

**МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ**  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
**«КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им.  
В.П. АСТАФЬЕВА»**

(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования

Кафедра психологии детства

Направление 44.03.02 (050400.62) «Психолого-педагогическое образование»  
профиль «Психология и педагогика дошкольного образования»

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой психологии детства

\_\_\_\_\_ В.А. Ковалевский, д.м.н., профессор

(подпись)

(И.О.Фамилия)

«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2015 г.

Выпускная квалификационная работа

**ОСОБЕННОСТИ ВЗАИМОСВЯЗЕЙ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ  
И АДАПТАЦИИ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО  
ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА К УСЛОВИЯМ ДОШКОЛЬНОЙ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

Выполнил студент группы \_\_\_\_\_ 414  
(номер группы)

Любовь Валентиновна Килина  
(И.О.Фамилия) \_\_\_\_\_ (подпись, дата)

Форма обучения заочная

Научный руководитель:

зав. кафедрой психологии детства д.м.н., профессор В.А.Ковалевский  
(ученая степень, должность, И.О.Фамилия) \_\_\_\_\_ (подпись, дата)

Рецензент:

доцент кафедры педагогики и психологии начального образования

Е.В. Гордиенко

(ученая степень, должность, И.О.Фамилия)

(подпись, дата)

Дата защиты \_\_\_\_\_

Оценка \_\_\_\_\_

Красноярск 2015

## СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. Теоретические основы особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.....	7
1.1 Адаптация ребенка к ДОО: понятие, значение, факторы и условия, формы и способы, методы.....	7
1.2 Родительское отношение к ребенку: понятие, компоненты, типы и стили.....	16
1.3. Часто болеющий ребенок: особенности развития психики и межличностных отношений.....	28
Выводы по главе 1.....	31
ГЛАВА 2. Эмпирическое исследования особенностей взаимосвязей родительского отношения и адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.....	34
2.1. Описание испытуемых и методик исследования.....	34
2.2 Результаты констатирующего эксперимента.....	36
Выводы по главе 2.....	46
ГЛАВА 3. Коррекционная работа по улучшению адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.....	50
3.1 Проведение коррекционной работы с детьми младшего дошкольного возраста.....	50
3.2 Анализ полученных результатов.....	58
Выводы по главе 3.....	60
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	62
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ.....	66
ПРИЛОЖЕНИЕ.....	70

## ВВЕДЕНИЕ

Нарастание экологического неблагополучия, социально-психологического стресса, ухудшение качества питания, увеличение доли детей из социопатических семей неизменно приводит к тому, что число здоровых детей в различных регионах России не превышает 8-10%. Негативные тенденции в состоянии здоровья детей за последнее десятилетие приобрели устойчивый характер. На протяжении последних 20 лет наблюдается рост заболеваемости детей, увеличивается распространенность хронической патологии [10].

Следствием высокого уровня детской заболеваемости, является увеличение числа детей, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок», и это одна из актуальных медико-социально-психологических проблем [22]. В связи с этим достаточно популярным в медицинской психологии, педиатрии стал термин «часто болеющие дети». На основании критериев, предложенных А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким[9], к ним относятся в основном дети дошкольного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более 4-х раз в году.

Проблема состояния здоровья тесно коррелирует с одним из ключевых понятий в медицине и психологии - адаптацией. Проблема адаптации детей рассматривалась в трудах Аксариной Н.М. (1977), Павловой Л.Н. (1986), Алямовской В.А. (1999), Печоры К.Л. (2001), Исаева Д.Н. (2001), Пантюхиной Г.В. (2002), Белкиной Л.В. (2004), Бадьиной Н.П. (2007) и др. Возрастание интереса к проблеме адаптации в психологии сегодня обусловлено смещением акцента с биологической и физиологической адаптации на психическую и социальную, а также рассмотрению адаптации относительно здоровой личности. Известно, что благоприятная адаптация, как процесс приспособления организма, личности к изменившимся условиям жизни, является одним из факторов социализации человека в обществе. Нарушение адаптации, а также отсутствие психологической готовности детей к переходу в новые социальные

условия влечет за собой необратимые нарушения в состоянии здоровья и личностном развитии ребенка.

В данном контексте, достаточно остро стоит проблема адаптации часто болеющих детей, поскольку здесь возникает вопрос о наличии противоречия между психической и физической готовностью к активной социальной и биологической адаптации и современными требованиями к уровню этой готовности, многообразием факторов, способных вызвать нарушения психосоматического здоровья детей [26].

В контексте нашего исследования, нас интересует проблема адаптации к ДОО. Поступление ребенка в дошкольное образовательное учреждение и адаптация к нему являются факторами риска в возникновении заболеваний. Анализ литературных источников показал, что дети, относящиеся к категории часто болеющих, имеют ряд особенностей, дезадаптирующих их в социальной среде, и, как следствие, провоцирующих рецидивы болезни (чрезмерная зависимость от взрослого, высокий уровень тревожности, несформированность навыков общения с окружающими) Николаева В.В.; Арина Г.А.; Исаев Д.Н., 2001; Ковалевский В.А.,; Бадьина Н.П.

В первую очередь, для часто болеющих детей характерна особая - дефицитарная социальная ситуация развития [23], в которой ребенок, не осознавая сути заболевания и его последствий, попадает в ситуацию ограничения двигательной и познавательной активности, прерывистости социальных отношений вне семьи [7], что закономерно осложняет процесс социально-психологической адаптации ребенка. При этом особенно актуальным становится изучение родительского отношения к часто болеющим детям [30], поскольку именно родители, являясь главными социальными партнерами ребенка, обеспечивают его готовность к взаимодействию в социальной среде и адаптацию в ней.

В.В. Николаева, Д.Н. Исаев [20] указывают, что специфика родительского отношения может являться пусковым механизмом формирования личностных и психических деформаций в развитии ребенка, а также причиной нарушений его

психосоматического статуса. Согласно исследованиям Г. А.Ариной[7], Н.А. Коваленко [7], психологическая структура семьи, воспитывающей соматически больного ребенка, оказывается нарушенной, проявляется тревожно-мнительное отношение к ребенку, приводящее к его инфантилизации [23].

Таким образом, обозначенная проблема особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО будет исследована в данной работе.

**Цель исследования:** выявить различия взаимосвязей родительского отношения и адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к ДОО и провести коррекционную работу с ЧБД.

**Задачи исследования:**

1. Провести теоретический анализ адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО;
2. Выявить особенности (готовность к ДОО, степень адаптации) часто болеющих детей младшего дошкольного возраста;
3. Определить преобладающие типы родительского отношения матерей к часто болеющим детям, обосновать характер взаимосвязи родительского отношения.
4. Выявить взаимосвязь между родительским отношением и адаптацией часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к ДОО.
5. Провести анализ коррекционной работы по улучшению адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.

**Объект исследования:** адаптация ребенка младшего дошкольного возраста к условиям ДОО и родительское отношение.

**Предмет исследования:** особенности взаимосвязей родительского отношения к часто болеющим детям младшего дошкольного возраста

**Гипотеза:** мы предполагаем, что:

- 1) родители используют неэффективное родительское отношение к часто болеющему ребенку, что затрудняет адаптацию ребенка к ДОО.

2) специальные педагогические условия, в частности организация и проведение изобразительного творчества с детьми позволит осуществить период адаптации ребенка из семьи в дошкольное учреждение более плавным, безболезненным.

**Методы исследования:**

- теоретический анализ и систематизация данных о категории ЧБД;
- метод сбора эмпирических данных (индивидуальная карта ребёнка, медицинская карта, анкета для родителей);
- методы математической статистики.

**Методики исследования:**

- «Карта готовности к поступлению в ДОУ»[26], позволяющая определить психологическую, физиологическую, личностную готовность к ДОО;
- «Лист адаптации»[26], который позволяет отслеживать адаптацию в соответствии с ее ведущими показателями, степенью адаптации (согласно адаптационных дней и стабилизации адаптационных показателей);
- анкетирование (анкета для родителей «Готов ли ваш ребенок к поступлению в ДОО?»[30], с помощью которой осуществлялся опрос родителей, с целью выявления готовности ребенка к ДОО и определения прогноза адаптации);
- тест - опросник родительского отношения [15]; рекомендации родителям по улучшению адаптации часто болеющего ребенка младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.

**Теоретическая и практическая значимость исследования** заключается в изучении особенностей взаимосвязи родительского отношения к соматически больным детям младшего дошкольного возраста (на примере часто болеющих детей).

## **ГЛАВА 1. Теоретические основы особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО**

### **1.1 Адаптация ребенка к ДОО: понятие, значение, факторы и условия, формы и способы, методы**

Понятие адаптация (от лат. adaptatio - прилаживание, приспособление) означает способности организма подстраиваться под разные условия окружающей среды [28].

Под социальной адаптацией понимают способность человека приспособливаться к новым условиям социальной среды; она является социально-психологическим механизмом социализации личности [28].

Процесс адаптации неизбежен в тех случаях, когда имеется противоречие между существующими возможностями и внешними условиями.

Данный процесс чаще всего протекает нелегко со множеством отрицательных поворотов в организме ребенка. Сдвиги наблюдаются на разных уровнях, во всех системах. Чаще всего видима только часть айсберга, т.е. поведение ребенка. Но и изменения в поведении вызывают смятение у взрослых.

Если бы можно было донести до родителей, какие изменения происходят в голове и в организме ребенка, когда он первый раз посещает детский сад, то они всерьез задумались бы отдавать ли его в этот новый детский коллектив. В нем он ежеминутно подвергается току серьезного нервно-психического напряжения. Ребенок пребывает либо на грани стресса либо в полном объеме испытывает стресс.

Предположим, что было бы возможно сравнить аналогичным способом исследования всю тяжесть стресса, который получает ребенок в период адаптации к новому коллективу, со степенью тяжести стресса космонавта,

который отправляется в полет, результаты были бы ошеломляющими, т.к. они были бы максимально похожи.

Если стресс выражен у ребенка в минимальной степени, в ближайшее время родители забудут о печальных изменениях адаптационного периода и о своем нынешнем беспокойстве. Это будет свидетельствовать о благоприятной либо же легкой адаптации. В том случае, если стресс выражен очень сильно, у ребенка, скорее всего, будет нервный срыв и он, возможно, заболеет. Нервный срыв, очевидно, является свидетельством неблагоприятной либо же тяжелой адаптации у ребенка. Значит, адаптация бывает легкой и тяжелой. Но оба эти случая являются крайностями, которые обычно объединяет промежуточный результат. Главным образом, адаптация выявляется у ребенка на психоэмоциональном уровне. Для того чтобы более подробно и с большей степенью объективности судить об этом уровне, учёными был специально продуман и утвержден целый ряд требуемых показателей, которые наиболее информативно характеризуют индивидуальные особенности поведения и эмоциональные проявления у ребенка, проходящего период адаптации к новому организованному коллективу. А также был разработан эмоциональный профиль, или портрет (ЭП) ребенка, который первый раз пришел в обыкновенный детский сад. Он состоит из следующих показателей.

**1. Отрицательные эмоции**—это важнейшая составляющая ЭП, которая обычно встречается в каждом ребенке, приспособляющемся к новому организованному коллективу. Чаще всего наблюдаются разные проявления: могут быть еле уловимыми, а могут доходить и до депрессии, которая напоминает плен. При этом ребенок угнетен, подавлен и абсолютно ко всему безучастен. Он как будто отсутствует на своем месте. Сидит неподвижный, словно каменный, весь погружен сам в себя, может напоминать глухонемого или пришельца с неизведанной планеты. Не пьет, не ест, не реагирует на вопросы, а также не может быть и речи об отдыхе или сне. И вот в какой-то момент проходит вся неподвижность, и он как безумный мечется по группе, как «белка в колесе». Он изо всех сил вырывается из рук воспитателя или няни и



бежит к выходу, при этом на ходу со всеми конфликтует. Возле выхода он затихает, затем начинает рыдать, звать маму, при этом захлебываясь в собственных слезах. После этого может снова бессильно замолкнуть и вновь окаменеть на месте, напоминая манекен. Такая ситуация продолжается по кругу в течение всего дня. Очень часто ребенок показывает свои отрицательные эмоции различными формами плача: от хныканья до постоянного. Более всего информативен плач приступообразный, которые говорит о том, что, хотя бы на короткий промежуток времени, ребенок оттесняет на последний план отрицательные эмоции, и они заменяются положительными. К сожалению, это временное затишье длится недолго. В большинстве случаев затрачивается время ориентировочной реакции, когда ребенок подвергается влиянию новизны. Формой плача также является и «плач за компанию», при котором ребенок, уже почти адаптированный к детскому саду, поддерживает «новичков», недавно пришедших в группу, и составляет «плачущий дуэт» либо просто подпевает в хоре. Зачастую наиболее долгой отрицательной эмоцией у ребенка является так называемое хныканье, которое выражает детский протест при расставании с родителями, приведшими его в садик и оставляющими его здесь.

**2. Страх**—это частый спутник отрицательных эмоций, их так называемый «друг», «компаньон», «сослуживец». При адаптации к детскому саду навряд ли найдется хотя бы один ребенок, который не испытывал его хотя бы однажды. Это объясняется тем, что ребенок, в первый раз посетив детский коллектив, абсолютно во всем видит лишь скрытую угрозу для своего нахождения. Поэтому он боится очень многого, страх может преследовать его, так скажем, по пятам, находится внутри него. Дети опасаются новой обстановки и знакомства с неизвестными детьми, настораживаются новых воспитателей, и более всего того, что родители забудут его, уходя из детского сада на работу. Ребенка преследует страх предательства, что родители не придут за ним вечером и не заберут домой. Зачастую родители сами невольно провоцируют

его глобальный страх. А этот страх является мощным источником стресса, а его приступы можно расценить как пусковые механизмы стрессовых реакций.

**3. Гнев.** Зачастую на фоне стресса ребенок подвергается гневу, который вырывается наружу, буквально написан у него на лице. В эти моменты ребенок, превращается в маленького агрессора, словно пантера он способен прыгнуть на обидчика, отстаивая свои интересы. В момент адаптации ребенок напоминает «ахиллесову пяту» и поэтому настолько раним, что буквально все что угодно может являться поводом для гнева. Поэтому гнев и спровоцированная им агрессия способны вспыхнуть, даже если нет искры, словно внутри самого ребенка заложена пороховая бочка.

**4. Положительные эмоции** – противоположность любым отрицательным эмоциям и основной их выключатель. Их можно сравнить с рассветом, возвещающим о том, что ночь давно уже пошла на убыль и зарождается новый, светлый, многообещающий день. Чаще всего, первые адаптационные дни они либо совсем не проявляются либо лишь слегка наблюдаются в те моменты, когда ребенок взбудоражен ориентировочной реакцией на «прелесть новизны». Чем легче адаптационный период у ребенка, тем скорее они проявляются, напоминая первых ласточек, возвещающих всех о завершении у вашего ребенка процесса адаптации. Наиболее благоприятна радость. Нужно заметить, что веселый смех и радостная улыбка, пожалуй, - лучшие «лекарства», облегчающие большинство из отрицательных сдвигов периода адаптации.

**5. Социальные контакты.** Обычно в 3 года ребенок уже охотно контактирует с людьми, сам выбирает возможность для контактов. Коммуникабельность ребенка – это положительная предпосылка для удачного исхода периода адаптации. Тем не менее, в первые дни посещения дошкольного учреждения у многих детей ослабевает и это качество. Эти дети замыкаются в себе, становятся нелюдимыми, все время проводят только в «гордом одиночестве». Затем эта «гордая бесконтактность» сменяется «компромиссной контактностью», означающей то, что ребенок начал сам проявлять инициативу для нахождения возможности общения со взрослыми

людьми. Но обычно эта инициатива мнима. Она требуется ребенку только как выход из сложившейся ситуации и не влечет за собой улучшения общения с людьми, а особенно с детьми. В эти моменты ребенок, как правило, плача, подходит к воспитательнице, дергает ее за руку, начинает тянуть к выходу и умоляет, чтобы она отвезла его домой. Ребенок пытается найти компромисс, завести разговор с няней или заведующей, он также упрашивает медсестру, чтобы его поскорее увели из группы, пусть даже не домой, главное чтобы его отсоединили от множества незнакомых детей, неумеющих себя вести. Он наотрез отказывается дружить с ними, считает их назойливыми, невыносимыми, что они его «жалят» сильнее, чем пчелиный рой. Дома было несоизмеримо проще, так он проводил все дни один в знакомой обстановке. После того, как ребенок, в конце концов, сумеет наладить нужные контакты в группе, все неприятности адаптационного процесса начнут убывать. Это будет серьезным сдвигом к завершению всего адаптационного процесса у ребенка.

