

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева»
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт социально-гуманитарных технологий
Кафедра социальной педагогики и социальной работы

ЛИТВИНОВА ДАРЬЯ ВИКТОРОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ИНДИВИДУАЛЬНОЕ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ
СОПРОВОЖДЕНИЕ ЧАСТО БОЛЕЮЩЕГО РЕБЕНКА В УСЛОВИЯХ
ДОШКОЛЬНОГО ОБРАЗОВАТЕЛЬНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ**

направление подготовки 44.03.02 Психолого-педагогическое образование
направленность (профиль) образовательной программы Психология и
социальная педагогика

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

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

« _____ » _____ 2017 г.

Руководитель: зав. кафедрой социальной
педагогики и социальной работы, доктор
педагогических наук, профессор Т.В. Фурьева

Дата защиты « ____ » _____ 2017 г.

Обучающийся: Литвинова Д.В.

« _____ » _____ 2017 г.

Красноярск

2017

СОДЕРЖАНИЕ

<u>ВВЕДЕНИЕ</u>	3
<u>Глава 1. Сопровождение как психолого-педагогическая проблема</u>	7
<u>1.1 Сущность индивидуального психолого-педагогического сопровождения</u>	7
<u>1.2 Психологические особенности часто болеющего ребенка</u>	14
<u>Выводы по Главе 1</u>	21
<u>Глава 2. Организация индивидуального психолого-педагогического сопровождения</u>	23
<u>2.1 Диагностическое изучение психического развития часто болеющих детей и отношения родителей</u>	23
<u>2.2 Разработка и реализация программы по индивидуальному психолого-педагогическому сопровождению</u>	34
<u>Выводы по Главе 2</u>	47
<u>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</u>	50
<u>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</u>	54
<u>ПРИЛОЖЕНИЕ 1. Психологическое заключение</u> Ошибка! Закладка не определена.	
<u>ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Характеристика мероприятий индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка</u>	Ошибка! Закладка не определена.

ВВЕДЕНИЕ

Соматическое здоровье является важным фактором, влияющим на развитие личности ребенка. В современной медицинской и психолого-педагогической науке и практике выделяется такая категория детей, как «часто болеющие дети».

Часто болеющие дети – одна из наиболее актуальных и пока не решенных проблем современной педиатрии, переросшая в социально-значимую проблему, ухудшает психологический статус ребенка, снижает общее состояние здоровья детей и пр. В исследованиях [5] отмечается, что понятие «часто болеющие дети» используется, как правило, в отношении дошкольников (т.е. это возрастной феномен): к 8-9 годам численность таких детей резко сокращается (болезни переходят в хронические заболевания).

Актуальность темы исследования связана с высоким уровнем заболеваемости детей в нашей стране, который обусловлен ухудшением экологической обстановки, снижением уровня здоровья родителей, снижением уровня жизни детей и пр. Часто болеющие дети нуждаются в индивидуальном психолого-педагогическом сопровождении, направленном на коррекцию тех психологических нарушений, которые явились следствием нарушенного здоровья ребенка.

Нами отмечено такое противоречие: с одной стороны, часто болеющие дети нуждаются в индивидуальном психолого-педагогическом сопровождении, с другой стороны, на сегодняшний день отсутствует общепринятая теория психолого-педагогического сопровождения ребенка в практической деятельности, и как следствие этого – методического и дидактического обеспечения этого процесса недостаточно, педагогические технологии в ДОО ориентированы на коллективное воспитание, без учета их индивидуальных особенностей и пр.

Проблема психолого-педагогического сопровождения исследовалась в трудах Л.В. Байбородовой, О.С. Газмана, И.В. Дубровиной, Е.И. Казаковой,

Р.В. Овчаровой, М.М. Семаго, Л.М. Шипицыной и пр. Категория «часто болеющие дети» исследовалась Е.Ю. Дубовик, Ж.Г. Дусказиевой, М.Н. Кожевниковой, А.А. Курбановой, А.А. Михеевой, М.Г. Романцовым, Н.В. Рублевой и др. Данные труды составляют теоретико-методологическую основу нашего исследования.

Цель исследования: исследовать особенности развития часто болеющих детей и организовать индивидуальное сопровождение часто болеющих детей в ДОУ.

Объект исследования: психолого-педагогическая деятельность воспитателя в ДОУ.

Предмет исследования: организация индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка в условиях дошкольного образовательного учреждения.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи выпускной квалификационной работы:

1. Дать теоретический анализ проблеме индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка старшего дошкольного возраста;
2. Определить особенности эмоционального развития и отношения родителей у часто болеющих детей;
3. Разработать и реализовать программу индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка в условиях дошкольного образовательного учреждения, оценивать эффективность проведенной работы.

Гипотеза исследования строится на предположении о том, что успешности психолого-педагогического сопровождения часто болеющих детей будет способствовать:

- диагностическое изучение особенностей эмоционального развития часто болеющих детей и отношения к ним родителей;

– разработка и реализация программы для родителей и часто болеющих детей по преодолению психологических проблем.

Опытно-экспериментальной базой для исследования послужило Муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение «Детский сад № 273». В диагностическом обследовании приняло участие 5 часто болеющих воспитанников подготовительной группы и 5 их родителей. Программа индивидуального сопровождения разработана и реализована в отношении одной семьи часто болеющего старшего дошкольника.

Основной метод исследования в выпускной квалификационной работе – это теоретический анализ литературы (учебных пособий, монографий, научных публикаций и пр.), а также интернет-ресурсов по проблематике индивидуального сопровождения часто болеющего ребенка в условиях дошкольного образовательного учреждения. В экспериментальной части дипломного исследования использованы такие диагностические методики:

1. Диагностика эмоционального развития часто болеющих старших дошкольников через изучение особенностей использования детьми мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции по методике Л.П. Стрелковой;

2. Методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса;

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

4. Методика «Паровозик»;

5. Методика «Незаконченные предложения».

Теоретическая новизна проведенного исследования заключается в систематизации научных знаний по проблеме индивидуального сопровождения часто болеющего ребенка в условиях дошкольного образовательного учреждения.

Практическая значимость проведенного исследования заключается в возможности использования мероприятий индивидуального сопровождения

часто болеющего ребенка в условиях дошкольного образовательного учреждения в работе педагога-психолога дошкольного учреждения.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав (теоретической и экспериментальной), заключения, библиографического списка, включающего 27 наименований; в ВКР представлены 1 рисунок и 6 таблиц. Объем выпускной квалификационной работы – 65 страниц.

Глава 1. Сопровождение как психолого-педагогическая проблема

1.1 Сущность индивидуального психолого-педагогического сопровождения

Эффективность процесса сопровождения зависит от множества различных факторов, одним из которых является опора на индивидуальность ребенка. Дело в том, что «любое воздействие на ребенка преломляется через его индивидуальные особенности, через «внутренние условия» [3, с. 45]. Значимость поддержания индивидуальности ребенка, применение знаний о ней является основополагающим моментом и в сопровождении, и в дошкольном образовании, что, к примеру, находит отражение во ФГОС ДО.

Выражением принятия индивидуальности ребенка дошкольного возраста является индивидуальная работа с ним, под которой понимается деятельность взрослого (педагога-воспитателя, психолога и пр.), осуществляемая с учетом особенностей развития каждого ребенка. Индивидуальная работа с детьми в дошкольном учреждении заключается в конкретизации общих целей воспитания (развития, сопровождения) с возрастными и индивидуальными особенностями, в гибком использовании методов и форм воспитания (развития, сопровождения), а также организация оптимальных условий для развития отдельного ребенка. При таком понимании исследуемое понятие неразрывно связано с применением индивидуального подхода. Под ним понимается принцип педагогики, согласно которому в процессе учебно-воспитательной работы учитываются индивидуальные особенности ребенка. В истории педагогики первыми затронули идею данного подхода в воспитании и обучении Я.А. Коменский, К.Д. Ушинский, А.С. Макаренко и пр.

Индивидуальная работа с ребенком дошкольного возраста может быть реализована в любой его деятельности – игровой, учебной, трудовой, в

процессе межличностного общения и пр., включена в любые режимные моменты дошкольного учреждения. Такая работа реализуется с помощью разного рода приемов, методов и форм: диагностика поведения ребенка, использование методов поощрения и наказания, беседы, игровые, коррекционные и воспитательные занятия и т.д.

Индивидуальная работа нередко противопоставляется групповой, однако они взаимосвязаны. Групповая работа должна осуществляться с индивидуальным подходом, а «...при проведении индивидуальной работы в процессе различной детской деятельности педагог должен опираться на коллектив, на коллективные связи детей внутри группы...» [20, с. 662], т.е. на групповые формы работы. Так, например, без коллектива невозможно воспитать доброжелательность, чувство взаимопомощи и пр.

Условия реализации индивидуальной работы с детьми таковы [3, 9]:

1. Необходимо понимать индивидуальные и возрастные особенности ребенка, использовать их в построении работы с ним;
2. Необходимо осуществлять индивидуальный подход к ребенку в определенной системе: изучить и установить причины формирования особенностей характера и поведения, определить средства и методы, четкие формы подхода к каждому ребенку при общей и индивидуальной работе.

Отметим также и принципы реализации индивидуальной работы с дошкольниками: уважение самооценки личности ребенка; вовлечение ребенка во все виды деятельности для выявления его способностей и качеств его характера; стимулирование самообучения и самовоспитания и пр.

Итак, индивидуальная работа с дошкольниками опирается на индивидуальный подход в воспитании и предполагает деятельность взрослого, осуществляемую с учетом особенностей развития каждого ребенка. Такая работа может проводиться в течение всего дня, в любом режимном моменте в зависимости от того, что педагог хочет скорректировать или чему научить, а также в процессе сопровождения.

Остановим свое внимание на понятии «психолого-педагогическое сопровождение». Л.М. Шипицына, вслед за Е. И. Казаковой, под психолого-педагогическим сопровождением ребенка подразумевает «сложный процесс взаимодействия сопровождающего и сопровождаемого, результатом которого является решение и действие, ведущее к прогрессу в развитии сопровождаемого. Имеется в виду не любая форма помощи (а тем более обеспечения), а поддержка, в основе которой лежит сохранение максимума свободы и ответственности субъекта развития за выбор варианта решения актуальной проблемы. При анализе термина не менее важно и то, что субъектом или носителем проблемы развития ребенка является не только он сам, но и его родители, и педагоги» [14].

Основными принципами сопровождения ребенка в условиях жизнедеятельности в образовательном учреждении являются:

- рекомендательный характер советов сопровождающего;
- приоритет интересов сопровождаемого «на стороне ребенка»;
- непрерывность сопровождения;
- мультидисциплинарность (комплексный подход) сопровождения;
- стремление к автономизации [14].

М.Р. Битянова трактует психолого-педагогическое сопровождение как «систему профессиональной деятельности психолога, направленную на создание социально-психологических условий для успешного обучения и психологического развития ребенка в ситуациях школьного взаимодействия» [2].

