовании приняло участие 5 детей старшего дошкольного возраста (подготовительная группа) и их родителей (10 человек).

Нами была организована и проведена диагностика особенностей детско-родительских отношений в семье часто болеющего дошкольника, его эмоционального состояния по следующим методикам: методика диагностики родительского отношения (ОРО) А. Я. Варга, В.В. Столин; методика измерения психологической дистанции; тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен. Методика «Выбери нужное лицо»; наблюдение.

Были сделаны такие выводы:

1. Родительское отношение родителей часто болеющих дошкольников характеризуется стремлением к симбиотическим отношениям, к контролю за всеми видами активности детей;

2. Часто болеющие дошкольники имеют преимущественно высокий и средний уровень тревожности.

Результаты диагностики определили задачи психолого-педагогической работы с родителями часто-болеющих детей:

1. Коррекция родительского отношения;

2. Психолого-педагогическое просвещение родителей по проблеме воспитания часто болеющих дошкольников;

3. Психолого-педагогическое просвещение родителей по профилактике и коррекции тревожности дошкольников.

Нами были проведены социально-психологический тренинг, родительское собрание «Почему мой ребенок часто болеет?»; индивидуальные консультации с родителями часто болеющих детей, групповая консультация: «Тревожность детей: что это такое и каковы ее причины»; круглый стол «Как преодолеть тревожность ребенка?», организована совместная детско-родительская деятельность в виде конкурса рисунков – «Мама, папа, я – дружная семья». Родители достаточно активно включились в деятельность, были готовы к усвоению знаний, отработке приемов взаимодействия с ребенком, обсуждали проблемные моменты, делились собственными переживаниями и опытом и т.д.

Повторное исследование особенностей детско-родительских отношений в семьях часто болеющих дошкольников, их эмоциональных состояний после формирующего воздействия позволило сделать следующие выводы:

1. Родительское отношение родителей часто болеющих дошкольников после формирующей работы изменилось: в меньшей степени стали проявляться симбиотические отношения в отношениях с ребенком, родители стали в большей степени проявлять явный и искренний интерес к тому, что интересует

ребенка, давать высокую оценку способностей ребенка, поощрять самостоятельность и инициативу ребенка, стремиться быть с ним на равных, снизилась степень контроля ребенка (в адекватных рамках), повысилось положительное отношения родителя к ребенку, его принятия;

2. Качественных изменений в уровне тревожности часто болеющих старших дошкольников не произошло (лишь у одного ребенка снизился уровень тревожности), причиной чего может быть необходимость более длительного воздействия изменившегося родительского отношения на психоэмоциональное состояние ребенка.

Формирующую работу следует оценить как эффективную.

Цель достигнута. Гипотеза доказана.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Авдеева, Н.Н. Особенности привязанности ребенка к матери, стиль детско-родительских отношений и адаптация ребенка к ДООУ / Н.Н. Авдеева, И.В. Хохлачева // Психологическая наука и образование. – 2010. – № 3. – С. 97-105.
2. Альбицкий, В.Ю. Часто болеющие дети : клинико-социальные аспекты / В.Ю. Альбицкий, А.А. Баранов. – Саратов, 1986. – 184 с.
3. Арина, Г.А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г.А. Арина, Н.А. Коваленко // Школа здоровья, 1995. – Т. 2. № 3. – С. 116-124.
4. Бадьина, Н.П. Часто болеющие дети : психологическое сопровождение в начальной школе / Н. П. Бадьина. – М. : Генезис, 2007. – 151 с.
5. Батурина, О.С. Психология ошибок в семейном воспитании: теоретический анализ проблемы / О.С. Батурина // Фундаментальные исследования. – 2013. – № 11-7. – С. 1497-1504.
6. Безруков, К.Ю. Часто и длительно болеющий ребенок / К.Ю. Безруков, Ю.И. Стернин. – СПб. : ИнформМед, 2008. – 167 с.
7. Белокурова, Г.В. Комплексный подход к использованию наглядно-информационных форм взаимодействия с родителями в приемной группы детского сада / Г.В. Белокурова, О.М. Беляева // Образование и наука в современных условиях. – 2015. – № 1 (2). – С. 36-40.
8. Бутина-Гречаная, С.В. Теоретические подходы к анализу детско-родительских отношений / С.В. Бутина-Гречаная // Ученые записки Забайкальского государственного университета. Серия: Педагогика. – 2010. – № 5. – С. 244-247.
9. Варга, А.Я. Структура и типы родительского отношения: автореф. канд. дис. / А.Я. Варга // МГУ. – М., 1987.