**6. Познавательная деятельность** – чаще всего это верный соратник всех положительных эмоций. Как и они, познавательная деятельность, в основном, угасает и снижается на фоне стрессовых состояний. В 3 года эта деятельность напрямую связана с игровой. Поэтому ребенок, первый раз посетив детский сад, зачастую не интересуется игрушками и не хочет интересоваться ими. У него нет интереса к сверстникам, он не хочет с ними знакомиться, осознавать, что происходит с ним рядом. «Почемучка» внутри него находится будто в зимней спячке, и познавательная деятельность его заморожена. Но как только он очнется или родители и воспитатели все-таки его разбудят, стрессовая активность упадет на минимальный уровень и в ближайшее время пропадет навсегда.

**7. Социальные навыки.** Под натиском стресса дети чаще всего настолько меняются, что могут утратить многие навыки самообслуживания, которые были ими уже давно усвоены и которыми дома они успешно пользовались. Последствия этого могут вызывать частые насмехания у детей и раздражение воспитателей, зачастую имеющих мнение, что ребенок абсолютно

не был подготовлен к детскому саду. Возникает необходимость кормить его из ложечки, умывать словно младенца. Он не может самостоятельно одеться, раздеться и воспользоваться носовым платком. Не знает, когда нужно отвечать спасибо или пожалуйста. Одним словом, он напоминает маленького дикаря. Тем не менее, по мере адаптации ребенка к условиям организованного коллектива он вдруг начинает «вспоминать» утраченные им навыки, а кроме этого им легко усваиваются новые.

**8. Особенности речи.** У многих детей в результате стресса изменяется и речь, не в прогрессивную сторону, а в регрессивную. Словарный запас ребенка резко сокращается, он внезапно опускается в своем речевом развитии на несколько ступенек вниз, в разговоре используя в большей степени облегченные либо младенческие слова. Почти исчезают из лексикона существительные. Очень мало становится прилагательных. В основном встречаются только одни глаголы. Предложения из многосложных превращаются в односложными. Ответы на вопросы демонстрируют «телеграфный стиль». Такая ситуация изменения речи в худшую сторону – итог сложной адаптации. Если процесс адаптации проходит легко, она либо совсем не меняется, либо указанные изменения касаются ее незначительно. Однако в это время при любом течении замедлено пополнение активного словарного запаса ребенка, необходимое для его возраста.

**9. Двигательная активность.** Во время периода адаптации очень редко сохраняется в нормальных пределах. Ребенок бывает очень заторможенным либо неуправляемо гиперактивен. Необходимо постараться не путать его меняющуюся активность, связанную с адаптационным процессом, с активностью, свойственной темпераменту ребенка.

**10. Сон.** Первое время сон отсутствует совсем, в тихий час ребенок напоминает «ваньку - встаньку». Воспитатели не успевают его уложить, как он уже сидит на кровати и рыдает. По ходу привыкания к детскому саду ребенок начинает засыпать. На первых этапах сон вряд ли можно назвать сном. Он прерывистый, беспокойный, характеризующийся постоянным всхлипыванием

или резким подъемом. Иногда кажется, что ребенку снятся кошмары. Он словно смотрит свой сон как будто страшный фильм в телевизоре, где явно видит все, что с ним происходит. Но тем не менее, кино имеет только страшное начало, конец настолько страшен, что ребенок боится его досматривать до конца. И для того чтобы его в самом деле не видеть, он в испуге и слезах останавливает сон. После того, как ребенок адаптируется к детскому саду, он, действительно, может спокойно провести свой тихий час и мирно спать.

**11. Аппетит.** Когда ребенок адаптируется медленно и неблагоприятно, то аппетит его становится намного хуже, иногда и вовсе пропадает, как будто ребенок объявляет голодовку. Намного реже происходит обратная ситуация, когда ребенок вдруг впадает в другую крайность и начинает есть не меньше, чем Гаргантюа, своим «волчьим» аппетитом пытаясь хоть в какой-то мере удовлетворить свои неудовлетворенные потребности. Восстановление повышенного либо пониженного аппетита, в основном, говорит о том, что негативные сдвиги адаптационного периода не увеличиваются, а постепенно начинают убывать, и в скором времени придут в норму и все остальные показатели указанного нами ранее эмоционального портрета. В процессе стресса ребенок может потерять вес, но, привыкнув, он быстро и легко не только восстановит свою прежнюю массу тела, но и будет в дальнейшем поправляться и расти [14].

Кроме этого нужно быть осведомленным в том, что у ребенка во время периода адаптации возможно внезапное, без каких-либо очевидных причин, краткосрочное повышение температуры. Чаще всего в таких случаях врач говорит об «адаптационных свечах». Такие «свечи» еще раз напоминают о тяжести адаптационного процесса [19].

Психологи и врачи указывают 3 степени адаптации: легкую, среднюю и тяжелую.

**Критерии степени тяжести адаптации:**

- эмоциональное состояние ребенка;
- отношения ребенка с другими детьми;

- отношения ребенка со взрослыми;
- аппетит и сон;
- длительность и частота острых заболеваний.

При легкой степени адаптации: как правило, все показатели приходят в норму за 3-4 недели. При средней адаптации - за 5-6 недель. При тяжелой степени адаптации - за 2-6 месяцев и более.

Адаптация определяется следующими факторами:

- Уровень развития и состояние здоровья ребенка. Здоровый, полноценно развивающийся ребенок склонен к лучшим способностям адаптации. Соматически и нервно ослабленные, быстро утомляемые, имеющие плохой аппетит и сон дети, более долго приспосабливаются к новым условиям, и на фоне трудностей адаптационного периода страдают стрессовыми состояниями, и, как следствие, они болеют гораздо чаще.

Возраст ребенка на момент поступления в дошкольное учреждение[12].

Разлука - страх - стресс - срыв адаптации - болезнь. Эта цепочка чаще всего свойственна ребенку с неблагоприятной либо трудной адаптацией к детскому саду. При таком типе адаптации процесс, чаще всего, продолжается долгое время, и ребенок привыкает к организованному коллективу несколько месяцев, а в некоторых случаях может и вовсе не привыкнуть. Поэтому детей с трудной адаптацией, которую предрекали у ребенка еще в детской поликлинике, желательно отдавать в дошкольное учреждение не в 3 года, а по мере возможности чуть позже, после совершенствования механизмов адаптации. Кроме того, необходимо вспомнить также о кризисе трех лет, который может усугубить адаптационный процесс ребенка. Необходимо помнить, что в этом возрасте ребенок только начинает чувствовать себя личностью и желает показать это всем окружающим. А мы, окружающие, не желаем этого замечать, закрываем глаза, потому что гораздо проще, чтобы все оставалось, как раньше. Именно поэтому ребенок становится весь на пределе, пытается отстаивать перед нами собственное мнение, и психика его делается

уязвимее, чем раньше, к действию разных обстоятельств и новых условий окружающей среды.

Именно в это время, когда ребенок, как никогда ранее, требует от родителей понимания, поддержки, когда просто необходимо пощадить его ослабленную нервную систему, словно специально помимо психической нагрузки кризиса трех лет, на плечи ребенка опускается еще один тяжелый груз— процесс приспособления, адаптации к детскому саду, не осознавая того, что все это подорвет его. И многие дети на самом деле «надрываются», о чем говорят значительные изменения в повседневном поведении ребенка. Нельзя забывать, что риск неблагоприятной адаптации у детей чаще всего намного увеличивается, когда анамнез у ребенка имеет некоторые неблагоприятные факторы развития, которые носят название врачей «факторы риска». Ребенку с неблагоприятной адаптацией, кроме воспитателей и родителей, поможет только педиатр или узкий специалист. Противоположным типом тяжелой адаптации является тип легкой адаптации ребенка, при котором ребенок адаптируется к новым условиям чаще всего несколько недель, обычно - полмесяца. Эти дети обычно не приносят хлопот, и видимые изменения их поведения, чаще всего краткосрочны и незначительны, поэтому ребенок не болеет. Кроме двух полярных типов адаптации, имеется также и промежуточный тип, представляющий собой перешеек, соединяющий «южный» и «северный» полюсы адаптации ребенка. В таких случаях говорят о средней тяжести течения адаптационного процесса в детском организме.

При указанном типе адаптации ребенок в среднем адаптируется к новому организованному коллективу более месяца и иногда во время этого процесса заболевает. При этом, чаще всего, заболевание протекает без каких-либо осложнений, что является главным принципиальным отличием указанного типа адаптации от тяжелой степени. При среднем типе адаптации риск заболеваемости ребенка может быть снижена врачом. Чем ранее им будут назначены корректирующие мероприятия, тем менее вероятность того, что ребенок заболеет, т.е. его адаптация будет близка к благоприятной. А это, в

свою очередь, послужит хорошим подспорьем в дальнейшей адаптации, когда ребенку необходимо будет посещать школу. Доказано, что при тяжком течении процесса адаптации к детскому саду ребенок тяжело адаптируется и к условиям обучения в школе.

Таким образом, в данном параграфе мы рассмотрели понятие, значение, факторы, условия, формы, способы и методы адаптация ребенка к ДОО.

Нами были рассмотрены эмоциональный профиль, или портрет (ЭП) ребенка, впервые поступившего в обычный детский сад. Он включает следующие показатели: отрицательные эмоции, страх, гнев, положительные эмоции, социальные контакты, познавательная деятельность, социальные навыки, особенности речи, двигательная активность, сон, аппетит.

Различают 3 степени адаптации: легкую, среднюю и тяжелую.

Нами были выявлены критерии степени тяжести адаптации: эмоциональное состояние ребенка; его отношение со сверстниками; отношения со взрослыми; сон и аппетит; частота и длительность острых заболеваний.

При легкой адаптации: все показатели нормализуются, как правило, к 3-4 неделям. При средней степени адаптации - к 5-6 неделям. При тяжелой адаптации - от 2-6 мес. и более.

## **1.2 Родительское отношение к ребенку: понятие, компоненты, типы и стили**

**Родительское отношение** – это педагогическая социальная установка по отношению к детям, включающая в себя эмоциональный, рациональный и поведенческий компоненты. Смысл этих трех компонентов исследователями освещался различным образом, но в любой структуре они имели место в той или иной форме. По мнению А. Я. Варга и В. В. Столина[15], «**родительские отношения**» – это система отношений к ребенку, разнообразных чувств,



поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера и личности ребенка, его поступков.

Понятие родительское отношение несет наиболее общий характер и указывает на взаимосвязь и взаимозависимость ребенка и родителя. Родительское отношение включает в себя субъективно – оценочное, сознательно – избирательное представление о ребенке, которое описывает особенности родительского восприятия, метод общения с ребенком, степень приемов воздействия на него.

Одним из первых исследователей проблемы семейного воспитания поднял П. Ф. Лесгафт. Целью любого воспитания он считал поддержку развития разумного человека, который смог бы опыт прожитой жизни связать с жизнью настоящей и при этом сумел бы предугадать последствия своих действий и отношений к другому миру. Важнейшим психолого-педагогическим понятием для определения разных типов семейного воспитания указывается стиль родительского отношения, или стиль воспитания. В форме социально-психологического понятия, стиль значит объединение приемов и методов общения в отношении к контактному лицу. Выделяют конкретный, характерный и общий стили общения. В качестве детерминант стиля общения выступают направленность личности как обобщенная, относительно устойчивая мотивационная тенденция; позиция, занятая по отношению к контактному лицу, и параметры ситуации общения. **Родительский стиль** – это характерные, обобщенные, ситуационно неспецифические методы общения данного родителя с данным ребенком, это образ действий по отношению к ребенку. Чаще всего в психолого-педагогических исследованиях для определения, анализа родительского отношения используются два критерия: степень эмоциональной близости, теплоты родителей к ребенку (любовь, принятие, тепло или эмоциональное отвержение, холодность) и степень контроля за его поведением (высокая - с большим количеством ограничений, запрещений; низкая - с минимальными запретительными тенденциями).

По мнению Л. Беньямина, отношения ребенка с родителями строятся на основе двух главных стратегий: стратегия предоставления самостоятельности, бегством на преследование; стратегии «защитного поведения» – ребенок в ответ на отвержение начинает вести себя так, как будто его любят, как бы приглашая родителей изменить свое отношение к нему. Внутренняя регуляция поведения ребенка воспроизводит отношение родителей к ребенку, но отношение к другим все же строится на основе воспроизводства отношений между родителями или отношения родителей к другим детям.

Изучая родительские отношения как фундаментальную основу развития ребенка, Э. Фромм заметил качественное различие между особенностями отцовского и материнского отношения к ребенку. Это различие наиболее четко заметно по следующим линиям: контролируемость – неконтролируемость, условность – безусловность.

Любовь матери безусловна – мать любит собственного ребенка лишь за то, что он есть. Чувство матери не подвергается контролю со стороны ребенка, ее нельзя заслужить (или она имеется, или нет). Любовь отца обусловлена – отец любит за что-то конкретное, когда ребенок оправдывает его ожидания. Отцовское чувство вполне управляемо, его можно заслужить, но также его можно и потерять. При этом Э. Фромм отмечает, что «Речь здесь идет не о конкретном родителе, а о материнском и отцовском началах, которые в определенной степени представлены в личности матери или отца». Таким образом, Э. Фромм выделяет такие существенные характеристики родительских отношений, как его двойственность и противоречивость.

Подобное противопоставление безусловной и условной любви описывает К. Роджер. Автор выделяет, что именно безусловное позитивное внимание к ребенку со стороны родителя, безотносительно к его проделкам и поведению, формирует полноценное развитие личности ребенка.

Э. Г. Эйдемиллер [37] указывает такие критерии, необходимые при выборе характеристики стиля воспитания:

1. Уровень протекции. Имеется ввиду то, сколько внимания, сил, времени родители уделяют на воспитание ребенка. Тут выявляются два отклонения: чрезмерная (гиперпротекция) и недостаточная (гипопротекция). При гиперпротекции родители тратят на ребенка очень много внимания, сил и времени, его воспитание для них является делом всей их жизни. Гипопротекция – ситуация, при которой ребенок испытывает крайний дефицит внимания, сил и времени, родителям «не до него», воспитанием ребенка они занимаются лишь время от времени, в случае происшествий.

2. Степень удовлетворения потребностей ребенка. Тут могут учитываться как материально-бытовые потребности (в одежде, питании, предметах развлечения), так и духовные (в первую очередь в общении с родителями, в их любви и протекции). В степени удовлетворения потребностей имеют место два отклонения: потворствование и игнорирование. Потворствованию предпологает возникновение такой ситуации, когда родители желают не критического и максимального удовлетворения всех видов потребностей ребенка. Его балуют, выполняют любое его пожелание или каприз, который является для них законом. При потворствовании родители неосознанно проецируют на детей свои не удовлетворенные в детстве потребности и стараются найти любой способ заместительного удовлетворения их за счет воспитательных действий. Игнорирование по своему характеру является противоположной ситуацией потворствованию и выглядит как недостаточное стремление к удовлетворению потребностей ребенка. Чаще всего при этом страдают духовные потребности, особенно потребность в общении с родителями, в эмоциональном контакте,.

3. Количество и качество требований к ребенку в семье. Требования к ребенку – важнейший момент воспитательного процесса. Он включает в себя, в первую очередь, обязанности ребенка (уход за собой, учеба, помощь другим членам семьи, участие в организации быта), во вторую очередь, запреты – то что не разрешается делать ребенку. В третью очередь, нарушение запретов или невыполнение ребенком обязанностей может повлечь за собой применение санкций – от ненавязчивого осуждения до серьезных наказаний. Формы

нарушений четких требований к ребенку такие: чрезмерность требований-обязанностей, недостаточность требований-обязанностей, чрезмерность требований-запретов, недостаточность требований-запретов, чрезмерность санкций, минимальность санкций. Чрезмерность требований-обязанностей стоит в основе вида негармоничного воспитания – «повышенная моральная ответственность». Требования к ребенку непомерны, слишком велики, не соответствуют его возможностям и увеличивают риск психической травматизации. В случае недостаточности требований-обязанностей ребенок в семье выполняет минимальное число обязанностей. В ситуации чрезмерности требований-запретов ребенку «ничего нельзя», ему предъявляется слишком большое число требований, ограничивающих его самостоятельность и свободу. У родителей выявляется страх перед любыми проявлениями самостоятельности ребенка, и даже стремление подавить самостоятельность мысли ребенка. При недостаточности требований-запретов ребенку, наоборот, все разрешено. Даже если и имеют место какие-то табу, ребенок без труда может их нарушить, будучи уверенным в том, что за это он не понесет никакой ответственности. Чрезмерность санкций описывает вид воспитания «жестокое обращение». Эти родители в наибольшей степени привержены к применению суровых мер наказания, чрезмерно реагируют даже на самые малейшие нарушения поведения. В ситуации минимальных санкций родители предпочитают либо совсем обходиться без наказаний, либо назначают их крайне редко, сомневаясь, что наказания могут быть результативны.