Идеи сопровождения и психолого-педагогического сопровождения, в частности, активно развиваются в работах многих отечественных исследователей: Л.В. Байбородовой, О.С. Газмана, И.В. Дубровиной и др. В наиболее общем смысле сопровождение характеризуют:

- как помощь ребенку в преодолении возникающих трудностей,

- как поиск путей решения актуальных противоречий, встречающихся при организации образовательного процесса,
- как непрерывный процесс изучения, формирования и создания условий для принятия субъектом оптимальных решений в различных ситуациях жизненного выбора, обеспеченных командной работой специалистов различных профилей.

Идеи психолого-педагогического сопровождения соответствуют прогрессивным идеям зарубежной гуманистической психологии, отечественной психологии, педагогики сотрудничества и др.

Понятие «психолого-педагогическое сопровождение» появилось в 90-х гг. XX столетия. В настоящее время дискуссия, посвященная анализу содержания данного понятия, продолжается, и ряд авторов (например, Р.В. Овчарова) считают, что в современной практической психологии еще не сформировался единый методологический подход к определению сущности психологического сопровождения.

Кратко остановимся на определениях психолого-педагогического сопровождения.

1. Психолого-педагогическое сопровождение понимается как **процесс**. В этом значении оно часто отождествляется с понятием психологической помощи и подразумевает совокупность последовательных действий или мероприятий, которые позволяют субъекту помощи (сопровождения) принять решение и нести ответственность за его реализацию.

2. Понимание психолого-педагогического сопровождения как **метода сопровождения**. В данном случае сопровождение связано по смыслу с термином «обеспечение». Метод сопровождения обеспечивает создание условий для принятия субъектом сопровождения оптимального решения в различных ситуациях, его осуществление и контроль.

3. Психолого-педагогическое сопровождение интерпретируется и как **служба сопровождения**. Тогда сопровождение идентифицируется с

понятием «организация» и включает в себя объединение специалистов разного профиля (медиков, педагогов, психологов, дефектологов и др.), обеспечивающих реализацию комплексного подхода к сопровождению.

Выбор подхода к пониманию психолого-педагогического сопровождения зависит от его цели. Если целью сопровождения является развитие ребенка и помощь в решении насущных задач, то лучше использовать «развивающий» подход, в котором доминирующую позицию займет сопровождение, понимаемое как процесс. Если же целью сопровождения становится обучение ребенка, то следует прибегать к «обучающему» подходу, в котором учитываются условия, результат, контроль и организация сопровождения.

Как мы видим, существует большое количество определений понятия «психолого-педагогическое сопровождение», его содержания и характера. Анализ различных взглядов на психолого-педагогическое сопровождение выявил и такие подходы к его пониманию и определению:

1. Психолого-педагогическое сопровождение может выступать как **профессиональная деятельность педагога-психолога**, способного оказать помощь и поддержку в индивидуальном образовании ребенка.

2. Психолого-педагогическое сопровождение выступает как **процесс**, содержащий комплекс целенаправленных последовательных педагогических действий, помогающих ученику сделать нравственный самостоятельный выбор при решении ребенком образовательных задач.

3. Психолого-педагогическое сопровождение – это **взаимодействие** сопровождающего и сопровождаемого.

4. Психолого-педагогическое сопровождение также рассматривается как **технология**, включающая ряд последовательных этапов деятельности педагога, психолога и др. специалистов по обеспечению учебных достижений учащимися.

5. Психолого-педагогическое сопровождение определяется и как **система**, характеризующая взаимосвязь и взаимообусловленность элементов: целевого, содержательного, процессуального и результативного.

Также выделяют такие два методологических подхода к определению понятия «сопровождение» и его содержанию:

Первый подход: Под психолого-педагогическим сопровождением понимается проектирование образовательной среды, исходящее из общегуманистического подхода к необходимости максимального раскрытия возможностей и личностного потенциала ребенка. Проще говоря, психолого-педагогическое сопровождение предполагает создание условий для максимально успешного обучения данного конкретного ребенка. При этом необходимо опираться на возрастные нормативы развития, основные новообразования возраста (адекватны ли образовательные воздействия возрасту ребенка?). Сопровождение должно отвечать в логике собственного развития ребенка, приоритетности его потребностей, целей и ценностей. Такой подход к пониманию психолого-педагогического сопровождения сформулирован Мариной Ростиславовной Битяновой и ее соавторами. Данный подход также соответствует общей гуманистической цели образования, практически полностью повторяя его.

Для современного образовательного процесса характерно увеличение нагрузок на ребенка (причем, нагрузок разного характера: эмоциональных нагрузок, «излишне» мотивационных воздействий, непосредственно когнитивных нагрузок и пр.). При этом у субъектов образовательного процесса, которыми выступают педагоги, учителя, нет цели и желания «перегрузить» ребенка, но они стремятся обучить, воспитать и т. п. в соответствии с имеющимся федеральным стандартом, поэтому могут не всегда адекватно рассчитать учебную нагрузку на ребенка. У педагогов, как правило, нет четких и понятных для педагогов критериев максимальной, но в то же время оптимальной нагрузки. Вследствие этого становится необходимым контроль состояния ребенка, чтобы оптимизироваться

воздействия со стороны образовательной среды, как бы «уравнить» их с имеющимися у ребенка возможностями. Этот контроль осуществляется «вспомогательными» субъектами образования.

Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение при данном подходе является реализацией защиты прав ребенка (в наиболее широком смысле), реализацией индивидуальной образовательной программы через адаптацию образовательных и иных социально-психологических нагрузок.

Второй подход: процесс психолого-педагогического сопровождения понимается как поддержание функционирования ребенка в условиях оптимальной амплификации (т.е. обогащения) образовательных воздействий и недопустимости его дезадаптации. Данный подход описан М.М. Семаго.

Важно определить различия данных подходов, так как внешне они кажутся одинаковыми. Различия заключаются в том, что второй подход исходит из понимания того, что возможности адаптации любого ребенка в образовательной среде ограничены, в этом подходе определяются границы зоны дезадаптации и зоны риска по дезадаптации. Границы этих зон являются своего рода рамками, за которые в своем воздействии образовательная среда не должна выходить.

Таким образом, психолого-педагогическое сопровождение – понятие разностороннее, не имеет единого подхода к пониманию, может определяться по-разному: и как непосредственная деятельность специалистов, и как технология работы, и как комплекс воздействий, и как взаимодействие, и как система. Психолого-педагогическое сопровождение может рассматриваться и как процесс, как метод и как служба. Также мы рассмотрели два методологических подхода к пониманию психолого-педагогического сопровождения:

– первый ориентирован на максимальное раскрытие возможностей ребенка, развитие его личности при опоре на ее возможности – происходит «уравнивание» нагрузок на ребенка, осуществляется сбалансированность

между объемом, сложностью информации, поступающей в процессе воспитания и обучения, и собственными возможностями ребенка;

– второй подход базируется на понятии «адаптация» и определяет рамки воздействия образовательной среды на ребенка: все сопровождение ребенка определяется оценкой границ перехода состояния ребенка в дезадаптивное и поддержанием необходимого объема образовательной информации в оптимальных границах, не допуская перехода состояния ребенка в дезадаптивное.

При реализации психолого-педагогического сопровождения важно применять индивидуальный подход к ребенку, понимаемый как принцип сопровождения, согласно которому в процессе психолого-педагогического сопровождения учитываются индивидуальные особенности ребенка.

1.2 Психологические особенности часто болеющего ребенка

Часто болеющие дети, несмотря на скорее медицинский характер данного понятия (так, даже существует понятие «часто болеющие дети», понимаемое как пациенты с рекуррентным (повторным) ОРЗ, болеющих 8 и более раз в год или дети, характеризующиеся частыми хроническими заболеваниями ЛОР-органов, бронхолегочной системы, вегетососудистыми дистониями и заболеваниями ЖКТ [15]), все чаще описывают в психолого-педагогической науке и практике. Отметим впрочем, что отечественная медицина к категории «часто болеющие дети» относит: детей до 1 года, которые болеют ОРЗ 4 и более раз в году; детей от 1 до 3 лет, если число ОРЗ – 6 и более раз в год; детей от 3 до 5 лет – 5 и более ОРЗ в год; детей от 5–6 лет – 4 и более ОРЗ в год; старше 6 лет – 3 и более ОРЗ в год [5]. Однако остановим внимание именно на психологических особенностях таких детей (т.е. рассмотрим проблему часто болеющих детей как психолого-педагогическую).

В психологической литературе можно найти данные исследований, которые указывают на отличия часто болеющих детей от здоровых сверстников по ряду индивидуально-психологических характеристик [7]. Так, часто болеющие дети характеризуются выраженной тревожностью (понимаемой как индивидуальная психологическая особенность, состоящая в повышенной склонности испытывать беспокойство в различных жизненных ситуациях), боязливостью, неуверенностью в себе, быстрой утомляемостью, зависимостью от мнения окружающих (при этом существует риск перехода данных психологических особенностей часто болеющих детей в стойкие черты личности). Они могут долго заниматься одной и той же игрушкой, обходясь без общения с другими детьми, однако им необходимо присутствие рядом матери, от которой они не отходят ни на шаг. Развитие эмоционального беспокойства, нарушений сна, депрессивных и регрессивных реакций часто болеющих детей является следствием плохого самочувствия, ограничения движений, длительного лечения и прочих факторов. [16]

Итак, часто болеющие дети, как правило, тревожны, неуверенны в себе, беспокойны, инфантильны, со слабореализованными видами детской деятельности, с особой социальной ситуацией развития. Нередко они имеют разнообразные страхи, что мешает им социализироваться, негативно сказывается на их физическом и психическом развитии.

Социальная ситуация развития часто болеющего ребенка качественно отличается от ситуации развития здорового. Ее специфика обусловлена наличием ограничений – ограничения движений (общее недомогание, постельный режим), ограничения познавательной деятельности (фрустрация познавательной потребности). [7] Ребенок не может в полной мере реализовывать различные виды деятельности, а главным образом, ведущую деятельность – игру, что отрицательно сказывается на развитии личности ребенка. Так, для часто болеющих детей старшего дошкольного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности – сюжетно-

ролевой игры, вследствие чего ребенок хуже осваивает собственный внутренний мир, затрудняется психологическая борьба ребенка с ситуацией болезни и пр. Изменяется и поведение ребенка, оно часто становится «трудным» для окружающих его взрослых, формируется негативное представление о собственной личности, отмечается неустойчивая оценка болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности – инфантилизму [4].