10. Волкова, О.В. Волевое действие часто болеющих детей старшего дошкольного возраста: исследование и перспективы психолого-педагогической коррекции // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 32.
11. Волкова, О.Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка / О.Н. Волкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн., 2010. – № 2.
12. Выготский, Л.С. Вопросы детской психологии / Л.С. Выготский. – М. : Изд-во «Союз», 2004. – 224 с.
13. Гордиец, А.В. Особенности психологического развития часто болеющих детей / А.В. Гордиец, О.В. Груздева // Российский педиатрический журнал. – 2013. – № 4. – С. 24-27.
14. Груздева, И.А. Методические рекомендации «Современные формы работы с родителями в дошкольном учреждении» / И.А. Груздева // URL: <http://ds21.admhmansy.ru/data/documents/met.-rekomendacii-sovremennye-metody-raboty-s-roditelyami.doc>.
15. Груздева, О.В. Соматически больной ребенок: факторы речевого развития / О.В. Груздева. – Красноярск : КГПУ, 2004. – 157 с.
16. Данилова, Е. Почему он все время болеет? / Е. Данилова // Здоровье. – 2015. – № 10 (720). – С. 66-69.
17. Диагностика психических состояний детей дошкольного возраста : учебно-методическое пособие / С.В. Велиева. – СПб. : Речь, 2005.
18. Доманецкая, Л.В. Родители и часто болеющий ребенок: общение в контексте психосоматического подхода : монография / Л.В. Доманецкая ; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2013. – 304 с.
19. Доманецкая, Л.В. Родительское отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья как фактор развития форм его общения со взрослыми / Л.В. Доманецкая // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 36. – С. 53-56.

20. Дубовик, Е.Ю. Особенности проявления тревожности в детско-родительских отношениях часто болеющим ребенком дошкольного возраста / Е.Ю. Дубовик // Вестник КГПУ им. В.П. Астафьева. – 2006. – №1.
21. Дубовик, Е.Ю. Родительское отношение к часто болеющему ребенку дошкольного возраста как фактор формирования тревожности : автореф. ... дис. к. псих. н. / Е.Ю. Дубовик. – Казань, 2006. – 22 с.
22. Дусказиева, Ж.Г. Особенности эмоционального восприятия собственной и противоположной половой роли часто болеющими детьми 5-7 лет / Ж. Г. Дусказиева, В. А. Ковалевский // Сибирский психологический журнал. – 2009. – № 32. – С. 65-67.
23. Евдокимова, Е.С. Детский сад и семья: методика работы с родителями. Пособие для педагогов и родителей / Е.С. Евдокимова, Н.В. Додокина, Е.А. Кудрявцева. – М. : Мозаика-Синтез, 2007. – 144 с.
24. Заплатников, А.Л. К проблеме «часто болеющих детей» / А.Л. Заплатников, А. А. Гирина // Педиатрия. Журнал имени Г. Н. Сперанского. – 2015. – Т. 94. № 4 . – С. 215-221.
25. Катасонова, А.В. Развитие высших психических функций у часто болеющих детей младшего школьного возраста / А.В. Катасонова, Н.А. Кравцова, Ю. Г. Потребич // Сибирский психологический журнал. – 2008. – № 28. – С. 81-84.
26. Кокорева, С.П. Психологические особенности часто болеющих детей / С.П. Кокорева, Л.М. Конопина, Л.М. Илунина // Здоровье и образование в XXI веке. – 2010. – № 2.
27. Кошкиенко, И.В. Взаимодействие педагогов и родителей как социальная и психолого-педагогическая проблема / И.В. Кошкиенко // Знание. Понимание. Умение. – 2011. – № 1. – С. 209-212.
28. Креативность как ключевая компетентность педагога : монография / Под ред. проф. М.М. Кашапова, доц. Т.Г. Киселевой, доц. Т.В. Огородовой. Ярославль: ИПК «Индиго», 2013. – 392 с.

29. Литвинова, О.В. Психологические особенности влияния родительской позиции на успешность реабилитации часто болеющего ребенка / О.В. Литвинова // Режим доступа: <http://gisap.eu/ru/node/1382>.
30. Луговцова, Е. Почему дети часто болеют / Е. Луговцова // Здоровье. – 2016. – № 11 (731). – С. 68-69.
31. Лю, Я. Влияние родительского отношения в семейном воспитании на проблемные переживания китайских подростков / Я. Лю // Письма в Эмиссия. Оффлайн: Электронный научный журнал. – 2008. – № 12.
32. Макарова, З. Состояние здоровья и основные направления оздоровления часто болеющих детей / З. Макарова // Дошкольное воспитание. – 2016. – № 9. – С. 63-69.
33. Мамаева, М.А. Часто болеющие дети / М. А. Мамаева // Дошкольная педагогика. – 2007. – № 4. – С. 4-5.
34. Марканян, И.А. Взаимодействие детского сада и семьи – приоритетное направление в деятельности дошкольной образовательной организации / И.А. Марканян // Интернет-журнал «Науковедение». – 2014. – № 6 (25).
35. Маркова, Т.П. Длительно и часто болеющие дети / Т.П. Маркова, Д.Г. Чувиров // Ремедиум. Журнал о российском рынке лекарств и медицинской технике. – 2006. – № 6. – С. 26-28.
36. Михеева, А.А. Психологические особенности часто болеющих детей: дис. ... канд. психол. наук / А.А. Михеева – М., 1999. – 168 с.
37. Мосина, Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющих младших школьников : монография / Н.А. Мосина. – Красноярск : РПЦ «Торос», 2010. – 134 с.
38. Пазухина, С.В. Закономерности формирования ценностного отношения будущих педагогов к личности ребенка с ослабленным здоровьем в условиях антропологического подхода: монография / С.В. Пазухина, Е.А.