4. Кроме этого, Э. Г. Эйдемиллер отмечает такой признак, как неустойчивость стиля воспитания – резкое изменение стиля, переход от слишком строгого к либеральному и, наоборот, от излишнего внимания к ребенку – к эмоциональному отталкиванию его родителями.

Д. Баумринд была предложена концепция трех стилей родительского отношения – авторитетного, авторитарного и либерального.

**Авторитарный родитель** желает добиться полного контроля своего ребенка, требует от него безукоснительного выполнения поставленных правил,

ценит послушание как добродетель и наказывает карательными мерами в случае, если поведение и пожелания ребенка не соответствуют установленным родителям правилам.

**Авторитетный родитель** устанавливает поведение ребенка в более рациональном русле, хвалит его сомнения и делится своими сомнениями с ребенком относительно собственной воспитательной деятельности, настаивает на собственных правах как взрослого и при этом учитывает индивидуальные интересы ребенка. Такой родитель требует контроля в сфере детско-родительских отношений, но без репрессивных мер.

Разрешающий родитель может позволить ребенку регулировать его собственные интересы, активность и поведение, не наказывая строгими мерами против детских шалостей и пожеланий, требуя выполнения только лишь нескольких правил относительно совместного проживания в семье и поведения в социуме. Такой родитель считается источником удовлетворения желаний и безнаказанности для ребенка. Этот стиль можно считать либеральным.

Д. Баумринд в своих исследованиях показала, что более благотворным и эффективным для ребенка является авторитетный стиль родительского поведения. Также она выделяет четыре параметра родительского отношения: родительский контроль, родительские требования, способы общения с детьми, эмоциональная поддержка. Деятельность ребенка, его развитие, по мнению Д. Баумринд, зависит от того, какой параметр преобладает в воспитательной практике родителей. В этой связи автором было предложено разделить детей на три типа:

**1. Компетентные** – уверенные в себе дети, с явно выраженным самоконтролем, умением находить и налаживать контакты, зрелые, независимые, активные, любознательные, социально развитые.

**2. Избегающие** – дети с преобладанием уныло-грустного настроения, тяжело налаживающие контакты, избегающие фрустрационных и новых ситуаций, недоверчивые, замкнутые.

3. **Незрелые** – неуверенные в себе дети, с плохо отлаженным самоконтролем, с низким уровнем социального развития, нелюбознательные, не умеющие себя сдерживать.

Согласно исследованию Д. Баумринд, родителям компетентных детей присуще сочетание высокой требовательности и контроля с демократичностью и принятием. К компетентным детям родители относятся тепло, нежно, с пониманием, доброжелательно, с умеренным контролем. Хотя прислушиваются к мнению детей, тем не менее, уважают их личную точку зрения, но не исходят лишь из пожеланий детей, а придерживаются собственных правил, четко давая понять мотивы своих требований. Это соответствует авторитетному типу воспитания.

Родители избегающих детей больше стремятся к строгости и наказаниям, относятся к детям с меньшей нежностью и сочувствием, общаются с ними гораздо реже, жестко контролируют их. Это соответствует авторитарному стилю воспитания.

Родители незрелых детей – неорганизованны, снисходительны, нетребовательны, неспособны к контролю в силу собственной эмоциональной незрелости. Это соответствует либеральному типу воспитания.

Авторитетный стиль родительского отношения, скорее всего, способствует разумному или нормальному поведению подростка. Такое поведение характеризуется ответственностью, независимостью и высокой степенью контроля и самопринятия. А. С. Макаренко выделял следующие типы родительского авторитета: авторитет любви, уважения, доброты; в противоположность им ставил авторитет подавления, педантизма расстояния, подкупа, резонерства. Последние типы авторитета, по А. С. Макаренко могут соответствовать авторитарному типу отношений. Дети, подверженные авторитарному воспитанию, становятся зависимыми и тревожными в присутствии обладающих властью лиц либо вести себя вызывающе или обижаться и возмущаться по всякому поводу. Воспитанные в рамках вседозволенности дети игнорируют правила и нормы, в результате

недостаточного самоконтроля ощущают свою неполноценность в том случае, если родители их игнорировали.

Поведение ребенка не связано однозначно, напрямую с той или иной точкой зрения взрослых. Одна и та же позиция родительского отношения может вызвать разные последствия. В одних случаях поведение детей оказывается таким, на какое и был расчет: взрослый утверждает свою безоговорочную власть – и ребенок слушается: ребенку предоставляют самостоятельность – и он проявляет инициативу; в ответ на разумное родительское убеждение следует повиновение, угроза вызывает страх.

Другие дети на эти же действия родителей реагируют разными способами защиты. К примеру, столкнувшись с тем, что его отвергают, отстраняют, ребенок может вести себя так, словно его любят и дорожат им, таким образом как бы призывая родителей изменить свое отношение к нему.

Известны разные варианты родительских позиций, установок, родительского (чаще материнского) отношения. А. Я. Варга выделяет следующие стили воспитания: симбиоз (эмоциональная чрезмерная близость), авторитарность, эмоциональное отвержение (“маленький неудачник“).

Рассмотрим симбиотический стиль. Зачастую в психологической литературе можно встретить термин «гиперопека», совпадающий по смыслу с понятием «симбиоз». Американский психолог и педагог Эдда Ле Шан описывает данное явление следующим образом: «Безусловно, родители должны защищать ребенка от опасностей, оценивать, насколько он готов к занятиям, сопряженным с риском. Некоторые ситуации опасны и нежелательны, и дети должны быть защищены от них. Но иногда родители встревожены без всяких на то оснований. Их поведение означает, что им спокойно только тогда, когда ребенок полностью зависим от них. Их приводит в ужас то, что его придется отпустить из дома, даже если это необходимо и безопасно».

По мнению Э. Ле Шан, для гиперопеки имеются две предпосылки. Первая предпосылка состоит в том, что родители используют ребенка для удовлетворения своих нереализованных потребностей. Он заменяет все

остальные нормальные пути самореализации взрослого, особенно связанные с работой и браком. Другая предпосылка «удушающей любви» выглядит иначе, но имеет те же корни. Гиперопека нередко скрывает сильную враждебность по отношению к ребенку. Так как это чувство неприемлемо к детям и вызывает угнетающее чувство вины, оно быстро вытесняется в подсознание. Некоторые разочарованные и неудовлетворенные родители на самом деле боятся, что их неприятие ребенка или враждебность может привести к тому, что с ним случится «что-то плохое».

Проблеме симбиотических отношений посвящена книга М. Ф. Белокрыловой и В. Я. Семке «Привязанность. Зависимость. Симбиоз». В ней дается описание механизма формирования симбиотических отношений. По мнению авторов книги, он состоит в следующем. В возрасте от 6 месяцев до 2–3 лет «нормальный» ребенок очень сильно привязан к матери, и если в этот момент его с ней разлучить или лишить его ее любви, то ребенок не получает необходимой компенсирующей поддержки. Взросление ребенка сопровождается его постепенным отделением. Прохождение стадии отделения, чаще всего, характеризуется небольшими потерями, разочарованиями, тревогой – это все помогает ребенку отделиться. Поэтому мать должна суметь вынести огорчение и тревогу своего ребенка, наблюдая, как вместе с ними ребенок постепенно приобретает самостоятельность. «Здоровая» мать подсознательно чувствует, когда нужно вмешаться и успокоить, и она может позволить ребенку немного волнений, но всегда будет рядом, если понадобится ее поддержка. Если мать справляется с этим (возможно, даже ошибаясь), то ребенок постепенно становится увереннее в себе, отпуская ее, постепенно снижая свою полную зависимость от нее, становится изворотливее в поисках новой опоры. Если же мать не способна вынести даже самое малое волнение ребенка, и каждый раз кидается заслонить от него свое дитя, то он уже не способен шаг за шагом отступить от матери. Она препятствует тому, чтобы ребенок, слегка страдая, расставался бы с привязанностью к ней. Первопричины происходящего – в недополучении самой матерью некоторых своих



собственных нужд. Собственная подавленность и тревожность делают ее чрезмерно чувствительной к боли ребенка. Заслоняя его от нормального, полезного расстройств при каждой попытке сделать шаг в сторону независимости, она мешает ему научиться преодолевать расстроенные чувства – погоревать и отгоревать, не пугаясь. Так ребенок не учится тому, как переживать потери, а значит, затруднен во взрослении. Бессознательно с самого раннего возраста он при любом затруднении привык звать на помощь маму задолго до настоящих страданий.

В тех ситуациях, когда человек не преодолел полностью все ступени роста, он не способен на самом деле оставить своих матерей и отцов. Или все также сохраняется привязанность к ним, а не к будущему супругу. Или, несмотря на разделяющее субъекта и родителей расстояние, он, не пережив зависимых чувств к ним, проецирует их на партнера в браке, на детей, как если бы это были родители.

Необходимо отметить, что аналогичного мнения придерживался Д. В. Винникотт. Он также писал о том, что предупредительная помощь матери в требуемый момент и сиюсекундное реагирование на всякую потребность ребенка мешает ему познать то, что мать находится «за пределами» его «я», и результатом этого будут навсегда не выясненные границы личности.

М. Ф. Белокрылова и В. Я. Семке отмечают следующие условия формирования симбиотических отношений: подобный стиль взаимодействия в прародительской семье, и, как следствие, чрезмерная привязанность «родителя-симбионта» к собственным родителям. Личностные особенности родителей, такие как депрессивность, тревожность, низкая самооценка, незрелость, страх одиночества, нереализованная потребность в эмоциональной поддержке и любви, мазохистские черты, эмоциональная сдержанность, недостаток эмпатии, низкая сензитивность к потребностям ребенка как неосознанная защитная реакция на имевший место в своем раннем опыте недостаток внимания родителей, поддержки и заботы. Приобретение раннего

опыта межличностных отношений в условиях эмоционального симбиоза или эмоциональной депривации.

«Закрытость» семейной системы, заикленность семьи на себе, спаянность членов семьи. Смещение функций подсистемы прародителей в воспитательную функцию подсистемы родителей, нередко вынужденное включение ребенка в подсистему родителей с возложением на него непосильных требований и ожиданий (чаще в неполных семьях). Доминирование женской подсистемы при слабой мужской подсистеме. Отсутствие или отстранение от воспитания отца, приводящее к нарушению процесса индивидуализации. Конфликты между родителями в период детства. В первые три года жизни ребенка агрессивные отношения между родителями могут восприниматься как сигнал опасности, что в случае отказа от симбиозной связи с матерью он потеряет мать как любящий объект. В старших возрастных группах ребенок в условиях семейных скандалов вовлекается в двойной конфликт приближения – избегания, когда, приобретая поддержку матери, он теряет расположение отца, и наоборот.

Следующий стиль родительского отношения, который хотелось бы рассмотреть – симбиотически - авторитарный. Исходя из типологии А. Я. Варги, при этом типе воспитания наряду с высокими показателями по шкале «симбиоз» наблюдается также высокий уровень авторитаризма. Явление симбиоза было подробно описано ранее, теперь необходимо отметить такое понятие как «авторитаризм».

Влияние авторитаризма на развитие личности ребенка исследовалось многими психологами. Например, работы Л. Хьюитта и Р. Дженикса показали, что чрезмерный контроль, жесткая регламентация со стороны родителей, сильные ограничения тесно взаимосвязаны с эмоциональными нарушениями у детей. Подобные дети зачастую пребывают в невротическом или подавленном состоянии. Исследования Э. Мэша и К. Джостона показали, что у детей, в развитии которых отмечалась чрезмерная физическая активность и слабый контроль за своим поведением, матери проявляли большие проявления

властности, чем матери детей, развивающихся нормально. Также, по мнению Р. Бернса, при авторитарном стиле воспитания у ребенка зарождается негативная Я - концепция. В таких случаях у детей имеется ощущение отторгнутости, бесчувственности, заброшенности, агрессии, что, в свою очередь, ведет к созданию напряженности в общении с людьми, к отрицательному отношению, как к себе, так и к другим людям. Как отмечает ряд исследователей, к появлению негативной Я - концепции приводят чрезмерная непоследовательность, требовательность, придирчивость, отсутствие тепла в отношениях родителей к ребенку, авторитарность родителей, - когда они безапелляционны в суждениях, убеждены в своей правоте и непогрешимости и требуют безоговорочного подчинения своим установкам. Дети таких родителей считают, что их не любят, что они малоценны и не нужны. Постоянный страх наказания приводит к повышенной тревожности и фрустрации. У этих детей, как правило, кроме негативной Я - концепции, появляется социальная пассивность, предубежденность против самого себя, болезненная стеснительность, так как они не решаются к самопроявлению, опасаясь наказания, неудач, критики.

Авторитарная семья была подробно изучена в работах Э. Фромма. Он отмечал, что зачастую встречаются семьи, в которых родители желают, чтобы дети реализовывали их неисполненные планы, и чтобы они во всем были «послушны».

Таким образом, в данном параграфе мы рассмотрели понятие, компоненты, типы и стили родительского отношения к ребенку.

Под родительским отношением мы понимаем систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков. Нами были рассмотрены многие классификации родительского отношения к детям. Для нас более приемлемой оказалась классификация Варги – Столина, которая состоит из 5 шкал.

"Принятие-отвержение". Шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы: родителю нравится ребенок таким, какой он есть. "Кооперация" - социально желательный образ родительского отношения. "Симбиоз" - шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. "Авторитарная гиперсоциализация" - отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. "Маленький неудачник" - отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем.

### **1.3 Часто болеющий ребенок: особенности развития психики и межличностных отношений**

Часто болеющие дети (ЧБД) - этот термин обозначает группу детей, которая характеризуется более высоким, чем у их сверстников, уровнем заболеваемости острыми респираторными инфекциями. При этом к ЧБД относятся дети, у которых частые ОРЗ возникают в силу эпидемиологических причин из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма.

Отметим следующие особенности деятельности и межличностного взаимодействия соматически больных детей: круг контактирования ребенка ограничен до минимума; имеет место объективная зависимость от взрослых (педагогов, родителей), желание получать от них помощь; преобладают симбиотический, симбиотически - авторитарный, привязывающее - подавляющий стили родительского отношения к ребенку; родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, требуя различных запретов и ограничений; сужена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и как следствие дефицит двигательной потребности ребенка; психологическая структура семьи с больным ребенком имеет следующий вид: активная, доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отгороженный от них отец.

Ребенок в своих представлениях демонстрирует устойчивое изменение ценностных позиций членов семьи. Так, если у здоровых детей, чаще всего, значимость членов семьи выстраивается в следующей позиции: ребенок-мать-отец, то у часто болеющих детей эта цепочка имеет другую последовательность: отец-мать-ребенок, где отец «перемещается» представляет собой идеальную фантазию, наделяется особыми положительными качествами и вызывает, в основном, теплые, позитивные эмоции. При возникновении проблемных ситуаций часто болеющие дети чаще всего выбирают отца, да и болезнь нередко сближает ребенка и отца. Кроме того, болезнь может усугубить изначальную дефицитность психологического внимания отца в жизни и воспитании ребенка: трудности эмоционального общения с женой и ребенком, неумение организовать совместный семейный досуг, отсутствие чувства ответственности за нее.

«Вытеснение» отца из психологической жизни ребенка может иметь ряд причин. Это, в первую очередь, традиционное культурно обусловленное перераспределение функциональных обязанностей в семье в случае болезни ребенка, когда социально заданная глобальная ответственность за все происходящее с больным ребенком приводит к экспансии этой ответственности на все жизненное пространство семьи и отец отстраняется от собственного ролевого влияния на ребенка. Когда ребенок болен отец - наблюдатель, а не творец. Традиционна позиция матери в данной ситуации: «Уходи, не мешай, мы лечимся»; образовательный уровень родителей больных детей часто высокий. Это позволяет предположить присутствие в семьях часто болеющих детей высоких требований к качеству окружающей материально-вещной обстановки и организации быта, разнообразной организации досуга, развитию и обогащению духовного мира ребенка. Помимо этого, родители ясно чувствуют свою ответственность за воспитание детей, за необходимость организации семейной и общественной жизни. Родители склонны к анализу своей воспитательной деятельности и развитию педагогической культуры. Проявляют повышенную заинтересованность физическим и социальным развитием детей.