Представим на рис. 1. еще особенности социальной ситуации развития часто болеющих детей, описанные в исследовании В.В. Николаевой и Г.А. Ариной [1]:

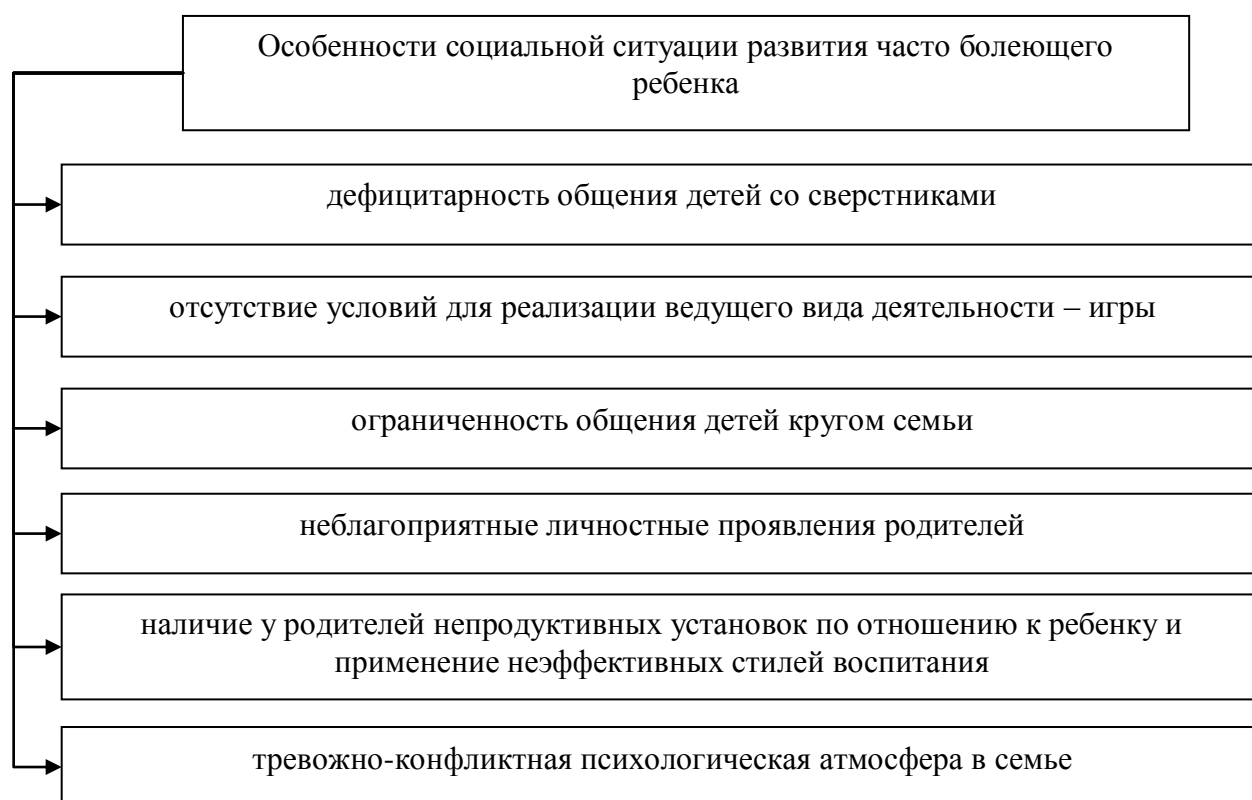


Рис. 1. Особенности социальной ситуации развития часто болеющего ребенка

Из рис. 1 видно, что часто болеющие дети имеют трудности межличностного общения: их круг общения ограничен до минимума, они объективно зависимы от взрослых,

Из рис. 1 мы видим также и то, что психологическими особенностями часто болеющих детей являются и стили воспитания семей, где они воспитываются. Используются, как правило, привязывающе-подавляющий, симбиотический, авторитарный стили и пр., которые являются нарушенными (неэффективными), а потому являются причиной повышенного уровня тревожности часто болеющих детей. Ж.Г. Дусказиева в своей статье пишет о том, что нарушенное родительское отношение в семьях с часто болеющими детьми может проявляться в таких вариантах [8]:

- снижение эмоционального контакта родителей с детьми, или чрезмерная его интенсивность;
- неприятие ребенка родителями таким, каков он есть (т.е. отсутствие безусловного принятия);
- неверие в способность ребенка быть самостоятельным, инициативным, способным, ответственным;
- чрезмерная тревога за ребенка и чрезмерная забота о нем;
- предъявление ребенку завышенных или заниженных требований без учета его реальных возможностей;
- усвоение ребенком семейных паттернов тревоги.

М.Г. Романцов отмечает, что в семьях с часто болеющим ребенком тесная симбиотическая связь матери и ребенка сочетается с психологической отстраненностью отца [16].

Как отмечает О.Н. Волкова, для детско-родительских отношений в семьях, воспитывающих часто болеющего ребенка, характерна фиксация родителями внимания ребенка на болезненных проявлениях через введение различных запретов и ограничений. Также наблюдается скованность, замкнутость детей; они менее контактны и общительны; утрачивается непосредственность общения с взрослыми и детьми, нет радости от совместных игр и развлечений; нередки случаи отказа от выполнения режима дня, неподчинения старшим, упрямства; ограничена игровая деятельность (ее

возможности и проявления) и как следствие – двигательная потребность ребенка [4].

Познавательная деятельность часто болеющих старших дошкольников может быть тезисно описана следующим образом [16]:

- истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности;
- трудности переключения внимания;
- снижение продуктивности воспроизведения;
- снижение продуктивности внимания;
- уменьшение уровней развития творческого воображения;
- уменьшение объема произвольной зрительной памяти;
- большая эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшая самостоятельность, полнота и логическая последовательность.

Среди особенностей психического развития личности часто болеющего ребенка следует выделить также: приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как горе, страх, гнев и чувство вины, неуверенность в себе, формирование негативного представления о собственной личности, наличие неустойчивой оценки болезни, нарастание пессимизма и депрессивности, изменение иерархии мотивов, снижение их побудительной силы. Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на предотвращение болезненных симптомов и избегание страданий, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды и на взаимодействие с другими людьми [12].

Таким образом, понятию «Я» часто болеющих детей соответствует отрицательный образ – дети как бы «не принимают» себя, недовольны своей внешностью, обладают низкой самооценкой. При оценивании себя у таких детей преобладает позиция «малоценности», ущербности, непосредственно-чувственного отношения к себе. Также у часто болеющих детей слабо

сформированы механизмы личностно-смысловой регуляции, нет развернутого жизненного плана (т.е. нарушено осознание себя во времени, оценивается лишь настоящее).

Интересное мнение имеет А. А. Михеева, которая полагает, что для часто (но не тяжело) болеющих детей характерно амбивалентное отношение к болезни: на сознательном уровне они понимают, что болеть плохо, но на неосознаваемом эмоциональном болезнь для них иногда даже более привлекательна, чем здоровье – так, исследование показало, что 84 % часто болеющих детей полагают, что во время болезни их будут жалеть, больше обращать на них внимания и заботиться о них [13]. Вышесказанное детерминирует формирование у таких детей социальной робости и слабой степени адаптированности в социальном взаимодействии.

Определение психологических особенностей часто болеющих детей позволяет выделить основные направления коррекционно-развивающих мероприятий с ними:

1. Формирование коммуникативных навыков;
2. Гармонизация отношений ребенка в семье и со сверстниками;
3. Коррекция некоторых личностных свойств, если они препятствуют общению;
4. Коррекция самооценки, повышение уверенности в себе.

Могут быть использованы такие методы в работе с часто болеющими детьми, как игротерапия, арт-терапия, специализированные упражнения, методы семейной психокоррекции, тренинговые упражнения, консультирование и пр.

Итак, часто болеющие дети как категория детей является предметом исследований в медицинской науке, а также в психолого-педагогической. Анализ литературы по данной теме позволяет сделать выводы о наличии специфических психологических особенностей данной категории детей: это дети тревожные, неуверенные в себе, беспокойные, инфантильные, со слабо реализованными видами детской деятельности, с особой социальной

ситуацией развития: ограничения движений (общее недомогание, постельный режим) и ограничения познавательной деятельности (фрустрация познавательной потребности). Познавательная деятельность часто болеющих старших дошкольников характеризуется истощаемостью психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности; трудностями переключения внимания и пр.

Анализ социальной ситуации развития часто болеющих детей показал частое нарушение родительского отношения к ребенку: часто оно бывает симбиотическим, авторитарным и пр., что во многом оказывает влияние на психическое развитие данной категории детей.

Выводы по Главе 1

Анализ литературы показал, что понятие «психолого-педагогическое сопровождение» является разносторонним, определяется через различные категории: и как непосредственная деятельность специалистов, и как технология работы, и как комплекс воздействий, и как взаимодействие, и как система. Психолого-педагогическое сопровождение может рассматриваться и как процесс, как метод и как служба, оно может быть ориентировано на максимальное раскрытие возможностей ребенка, развитие его личности при опоре на ее возможности, а может определяться оценкой границ перехода состояния ребенка в дезадаптивное и поддержанием необходимого объема информации в оптимальных границах, не допуская перехода состояния ребенка в дезадаптивное. При любом подходе особое значение имеет применение индивидуального подхода к ребенку, понимаемого как принцип сопровождения, согласно которому в процессе психолого-педагогического сопровождения учитываются индивидуальные особенности ребенка.

В индивидуальном психолого-педагогическом сопровождении нуждаются многие категории детей, в т.ч. и часто болеющие дети. Анализ литературы по данной теме позволяет сделать выводы о наличии специфических психологических особенностей данной категории детей: это дети тревожные, неуверенные в себе, беспокойные, инфантильные, со слабо реализованными видами детской деятельности, с особой социальной ситуацией развития: ограничения движений (общее недомогание, постельный режим) и ограничения познавательной деятельности (фрустрация познавательной потребности). Познавательная деятельность часто болеющих старших дошкольников характеризуется истощаемостью психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности; трудностями переключения внимания и пр.

Анализ социальной ситуации развития часто болеющих детей показал частое нарушение родительского отношения к ребенку: часто оно бывает

симбиотическим, авторитарным и пр., что во многом оказывает влияние на психическое развитие данной категории детей.

Глава 2. Организация индивидуального психолого-педагогического сопровождения

2.1 Диагностическое изучение психического развития часто болеющих детей и отношения родителей

Для организации индивидуального сопровождения часто болеющего ребенка обязательной является психологическая диагностика его эмоционального состояния и особенностей родительского отношения его родителя. Нами было организовано такое диагностическое обследование пяти воспитанников подготовительной группы Муниципального бюджетного дошкольного образовательного учреждения «Детский сад № 273». Диагностическим инструментарием выступили такие методики:

1. Диагностика эмоционального развития часто болеющих старших дошкольников через изучение особенностей использования детьми мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции по методике Л.П. Стрелковой;

2. Методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса.