Панферова, С.А. Черкасова ; под общ. ред. С.В. Пазухиной. – М.-Берлин: Директ-Медиа, 2016. – 339 с.

39. Профилактика и преодоление тревожности в дошкольном возрасте : методические рекомендации для педагогов-психологов ДОУ. – Курган, 2003. – 74 с.

40. Психологический тренинг детско-родительских отношений: методические материалы для педагогов-психологов. – Курган, 2007. – 77 с.

41. Романцов, М.Г. Особенности личностного и психического развития часто болеющих детей / М.Г. Романцов, И.Ю. Мельникова // PEDAGOGY & PSYCHOLOGY. THEORY AND PRACTICE. – 2016. – № 2 (4). – 68-71.

42. Рылеева, А.С. Кризисные периоды и состояния детей и подростков и пути их преодоления : учебное пособие. – Курган : Изд-во Курганского гос. ун-та, 2016. – 215 с.

43. Самсыгина, Г.А. Часто болеющие дети: проблемы патогенеза, диагностики и терапии / Г.А. Самсыгина // Режим доступа: <https://medi.ru/info/1885/>.

44. Сидоркина, Т.Ю. Психолого-педагогическое сопровождение адаптации часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению : учебное пособие / Т.Ю. Сидоркина ; Краснояр. гос. пед. ун-т им. В.П. Астафьева. – Красноярск, 2013. – 92 с.

45. Спиваковская, А.С. Психотерапия: игра, детство, семья / А.С. Спиваковская. – Т. 2. – ООО Апрель Пресс, ЗАО Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 464 с.

46. Тест тревожности (Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен) / И.Б. Дерманова // Диагностика эмоционально-нравственного развития. – СПб., 2002. – С. 19-28.

47. Тихонович, Т.Ю. Адаптация часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению : монография / Т. Ю. Тихонович. – Красноярск : КГПУ им. В. П. Астафьева, 2014. – 248 с.

48. Чекрякова, С.В. Взаимосвязь самооценки часто болеющего ребенка дошкольного возраста и родительского отношения к нему / С.В. Чекрякова // Сибирский педагогический журнал. – 2008. – № 3.

49. Чекрякова, С.В. Коррекция самооценки часто болеющего ребенка дошкольного возраста через формирование эффективного родительского отношения к нему и оптимизацию здорового образа жизни в семье / С.В. Чекрякова // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 37. – С. 39-41.

50. Штумф, В.О. Особенности понимания обмана часто болеющими детьми старшего дошкольного и младшего школьного возраста / В.О. Штумф, В.А. Ковалевский // Сибирский педагогический журнал. – 2009. – № 4.

51. Васягина, Н.Н. Обучение как форма психолого-педагогического сопровождения родителей / Н.Н. Васягина // Педагогическое образование в России. – 2011. – № 3. – С. 126-132.

52. Гусева, Г.Д. Взаимодействие семьи и ДООУ как особая культура психолого-педагогического сопровождения ребенка с нарушением зрения / Г.Д. Гусева, О.С. Караваева, М.И. Ушакова и др. // Психолого-педагогическое сопровождение семьи в реалиях современного социокультурного пространства: мат-лы Междунар. науч.-практ. конф. – Екатеринбург : Урал. гос. пед. ун-т, 2012. – С. 160-167.

53. Дубровина, Н.А. Анализ методологических подходов в организации психолого-педагогического сопровождения семьи / Н.А. Дубровина, Е.С. Набойченко // Педагогическое образование в России. – 2016. – № 11. – С. 211-215.

54. Овчарова, Р.В. Родительство как психологический феномен: учебное пособие / Р.В. Овчарова. – М. : Московский психолого-социальный ин-т, 2006.

55. Овчарова, Р.В. Справочная книга школьного психолога / Р.В. Овчарова. – М. : Просвещение : Учебная литература, 1996. – 351 с.

56. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка : около 100000 слов, терминов и фразеологических выражений / С.И. Ожегов ; под ред. Л.И. Скворцова. – М. : Оникс : Мир и образование, 2010. – 1357 с.

Карта наблюдения (исследуемое качество – тревожность)

Лист наблюдений

Фамилия и имя ребенка _____

Возраст ребенка _____

Дата наблюдения	Признаки тревожности	Результат наблюдения
	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышенная возбудимость. 2. Повышенная напряженность, скованность. 3. Страх перед всем новым, незнакомым, непривычным. 4. Неуверенность в себе, заниженная самооценка. 5. Ожидание неприятностей, неудач, неодобрения старших. 6. Исполнительность, развитое чувство ответственности 7. Безынициативность, пассивность, робость 8. Склонность помнить скорее плохое, чем хорошее 	