Внутрисемейная атмосфера отличается позитивным интеллектуальным и эмоциональным микроклиматом. Но при таких благоприятных для развития ребенка потенциальных возможностях их родителей, в семьях в целом имеет место неудовлетворенность семейной жизнью; в семьях часто болеющих детей нарушены режимы питания, сна, физической активности и отсутствует серьезное отношение к здоровью. Все это означает, что ситуация в семейной микросреде во многом определяется и зависит от субъективной позиции родителей, их активности и желании совместно использовать имеющийся образовательный и культурный потенциал на благо ребенка.

В целом, анализ микросоциальной среды развития часто болеющих детей младшего дошкольного возраста в сравнении со здоровыми сверстниками показывает, что больные дети являются «принятыми» в среде своих сверстников. При этом во взаимоотношениях со сверстниками часто болеющие дети неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, не являются членами устойчивых детских объединений.

Внутрисемейная атмосфера характеризуется сниженным эмоциональным микроклиматом [22].

Таким образом, в данном параграфе мы рассмотрели особенности развития психики и межличностных отношений часто болеющих детей.

Мы выяснили, что для часто болеющих детей характерна особая социальная ситуация развития и особенности личности: тревожность, выраженная неуверенность в себе, быстрая утомляемость; отсутствие опыта общения со сверстниками, чрезмерная привязанность к взрослому. Хроническое заболевание оказывает воздействие и на особенности нервной системы часто болеющего ребенка, она становится более уязвимой, менее подготовленной к воздействию стрессовых факторов. В большинстве случаев родительское отношение к часто болеющему ребенку является неэффективным: ребенка к матери и психологической отстраненности отца, в связи с чем, возможны трудности адаптации часто болеющих детей к ДОО.

Особенностями межличностного взаимодействия и деятельности соматически больных детей является следующее: круг общения ребенка ограничен до минимума; присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь; преобладают симбиотический, симбиотически - авторитарный, привязывающее - подавляющий стили родительского отношения к ребенку; родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения; ограничена игровая деятельность (ее возможности и проявления) и как следствие двигательная потребность ребенка; психологическая структура семьи с больным ребенком имеет следующий вид: активная, доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отгороженный от них отец.

### **Выводы по первой главе**

Теоретический анализ особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации, часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО показал, что эмоциональный профиль ребенка, впервые поступившего, в обычный детский сад включает следующие показатели: отрицательные эмоции, страх, гнев, положительные эмоции, социальные контакты, познавательная деятельность, социальные навыки, особенности речи, двигательная активность, сон, аппетит.

Различают 3 степени адаптации: легкую, среднюю и тяжелую. Нами были выявлены критерии степени тяжести адаптации: эмоциональное состояние ребенка; его отношение со сверстниками; отношения со взрослыми; сон и аппетит; частота и длительность острых заболеваний.

При легкой адаптации: все показатели нормализуются, как правило, к 3-4 неделям. При средней степени адаптации - к 5-6 неделям. При тяжелой адаптации - от 2-6 мес. и более.

Далее мы рассмотрели понятие, компоненты, типы и стили родительского отношения к ребенку. Под родительским отношением мы понимаем систему

разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков. Нами были рассмотрены многие классификации родительского отношения к детям. Для нас более приемлемой оказалась классификация Варги – Столина, которая состоит из 5 шкал.

"Принятие-отвержение". Шкала отражает интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Содержание одного полюса шкалы: родителю нравится ребенок таким, какой он есть. "Кооперация" - социально желательный образ родительского отношения. "Симбиоз" - шкала отражает межличностную дистанцию в общении с ребенком. "Авторитарная гиперсоциализация" - отражает форму и направление контроля за поведением ребенка. "Маленький неудачник" - отражает особенности восприятия и понимания ребенка родителем.

Далее мы рассмотрели особенности развития психики и межличностных отношений часто болеющих детей.

Мы выяснили, что для часто болеющих детей характерна особая социальная ситуация развития и особенности личности: тревожность, выраженная неуверенность в себе, быстрая утомляемость; отсутствие опыта общения со сверстниками, чрезмерная привязанность к взрослому. Хроническое заболевание оказывает воздействие и на особенности нервной системы часто болеющего ребенка, она становится более уязвимой, менее подготовленной к воздействию стрессовых факторов. В большинстве случаев родительское отношение к часто болеющему ребенку является неэффективным: ребенка к матери и психологической отстраненности отца, в связи с чем, возможны трудности адаптации часто болеющих детей к ДОО.

Особенностями межличностного взаимодействия и деятельности соматически больных детей является следующее: круг общения ребенка ограничен до минимума; присутствует объективная зависимость от взрослых (родителей, педагогов), стремление получить от них помощь; преобладают симбиотический, симбиотически - авторитарный, привязывающее -



подавляющий стили родительского отношения к ребенку; родители фиксируют внимание ребенка на болезненных проявлениях, вводя различные запреты и ограничения; ограничена игровая деятельности (ее возможности и проявления) и как следствие двигательная потребность ребенка; психологическая структура семьи с больным ребенком имеет следующий вид: активная, доминантная мама с «привязанным» к ней ребенком и отгороженный от них отец.

## **ГЛАВА 2. Эмпирическое исследования особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации, часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО**

### **2.1 Описание испытуемых и методик исследования**

Исследование проводилось на базе МБДОУ№ 20 «Солнышко» г. Железногорска. В исследовании приняло участие 24 ребенка (12 — часто болеющих и 12 здоровых) дети младшего дошкольного возраста и их мамы.

Использовались следующие методы:

- теоретический анализ и систематизация данных о категории ЧБД;
- метод сбора эмпирических данных (индивидуальная карта ребёнка, медицинская карта, анкета для родителей);
- методы математической статистики.

Для исследования особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации, часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО в качестве используемых методов применялись: методы сбора эмпирических данных: «Карта готовности к поступлению в ДОО» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986; Соколовская Н.В., 2008); тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

#### **Краткое описание использованных методик.**

Методика Г. Пантюхиной «Карта готовности ребёнка к поступлению в ДОО»

**Цель:** изучение состояния ребенка, определение уровня его физического и психического состояния с точки зрения готовности к социальной адаптации.

**Описание:** В дошкольном учреждении педагог закрепляет наблюдения за деятельностью каждого ребенка в листе адаптации до того момента, пока не нормализуется его поведение. Если ребенок начинает болеть, это тоже

фиксируется в листе адаптации, и по возвращении ребенка в детский сад воспитатель наблюдает за его деятельностью в течение трех дней.

Очень важно сделать анализ протекания периода адаптации в группе. Для этого нужно выявить, какая была подготовленность каждого ребенка к поступлению в детское дошкольное образование и как проходило привыкание под наблюдением психолога, воспитателей, врача.

При оценке состояния ЧБД тестируются и учитываются следующие факторы:

- а) аппетит
- б) сон
- в) социальные контакты ребёнка
- г) эмоциональное состояние ребёнка
- д) длительность адаптации к ДОО

### **Тест - опросник родительского отношения А.Я.Варга, В.В.Столин.**

#### **Методика ОРО.**

Тест - опросник родительского отношения А.Я Варга, В.В. Столина (ОРО), ориентированный на выявление родительского отношения у детей старшего дошкольного возраста [25].

Тест - опросник родительского отношения (ОРО) представляет собой психодиагностический инструмент, ориентированный на выявление родительского отношения у лиц, обращающихся за психологической помощью по вопросам воспитания детей и общения с ними. Родительское отношение понимается как система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

Результаты опросника выражаются в пяти шкалах: принятие-отвержение, социальная желательность поведения ребенка, симбиоз (отсутствие дистанции между родителем и ребенком), авторитарный контроль, отношение к неудачам

ребенка. В тесте - опроснике 61 вопрос, на которые следует отвечать согласием или несогласием. Методика предназначена для родителей детей 3-10 лет.

## 2.2 Результаты констатирующего эксперимента

В начале исследования мы изучили социально-психологические характеристики детей. Полученные результаты представлены в таблицах 1, 2.

Таблица 1

### Социально-психологические характеристики часто болеющих детей

№	Имя Фамилия ребенка	Возраст	Состав семьи	Мед. Диагноз
1.	Лида Б.	2г.11мес.	Семья полная, один ребенок	ОРВИ (5 и более раз в год)
2.	Егор Х.	2г.1мес.	Семья полная, есть брат - подросток	ОРВИ (6 раз в год)
3.	Кира К.	2г.2мес.	Семья полная, один ребенок	ОРВИ (4 раз в год)
4.	Соня Г.	2г.5мес.	Семья полная, есть брат - школьник	ОРВИ (4 и более раз в год)
5.	Рита К.	2г.4мес.	Семья полная, есть брат - школьник	ОРВИ (3 и более раз в год)
6.	Иван П.	2г.3мес.	Семья полная, многодетная, есть две сестры - школьницы	ОРВИ (3 и более раз в год)
7.	Дима Ш.	2г.3 мес.	Семья полная, многодетная, есть брат – раннего возраста, сестра – школьница	ОРВИ (6 и более раз в год)
8.	Дима Б.	2г.10мес.	Семья полная, один ребенок	ОРВИ (3 и более раз в год)
9.	Дима К.	2г.1мес.	Семья полная, есть брат - подросток	ОРВИ (3 и более раз в год)
10.	Алена М.	2г.1мес.	Семья полная, один ребенок	ОРВИ (3 и более раз в год)
11.	Арсений Б.	2г.4мес.	Семья полная, есть брат - подросток	ОРВИ (6 раз в год)
12.	Артем Ф.	2г.	Семья полная, один ребенок	ОРВИ (6 и более раз в год)
N=12			Полные семьи 100 % Не полные семьи 0 % Братья, сестра 58,4 %	<b>100%</b>

Таким образом, мы видим, что количество часто болеющих детей составляет 12 детей в группе, все они из полных семей. Количество ОРВИ от 3 и больше в год, что позволяет отнести данных детей к группе часто болеющих. Рассмотрим таблицу 2.

Таблица 2

## Социально-психологические характеристики здоровых детей

№	Имя Фамилия ребенка	Возраст	Состав семьи	Мед. Диагноз
1.	Данил С.	2г.9мес.	Семья полная, есть сестра – ранний возраст	ОРВИ (3 и более раз в год)
2.	Егор Т.	2г.5мес.	Семья полная, многодетная есть брат, сестра - школьники	ОРВИ (2 и более раз в год)
3.	Катя Ф.	2г.3мес.	Семья полная, один ребенок	ОРВИ (3 раза в год)
4.	Рома П.	2г.5мес.	Семья не полная, один ребенок	ОРВИ (2 раза в год)
5.	Кристина К.	2г.2мес.	Семья не полная, есть брат - подросток	ОРВИ (2 и более раз в год)
6.	Ева Ж.	2г.8мес.	Семья полная, один ребенок	ОРВИ (1 и более раз в год)
7.	Таисия Н.	2г.8 мес.	Семья полная, многодетная, есть брат – раннего возраста, брат – школьник	ОРВИ (3 раза в год)
8.	Артемий П.	2г.6мес.	Семья полная, есть брат - школьник	ОРВИ (2 раза в год)
9.	Арсений С.	2г.6мес.	Семья полная, многодетная, есть брат – дошкольник, сестра – раннего возраста	ОРВИ (2 и более раз в год)
10.	Коля З.	2г.4мес.	Семья полная, один ребенок	ОРВИ (3 и более раз в год)
11.	Артем Б.	2г.4мес.	Семья полная, есть сестра - подросток	ОРВИ (3 раза в год)
12.	Алиса Н.	2г.6мес.	Семья полная, один ребенок	ОРВИ (3 и более раз в год)
<b>N=12</b>			Полные семьи 83,4 % Не полные семьи 16,6% Братья, сестра 58,4 %	<b>100%</b>

Исходя из данной таблицы, мы можем заметить, что здоровые дети болеют ОРВИ 3 раза в год и меньше. Их также 12 детей, но количество полных семей в данной группе меньше, в отличие от группы часто болеющих детей.

На этапе исследования адаптации часто болеющих детей (ЧБД) младшего дошкольного возраста была определена их готовность к посещению дошкольного общего образования (рис. 1).

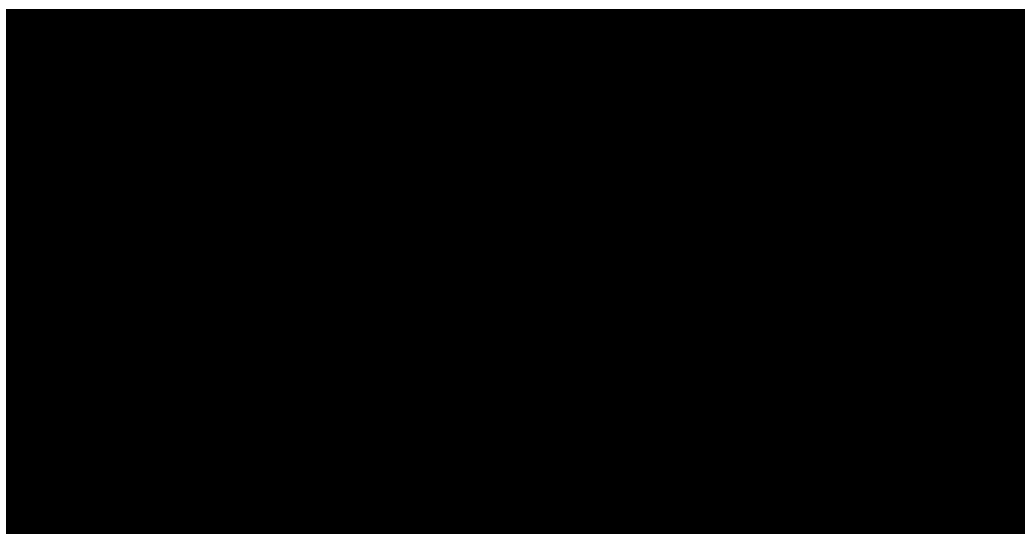


Рис. 1. Статистическое сравнение средних значений показателей готовности к ДОО часто болеющих и здоровых детей младшего дошкольного возраста (методика «Карта готовности к ДОО» Пантюхина Г.В., Печора К.Л., 1986)

Полученные результаты указывают, что готовность к ДОО часто болеющих детей достоверно отличается по ряду показателей ( $p \leq 15,6$ ;  $p \leq 21,5$ ) от здоровых сверстников. Показатели инициативности в общении со взрослыми и сверстниками ( $p \leq 0,33$ ;  $p \leq 1,58$ ) у часто болеющих детей снижены физиологические показатели готовности (аппетит  $p \leq 0,92$ , сон  $p \leq 1,5$ ).

## Особенности готовности часто болеющего ребенка к ДОО

№	Имя Фамилия ребенка	Возраст	Эмоциональное состояние ребенка	Социальные контакты ребенка	Сон	Аппетит	Длительность адаптации к ДОО
1.	Арсений Б.	2г.4мес.	+2	+1	+3	-2	25 дней
2.	Лида Б.	2г.11мес.	-2	-1	-2	-2	4 месяца
3.	Алена М.	2г.1мес.	-1	-3	-1	-2	3 месяца
4.	Иван П.	2г.3мес.	-1	+2	+3	+3	26 дней
5.	Кира К.	2г.2мес.	+1	-1	+3	+3	17 дней
6.	Рита К.	2г.4мес.	-1	+2	+3	+3	28 дней
7.	Дима Ш.	2г.3 мес.	+1	-2	+2	+2	18 дней
8.	Артем Ф.	2г.	+2	-2	+3	+3	12 дней
9.	Дима К.	2г.1мес.	+2	+3	+3	+3	8 дней
10.	Дима Б.	2г.10мес.	+2	+3	+1	+2	14 дней
11.	Соня Г.	2г.5мес.	+2	+3	+1	+1	24 дня
12.	Егор Х.	2г.1мес.	-3	-1	-2	-2	8 месяцев
	ИТОГО (среднее арифметическое по каждой колонке)	2,2	0,33	0,33	1,5	0,92	15,6

В результате наблюдений в период адаптации на каждого ребенка был составлен индивидуальный лист наблюдения в период адаптации к ДОО.