Опишем выбранные методики:

1. Диагностика эмоционального развития часто болеющих старших дошкольников через изучение особенностей использования детьми мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции по методике Л.П. Стрелковой проводится индивидуально: в первой серии ребенку предлагают продемонстрировать веселого, печального, испуганного, сердитого, удивленного мальчика (девочку). Фиксируются выразительные средства, используемые ребенком при демонстрации указанного эмоционального состояния. Во второй серии ребенку предлагают назвать и изобразить героя сказки или мультфильма, который был веселым, грустным,

испуганным, сердитым, удивленным. Эмоциональное состояние героя называют по мере выполнения задания или отказа от выполнения предыдущего.

Анализируют использование детьми выразительных средств при показе каждого эмоционального состояния. Сравнивают результаты первой и второй серии.

2. Методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса. Цель методики – выявление особенностей воспитания родителями своих детей, а именно, нарушений процесса воспитания. Опросник позволяет детально диагностировать основные формы нарушения семейного воспитания и характер его нарушений:

1. Уровень протекции: гиперпротекция и гипопротекция;

2. Степень удовлетворения потребностей: потворствование (стремление родителей к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка) и игнорирование потребностей ребенка (недостаточное стремление родителей к удовлетворению потребностей ребенка);

3. Уровень требовательности к ребенку в семье:

– чрезмерность требований-обязанностей представляет риск психотравматизма;

– недостаточность требований-обязанностей приводит к трудности привлечения ребенка к какому-либо делу;

– чрезмерность требований-запретов формирует реакцию эмансипации или предопределяет развитие черт сенситивной и тревожно-мнительной акцентуации;

– недостаточность требований-запретов стимулирует развитие гипертимного, неустойчивого типа характера;

– чрезмерность санкций выражается в чрезмерном реагировании даже на незначительные нарушения поведения;

– минимальность санкций выражается в уповании на поощрение, сомнение в результативности любых наказаний;

4. Неустойчивость стиля воспитания: резкая смена стиля, приемов воспитания, формирующая упрямство.

5. Решение личностных проблем родителями за счет ребенка:

- расширение сферы родительских чувств;
- предпочтение детских качеств;
- воспитательная неуверенность родителя;
- фобия утраты ребенка;
- неразвитость родительских чувств;
- проекция на ребенка собственных нежелательных качеств;
- вынесение конфликта между супругами в сферу воспитания;
- сдвиг в установке родителей по отношению к полу ребенка — предпочтение мужских качеств;
- сдвиг в установке родителей по отношению к полу ребенка — предпочтение женских качеств.

Результаты диагностики обрабатываются по ключу.

Диагностическое обследование было проведено и были получены следующие результаты:

1. Результаты диагностики особенностей использования детьми мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции по методике Л.П. Стрелковой представлены в таблицах 1,2:

Таблица 1.

Результаты первой серии

Ф.И. ребенка	Веселый		Печальный		Испуганный		Сердитый		Удивленный	
	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П
Даша М.	+		+		+		+			
Вадим М.					+	+	+			
Ксюша Г.	+	+	+		+	+	+		+	+
Настя Г.	+						+			
Степа Ф.	+		+		+	+	+			

Таблица 2.

Результаты второй серии

Ф.И. ребенка	Веселый			Печальный			Испуганный			Сердитый			Удивленный		
	Пр	М	П	Пр	М	П	Пр	М	П	Пр	М	П	Пр	М	П
Даша М.	+	+	+	+	+	+									
Вадим М.	+	+													
Ксюша Г.	+	+	+	+	+	+	+	+							
Настя Г.				+	+	+									
Степа Ф.	+			+						+	+				

Итак, диагностика показала, что практически все часто болеющие старшие дошкольники (кроме Ксюши Г., которая более успешно справилась с предложенными заданиями) испытывают трудности использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции. Также из таблиц 1,2 видно, что наиболее легкими для показа оказались эмоции веселья и печали, менее – удивления.

2. Результаты особенностей воспитания родителями своих детей, а именно, нарушений процесса воспитания по методике «Анализ семейных отношений» представлены в таблице 3:

Таблица 3.

Результаты диагностики особенностей воспитания родителями своих детей

Родитель	Выявленное нарушение семейного воспитания
Родитель 1 (Даша М.)	Не выявлено
Родитель 2 (Вадим М.)	Минимальность санкций (С-)
Родитель 3 (Ксюша Г.)	Не выявлено
Родитель 4 (Настя Г.)	Гипопротекция (Г-)
Родитель 5 (Степа Ф.)	Гиперпротекция (Г+). Потворствование (У+).

Итак, у 60 % часто болеющих старших дошкольников (у трех детей) выявлено нарушение семейного воспитания: одни родители чрезмерно заботятся о своем ребенке, опекают его, потворствуют ему (родитель Степы

Ф.), обходятся без необходимых наказаний (родитель Вадима М.), а другие – не уделяют должного внимания воспитанию и развитию ребенка (родитель Насти Г.).

Итак, диагностическое обследование показало, с одной стороны, проблему низкого уровня эмоционального развития часто болеющих старших дошкольников (практически все часто болеющие старшие дошкольники испытывают трудности использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции), с другой стороны, наличие нарушений в семейном воспитании таких детей (у 60 % часто болеющих старших дошкольников выявлено нарушение семейного воспитания: одни родители чрезмерно заботятся о своем ребенке, опекают его, потворствуют ему, обходятся без необходимых наказаний, а другие – не уделяют должного внимания воспитанию и развитию ребенка. Такие выводы определяют необходимость создания педагогических условий, способствующих оптимальному развитию ребенка.

Прежде всего, это такие педагогические условия, на которых будет сделан акцент в нашей работе:

1. Диагностическое изучение особенностей эмоционального развития часто болеющих детей;
2. Разработка и реализация специальной программы для родителей часто болеющих детей по развитию эмоций у их детей.

К более частным педагогическим условиям, способствующим оптимальному развитию часто болеющего ребенка, следует отнести также:

- реализация модели педагогической поддержки развития часто болеющих детей в дошкольных образовательных учреждениях;
- проектирование содержания индивидуального психолого-педагогического сопровождения на основе результатов диагностики развития часто болеющего ребенка, на данных медицинских, психологических исследований и пр.;

- учет особенностей часто болеющего ребенка, выражающихся в нарушениях эмоционального развития и отношений в детско-родительской системе;
- выбор интересных для ребенка и несущих в себе развивающий потенциал форм взаимодействия с дошкольником в рамках индивидуального психолого-педагогического сопровождения;
- создание благоприятной психологической атмосферы в пространстве индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка;
- активное взаимодействие дошкольного учреждения и семьи часто болеющего ребенка.

На наш взгляд, индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение часто болеющих старших дошкольников должно включать в себя:

- формирование двигательных умений и навыков; развитие физических качеств;
- овладение ребенком элементарными знаниями о своем организме, роли физических упражнений в его жизни, способах укрепления собственного здоровья;
- организация и проведение специальных занятий, направленных на формирование регуляции и самоконтроля поведения, тонизацию эмоциональной сферы;
- удовлетворение ведущих потребностей детей (в признании, познании, игре, самореализации).

Помимо этого необходима работа с родителями часто болеющих старших дошкольников, направленная на коррекцию семейных отношений и стилей воспитания ребенка. Для этого могут быть использованы групповые и индивидуальные формы терапии, ролевые игры и направленные беседы с родителями, фокусирующие внимание на личностном потенциале ребенка.

Для разработки программы деятельности по индивидуальному психолого-педагогическому сопровождению часто болеющего ребенка нами определен его объект – семья Степы Ф. В приложении 1 находится составленное нами психологическое заключение, позволяющее выделить основные ориентиры индивидуального психолого-педагогического сопровождения. В дополнение к уже проведенным методикам нами были использованы методики, позволяющие более подробно диагностировать особенности эмоционального состояния ребенка:

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

2. Методика «Паровозик»;

3. Методика «Незаконченные предложения».

Опишем методики из кейса более подробно:

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

Инструкция. В процессе исследования рисунки предъявляются ребенку в строгой последовательности, один за другим. Показав ребенку рисунок, тестирующий к каждому из них дает инструкцию-разъяснение следующего содержания.

Количественный анализ:

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

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

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

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

Качественный анализ:

Каждый ответ ребенка анализируется отдельно. Делаются выводы относительно возможного характера эмоционального опыта ребенка в данной (и подобной ей) ситуации. Особенно высоким проективным значением обладают Рисунки № 4 («Одевание»), № 6 («Укладывание спать в одиночестве»), № 14 («Еда в одиночестве»). Дети, делающие в этих ситуациях отрицательный эмоциональный выбор, вероятнее всего будут обладать наивысшим индексом тревожности ИТ; дети, делающие отрицательные эмоциональные выборы в ситуациях, изображенных на рисунках №2 («Ребенок и мать с младенцем»), №7 («Умывание»), №9 («Игнорирование») и №11 («Собирание игрушек»), с большей вероятностью будут обладать высоким или средним индексом тревожности ИТ.

Как правило, наибольший уровень тревожности проявляется в ситуациях, моделирующих отношения ребенок-ребенок («Игра с младшими детьми», «Объект агрессии», «Игра со старшими детьми», «Агрессивное нападение», «Изоляция»). Значительно ниже уровень тревожности в рисунках, моделирующих отношения ребенок-взрослый («Ребенок и мать с младенцем», «Выговор», «Игнорирование», «Ребенок с родителями»), и в ситуациях, моделирующих повседневные действия («Одевание», «Укладывание спать в одиночестве», «Умывание», «Собирание игрушек», «Еда в одиночестве»).

2. Методика «Паровозик»:

Стимульный материал: белый паровозик и 8 разноцветных вагончиков (красный, желтый, зеленый, синий, фиолетовый, серый, коричневый, черный). Вагончики беспорядочно размещаются на белом фоне.

Инструкция: «Рассмотри все вагончики. Давай построим необычный поезд. Первым поставь вагончик, который тебе кажется самым красивым. Теперь выбери из оставшихся самый красивый, и т.д.»

Необходимо, чтобы ребенок удерживал все вагончики в поле зрения. Чем младше ребенок, тем чаще повторяется инструкция, одновременно обводятся рукой оставшиеся вагончики.

Фиксируются: позиция цвета вагончиков; высказывания ребенка.

Обработка данных.

1 балл присваивается, если ребенок поставил вагончик фиолетового цвета на вторую позицию; черный, серый, коричневый - на третью; красный, желтый, зеленый - на шестую.

2 балла присваивается, если ребенок поставил вагончик фиолетового цвета на первую позицию; черный, серый, коричневый - на вторую; красный, желтый, зеленый - на седьмую, синий - на восьмую.

3 балла присваивается, если черный, серый или коричневый вагончик поставлен на первую позицию; синий - на седьмую; красный, желтый, зеленый - на восьмую позицию.

Если в результате суммирования полученных данных, баллов оказывается менее трех, то психическое состояние оценивается как позитивное, при 4-6 баллах - как негативное психическое состояние низкой степени (НПС нс); при 7 - 9 баллах - как НПС средней степени; больше 9 баллов - НПС высокой степени.