## Особенности готовности здорового ребенка к ДОО

№	Имя Фамилия ребенка	Возраст	Эмоциональное состояние ребенка	Социальные контакты ребенка	Сон	Аппетит	Длительность адаптации к ДОО
1.	Данил С.	2г.9мес.	+2	+1	+3	+3	15 дней
2.	Егор Т.	2г.5мес.	-1	+2	+3	+3	28 дней
3.	Катя Ф.	2г.3мес.	+1	+1	+1	+2	25 дней
4.	Рома П.	2г.5мес.	-1	-1	+1	+3	17 дней
5.	Кристина К.	2г.2мес.	+1	-1	+2	+3	25 дней
6.	Ева Ж.	2г.8мес.	-2	+2	+3	+1	28 дней
7.	Таисия Н.	2г.8 мес.	+2	+2	+3	+2	16 дней
8.	Артемий П.	2г.6мес.	+2	+2	+1	+1	27 дней
9.	Арсений С.	2г.6мес.	+2	+3	+3	+3	8 дней
10.	Коля З.	2г.4мес.	+3	+3	+1	+2	14 дней
11.	Артем Б.	2г.4мес.	-1	+2	+1	-2	24 дня
12.	Алиса Н.	2г.6мес.	+2	+3	+3	-2	30 дней
	ИТОГО (среднее арифметическое по каждой колонке)	2,55	0,83	1,58	2,08	1,58	21,5

Сравнивая показатели, представленные в двух вышеприведенных таблицах, следует отметить следующее, что готовность к ДОО часто болеющих детей достоверно отличается по ряду показателей ( $p \leq 15,6$ ;  $p \leq 21,5$ ) от здоровых сверстников. Показатели инициативности в общении со взрослыми и сверстниками ( $p \leq 0,33$ ;  $p \leq 1,58$ ) у часто болеющих детей снижены физиологические показатели готовности (аппетит  $p \leq 0,92$ , сон  $p \leq 1,5$ ). Однако длительность адаптации к ДОО у здоровых детей больше, чем у ЧБД.



Далее нами была составлена сравнительная таблица степени адаптации здоровых и часто болеющих детей к ДОО.

Таблица 5

Сравнительная таблица степени адаптации к ДОО здоровых и часто болеющих детей

Группа детей	Степени адаптации				
	Очень легкая	Легкая	Средняя	Тяжелая	Дезадаптация
Часто болеющие	8,3%	16,7%	50%	16,7%	8,3%
Здоровые	8,3%	41,7%	50%	-	-

В данной таблице мы видим что, по степени адаптации в обеих исследуемых группах, количество детей с очень легкой и средней степенью адаптации одинаково. Однако в группе здоровых детей 41,7% имеют легкую степень адаптацию. В группе часто болеющих детей – 2 ребенка (16,7%) имеют тяжелую степень адаптацию и один ребенок (8,3%) дезадаптирован.

Далее нами были определены особенности адаптации часто болеющих детей и их здоровых сверстников путем отслеживания динамики адаптационных показателей детей исследуемых групп (рис. 2).

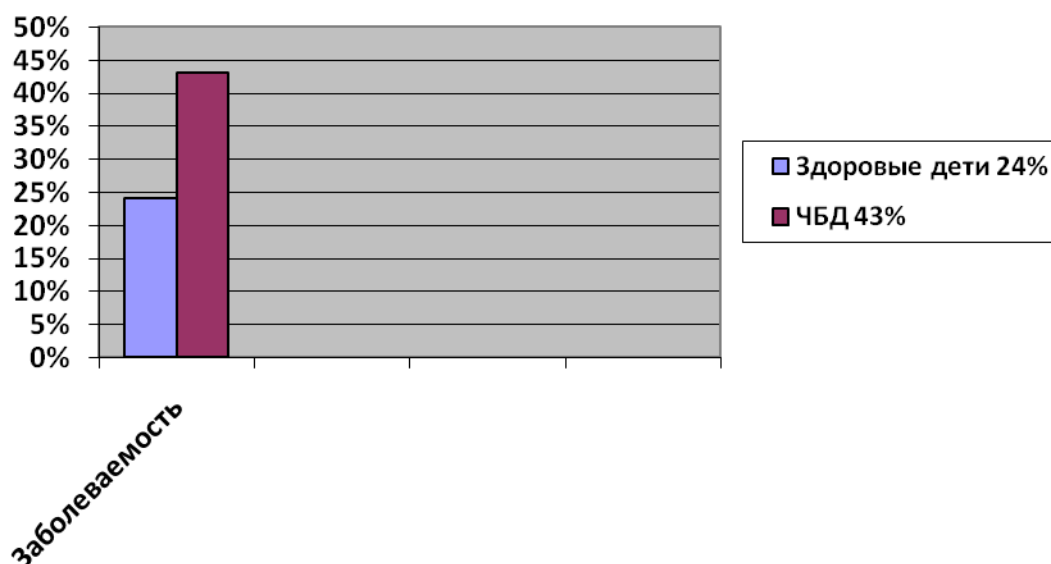


Рис. 2. Статистическое сравнение средних значений показателей степени адаптации часто болеющих и здоровых детей младшего дошкольного возраста

(методика «Лист адаптации» Пантюхина Г.В., Печора К.Л., 1986, Соколовская Н.В., 2008).

Сравнение полученных результатов указывает на достоверные различия в сроках (длительности) адаптации часто болеющих детей и их здоровых сверстников ( $p \leq 15,6$ ) и показателях адаптации: аппетит ( $p \leq 0,92$ ), сон ( $p \leq 1,5$ ), эмоциональное состояние ( $p \leq 0,33$ ), социальные контакты ( $p \leq 0,33$ ), заболеваемость ( $p \leq 43\%$ ). Полученные данные указывают на то, что адаптация часто болеющих детей характеризуется более осложненным течением, с низкой стабилизацией адаптационных показателей.

Далее нами изучалось отношение матерей к часто болеющим и здоровым дошкольникам с последующим выявлением взаимосвязей типов родительского отношения с показателями готовности и адаптации исследуемых категорий детей.

При определении специфики родительского отношения к детям выявлено, что преобладающим отношением матерей к часто болеющим детям является симбиоз и инфантилизация, у матерей здоровых дошкольников преобладает кооперация (рис. 3).

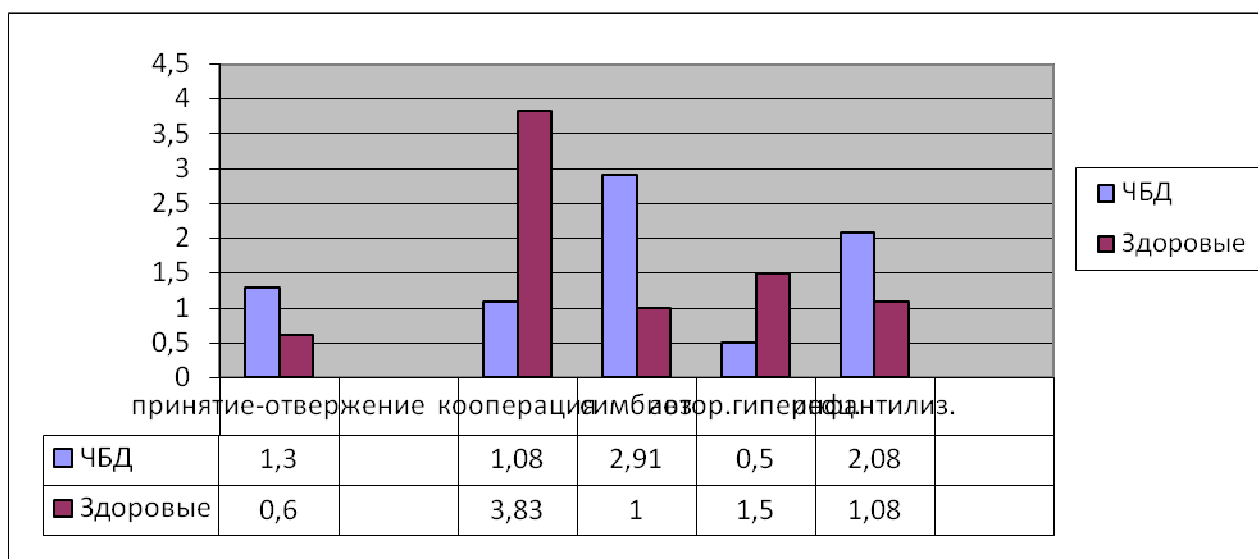


Рис. 3. Статистическое сравнение средних показателей выраженности родительского отношения матерей к часто болеющим и здоровым детям

младшего дошкольного возраста (методика «Тест–опросник родительского отношения» Варга А.Я., Столин В.В.).

Полученные результаты указывают на преобладание неэффективного родительского отношения к часто болеющему ребенку, а также на его неоднозначность.

Матерям здоровых детей достоверно более свойственно отношение к ребенку по типу кооперация. В этом случае мамы обладают общей положительной установкой по отношению к ребенку, стараются быть с ним на равных, принимают его, что говорит об эффективности родительского отношения к здоровым детям.

Таблица 6

Итоговая таблица констатирующего эксперимента по выявлению взаимосвязей родительского отношения и степени адаптации, часто болеющих и здоровых детей младшего дошкольного возраста

Родительское отношение		Принятие – отвержение	Кооперация	Симбиоз	Авторитарная гиперсоциализация	Инфантилизация
Форма адаптации						
<b>Часто болеющие дети</b>						
Дезадаптация	n=1	6 M=6	3 M=3	5 M=5	3 M=3	5 M=5
Тяжелая	n=2	11; 11 M=11	4; 7 M=5,5	5; 7 M=6	3; 3 M=3	6; 4 M=5
Средняя	n=6	12; 5; 9; 12; 9; 14 M=10,2	6; 3; 3; 3; 4; 2; M=3,5	4; 5; 7; 7; 7; 4; M=5,7	5; 2; 3; 3; 2; 4; M=3,2	6; 4; 6; 7; 5; 4; M=5,3
Легкая	n=2	11; 5 M=8	4; 5 M=4,5	7; 4 M=5,5	6; 4 M=5	5; 3 M=4
Очень легкая	n=1	10 M=10	5 M=5	4 M=4	3 M=3	4 M=4
Среднее значение		1,3	1,08	2,91	0,5	2,08

Здоровые дети						
Средняя	n=6	15; 10; 11; 12; 13; 12; M=12,2	6; 5; 4; 6; 6; 7; M=5,7	3; 4; 6; 4; 3; 4; M=4,0	3; 5; 4; 6; 2; 3; M=3,8	5; 4; 3; 3; 7; 2; M=4,0
Легкая	n=5	11; 16; 9; 8; 14; M=11,6	4; 5; 7; 5; 7; M=5,6	3; 4; 4; 6; 3; M=4	6; 3; 7; 4; 3; M=4,6	3; 2; 3; 2; 6; M=3,2
Очень легкая	n=1	9 M=9	7 M=7	5 M=5	2 M=2	4 M=4
Среднее значение		0,6	3,83	1	1,5	1,08

В данной таблице мы видим, что:

В группе часто болеющих детей при дезадаптации по методикам «Карта готовности к поступлению в ДООУ» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986; Соколовская Н.В., 2008) преобладает низкий балл по шкале «принятие – отвержение», средний балл по шкале «кооперация», средний балл по шкале «симбиоз», средний балл по шкале «авторитарная гиперсоциализация» и средний балл по шкале «инфантилизация» по методике тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

В группе часто болеющих детей при тяжелой форме адаптации по методикам «Карта готовности к поступлению в ДООУ» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986; Соколовская Н.В., 2008) преобладает средний балл по шкале «принятие – отвержение», средний балл по шкале «кооперация», высокий балл по шкале «симбиоз», средний балл по шкале «авторитарная гиперсоциализация» и средний балл по шкале «инфантилизация» по методике тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

В группе часто болеющих детей при средней форме адаптации по методикам «Карта готовности к поступлению в ДООУ» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986;

Соколовская Н.В., 2008) преобладает средний балл по шкале «принятие – отвержение», средний балл по шкале «кооперация», высокий балл по шкале «симбиоз», средний балл по шкале «авторитарная гиперсоциализация» и средний балл по шкале «инфантилизация» по методике тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

В группе часто болеющих детей при легкой форме адаптации по методикам «Карта готовности к поступлению в ДОО» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986; Соколовская Н.В., 2008) преобладает низкий балл по шкале «принятие – отвержение», средний балл по шкале «кооперация», высокий балл по шкале «симбиоз», средний балл по шкале «авторитарная гиперсоциализация» и средний балл по шкале «инфантилизация» по методике тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

В группе часто болеющих детей при очень легкой форме адаптации по методикам «Карта готовности к поступлению в ДОО» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986; Соколовская Н.В., 2008) преобладает средний балл по шкале «принятие – отвержение», средний балл по шкале «кооперация», средний балл по шкале «симбиоз», средний балл по шкале «авторитарная гиперсоциализация» и средний балл по шкале «инфантилизация» по методике тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

В группе здоровых детей при средней форме адаптации по методикам «Карта готовности к поступлению в ДОО» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986; Соколовская Н.В., 2008) преобладает средний балл по шкале «принятие – отвержение», средний балл по шкале «кооперация», средний балл по шкале «симбиоз», средний балл по шкале «авторитарная гиперсоциализация» и средний балл по шкале «инфантилизация» по методике тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

В группе здоровых детей при легкой форме адаптации по методикам «Карта готовности к поступлению в ДООУ» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986; Соколовская Н.В., 2008) преобладает средний балл по шкале «принятие – отвержение», средний балл по шкале «кооперация», средний балл по шкале «симбиоз», средний балл по шкале «авторитарная гиперсоциализация» и средний балл по шкале «инфантилизация» по методике тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

В группе здоровых детей при очень легкой форме адаптации по методикам «Карта готовности к поступлению в ДОО» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986; Соколовская Н.В., 2008) преобладает средний балл по шкале «принятие – отвержение», высокий балл по шкале «кооперация», средний балл по шкале «симбиоз», низкий балл по шкале «авторитарная гиперсоциализация» и средний балл по шкале «инфантилизация» по методике тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

### **Выводы по второй главе**

Таким образом, во второй главе мы провели эмпирическое исследования особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации, часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.

Исследование проводилось на базе МБДОУ № 20 «Солнышко» г. Железногорска. В исследовании приняло участие 24 ребенка (12 — часто болеющих и 12 здоровых) дети младшего дошкольного возраста и их мамы.

Использовались следующие методы:

- теоретический анализ и систематизация данных о категории ЧБД;
- метод сбора эмпирических данных (индивидуальная карта ребёнка, медицинская карта, анкета для родителей);
- методы математической статистики.

Для исследования особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации, часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО в качестве используемых методов применялись: методы сбора эмпирических данных: «Карта готовности к поступлению в ДОО» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., 1986; Соколовская Н.В., 2008); тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В., 1988).

Нами было выявлено, что соматически ослабленным детям присуща средняя и тяжелая форма адаптации к ДОО. У здоровых детей в большей степени наблюдается легкая форма адаптации.

Анализируя описание деятельности детей с разными вариантами адаптации к ДОО, можно сделать вывод, что дети из группы легкой адаптации безболезненно и быстро проходят все этапы приспособления к образовательному учреждению: легко привыкают к новым условиям нахождения в группе, устанавливая ситуативно-деловое общение с воспитателями, проявляют интерес к новым игрушкам и с удовольствием с ними играют, дети делают для себя открытие в виде сверстников, эмоционально относятся к ним, стараются войти с ними в контакт, вовлечь в свою игру.

Дети с адаптацией средней тяжести достигают третьего этапа и тормозятся на нем - тут дети уже освоились в новых условиях и установили контакт с воспитателями, проявляют активность в мире игрушек, на небольшое время вступают в групповые занятия и игры, но не высказывают интерес к сверстникам.

Дети с тяжелой адаптацией надолго остаются на первом и втором этапах - они или совсем не могут освоиться в новых условиях образовательного учреждения, вследствие чего находятся в постоянном эмоциональном стрессе, часто зовут маму, высказывают желание отправиться домой, постоянно хнычут, не отпускают от себя свою любимую игрушку, или напрашиваются на

постоянное эмоциональное и физическое общение с воспитателями, буквально «прилипая» к нему и не отходя от него.