3. Методика «Незаконченные предложения»:

Процедура проведения: ребенку предлагается послушать предложения и сразу, не задумываясь продолжить его первой, пришедшей в голову мыслью. Делать это надо быстро.

Инструкция для ребенка: «Мы сейчас с тобой поиграем. Я тебе буду говорить предложения, а ты как можно быстрее закончи их. Говори первое, что придет в голову».

Обработка результатов: Законченные предложения можно разделить на 6 групп:

1. Отношение к отцу – 13, 21;
2. Отношение к матери – 8, 24;

3. Отношение к себе – 3, 4, 7, 10, 12, 18, 27, 29;
4. Отношение к сверстникам – 2, 22, 26, 30;
5. Отношение к детскому саду – 1, 16, 19, 23;
6. Страхи и опасения – 5, 6, 9, 11, 14, 15, 17, 20, 25, 28.

Методика проста по содержанию, хорошо выявляет скрытые переживания ребенка. Ответы на вопросы могут выражать положительное, отрицательное или безразличное отношение ребенка.

Составление психологического заключения об особенностях часто болеющего ребенка необходимо для определения путей и форм оказания помощи таким детям, для выбора средств и форм психолого-педагогического сопровождения.

Результаты диагностического обследования семьи часто болеющего ребенка показали, что у Степы Ф. достаточно низкий уровень эмоционального развития (он испытывает трудности использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции). Он тревожен, замкнут. У Степы Ф. наблюдается повышенная тревожность, страхи касаются в основном коммуникативного процесса (так, он боится «говорить перед всеми»). Защиту от страхов ребенок ищет в матери; отношения с отцом отстраненные, неясные (требуют дополнительной диагностики). Ребенок отстранен от детского коллектива: держится обособленно от группы сверстников, не проявляет активности, инициативности в играх – имеет трудности коммуникативного характера, чувствует себя отвергнутым. Мать излишне балует ребенка, объясняя это его физическим состоянием, исполняет все желания, направляет все свои силы, время, внимание на воспитание сына. (Психологическое заключение – Приложение 1).

На основании проведенного диагностического обследования нами определены направления реализации индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка:

1. Коррекция эмоционального состояния часто болеющего ребенка: снижение тревожности, повышение самооценки, уверенности в себе;

2. Развитие коммуникативных способностей часто болеющего ребенка, сплочение детского коллектива;

3. Оптимизация детско-родительских отношений;

4. Повышение психолого-педагогической грамотности педагогов в отношении часто болеющих детей.

Направление «Оптимизация детско-родительских отношений» видится нам одним из важнейших: дело в том, что детско-родительские отношения – это важнейшая детерминанта психического развития и процесса социализации ребенка. Детско-родительские отношения определяются как психологическая связь родителей с ребенком, выраженная в действиях родителя, его реакциях и переживаниях, как система непрерывных, длительных, взаимосвязанных, но неравнозначных отношений родителей к ребенку и отношений ребенка к родителю. Такой тип взаимоотношений эмоционально значим и для ребенка, и для родителя, однако не всегда благополучный и конструктивный. В ряде случаев необходима оптимизация детско-родительских отношений в семье, под которой следует понимать «наиболее приемлемую перестройку системы общения родителей и детей за счет повышения у взрослых психологической компетентности в области воспитания, формирования эффективных способов взаимодействия с детьми и осознания тех моделей взаимодействия с ними, которые вызывают или провоцируют проблемное поведение последних» [Булыгина, с. 18].

Акцентируем внимание на необходимости оптимизации детско-родительских отношений в семьях с часто болеющими детьми. Дело в том, что выбранные стили семейного воспитания, типы родительского отношения нередко неконструктивны. Анализ показал, что в таких семьях, используются, как правило, привязывающе-подавляющий, симбиотический, авторитарный стили и пр., которые являются нарушенными (неэффективными), а потому являются причиной повышенного уровня тревожности часто болеющих детей.

Задачи психологической работы по оптимизации детско-родительских отношений в семьях часто болеющих детей выглядят следующим образом:

1. Повышение психолого-педагогической компетенции родителей в области воспитания часто болеющего ребенка;
2. Помощь родителям в адекватном оценивании уровня развития, проблем ребенка и определении оптимальных путей взаимодействия с ним;
3. Установление и развитие отношений партнерства и сотрудничества «родитель-ребенок»;
4. Обучение навыкам общения и способам взаимодействия в системе «родитель-ребенок»;
5. Коррекция родительского отношения к часто болеющему ребенку.

Опишем более подробно индивидуальную программу психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка в следующем параграфе.

2.2 Разработка и реализация программы по индивидуальному психолого-педагогическому сопровождению

Нами составлена индивидуальная программа психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка – Степы Ф.:

Долгосрочная цель сопровождения – содействие благополучному развитию часто болеющего ребенка в условиях дошкольной организации и за ее пределами.

В работе с субъектами образовательного процесса мы руководствовались рядом принципов:

- принцип выявления факторов, оказывающих негативное воздействие на внутрисемейную атмосферу и развитие ребенка: нужно постараться определить причины, нарушающие гармоничное развитие ребенка, а также

факторы, оказывающие деструктивное влияние на членов семьи и внутрисемейные отношения;

– принцип равенства: педагоги и родители отказываются от роли экспертов, как по отношению к детям, так и по отношению друг к другу.

Каждый обладает некими умениями или имеет свой опыт, что представляет ценность для других;

– принцип сотрудничества: все участники группы являются участниками единого (творческого, коррекционного, воспитательного) процесса, который происходит здесь и сейчас;

– принцип полного принятия и безоценочности: педагоги создают атмосферу полного принятия человека с его психическими и физическими особенностями и помогают принять такую позицию участникам группы;

– принцип отказа от принуждения: ребенок вступает в деятельность только по собственному желанию; задача взрослых – создать условия для возникновения мотива у ребенка;

– принцип опоры на сильные стороны: создание ситуаций успеха для каждого участника мероприятия, определение ими для себя точек роста;

– принцип опоры на зону ближайшего развития.

В программу индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка входят психопрофилактические и просветительские мероприятия для ребенка, его родителей и педагогов, целью которых явилось повышение психолого-педагогической грамотности взрослых (родители и педагоги), а также профилактика заболеваний у часто болеющего старшего дошкольника. Представим программу мероприятий индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка в таблице 4:

Таблица 4.

Программа мероприятий индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка

№	Направление сопровождения	Задачи направления	Мероприятия сопровождения
1	Коррекция эмоционального состояния часто болеющего ребенка: снижение тревожности, повышение самооценки, уверенности в себе	<ul style="list-style-type: none"> - снижение уровня тревожности; - нейтрализация страхов и эмоционально-отрицательных переживаний; - повышение самооценки, уверенности в себе; - развитие умения осознанно выражать свои эмоции и чувства, навыки эмоционального самоконтроля 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Тренинговое занятие «Я не боюсь!»; 2. Индивидуальное занятие с использованием элементов арт-терапии - упражнение «Конверты радости и огорчений»
2	Развитие коммуникативных способностей часто болеющего ребенка, сплочение детского коллектива	<ul style="list-style-type: none"> - формирование умения распознавать эмоциональное состояние другого человека, называть это состояние и учитывать его при взаимодействии; - формирование умения вести диалог со взрослыми и сверстниками, принимать участие в коллективных делах; - формирование навыков позитивного общения со взрослыми и сверстниками 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплекс игр, направленных на развитие коммуникативных умений и способностей старших дошкольников
3	Оптимизация детско-родительских отношений	<ul style="list-style-type: none"> - повышение психолого-педагогической компетенции родителей в области воспитания часто болеющего ребенка; - помощь родителям в адекватном оценивании уровня развития, проблем ребенка и определении оптимальных путей взаимодействия с ним; - установление и развитие отношений партнерства и сотрудничества «родитель-ребенок»; - обучение навыкам общения и способам взаимодействия в системе «родитель-ребенок»; - коррекция родительского отношения к часто болеющему ребенку 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Консультация для родителей на тему: «Если ребенок часто болеет...»; 2. Игровые упражнения, направленные на коррекцию совместной детско-родительской деятельности; 3. Совместное рисование; 4. Тренинг коррекции родительского отношения; 5. Разработка и презентация психолого-педагогических рекомендаций родителям часто болеющих дошкольников.

4	Повышение психолого-педагогической грамотности педагогов в отношении часто болеющих детей	- повышение психолого-педагогической компетенции родителей в области воспитания часто болеющего ребенка	1. Консультация для педагогов: «Меры профилактики заболевания детей»
---	---	---	--

Были проведены индивидуальные мероприятия по работе с тревожностью и неблагоприятным эмоциональным состоянием часто болеющего старшего дошкольника – так, к примеру, мы работали со страхом сопровождаемого ребенка – провели тренинговое занятие «Я не боюсь!», которое располагается в Приложении 2. Также нами было организовано индивидуальное занятие по арт-терапии с ребенком, в ходе которого дошкольнику было предложено изготовить два конверта: конверт радости и конверт огорчений, а затем их заполнить – ребенок рисовал то, что его обрадовало, что его огорчило, и распределял эти рисунки по конвертам. Затем ему было предложено с помощью рук изобразить весы: один конверт – на правую ладонь, а другой – на левую, и выбрать то – что перевешивает. Дальнейшее обсуждение с ребенком было следующим: «Как ты считаешь, что перевешивает? Радость? Отлично, завтра, когда мы вновь будем заполнять наши конвертики – ее, наверно, станет ещё больше!» или «Перевешивают огорчения? Это грустно. Но ведь мы их убрали в конверт, они больше не в тебе – а вот в этом конверте. А значит, они потеряли власть над тобой. А завтра мы вновь продолжим заполнять наши конвертики, и ещё посмотрим – кто же перевесит!». Заполнение данных конвертов радости и огорчений велось на протяжении всего сопровождения, затем конверт с накопившимися радостями стал храниться в надежном месте, чтобы у ребенка всегда была возможность пересматривать его, если вдруг будет грустно, а с конвертом огорчений было предложено «расправиться»: дошкольник придумал способ, как огорчения навсегда уйдут из его жизни – он его разрезал и выбросил.

Были проведены групповые мероприятия с участием Степы Ф. в группе дошкольников, цель которых заключалась в развитии коммуникативных способностей часто болеющего ребенка и сплочении детского коллектива. Так, нами проводились различные игры, отвечающие поставленной задаче:

1. Игры, направленные на формирование умения распознавать эмоциональное состояние другого человека, называть это состояние и учитывать его при взаимодействии (игры «Услышь свое имя» (цель – развитие умения слушать и слышать), «Гонка мячей» (цель – освоение навыков командного взаимодействия, развитие партнерских взаимоотношений), «Передай маску» (цель – формирование умения распознавать и передавать эмоциональное состояние другого человека при помощи невербальных средств), «На мостике» (цель – развитие умения называть эмоцию, эмоциональное состояние), «Добрая и злая кошка» (развитие умения изобразить заданную эмоцию, гармонизация и стабилизация эмоциональной сферы ребенка));

2. Игры, направленные на формирование умения вести диалог со взрослыми и сверстниками, принимать участие в коллективных делах (игры «Возьмите меня в игру» (цель – развитие умения вступать в беседу), «Сороконожка» (цель – формирование умения действовать в команде, развитие умения слушать и слышать), «Совет волшебников» (цель – развитие умения вести диалог, получать информацию), «Придумаю и нарисую правила игры» (цель – формирование умения вырабатывать, предлагать друзьям, обсуждать и соблюдать групповые нормы и правила), «Человек плачет» (цель – развитие эмпатии, умения адекватного восприятия партнера, умения вести диалог и получать информацию));

3. Игровые ситуации, направленные на формирование навыков позитивного общения со взрослыми и сверстниками (игровые ситуации «Куклы поссорились из-за машинки» (цель – освоение способов конструктивного взаимодействия, развитие умений разрешения конфликтной ситуации), «Кукла обиделась» (цель – развитие умения вступать в диалог,

полилог, учитывая при этом эмоциональное состояние партнера по общению), «Кукла забрала игрушки и не хочет делиться» (цель – развитие умения бесконфликтного взаимодействия с другими людьми)).

Были проведены мероприятия по оптимизации и коррекции детско-родительских отношений, на их сплочение, а также коррекция родительского отношения: таким мероприятием выступил тренинг коррекции родительского отношения (в него были приглашены и другие родители часто болеющих детей с нарушенным стилем семейного воспитания). В качестве психологической работы по оптимизации детско-родительских отношений в семьях с часто болеющими дошкольниками нами предложено пять мероприятий:

1. Консультация для родителей на тему: «Если ребенок часто болеет...»;
2. Игровые упражнения, направленные на коррекцию совместной детско-родительской деятельности;
3. Совместное рисование;
4. Тренинг коррекции родительского отношения;
5. Разработка и презентация психолого-педагогических рекомендаций родителям часто болеющих дошкольников.

Таким образом, программа мероприятий по оптимизации детско-родительских отношений включает в себя диагностический этап (входная диагностика), информационный (мероприятие № 1 и № 2), развивающий (мероприятие № 2-4).

Опишем содержание этих мероприятий:

1. Консультация для родителей на тему: «Если ребенок часто болеет...», где обсуждались такие вопросы:
 - Заболеваемость детей при поступлении их в детский сад, ее причины;
 - Влияние детского сада на иммунную и нервную систему ребенка;
 - Профилактика детских простуд;
 - Закаливание как метод профилактики детских простуд;

– Витаминизация пищи как метод профилактики детских простуд и пр.

2. Комплекс игровых упражнений, направленных на коррекцию совместной детско-родительской деятельности:

– Игровое упражнение: «Ладошки» - инструкция: «Встаньте напротив друг друга в паре или сядьте удобно так, чтобы ваши руки могли встретиться. Закройте глаза. По команде ведущего пусть ваши руки сначала найдут (1) друг друга, затем (2) познакомятся, (3) проявят симпатию, (4) потанцуют, (5) подерутся, (6) помирятся, (7) попрощаются». Упражнение занимает 5-7 минут. Рефлексия: обсуждение чувств на разных этапах;

– Игровое упражнение «Кто это на ощупь?», «Угадай, чьи руки»: игры проводятся с завязанными глазами. Сначала дети пытаются наощупь (по лицу и фигуре) угадать имя партнера. Затем родители находят с завязанными глазами ощупывают руки детей, стараясь определить своего ребенка. Для родителей и детей это может быть очень значимая ситуация (найдет ли мама своего ребенка?). Впечатлительный ребенок может расплакаться, если мама «отвергнет» его руки. Чтобы не допускать эксцессов, психолог должен вовремя незаметно помочь родителю найти руки его ребенка.

3. Совместное рисование: родителям и дошкольникам дается задание выполнить рисунок одной ручкой (карандашом или фломастером), но при этом им нельзя договариваться и вообще говорить друг с другом.

5. Разработка и презентация психолого-педагогических рекомендаций родителям часто болеющих дошкольников:

1. Старайтесь устранять психотравмирующие ситуации в семье.

2. Давайте ребенку больше позитивных эмоций.

3. К некоторым особо важным событиям следует готовиться заранее.

Постарайтесь предусмотреть возможные нюансы и подготовить ребенка к предстоящему событию. Например, если предстоит визит к врачу, надо отрепетировать его заранее, объяснив ребенку необходимость данного визита.

4. Необходимо «программировать» ребенка на полное выздоровление и настраивать его на здоровый образ жизни.

5. Нужно не жалеть ребенка, а помогать ему справляться с проблемами, в т.ч. с проблемами здоровья.

6. Интересуйтесь делами ребенка – об его делах в детском саду, о взаимоотношениях с другими детьми, говорите с ребенком ласково, обращайтесь внимание на то, что его тревожит.

7. Больше верьте в силы ребенка. Дайте ему почувствовать себя сильным, активным, здоровым. Не нужно внушать ребенку, что: «если ты пойдешь гулять — ты заболеешь, потому, что ты слабый».

8. Занимайтесь организацией режима дня ребенка:

- увеличьте ночной сон на 1-1,5 часа, укладывая ребенка пораньше в постель;
- обязательно введите дневной сон или отдых в постели (даже если ребенок уже не спит днем, ему нужно выделить час на «лежание» без музыки, мультфильмов и игрушек);
- увеличьте время прогулки на свежем воздухе на 1 час или добавьте прогулку перед самым сном, которая не должна отличаться шумностью и слишком большой активностью;
- ограничьте поездки в общественном транспорте;
- полностью исключите телевизор со «взрослыми» программами и ограничить мультики (до 1-2 в день);
- сведите к минимуму время, проводимое ребенком за компьютером, игровой приставкой и т. п.

По результатам индивидуального психолого-педагогического сопровождения можно предложить следующие рекомендации родителям часто болеющих старших дошкольников (психолого-педагогического характера):

1. Старайтесь устранять психотравмирующие ситуации в семье.
2. Давайте ребенку больше позитивных эмоций.
3. К некоторым особо важным событиям следует готовиться заранее.

Постарайтесь предусмотреть возможные нюансы и подготовить ребенка к предстоящему событию. Например, если предстоит визит к врачу, надо отрепетировать его заранее, объяснив ребенку необходимость данного визита.

4. Необходимо «программировать» ребенка на полное выздоровление и настраивать его на здоровый образ жизни.

5. Нужно не жалеть ребенка, а помогать ему справляться с проблемами, в т.ч. с проблемами здоровья.

6. Интересуйтесь делами ребенка – об его делах в детском саду, о взаимоотношениях с другими детьми, говорите с ребенком ласково, обращайте внимание на то, что его тревожит.

7. Больше верьте в силы ребенка. Дайте ему почувствовать себя сильным, активным, здоровым. Не нужно внушать ребенку, что: «если ты пойдешь гулять — ты заболеешь, потому, что ты слабый».

8. Занимайтесь организацией режима дня ребенка:

увеличьте ночной сон на 1-1,5 часа, укладывая ребенка пораньше в постель;

– обязательно введите дневной сон или отдых в постели (даже если ребенок уже не спит днем, ему нужно выделить час на «лежание» без музыки, мультиков и игрушек);

– увеличьте время прогулки на свежем воздухе на 1 час или добавьте прогулку перед самым сном, которая не должна отличаться шумностью и слишком большой активностью;

– ограничьте поездки в общественном транспорте;

– полностью исключите телевизор со «взрослыми» программами и ограничить мультики (до 1-2 в день);

– сведите к минимуму время, проводимое ребенком за компьютером, игровой приставкой и т. п.

Также была проведена консультация для педагогов: «Меры профилактики заболевания детей», где обсуждались вопросы заболеваемости детей в дошкольном учреждении, ее причины и основной акцент был сделан на возможности профилактики заболеваемости детей – в частности, на метод дыхательных упражнений. Считается, что дыхательные упражнения необходимы детям, довольно часто болеющим простудными заболеваниями, бронхитами, выздоравливающим после воспаления легких, детям, страдающим бронхиальной астмой. Дыхательная гимнастика дополняет любое лечение (медикаментозное, гомеопатическое, физиотерапевтическое), развивает еще несовершенную дыхательную систему ребёнка, укрепляет защитные силы организма.

Таким образом, в рамках индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка нами были организованы:

1. Диагностические мероприятия;
2. Профилактические, просветительские и консультативные мероприятия;
3. Коррекционно-развивающие мероприятия.

С целью определения эффективности реализованного индивидуально психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка мы провели повторную диагностику особенностей его состояния и развития по следующим методикам:

1. Диагностика эмоционального развития часто болеющих старших дошкольников через изучение особенностей использования детьми мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции по методике Л.П. Стрелковой;

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

3. Методика «Паровозик»;
4. Методика «Незаконченные предложения»;
5. Методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса.

Повторная диагностика показала, что:

1. Степа Ф. стал более естественно и открыто показывать эмоции, даже показал ранее недоступную для него эмоцию «удивление» - с заданием 1 он справился после сопровождения достаточно легко, с заданием 2 он справился хуже – по причине того, что часто не смог вспомнить литературного героя с нужным эмоциональным состоянием.

Результаты диагностики особенностей использования ребенком мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции по методике Л.П. Стрелковой представлены в таблицах 5, 6:

Таблица 5.

Результаты первой серии

Ф.И. ребенка	Веселый		Печальный		Испуганный		Сердитый		Удивленный	
	М	П	М	П	М	П	М	П	М	П
Степа Ф.	+	+	+		+	+	+	+	+	

Таблица 6.

Результаты второй серии

Ф.И. ребенка	Веселый			Печальный			Испуганный			Сердитый			Удивленный		
	Пр	М	П	Пр	М	П	Пр	М	П	Пр	М	П	Пр	М	П
Степа Ф.	+	+	+	+	+		+		+	+	+				

На лицо явный рост способности ребенка к демонстрации эмоций.

2. Диагностика по методике «Паровозик» показала такие результаты – порядок расположения паровозиков: красный, желтый, синий, серый, коричневый, зеленый (1 балл), черный, фиолетовый – итого 1 балл, что соответствует позитивному психическому состоянию. Таким образом,

уровень эмоционального психического состояния повысился: с негативного средней степени на позитивное.

3. Диагностика по методике «Тест тревожности Р. Тэмпл, М. Дорки, В. Амен» показала 3 выбора «грустного лица» и 11 выборов «веселого лица». Вычисление коэффициента показало такие результаты: ИТ = 21 %, что соответствует низкому уровню тревожности. Таким образом, тревожность ребенка существенно снизилась: с высокого уровня на низкий.