В разделе «взаимосвязь родительского отношения и особенностей адаптации, часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению» показаны результаты исследования отношения матери к часто болеющим и здоровым детям, взаимосвязь родительского отношения (материнского) и адаптации. Выявлены достоверно более выраженные (в сравнении с матерями здоровых детей) показатели неэффективного отношения матерей к часто болеющим детям (симбиоз, инфантилизация).

Матерям здоровых детей более присуще отношение к ребенку по типу кооперация ( $p < 3,83$ ). В этом случае родители обладают общей положительной установкой по отношению к ребенку, стараются быть с ним на равных, принимают его, что говорит об эффективности родительского отношения к здоровым детям.

Корреляционный анализ особенностей отношения матери к детям показал присутствие взаимосвязи с показателями готовности к ДОО и адаптации. При этом наиболее тесную положительную корреляционную связь имеет эффективное материнское отношение (кооперация) с выраженностью таких показателей готовности как: показателями адаптации: аппетит, сон, эмоциональное состояние, социальные контакты ( $p < 1,58$ ); обратная корреляционная связь выявлена между кооперацией и заболеваемостью часто болеющего ребенка ( $p < 1,08$ ).

Неэффективные типы родительского отношения (инфантилизация, симбиоз) имеют наиболее значимую тесную прямую корреляционную связь с такими показателями готовности к ДОО как: аффективная привязанность к взрослому ( $p < 2,91$ ) (у часто болеющих) и показателями адаптации: заболеваемость ( $p < 43\%$ ), длительность адаптации ( $p < 15,6$ ); обратную корреляционную связь с показателями готовности: адаптации: аппетит, сон, эмоциональное состояние, социальные контакты ( $p < 0,33$ ).



Таким образом, подтверждены данные о зависимости между тяжестью прохождения адаптации и степенью расстройства функций организма и систем. Была выявлена взаимосвязь между особенностями адаптации ЧБД младшего дошкольного возраста и родительского отношения к ним.

### **ГЛАВА 3. Коррекционная работа по улучшению адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО**

#### **3.1 Проведение коррекционной работы с детьми младшего дошкольного возраста**

Как было отмечено выше, в период адаптации у ребенка наблюдается перестройка ранее сформированных динамических стереотипов и, кроме физиологической и иммунной ломки, можно заметить разрешение психологических препятствий. Стресс способен вызвать у ребенка защитную реакцию, которая характеризуется отказом от физиологических потребностей (сна, еды), взаимодействия с окружающими, заикливание в себе и др. Поэтому в период адаптации с детьми требуется проводить регулярную работу, для того чтобы смягчить этот процесс.

Эмоциональные трудности ребенка требуют преодоления в самые первые дни его нахождения в саду. От эффективности работы педагога в этом направлении зависит дальнейшая жизнь ребенка, и не только в этом учреждении. Негативный опыт адаптации может спровоцировать отрицательные отголоски и в начальных классах школы.

Для оптимального осуществления периода адаптации переход ребенка из семьи в дошкольное учреждение необходимо сделать по возможности более плавным. Для этого нами была использована коррекционная программа авторов Т.Н. Борисовой, О.Н. Хоревой по улучшению адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО [12].

Прикладное творчество является одним из любимых занятий детей. Ребенок испытывает вполне объяснимое желание передать в рисунках свои эмоции от увиденного и пережитого. Он начинает использовать карандаши, краски, кисти, бумагу, и вовлекается в процесс творения. С его помощью ребенок делает попытку уменьшить свой страх перед новой обстановкой, людьми. Также изобразительная деятельность уменьшает агрессию,

тревожность, интенсивного развития эмоционального мира и общения, вследствие чего период адаптации часто болеющих детей протекает быстрее [24].

Нами были выделены два равноценных направления работы педагога:

1. Работа непосредственно с ребенком

- работа, не связанная с художественной деятельностью;
- занятия художественной деятельностью.

2. Работа с родителями, в которой оглашаются рекомендации для подготовки ребенка к образовательной организации (см. Приложение).

**1 направление. Работа, не связанная с художественной деятельностью.**

**2 направление. Занятия художественной деятельностью.**

Важное значение на занятиях педагогом придавалось рисованию на природных материалах (камнях) и работе с песком.

«По рисункам человека можно определить склад его личности, понять его отношение к разным сторонам действительности», – писал А.Л. Венгер [8, 45]. Рисунки дают возможность оценивать психологическое состояние и уровень умственного развития, диагностировать психические отклонения. Во многих странах мира рисуночные тесты являются важнейшим инструментом практических психологов. В первую очередь, рисунок может являться показателем уровня развития ребенка. При нарушениях умственного развития имеет место более поздний переход ребенка от стадии к стадии, остановка на ранних стадиях.

Выполняя рисунки, пусть в виде каракуль, головоногов и т.п., ребенок неосознанно высказывает свои чувства. Очевидно, что, ребенок раннего возраста в полной мере еще не может ясно показать при помощи изобразительного творчества свои страхи, но, в то же время, увлекаясь рисованием, дети отстраняются от своих волнений, связанных с отсутствием близких и нахождении в новом месте.

Очень часто рисование красками становится новым видом деятельности для ребенка младшего дошкольного возраста, т.к. многие родители не допускают того, что ребенок марается сам, и марает все окружающее, поскольку рисование довольно грязное занятие. В детском саду ребенок попадает в новый мир и обнаруживает для себя новые возможности. Как было отмечено выше, дети любят рисовать. Даже непоседливый ребенок, который с трудом может просидеть на месте в течение 2 минут, может спокойно выполнять рисунки 10-15 минут.

В деятельности с песком дополнительно применялись маленькие фигурки (ракушки, камешки, цветы, шишки, ветки, фигурки людей, рыб, птиц, животных, сказочных героев, кубики, машинки, мостики, домики), лопатки, формочки, ситечко, грабли, вода для смачивания песка, чтобы формировать его. Занятия проходили в группе и на улице. В группе была оборудована специальная песочница – небольшой ящик (70/60/15), наполовину заполненный чистым песком [37].

Дети, испытывающие трудности в адаптации, имеющие страхи, в большей степени нуждаются в игре - занятиях с песком. Игра с песком помогает ребёнку справиться со страхами, застенчивостью, конфликтностью в общении и других различных проблем.

Было выявлено, что отрицательные эмоции, стычки и страхи проецировались в песочных фигурах в символическом виде. Но в ходе дальнейшей деятельности по совместному созданию песочных образов все отрицательные тенденции уменьшались и проходили. Общение у детей становилось мирным и ровным, конфликтные ситуации сократились.

Занятия с песком направлены на то, чтобы оказать содействие маленькому ребенку: Целью ее является и не изменение и переделывание ребенка, не обучение его каким-либо особым поведенческим навыкам, а предоставление возможностей ребенку оставаться самим собой.

Играя игрушками, ребенок неосознанно может продемонстрировать более адекватно, чем сказать словами, свое отношение к себе, к близким людям, к

происшествиям в своей жизни, ко всему окружению. Для детей игровая деятельность является средством коммуникации. Дети более явно и более неосознанно показывают себя в неумышленной, инициированной ими самими игре, чем в фразах, т.к. в игре они испытывают более комфортные чувства.

Дети с пониженной самооценкой, увеличенным уровнем тревожности и застенчивости чаще всего охотно выбирают игрушки и переключают свое внимание на них. Дети младшего дошкольного возраста склонны к неустойчивому вниманию, и поэтому достаточно экспрессивны; игра преподносит им обширные кинестетические впечатления. Кроме того, она содействует развитию более позитивной Я - концепции, выработке большей способности к принятию самого себя, умения контролировать самого себя, формированию способностей к процессу преодоления сложностей; формированию самооценки и обретению веры в себя самого.

Создатель песочной терапии К.Г. Юнг говорил, что процесс «игры в песок» освобождает заблокированную энергию и «активизирует возможности самоисцеления, заложенные в человеческой психике».

Американский педагог С. Куломзина утверждает, что песочница не только способствует формированию творческого потенциала ребёнка, активизирует образно-логическое мышление, пространственное воображение, тренирует мелкую моторику руки, но ненавязчиво, непринужденно способствует формированию устоев детей на постижение моральных истин добра и зла, создает гармоничный образ мира [37].

Наблюдение показало, что песочная терапия и роспись камней положительно влияют на эмоциональное состояние детей. Дети, занимаясь песочной игрой, эмоционально и правдоподобно переживают события, а совместные переживания скрепляют и сдружили детский коллектив. У детей осознается потребность к общим играм и общению со сверстниками, а это позитивно отражается на адаптации. Кроме этого, уход за песком помогает детям ознакомиться с правилами поведения в ДОО. Дети получают навыки самостоятельно ухаживать за песком: собирать его в песочницу лопатками,

следить за тем, чтобы барьер песочницы был чистым после игр, игрушки освобождены от песка и собраны в специальную коробку. Тут можно давать трудовые поручения, вносить соревновательные элементы и т.д.

Таким образом, художественная деятельность отвечает психологическим и эмоциональным потребностям ребенка и оказывает на его психическое состояние положительное действие.

Художественная деятельность позволяет людям справиться со многими психологическими проблемами. В том числе и со стрессами. Поскольку ребенок младшего дошкольного возраста ограничен в способах избавления от стресса, связанного с периодом адаптации, на помощь ему может прийти только игра и художественная деятельность. Занимаясь художественной деятельностью, ребенок отвлекается от своих переживаний, связанных с отсутствием мамы, учится ориентироваться в новой для себя ситуации общения с детьми.

**Продолжительность занятий:** от 5 до 15 минут каждый день (начиная с 5 минут, постепенно увеличивая интервал до 15 минут), сначала индивидуально с каждым ребенком, позже по подгруппам.

На занятиях были использованы различные виды игр, некоторые из которых представлены в Приложении Д.

Работа педагога основывалась на следующих **принципах**:

⇒ не ограничивать ребенка и не навязывать своего мнения. Педагог является лишь направляющим.

⇒ проявлять внимательное и терпеливое отношение к детям, которое проявляется в том, что ребенок чувствует к себе любовь и принятие таким, какой он есть.

**Рекомендации для выбора используемого материала.** Материал должен быть достаточно прочным, так как ребенок, исследуя эти вещи, не всегда использует их по назначению. Например, лучше дать фломастер с толстым стержнем, а вместо хрупких карандашей – цветные шариковые ручки. Не следует одновременно давать слишком много материала, это рассеивает

внимание малыша. Он может катать, бросать карандаши, стучать ими, просовывать в какую-нибудь щель, пробовать на вкус и т.д. Бумагу он будет мять, и рвать на мелкие кусочки.

Если интерес ребенка иссяк, можно предложить ему материал другого свойства, цвета, величины и т.д. Надо дать возможность ребенку опробовать материал так, как он хочет, пойти навстречу его желаниям (исключая действия, опасные для его здоровья). Психологи советуют взрослым научиться делать что-либо не за ребенка, не для него, а вместе с ним, и доверять ему то, с чем он вполне может справиться сам.

На занятиях использовались такие виды художественной деятельности, как рисование на бумаге (кисточками, руками), рисование красками на камне, рисование на песке, аппликация, лепка из теста.

### **1. Рисование на бумаге руками и кисточками.**

- a) знакомство с материалами (краски, ручки и бумага);
- b) рисование пальчиковыми красками (вместе с другими детьми) (правила рисования: мыть руки после работы, не пачкать детей и окружающее и т.д.);
- c) простейшие рисунки: линии (дождик, дорожки и т.д.);
- d) рисование рядом с другими детьми (у каждого свои инструменты, чтобы детям не приходилось их делить);
- e) рисование гуашью, кисточками (сначала одной краской) (правила рисования: мыть кисточку, рисовать на листе бумаги и т.д.).

### **2. Рисование красками на камне.**

- a) совместный поиск природного материала
- b) знакомство с материалом
- c) рисование гуашью, кисточками и т.д.

### **3. Работа с песком.**

- a) рисование на песке;
- b) создание из песка фигурок с помощью формочек;
- c) создание из песка горок, ямок и т.д.

**4. Аппликация.**

- a) знакомство с материалом (бумага цветная, клей, ножницы);
- b) приклеивание готовых деталей;
- c) разрезание бумаги

**5. Лепка из теста.**

- a) знакомство с материалом (тесто);
- b) простейшие приемы работы с тестом (разминание, катание колбасок, шариков, отщипывание).

**Занятие (лепка из теста) «Домик для зайчика»**

**Цель:** формировать умение скатывать кусочки теста ладошками на дощечке. Воспитывать доброжелательное отношение к игровым персонажам, вызывать сочувствие.

**Материал:** вертикальные ёлочки, «осенние листочки», мягкая игрушка зайчик, зонтик, пластилин, доски, салфетки, кусочки морковки на разносе.

**Воспитатель:** Ребята, пойдёмте в осенний лес погуляем. Смотрите, как здесь красиво! Ёлочки растут, под ногами листья жёлтые, красные лежат. Походите по ним, послушайте, как они шуршат.

Мы листочками шуршим,

Ш-ш-ш,

Нагуляться мы хотим,

Ш-ш-ш,

Наступаем ножками,

Ш-ш-ш,

И шуршим немножко мы,

Ш-ш-ш.

**Воспитатель:** Смотрите-ка! Погода испортилась, дождик пошёл. А у нас зонтик есть! Спрячемся под зонтиком и не намокнем под дождём! Ой, слышите, кто-то плачет? Поищите, под ёлочки загляните. (Дети находят мокрого плюшевого зайку). Ребята, да он весь мокрый! Пощупайте шубку. Мокрая?



Почему он такой мокрый? (дождик намочил). Да, у нас зонтик есть. Мы можем под зонтом укрыться. Или дома от дождя можем спрятаться, или в детском саду. А у зайчика ни зонтика, ни домика нет. И когда в лесу идёт дождь, зайка всегда мокрый. Жалко его! (Заяц чихает). Вот заболел, наверно. Давайте ему домик слепим. Садитесь за столы.

(У каждого ребёнка по несколько кусочков теста). Воспитатель согревает и разминает кусочки теста, показывает способ катания брёвнышек, поощряет детей, делает указания, оказывает индивидуальную помощь, спрашивает: «Что лепим? Для кого?»). После того, как все брёвнышки готовы, воспитатель вместе с детьми строит домик для зайчика.

**Воспитатель:** Смотрите, зайчик повеселел, улыбается. Домик готов. Осталось только крышу сделать (крыша делается из картона).

Заяц (подпрыгивая): У меня красивый дом,

Тёплый дом, крепкий дом,

Мне не страшен дождь и гром,

Дождь и гром, дождь и гром.

Большое спасибо, мальчики и девочки! Вы очень помогли мне. Я за это хочу угостить вас морковкой.

### **Занятие (аппликация) «Тучки по небу гуляют...»**

**Цель:** повышать у детей произвольность действий – выкладывать неправильные формы в одном направлении, плотно приставляя их одну к другой; располагать элементы по всему пространству листа. Развивать способность ориентироваться на всей плоскости листа, находить «верх», «низ». Формировать навыки совместной работы.

**Материал:** изображения туч разной величины синего цвета, изображения капель дождя, силуэты деревьев, синий большой лист цветного картона.

**Ход занятия.** Ребята, сегодня я вас познакомлю с семьёй тучек. Посмотрите – папа-туча, мама-туча и дети-тучки. Все они ходят по небу, внимательно смотрят на землю и, если видят, что деревья, цветы, трава хотят пить, то льют дождём. Найдите папу-тучу. Папа самый большой. Какого он

цвета? (Кладёт тучу на большой лист бумаги). А где же мама? Она какого цвета? Тоже синего, но меньше. (Прикладывает к папе). Сегодня им нужно полить деревья. Вместе с папой и мамой отправятся в путь и их дети - маленькие тучки. (Дети берут деток-тучек и прикладывают их плотно к родителям и друг к другу в верхней части листа).

Подуйте на тучки, чтобы они быстрее поплыли по небу, но дуйте осторожно, чтобы они не разлетелись и не растерялись.

Включается музыка плавного характера.

Ребята, тучи плывут, смотрят вниз и видят: стоят деревья, которые ждут их (воспитатель предлагает выложить несколько силуэтов деревьев в нижней части листа). Деревья жалобно просят: «Пить-пить». Тучи постарались, и пошёл дождь. Воспитатель предлагает детям выложить в средней части листа капли дождя: «Дождь идёт везде, чтобы полить все деревья. Капельки нужно выкладывать острой частью вверх, чтобы не поранить деревья».