4. Диагностика по методике «Незаконченные предложения» показала, что:

1. Отношение к отцу – тревожность связана с отсутствием отца в жизни ребенка (сохранилась);

2. Отношение к матери – понимание заботы, внимания, любви, ласки, а также ответное чувство;

3. Отношение к себе – ребенок больше не оценивает себя в контексте одиночества, вместо привязанности к собаке описывает интерес к совместной игре со сверстниками;

4. Отношение к сверстникам – восприятие сверстников изменилось – стало более открытым, стал воспринимать себя как часть коллектива;

5. Отношение к детскому саду – положительное;

6. Страхи и опасения – страхи коммуникативного характера (страх «говорить перед всеми») стали меньше, реже упоминает.

5. Диагностика семейного отношения по методике «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса показала, что гиперпротекция матери Степы Ф. осталась (однако ее значение уменьшилось), потворствование ушло, т.е. определенные сдвиги произошли, однако проведенная работа оказалась недостаточной для полноценной коррекции родительского отношения.

Итак, повторное диагностическое обследование часто болеющего старшего дошкольника показало, что Степа Ф. стал легче демонстрировать собственные эмоции (т.е. повысился уровень его эмоционального развития),

стал менее тревожным, беспокойным, стал ощущать себя членом коллектива, стал проявлять интерес к сверстникам и к играм с ними. Стил ь семейного воспитания все также характеризуется гиперпротекцией, однако потворствование ушло, т.е. определенные сдвиги произошли, однако проведенная работа оказалась недостаточной для полноценной коррекции родительского отношения.

Выводы по Главе 2

На первом этапе исследования нами была проведена психологическая диагностика эмоционального состояния часто болеющих детей старшего дошкольного возраста и особенностей родительского отношения его родителя.

Диагностическое обследование показало, с одной стороны, проблему низкого уровня эмоционального развития часто болеющих старших дошкольников (практически все часто болеющие старшие дошкольники испытывают трудности использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции), с другой стороны, наличие нарушений в семейном воспитании таких детей (у 60 % часто болеющих старших дошкольников выявлено нарушение семейного воспитания: одни родители чрезмерно заботятся о своем ребенке, опекают его, потворствуют ему, обходятся без необходимых наказаний, а другие – не уделяют должного внимания воспитанию и развитию ребенка).

На втором этапе исследования из группы детей нами был выбран один ребенок для организации его индивидуального психолого-педагогического сопровождения, проведено более подробное психодиагностическое обследование, которое позволило сделать выводы о том, что у ребенка достаточно низкий уровень эмоционального развития (он испытывает трудности использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции). Он тревожен, замкнут. У него наблюдается повышенная тревожность, страхи касаются в основном коммуникативного процесса (так, он боится «говорить перед всеми»). Защиту от страхов ребенок ищет в матери; отношения с отцом отстраненные, неясные (требуют дополнительной диагностики). Ребенок отстранен от детского коллектива: держится обособленно от группы сверстников, не проявляет активности, инициативности в играх – имеет трудности коммуникативного характера, чувствует себя отвергнутым. Мать излишне балует ребенка, объясняя это его

физическим состоянием, исполняет все желания, направляет все свои силы, время, внимание на воспитание сына.

На третьем этапе исследования нами была разработана и реализована индивидуальная программа психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка. В рамках индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка нами были организованы:

1. Диагностические мероприятия;
2. Профилактические, просветительские и консультативные мероприятия;
3. Коррекционно-развивающие мероприятия.

Мероприятия проводились с самим ребенком, его родителем (мамой), а также его педагогами. Данные мероприятия осуществлялись в четырех направлениях:

1. Коррекция эмоционального состояния часто болеющего ребенка: снижение тревожности, повышение самооценки, уверенности в себе: мы провели тренинговое занятие «Я не боюсь!» и индивидуальное занятие с использованием элементов арт-терапии на основе упражнения «Конверты радости и огорчений»;

2. Развитие коммуникативных способностей часто болеющего ребенка, сплочение детского коллектива: мы провели комплекс игр, направленных на развитие коммуникативных умений и способностей старших дошкольников;

3. Оптимизация детско-родительских отношений: мы провели консультацию для родителей на тему: «Если ребенок часто болеет...»; игровые упражнения, направленные на коррекцию совместной детско-родительской деятельности; совместное рисование; тренинг коррекции родительского отношения; разработали и презентовали психолого-педагогические рекомендации родителям часто болеющих дошкольников;

4. Повышение психолого-педагогической грамотности педагогов в отношении часто болеющих детей: мы провели консультацию для педагогов: «Меры профилактики заболевания детей».

На четвертом этапе исследования нами было проведено повторное диагностическое обследование часто болеющего старшего дошкольника, которое показало, что ребенок стал легче демонстрировать собственные эмоции (т.е. повысился уровень его эмоционального развития), стал менее тревожным, беспокойным, стал ощущать себя членом коллектива, стал проявлять интерес к сверстникам и к играм с ними. Стиль семейного воспитания все также характеризуется гиперпротекцией, однако потворствование ушло, т.е. определенные сдвиги произошли, однако проведенная работа оказалась недостаточной для полноценной коррекции родительского отношения.

Проведенная работа видится нам эффективной.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Психолого-педагогическое сопровождение в научной литературе определяется как непосредственная деятельность специалистов, как технология работы, как комплекс воздействий, как взаимодействие, как система. Психолого-педагогическое сопровождение может:

- быть ориентировано на максимальное раскрытие возможностей ребенка, развитие его личности при опоре на ее возможности,
- определяться оценкой границ перехода состояния ребенка в дезадаптивное и поддержанием необходимого объема информации в оптимальных границах, не допуская перехода состояния ребенка в дезадаптивное (т.е. рассматриваться через категорию «адаптация»).

При любом методологическом подходе особое значение имеет применение индивидуального подхода к ребенку, понимаемого как принцип сопровождения, согласно которому в процессе психолого-педагогического сопровождения учитываются индивидуальные особенности ребенка, - т.е. исследуемое понятие трансформируется в «индивидуальное психолого-педагогическое сопровождение».

В такого рода сопровождении нуждаются многие категории детей, в т.ч. и часто болеющие дети. Анализ литературы по данной теме позволяет сделать выводы о наличии специфических психологических особенностей данной категории детей: это дети тревожные, неуверенные в себе, беспокойные, инфантильные, со слабо реализованными видами детской деятельности, с особой социальной ситуацией развития: ограничения движений (общее недомогание, постельный режим) и ограничения познавательной деятельности (фрустрация познавательной потребности). Познавательная деятельность часто болеющих старших дошкольников характеризуется истощаемостью психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной

работоспособности; трудностями переключения внимания и пр. Анализ социальной ситуации развития часто болеющих детей показал частое нарушение родительского отношения к ребенку: часто оно бывает симбиотическим, авторитарным и пр., что во многом оказывает влияние на психическое развитие данной категории детей.

На первом этапе экспериментального исследования нами была проведена психологическая диагностика эмоционального состояния часто болеющих детей старшего дошкольного возраста и особенностей родительского отношения его родителя.

Диагностическое обследование показало, с одной стороны, проблему низкого уровня эмоционального развития часто болеющих старших дошкольников (практически все часто болеющие старшие дошкольники испытывают трудности использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции), с другой стороны, наличие нарушений в семейном воспитании таких детей (у 60 % часто болеющих старших дошкольников выявлено нарушение семейного воспитания: одни родители чрезмерно заботятся о своем ребенке, опекают его, потворствуют ему, обходятся без необходимых наказаний, а другие – не уделяют должного внимания воспитанию и развитию ребенка).

На втором этапе исследования из группы детей нами был выбран один ребенок для организации его индивидуального психолого-педагогического сопровождения, проведено более подробное психодиагностическое обследование, которое позволило сделать выводы о том, что у ребенка достаточно низкий уровень эмоционального развития (он испытывает трудности использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции). Он тревожен, замкнут. У него наблюдается повышенная тревожность, страхи касаются в основном коммуникативного процесса (так, он боится «говорить перед всеми»). Защиту от страхов ребенок ищет в матери; отношения с отцом отстраненные, неясные (требуют дополнительной диагностики). Ребенок отстранен от детского коллектива:

держится обособленно от группы сверстников, не проявляет активности, инициативности в играх – имеет трудности коммуникативного характера, чувствует себя отвергнутым. Мать излишне балует ребенка, объясняя это его физическим состоянием, исполняет все желания, направляет все свои силы, время, внимание на воспитание сына.

На третьем этапе исследования нами была разработана и реализована индивидуальная программа психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка. В рамках индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка нами были организованы:

1. Диагностические мероприятия;
2. Профилактические, просветительские и консультативные мероприятия;
3. Коррекционно-развивающие мероприятия.

Мероприятия проводились с самим ребенком, его родителем (мамой), а также его педагогами. Данные мероприятия осуществлялись в четырех направлениях:

1. Коррекция эмоционального состояния часто болеющего ребенка: снижение тревожности, повышение самооценки, уверенности в себе: мы провели тренинговое занятие «Я не боюсь!» и индивидуальное занятие с использованием элементов арт-терапии на основе упражнения «Конверты радости и огорчений»;

2. Развитие коммуникативных способностей часто болеющего ребенка, сплочение детского коллектива: мы провели комплекс игр, направленных на развитие коммуникативных умений и способностей старших дошкольников;

3. Оптимизация детско-родительских отношений: мы провели консультацию для родителей на тему: «Если ребенок часто болеет...»; игровые упражнения, направленные на коррекцию совместной детско-родительской деятельности; совместное рисование; тренинг коррекции родительского отношения; разработали и презентовали психолого-педагогические рекомендации родителям часто болеющих дошкольников;

4. Повышение психолого-педагогической грамотности педагогов в отношении часто болеющих детей: мы провели консультацию для педагогов: «Меры профилактики заболевания детей».

На четвертом этапе исследования нами было проведено повторное диагностическое обследование часто болеющего старшего дошкольника, которое показало, что ребенок стал легче демонстрировать собственные эмоции (т.е. повысился уровень его эмоционального развития), стал менее тревожным, беспокойным, стал ощущать себя членом коллектива, стал проявлять интерес к сверстникам и к играм с ними. Стиль семейного воспитания все также характеризуется гиперпротекцией, однако потворствование ушло, т.е. определенные сдвиги произошли, однако проведенная работа оказалась недостаточной для полноценной коррекции родительского отношения.

Гипотеза исследования подтвердилась, которая была построена на предположении о том, что успешности психолого-педагогического исследования будет способствовать:

- диагностическое изучение особенностей эмоционального развития часто болеющих детей и отношения к ним родителей;
- разработка и реализация программы для родителей и часто болеющих детей по преодолению психологических проблем.