Во время выполнения задания воспитатель делает указания: «Уступайте соседям, не толкайте друг друга, передвигайтесь по всему листу».

После выполнения задания воспитатель обращает внимание детей на то, что все деревья политы. Кто им помог? (Тучки и ребята).

Таким образом, в данном параграфе мы описали проведение коррекционной работы по улучшению адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.

### **3.2 Анализ полученных результатов**

Коррекционная работа проводилась нами с группой часто болеющих детей, у которых была выявлена дезадаптация, тяжелая и средняя адаптация. Всего было 9 детей.

После проведения коррекционной работы, нами повторно было проведена методика «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Соколовская Н.В.). Полученные результаты представлены в таблице 8.

Степени адаптации к ДОО здоровых и часто болеющих детей после проведения коррекционной работы

ЧБД	Форма адаптации
Лида Б.	Средняя
Егор Х.	Тяжелая
Соня Г.	Легкая
Рита К.	Легкая
Иван П.	Легкая
Дима Ш.	Легкая
Алена М.	Средняя
Арсений Б.	Легкая
Артем Ф.	Легкая

Таким образом, можно сказать, что процесс адаптации у большинства детей уже заканчивается, за исключением Егора Х. У него адаптация проходит наиболее тяжело, его отличает от других детей равнодушие к занятиям и детям, незначительно выражены внешние проявления эмоций, страх при расставании с матерью. При этом он часто болеет (2 раза за этот период), что тоже пагубно отражается на процессе адаптации.

В целом ЧБД дети после проведения коррекционной работы успешно прошли адаптацию.

Лида Б. более трудно проходит адаптацию, так как часто болеет и пропускает детский сад. Ребенок был испуган, когда его в первый раз оставили в детском саду. Из-за отрицательных эмоций девочке не понравилось в детском

саду, она со слезами остается в группе. Несмотря на то, что Лиду тянет к детям, он не играет с ними, не обращается к воспитателю. У нее плохой аппетит и сон.

Таким образом, можно сделать вывод, что проведенная коррекционная работа была успешна, процесс адаптации у ЧБД прошел легче.

В данном параграфе нами были описаны полученные результаты после проведения коррекционной работы, которая проводилась нами с группой часто болеющими детьми, у которых была выявлена дезадаптация, тяжелая и средняя адаптация. Всего было 9 детей.

В целом ЧБД дети после проведения коррекционной работы успешно прошли адаптацию.

### **Выводы по главе 3**

В данной главе нами была описана система проведения коррекционной работы по улучшению адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.

Для этого нами была использована коррекционная программа авторов Т.Н. Борисовой, О.Н. Хоревой по улучшению адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.

Изобразительное творчество является одним из любимейших занятий детей. У ребенка возникает вполне естественное желание передать в рисунках свои впечатления от увиденного и пережитого. С помощью ИЗО ребенок может преодолеть свой страх перед незнакомым местом, людьми. Также изобразительная деятельность способствует снятию тревожности, агрессии, интенсивного развития эмоционального мира и общения, вследствие чего процесс адаптации детей часто болеющих детей пройдет легче.

Мы выделили два одинаково важных направления работы педагога:

Работа непосредственно с ребенком: работа, не связанная с художественной деятельностью; занятия художественной деятельностью.

Работа с родителями, где даются рекомендации для подготовки малыша к детскому саду: работа, не связанная с художественной деятельностью; занятия художественной деятельностью.

Продолжительность занятий: от 5 до 15 минут каждый день (начиная с 5 минут, постепенно увеличивая интервал до 15 минут), сначала индивидуально с каждым ребенком, позже по подгруппам.

На занятиях использовались такие виды художественной деятельности, как рисование на бумаге (кисточками, руками), рисование красками на камне, рисование на песке, аппликация, лепка из теста.

Таким образом, художественная деятельность отвечает психологическим и эмоциональным потребностям ребенка и оказывает на его психическое состояние положительное действие.

Далее нами были проведено повторное тестирование детей, имеющих дезадаптацию, тяжелую или среднюю адаптацию. Всего было 9 детей.

Полученные результаты показали, что после проведения коррекционной работы, ЧБД успешно прошли адаптацию к ДОО.

Специально созданные педагогические условия изобразительной деятельности, способствовали снятию эмоционального напряжения ЧБД к ДОО.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Теоретический анализ особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации, часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО позволил сделать следующие выводы.

С приходом в детский сад или другое дошкольное учреждение у ребенка начинается новый этап в его жизни. Но дети часто тяжело привыкают к детскому саду. Часто адаптация сопровождается нервными и эмоциональными расстройствами.

Эмоции играют важную роль в жизни ребенка, особенно в раннем возрасте. Они помогают ребенку приспособиться к той или иной ситуации. Основные эмоциональные состояния, которые владеют ребенком в этот период в основном отрицательные: страх, печаль, гнев, но есть и положительные, например, радость, удивление, интерес от знакомства с новым – обстановкой, деятельностью.

Адаптация – это приспособление организма к новой обстановке, а для ребенка детский сад, несомненно, является новым, еще неизвестным пространством, с новым окружением и новыми отношениями. По своим результатам адаптация бывает разной: позитивной, негативной.

Учеными (Р. Калинина, Л. Семенова, Г. Яковлева) было выделено три фазы адаптационного процесса: 1) острая фаза, которая сопровождается разнообразными колебаниями в соматическом состоянии и психическом статусе, что приводит к снижению веса, частым респираторным заболеваниям, нарушению сна, снижению аппетита, регрессу в речевом развитии (длится в среднем один месяц); 2) подострая фаза характеризуется адекватным поведением ребенка, т.е. все сдвиги уменьшаются и регистрируются лишь по отдельным параметрам на фоне замедленного темпа развития, особенно психического, по сравнению со средними возрастными нормами (длится 3—5 месяцев); 3) фаза компенсации характеризуется убыстрением темпа развития, в

результате дети к концу учебного года преодолевают указанную выше задержку темпов развития.

Во второй главе нами было проведено эмпирическое исследование особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации, часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО.

Исследование проводилось на базе МБДОУ № 20 «Солнышко» г. Железногорска. В исследовании приняло участие 24 ребенка (12 — часто болеющих и 12 здоровых) дети младшего дошкольного возраста и их мамы.

Для исследования особенности взаимосвязей родительского отношения и адаптации, часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО в качестве используемых методов применялись: методы сбора эмпирических данных: «Карта готовности к поступлению в ДОО» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В.); «Лист адаптации» (Печора К.Л., Пантюхина Г.В.; Соколовская Н.В.); тест–опросник родительского отношения (Варга А.Я., Столин В.В.).

Мы выявили, что адаптация часто болеющих детей к дошкольному общему образованию более длительна (в сравнении с категорией здоровых сверстников) и отягчается несформированность готовности к поступлению в ДОО: аффективной привязанностью к взрослому, отсутствием опыта общения со сверстниками, неуверенностью в себе, неустойчивостью аппетита и сна. Течение адаптационного периода часто болеющих детей осложнено в связи с особенностями их частой заболеваемостью, низкой активностью, низкой адаптивностью, преобладанием негативного настроения.

Различия в показателях адаптации часто болеющих и здоровых детей, а также их готовность к посещению ДОО отмечаются в связи с типом родительского отношения. Родительское отношение к часто болеющим детям, в большинстве случаев, является неэффективным: матери чаще всего симбиотически связаны с часто болеющим ребенком, инфантилизируют его. В данном случае родители препятствуют формированию у ребенка навыков самостоятельности, адекватному восприятию себя в социальном мире и

установлению социальных контактов, что может стать предпосылкой тяжелой адаптации ребенка.

Полученные результаты показали, что адаптация к ДОО у ЧБД затруднена, поэтому нами была проведена коррекционная работа, где мы рассматривали влияние изобразительной деятельности на процесс адаптации детей к ДОО.

Для этого нами была использована коррекционная программа авторов Т.Н. Борисовой, О.Н. Хоревой по улучшению адаптации часто болеющих детей младшего дошкольного возраста к условиям ДОО. На занятиях использовались такие виды художественной деятельности, как рисование на бумаге (кисточками, руками), рисование красками на камне, рисование на крупе (песке), аппликация, лепка из теста.

В работе приведены примеры игр, которые помогут родителям и воспитателям. Важно, чтобы эта помощь была систематической, целенаправленной, только тогда эта работа может дать положительный результат.

Таким образом, исследование показало - художественная деятельность позволяет детям справиться со многими психологическими проблемами. В том числе и со стрессами. Поскольку ребенок младшего дошкольного возраста ограничен в способах избавления от стресса, связанного с периодом адаптации, на помощь ему может придти только игра и художественная деятельность. Занимаясь художественной деятельностью, ребенок отвлекается от своих переживаний, связанных с отсутствием мамы, учится ориентироваться в новой для себя ситуации общения с детьми.

Художественная деятельность является одним из любимейших занятий детей. У ребенка возникает вполне естественное желание передать в рисунках свои впечатления от увиденного и прочитанного. С помощью процесса творчества малыш может преодолеть свой страх перед незнакомым местом, людьми, вследствие чего процесс адаптации пройдет легче.



Таким образом, можно сделать вывод, что художественная деятельность является средством успешной адаптации дошкольников к ДОО, а это – необходимое условие полноценного развития ребенка.

Следовательно, нами была подтверждена гипотеза о том, что родители используют неэффективное родительское отношение к часто болеющему ребенку, что затрудняет адаптацию ребенка к ДОО, но специальные педагогические условия, в частности организация и проведение изобразительного творчества с детьми позволит осуществить период адаптации ребенка из семьи в дошкольное учреждение более плавным, безболезненным.

**Библиографический список:**

1. Авдеева, Н. Н. Привязанность ребенка к матери и образ себя в раннем детстве / Н. Н. Авдеева // Вопросы психологии. - 2009. - № 4. - С. 3-10.
2. Авдеева, Н. Н. Роль матери и отца в развитии ребенка в раннем детстве / Н. Авдеева // Дошкольное воспитание. - 2010. - № 3. - С. 101—106.
3. Адаптация детей раннего возраста к условиям ДОО: практическое пособие / И. В. Белкина Воронеж: Учитель, 2014. - 236 с.
4. Адаптация ребенка к детскому саду. Советы педагогам и родителям: сборник / А. С. Русаков. СПб.: Речь, Образовательные проекты; М. : Сфера, 2010.- 128 с.
5. Адаптация ребенка к условиям детского сада: управление процессом, диагностика, рекомендации / авт.-сост. Н. В. Соколовская. Волгоград: Учитель, 2008.- 188 с.
6. Алексеева, Е. Е. Проблемы адаптации родителей и детей к детскому саду / Е. Е. Алексеева // Дошкольная педагогика. - 2007. - №2. - С. 15-18.
7. Арина, Г. А. Часто болеющие дети. Какие они? / Г. А. Арина, Н. А. Коваленко // Школа здоровья. - 2009. - Т.2. - № 3. - С. 116 -125.
8. Балл, Г. А. Понятие адаптации и его значение для психологии личности / Г. А. Балл // Вопросы психологии. - 2010. - № 1. - С. 93 -99.
9. Баранов, А. А. Здоровье детей России: научные и организационные приоритеты / А. А. Баранов // Педиатрия. - 2011. - №3. - С. 4 -6.
10. Баранов, А. А. Пути оздоровления часто болеющих детей / А. А. Баранов, В. Ю. Альбицкий // Вопросы охраны материнства. - 2012. -Т.31. - №8. - С. 65 -67.
11. Белогай, К. Н. Культурные модели материнства и отцовства как факторы формирования родительского отношения / К. Н. Белогай. Кемерово: КГУ. -2013. - 191 с.

12. Борисова, Т. Н., Хорева О. Н. Я люблю ходить в детский сад?! Как успешно адаптировать ребенка к дошкольному учреждению / Т. Н. Борисова, О. Н. Хорева // Детский сад от А до Я. - 2009. - № 2. - С. 108-117.
13. Бодалев А. А. Психология межличностных отношений: (к 100 — летию со дня рождения В. Н. Мясищева) // Вопросы психологии. – 2008. - №2-стр. 89 – 91.
14. Божович, Л.И. Личность ребенка, и ее формирование в детском возрасте [Текст] / Л.И. Божович. - М.: Просвещение, 2010. – 389 с.
15. Варга А. Я. Структура и типы родительского отношения: Дис. . канд. психол. наук. — М., 1986. – 178 с.
16. Венгер А.Л. На что жалуетесь? Выявление и коррекция неблагоприятных вариантов развития личности детей и подростков. - М., 2011. – 205 с.
17. Выготский Л.С. Воображение и творчество в детском возрасте: Психологический очерк. - М., 2008. – 397 с.
18. Доманецкая Л.В. Родительское отношение к ребенку с ограниченными возможностями здоровья как фактор развития форм его общения со взрослыми.//Сибирский психологический журнал. Томск, 2010. - № 36. -С. 53 -56.
19. Доронова Т. Н. Детский сад и родители: проблемы взаимодействия. // Обруч. - 2013. - №2. - С. 3 -6.
20. Д.Н. Исаев, «Эмоциональный стресс», СПб., 2005. – с. 400.
21. Калинина, Р., Семенова, Л., Яковлева, Г. Ребенок пошел в детский сад... // Дошкольное воспитание. - 2009. - №4. – С.2-11.
22. Ковалевский В.А. Развитие личности соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка Текст. / В.А. Ковалевский. Красноярск, 2010. – 122с.
23. Ковалевский В.А. Особенности личности ребенка при нарушении здоровья: Дис. .доктора мед. наук. Томск, 2008. - 380с

24. Михеева А.А., Смирнова Е.О. Психологическая помощь часто болеющим детям // Школа здоровья. – 2012. - № 1. – С. 55-73.
25. Мухина В.С. Изобразительная деятельность ребенка как форма усвоения социального опыта. - М., 2009. – 267 с.
26. Остер Дж., Гоулд П. Рисунок в психотерапии. - М., 2008. – 190 с.
27. Печора К.Л., Пантюхина Г.В., Голубева Л.Г. Дети раннего возраста в дошкольных учреждениях/ Книга для воспитателя дет.сада / К. Л. Печора, Г. В. Пантюхина, Л. Г. Голубева. – М.: Просвещение, 2011. – 144 с.
28. Прохорова А. Школа юных живописцев. Раннее развитие художественных способностей // «Мама и малыш». - 2009. - №5. – С.67-69.
29. Савельева Т. П. Адаптация: понятие и структура // Дополнительное образование. - 2011. - № 5. - С. 13-16.
30. Сидоркина Т.Ю. Влияние родительского отношения на особенности адаптации к дошкольному образовательному учреждению часто болеющего ребенка младшего дошкольного возраста // Вестник Красноярского государственного педагогического университета имени В.П. Астафьева / Под ред. Н.И. Дроздова. - Красноярск, 2010. – С. 133-139.
31. Столин В.В., Соколова Е.Т., Варга А.Я. Психология развития ребёнка и взаимоотношений родителей и детей как теоретическая основа консультационной практики // Семья в психологической консультации: Опыт и проблемы психологического консультирования / Под ред. А.А. Бодалёва, В.В. Столина. – 2010.- №3.- С.16-37.
32. Степанова Г. Эмоциональные состояния ребенка-дошкольника и их педагогическая оценка в условиях детского сада // Дошкольное воспитание. – 2012. – №5. – С.39-54.
33. Тонкова-Ямпольская Р.В., Шмидт-Кольмер Е., Атанасова-Букова А. Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях. – М.: Педагогика, 2010. – 122 с.
34. Шаграева О.А. Детская психология. – М.: Международная педагогическая академия, 2011. – 375 с.

35. Широкова Г.А. Справочник дошкольного психолога. - Ростов н/Д: Феникс, 2013.- 384с.
36. Штейнхард Л. Юнгианская песочная психотерапия. – СПб.: Питер, 2014. – 367 с.
37. Эльконин Д.Б. Психология детей дошкольного возраста. – М.: ЛИНКА – ПРЕСС, 2009. – 478 с.
38. Эйдермиллер Э.Г., «Психология и психотерапия семьи», 1999.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

## ЛИСТ АДАПТАЦИИ

Ф.И. ребенка \_\_\_\_\_

Дата рождения « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 200 г.р. Возраст \_\_\_\_\_

Дата поступления \_\_\_\_\_

Адаптационные дни	1-й	2-й	3-й	4-й	8-й	16-й	32-й	64-й	128-й
Настроение									
Аппетит:									
Завтрак									
Обед									
Полдник									
Сон:									
Засыпания									
Длительность									
Активность:									
В игре									
В речи									
Взаимоотношения с детьми									
Взаимоотношения со взрослыми									

Условные обозначения: Положительно + Не устойчиво + / -

Отрицательно - Болел «б» Находился дома «Д»

## Степени адаптации ребенка

Степень адаптации	Сроки (А)	Критерии адаптации (В)	Степени адаптации
<b>Очень легкая</b>	А-1: до 1 недели	В-1: +12...+10	А-1 и В-1; А-2 и В-1; А-3 и В-1; А-4 и В-1; А-5 и В-1: благоприятная адаптация
<b>Легкая</b>	А-2: от 2 недель до месяца	В-2: +10...+8	А-1 и В-2; А-2 и В-2; А-3 и В-2; А-4 и В-2; А-5 и В-2: 1-я степень, начальная форма «скрытой» дезадаптации
<b>Средняя</b>	А-3: от месяца до полугод а	В-3: +7...0	А-1 и В-3; А-2 и В-3; А-3 и В-3; А-4 и В-3; А-5 и В-3: 2-я степень, прогрессирующая форма «скрытой» дезадаптации
<b>Тяжелая</b>	А-4: от полугод а до года	В-4: -1...-7	А-1 и В-4; А-2 и В-4; А-3 и В-4; А-4 и В-4; А-5 и В-4: 3-я степень, начальная форма «открытой» дезадаптации
<b>Дезадаптация</b>	А-5: от года и дольше	В-5: -8...-12	А-1 и В-5; А-2 и В-5; А-3 и В-5; А-4 и В-5; А-5 и В-5: 4-я степень, прогрессирующая форма «открытой» дезадаптации

**Тест-опросник родительского отношения А.Я. Варга, В.В. Столин.****Методика ОРО:**

**Инструкция:** Отвечая на вопросы методики, выразите свое согласие или несогласие с ними с помощью оценок «Да» или «Нет».

**Вопросы теста:**

Я всегда сочувствую своему ребенку.

Я считаю своим долгом знать все, что думает мой ребенок.

Я уважаю своего ребенка.

Мне кажется, что поведение моего ребенка значительно отклоняется от нормы.

Нужно подольше держать ребенка в стороне от реальных жизненных проблем, если они его травмируют.

Я испытываю к ребенку чувство расположения.

Хорошие родители ограждают ребенка от трудностей жизни.

Мой ребенок часто неприятен мне.

Я всегда стараюсь помочь своему ребенку.

Бывают случаи, когда издевательское отношение к ребенку приносит ему большую пользу.

Я испытываю досаду по отношению к своему ребенку.

Мой ребенок ничего не добьется в жизни.

Мне кажется, что дети потешаются над моим ребенком.

Мой ребенок часто совершает такие поступки, которые, кроме презрения, ничего не стоят.

Для своего возраста мой ребенок немножко незрелый.

Мой ребенок ведет себя плохо специально, чтобы досадить мне.

Мой ребенок впитывает в себя все дурное как «губка».

Моего ребенка трудно научить хорошим манерам при всем старании.



Ребенка следует держать в жестких рамках, тогда из него вырастет порядочный человек.

Я люблю, когда друзья моего ребенка приходят к нам в дом.

Я принимаю участие в своем ребенке.

К моему ребенку «липнет» все дурное.

Мой ребенок не добьется успеха в жизни.

Когда в компании знакомых говорят о детях, мне немного стыдно, что мой ребенок не такой умный и способный, как мне бы хотелось.

Я жалею своего ребенка.

Когда я сравниваю своего ребенка со сверстниками, они кажутся мне взрослее и по поведению, и по суждениям.

Я с удовольствием провожу с ребенком все свое свободное время.

Я часто жалею о том, что мой ребенок растет и взрослеет, и с нежностью вспоминаю его маленьким.

Я часто ловлю себя на враждебном отношении к ребенку.

Я мечтаю о том, чтобы мой ребенок достиг всего того, что мне не удалось в жизни.

Родители должны приспособливаться к ребенку, а не только требовать этого от него.

Я стараюсь выполнять все просьбы моего ребенка.

При принятии семейных решений следует учитывать мнение ребенка.

Я очень интересуюсь жизнью своего ребенка.

В конфликте с ребенком я часто могу признать, что он по-своему прав.

Дети рано узнают, что родители могут ошибаться.

Я всегда считаюсь с ребенком.

Я испытываю к ребенку дружеские чувства.

Основная причина капризов моего ребенка - эгоизм, упрямство и лень.

Невозможно нормально отдохнуть, если проводить отпуск с ребенком.

Самое главное, чтобы у ребенка было спокойное и беззаботное детство.

Иногда мне кажется, что мой ребенок не способен ни на что хорошее.

Я разделяю увлечения своего ребенка.

Мой ребенок может вывести из себя кого угодно.

Я понимаю огорчения своего ребенка.

Мой ребенок часто раздражает меня.

Воспитание ребенка - сплошная нервозность.

Строгая дисциплина в детстве развивает сильный характер.

Я не доверяю своему ребенку.

За строгое воспитание дети благодарят потом.

Иногда мне кажется, что ненавижу своего ребенка.

В моем ребенке больше недостатков, чем достоинств.

Я разделяю интересы своего ребенка.

Мой ребенок не в состоянии что-либо сделать самостоятельно, а если и делает, то обязательно не так.

Мой ребенок вырастет не приспособленным к жизни.

Мой ребенок нравится мне таким, какой он есть.

Я тщательно слежу за состоянием здоровья моего ребенка.

Нередко я восхищаюсь своим ребенком.

Ребенок не должен иметь секретов от родителей.

Я не высокого мнения о способностях моего ребенка и не скрываю этого от него.

Очень желательно, чтобы ребенок дружил с теми детьми, которые нравятся его родителям.

Обработка: За каждый ответ «да» тестируемый получает 1 балл, а за каждый ответ «нет» — 0 баллов.

Высокие баллы свидетельствуют о значительной развитости указанных типов отношений, а низкие баллы — о том, что они сравнительно слабо развиты.

Ключи к опроснику: Принятие-отвержение: 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.

Образ социальной желательности поведения: 6, 9, 21, 25, 31, 34, 35, 36.

Симбиоз: 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

Авторитарная гиперсоциализация: 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

«Маленький неудачник»: 9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61.

Интерпретация:

Высокий тестовый балл по соответствующим шкалам интерпретируется как:

- отвержение,
- кооперация,
- симбиоз,
- контроль,
- инфантилизация (инвалидизация).

Высокие баллы по шкале принятие—отвержение — от 24 до 33 — говорят о том, что у испытуемого выражено положительное отношение к ребенку. Взрослый принимает ребенка таким, какой он есть, уважает и признает его индивидуальность, одобряет его интересы, поддерживает планы, проводит с ним достаточно много времени и не жалеет об этом. Низкие баллы по этой шкале — от 0 до 8 — говорят о том, что взрослый испытывает по отношению к ребенку в основном отрицательные чувства: раздражение, злость, досаду, ненависть. Такой взрослый считает ребенка неудачником, не верит в его будущее, низко оценивает его способности и нередко третирует ребенка. Понятно, что имеющий такие наклонности взрослый не может быть хорошим педагогом.

Высокие баллы по шкале кооперация — 7—8 баллов — признак того, что взрослый проявляет искренний интерес к тому, что интересует ребенка, высоко оценивает способности ребенка, поощряет самостоятельность и инициативу, старается быть на равных с ребенком. Низкие баллы по данной шкале — 1—2 балла — говорят о том, что взрослый занимает по отношению к ребенку противоположную позицию и не может претендовать на роль хорошего педагога;

Высокие баллы по шкале симбиоз — 6—7 баллов — позволяют сделать вывод о том, что взрослый не устанавливает психологическую дистанцию между собой и ребенком, старается всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные разумные потребности по этой шкале — 1—2 балла — признак того, что взрослый, напротив, устанавливает значительную психологическую дистанцию между собой и ребенком, мало о нем заботится. Вряд ли такой взрослый может быть хорошим учителем и воспитателем для ребенка.

Высокие баллы по шкале контроль — 6—7 баллов — показывают, что взрослый ведет себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая строгие дисциплинарные рамки. Почти во всем он навязывает ребенку свою волю. Такой взрослый человек далеко не всегда может быть хорошим воспитателем. Низкие баллы по этой шкале — 1—2 балла, — напротив, свидетельствуют о том, что контроль над действиями ребенка со стороны взрослого практически отсутствует. Это не очень хорошо для обучения и воспитания детей. Наилучшим вариантом оценки педагогических способностей взрослого человека по этой шкале являются средние оценки: от 3 до 5 баллов.

Высокие баллы по шкале отношение к неудачам ребенка — 7—8 баллов — признак того, что взрослый считает ребенка маленьким неудачником и относится к нему как к несмышленому существу. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся такому взрослому несерьезными, и он игнорирует их. Вряд ли такой взрослый может стать хорошим учителем и воспитателем для ребенка. Низкие баллы по этой же шкале — 1—2 балла, напротив, свидетельствуют о том, что неудачи ребенка взрослый считает случайными и верит в него. Такой взрослый, скорее всего, станет неплохим учителем и воспитателем.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Д

### Игры, используемые на занятиях.

#### **«Рисование пальчиками»**

Возьмите кусок ненужных обоев (можно старых и дешевых). Прикрепите их на стену и на пол в комнате. Приготовьте пальчиковые краски. Малыша заранее лучше нарядить в одежду, которую не страшно будет испачкать краской, или надеть на него детский фартук. Для начала обмакните пальчик ребенка в краску и приложите к обоям, сделав отпечаток - первая ягодка готова! Потом можно будет покрасить ладошку и все пальчики и снова сделать отпечаток. Отпечатки делайте и на обоях, которые висят на стене, и на обоях, расстеленных на полу.

Можно просто зачерпнуть краску из банки пальчиками и размазать по бумаге. Смешайте вместе с ребенком несколько цветов на бумаге и посмотрите, что получится. Позвольте ему испачкаться и повозиться с красками, как он захочет. Ваша задача в этот момент состоит в том, чтобы комментировать те рисунки, которые «малюет» малыш, придумывая им разные смешные названия. Кстати, можно рисовать не только ладошками, но и пяточками.

#### **«Разноцветные кирпичики»**

Возьмите большой альбомный лист. Положите его на пол или закрепите вертикально. Приготовьте разноцветные губки для мытья посуды (неиспользованные). Покрасьте вместе с ребенком губку краской (лучше гуашью) и, пока она не высохла, приложите ее к бумаге. Получится отпечаток цветного кирпичика. Из таких кирпичиков на листе бумаги можно создать цветную башню, домик, забор... Наверняка, ваше воображение и фантазия вашего ребенка помогут вам найти новые образы.

#### **«Рисование по мокрому листу»**

Прикрепите плотный белый (можно цветной) лист бумаги вертикально. Вместе с ребенком смочите губку в воде и проведите по листу, сделав его

влажным по всей поверхности. Кисточку обмакните в акварельную краску, разведенную водой, и проведите сверху на бумаге горизонтальную линию (сначала рисуете рукой ребенка). Вы увидите, как цветные капли стекают вниз, образуя причудливые узоры. Так вы можете вместе с малышом нарисовать дождь, который идет прямо у вас на глазах. Если вы смешаете несколько красок, то получится красивое разноцветное небо, утреннее или вечернее.

### **«Цветные брызги»**

Возьмите 2 пипетки и маленький одноразовый пластмассовый шприц. Плотный лист бумаги разложите на полу или на столе. Вместе с ребенком увлажните лист (см. выше). Разведите краску (гуашь, акварель) водой на палитре или в другой любой емкости. Наберите в пипетку или шприц разведенную краску и капните на бумагу. Таких капель можно сделать много по всей поверхности листа, и в итоге у вас получится поляна с разноцветными цветами. Конечно, движения пальцев вашего ребенка еще не настолько развиты, чтобы с легкостью самому справиться с пипеткой и шприцем, и вам нужно вместе с ним набирать краску и капать ее на бумагу. Но это занятие послужит ему хорошей тренировкой, и со временем вы увидите, что многое он будет уже делать сам без вашей помощи.

### **«Зеркальное озеро»**

Возьмите зеркальце небольшого размера, желательно круглой формы. Покрасьте его поверхность разноцветными акварельными красками. Сверху на зеркало положите глянцевую бумагу и похлопайте ладошкой ребенка, чтобы получился четкий отпечаток. Снимите кусочек бумаги, и перед вами - сказочное озеро.

### **«Простые фигуры»**

Вырежьте из бумаги какой-нибудь несложный контур: цветок, дом, шарик и т.д. Пусть ребенок закрасит его целиком, используя кисточку и краску, не оставляя белых пятен (сначала одним тоном). Затем, когда он уже хорошо будет справляться с этим заданием, усложните контур: может быть, это будет

пчела или зебра, которой нужно будет нарисовать полосы, а может, это будет платье с узором (на синем фоне белый горошек) и т.п.

### **«Сюжетные картинки»**

Вместе с малышом закрашиваете лист бумаги (размер А5) темно-синим цветом. Затем берете тонкую кисточку или маленький кусочек губки или пальчиком рисуете желтые звездочки. Все, картина «Ночное небо» готова. Можно нарисовать «Морское дно» или «Лесную опушку», используя вашу фантазию и подручные средства.

### **Разрисовка маленьких камешков**

Разумеется, чаще всего ребенок изображает на плоскости, на бумаге, реже на асфальте, плитке больших камнях. Плоскостное изображение дома, деревьев, машин, животных на бумаге не так влечет, как создание объемных собственных творений. В этой связи в идеале используются морские камешки. Они гладкие, маленькие и имеют различную форму. Сама форма камешка порой подскажет ребенку, какой образ в данном случае создать (а иногда взрослые помогут малышам). Один камешек лучше подрисовать под лягушку, другой - под жука, а из третьего выйдет замечательный грибок. На камешек наносится яркая густая краска - и образ готов. А лучше его закончить так: после того, как камешек высохнет, покрыть его бесцветным лаком. В этом случае блестит, ярко переливается объемный жук или лягушка, сделанная детскими руками. Эта игрушка еще не один раз будет участвовать в самостоятельных детских играх и приносить немалую пользу ее хозяину.

### **Кляксография**

Она заключается в том, чтобы научить детей делать кляксы (черные и разноцветные). Затем уже 3-летний ребенок может смотреть на них и видеть образы, предметы или отдельные детали. "На что похожа твоя или моя клякса?", "Кого или что она тебе напоминает?" - эти вопросы очень полезны, т.к. развивают мышление и воображение. После этого, не принуждая ребенка, а показывая, рекомендуем перейти к следующему этапу - обведение или дорисовка клякс. В результате может получиться целый сюжет.

### **Рисование вдвоем на длинной полоске бумаги**

Кстати говоря, формат бумаги полезно менять (т.е. давать не только стандарт). В данном случае длинная полоска поможет рисовать вдвоем, не мешая друг другу. Можно рисовать изолированные предметы или сюжеты, т.е. работать рядом. И даже в этом случае ребенку теплее от локтя мамы или папы. А потом желательно перейти к коллективному рисованию. Взрослые и ребенок договариваются, кто что будет рисовать, чтобы получился один сюжет.

### **Поролоновые рисунки**

Можно рисовать с помощью поролона. Сделать из него самые разные разнообразные маленькие геометрические фигурки, а затем прикрепить их тонкой проволокой к палочке или карандашу (не заточенному). Орудие труда уже готово. Теперь его можно обмакнуть в краску и методом штампов рисовать красные треугольники, желтые кружки, зеленые квадраты (весь поролон в отличие от ваты хорошо моется). Вначале дети хаотично будут рисовать геометрические фигуры. А затем предложите сделать из них простейшие орнаменты - сначала из одного вида фигур, затем из двух, трех.



**ПРИЛОЖЕНИЕ Е****СЛОВАРЬ**

**Адаптация** - (лат. adapto — приспособляю) — процесс приспособления к изменяющимся условиям внешней среды.

**Адаптация** - это приспособление к окружающим условиям. Адаптация человека имеет два спектра: биологический и психологический.

**Родительское отношение** – это педагогическая социальная установка по отношению к детям, включающая в себя рациональный, эмоциональный и поведенческий компонент.

**ЧБД** – это группа диспансерного наблюдения, включающая детей с частыми ОРЗ, которые возникают из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, не связанных со стойкими врожденными или наследственными патологическими состояниями.