Проведенная работа видится нам эффективной.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Арон, И.С. Факторы формирования личности дошкольника в особой социальной ситуации развития: дисс. ... канд. психол. наук / И.С. Арон. – Казань, 2000.
2. Битянова, М.Р. Организация психологической работы в школе / М.Р. Битянова. – М. : Совершенство, 1997. – 298 с.
3. Булатова, И.В. Индивидуальный подход в воспитании и обучении детей дошкольного возраста / И.В. Булатова // Ямальский вестник. – 2015. – № 3 (4). – С. 45-50.
4. Булыгина, Т.Б. Психологические условия оптимизации детско-родительских отношений / Т.Б. Булыгина // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2013. – № 31. – С. 18-23.
5. Волкова, О.Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка / О.Н. Волкова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2010. – № 2.
6. Вылегжанина, Г.Г. Основные подходы к анализу мотивации часто болеющего ребенка дошкольного возраста / Г.Г. Вылегжанина // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2006. – № 1. – С. 154-159.
7. Гневэк, О.В. О содержательном наполнении понятия «психолого-педагогическое сопровождение развития ребенка» / О.В. Гневэк // Сборники конференций НИЦ «Социосфера». – 2016. – № 49. – С. 50-54.
8. Дубовик, Е.Ю. Особенности проявления тревожности в детско-родительских отношениях часто болеющим ребенком дошкольного возраста / Е.Ю. Дубовик // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. – 2006. – № 1. – С. 134-140.
9. Дусказиева, Ж.Г. Влияние родительского отношения на тендерные особенности проявления тревожности часто болеющих детей старшего

дошкольного возраста / Ж.Г. Дусказиева // Сибирский педагогический журнал. – 2008. – № 13. – С. 324-334.

10. Ковальчук, Л.И. Индивидуальный подход в воспитании ребенка : пособие для воспитателя детского сада / Л.И. Ковальчук. – 2-е изд., доп. – М. : Просвещение, 2005. – 112 с.

11. Кожевникова, М.Н. Если ребенок часто болеет : психологическая помощь родителям / М.Н. Кожевникова. – СПб. : «Литера», 2013. – 48 с.

12. Коноплева, Н.Ю. Возможности использования активных форм взаимодействия в процессе оптимизации детско-родительских отношений / Н.Ю. Коноплева, Е.Н. Кирьянова // Сборники конференций НИЦ «Социосфера». – 2013. – № 36. – С. 65-66.

13. Коррекция детско-родительских отношений : методические рекомендации для специалистов, педагогов образовательных учреждений, родителей. – Новокуйбышевск, 2009. – 103 с.

14. Курбанова, А.А. Индивидуальные занятия «игровой деятельностью» с часто болеющими детьми дошкольного возраста / А.А. Курбанова // Педагогика и современность. – 2013. – № 3. – С. 67-69.

15. Лимонцева, Г.В. Арт-терапия как средство коррекции тревожности детей старшего дошкольного возраста / Г.В. Лимонцева // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2015. – № 47.

16. Лосева, Н.А. Оптимизация детско-родительских отношений как условие обеспечения эмоционального благополучия детей с ОВЗ / Н.А. Лосева, Н.В. Захарова // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2014. – Т. 20. – С. 2306–2310.

17. Малиновская, Н.Д. Результаты исследования психологического компонента структурного аттрактора болезни школьников Российской Федерации. Психиатрия. / Н.Д. Малиновская. – Т. 6, 2005.

18. Михеева, А.А. Психологические особенности часто болеющих детей: дис. ... канд. психол. наук / А.А. Михеева. – М., 1999. – 168 с.

19. Психологический тренинг детско-родительских отношений: Методические материалы для педагогов-психологов. – Курган, 2007. – 77 с.
20. Психолого-педагогическое консультирование и сопровождение развития ребенка: пособие для учителя-дефектолога / под ред. Л. М. Шипицыной. – М. : Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 528 с.
21. Романцов, М.Г. Синдром «часто болеющий ребенок» / М.Г. Романцов, И.Ю. Мельникова, И.В. Сарвилина // Антибиотики и химиотерапия. – 2012. – Т. 57. № 9-10. – С. 8-16.
22. Романцов, М.Г. Часто болеющие дети: не только медицинская, но и психолого-педагогическая проблема / М.Г. Романцов, И.Ю. Мельникова // Проблемы педагогики. – 2016. – № 9 (20). – С. 5-12.
23. Рублева, Н.В. Особенности эмоционально-личностной сферы часто болеющих детей / Н.В. Рублева, М.Н. Шляпникова // Вестник Прикамского социального института. – 2016. – № 3 (75). – С. 74-81.
24. Стрелкова, Л.П. Развитие эмоций дошкольников. Занятия. Игры. / Л.П. Стрелкова. – М., 1999.
25. Ткачева, В.В. Гармонизация внутрисемейных отношений: папа, мама, я - дружная семья: практикум по формированию адекватных внутрисемейных отношений / В.В. Ткачева. – М., 2000. – 314 с.
26. Шеботинова, Е.А. Особенности личности часто болеющих детей / Е.А. Шеботинова // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. – 2016. – № 52. – С. 46-50.
27. Шкрабова, И.Н. Индивидуальный подход в работе с детьми дошкольного возраста / И.Н. Шкрабова, А.И. Старцева // Научный альманах. – 2015. – № 12-1. – С. 661-663.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1.

Бланки и протоколы диагностики ребенка – тест тревожности Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен

Тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен: протокол – первичное обследование

ФИО: Степа Ф.		
	грустное	веселое
1. Игра с младшими детьми	v	
2. Ребенок и мать с младенцем	v	
3. Объект агрессии	v	
4. Одевание	v	
5. Игра со старшими детьми	v	
6. Укладывание спать в одиночестве		v
7. Умывание		v
8. Выговор	v	
9. Игнорирование		v
10. Агрессивность	v	
11. Собираание игрушек	v	
12. Изоляция	v	
13. Ребенок с родителями		v
14. Еда в одиночестве		v
Итого:	9	5

Тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен: протокол – вторичное обследование

ФИО: Степа Ф.		
	грустное	веселое
1. Игра с младшими детьми		v
2. Ребенок и мать с младенцем		v
3. Объект агрессии		v
4. Одевание		v
5. Игра со старшими детьми		v
6. Укладывание спать в одиночестве		v
7. Умывание		v
8. Выговор	v	
9. Игнорирование		v
10. Агрессивность	v	
11. Собираание игрушек		v
12. Изоляция	v	
13. Ребенок с родителями		v
14. Еда в одиночестве		v
Итого:	3	11

Психологическое заключение

1. Запрос, заказ, оформление проблемы: в целях организации индивидуального сопровождения часто болеющего ребенка необходима психологическая диагностика его эмоционального состояния и особенностей родительского отношения его родителя.

2. Сведения об испытуемом: Степа Ф., возраст – 6 лет, относится к категории «часто болеющий ребенок», является единственным сыном в неполной семье. Держится обособленно от группы сверстников, не проявляет активности, инициативности в играх.

Также в исследовании приняла участие мать Степы Ф.

3. Описание плана и программы диагностики: гипотеза психодиагностического исследования строится на предположении о том, что для часто болеющих детей характерны специфические особенности эмоционального развития и отношение родителей. Цель исследования – определение эмоционального состояния и особенностей родительского отношения родителя Степы Ф.

В психодиагностическом исследовании будут использованы методика Л.П. Стрелковой (для определения эмоционального развития ребенка), методика «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса, методика «Паровозик», тест тревожности Р.Тэммл, М.Дорки, В.Амен, методика «Незаконченные предложения».

4. Описание самой процедуры обследования: Задания к диагностическим методикам зачитывались четко, в умеренном темпе. Степа Ф. понял предложенные ему задания, старался их выполнить, однако проявлял тревожность, беспокойство. Мальчик довольно тяжело шел на контакт, сначала не поднимал глаз и не вытаскивал рук из кармана, сидел глубоко в кресле. Не задавал вопросов, не выступал с инициативой в

общении. Потребовалось достаточно много времени на установление психологического контакта.

Затруднений в заполнении бланка методик у матери Степы Ф. не было. Поведение матери было спокойным, проявлялись заинтересованность, сосредоточенность и сконцентрированность при выполнении задания.

5. Описание результатов обследования:

Выявление особенностей эмоционального развития Степы Ф. через изучение особенностей использования детьми мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции по методике Л.П. Стрелковой дало такие результаты:

Степа Ф. испытывает трудности использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции.

Выявление родительского отношения родителя Степы Ф. к нему (матери) по методике «Анализ семейных взаимоотношений» Э.Г. Эйдемиллера, В.В. Юстицкиса дало такие результаты:

Мать Степы Ф. использует такие стили воспитания:

- гиперпротекция (Г+): мать уделяет ребенку крайне много сил, времени, внимания: воспитание является центральным делом в ее жизни;
- потворствование (У+): мать стремится к максимальному и некритическому удовлетворению любых потребностей ребенка, «балует» его.

Диагностика по методике «Паравозик» показала такие результаты – порядок расположения паровозиков: красный, коричневый (1 балл), серый (1 балл), желтый (1 балл), зеленый (1 балл), черный, синий (3 балла) – итого 7 баллов, что соответствует негативному психическому состоянию средней степени.

Диагностика по методике «Тест тревожности Р. Тэммл, М. Дорки, В. Амен» показала 9 выборов «грустного лица» и 5 выборов «веселого лица».

Вычисление коэффициента показало такие результаты: ИТ = 64 %, что соответствует высокому уровню тревожности.

Диагностика по методике «Незаконченные предложения» показала, что:

1. Отношение к отцу – тревожность связана с отсутствием отца в жизни ребенка;

2. Отношение к матери – совместное времяпрепровождение – просмотр телевизора;

3. Отношение к себе – ребенок часто проводит время в одиночестве, реагирует на неприятные жизненные ситуации остро (слезы, страх), чувствует со стороны детей (неприятие);

4. Отношение к сверстникам – восприятие сверстников отдельно от себя, привязанность к домашнему любимцу – собаке;

5. Отношение к детскому саду – в целом положительное, однако времяпрепровождение в нем оценивает как не активное, не стремится к контакту с детьми;

6. Страхи и опасения – страхи коммуникативного характера (страх «говорить перед всеми»), защиту от страхов видит в матери либо выбирает стратегию ухода.

Выводы:

У Степы Ф. достаточно низкий уровень эмоционального развития (он испытывает трудности использования мимики и пантомимики при демонстрации заданной эмоции). Он тревожен, замкнут. У Степы Ф. наблюдается повышенная тревожность, страхи касаются в основном коммуникативного процесса (так, он боится «говорить перед всеми»). Защиту от страхов ребенок ищет в матери; отношения с отцом отстраненные, неясные (требуют дополнительной диагностики). Ребенок отстранен от детского коллектива: держится обособленно от группы сверстников, не

проявляет активности, инициативности в играх – имеет трудности коммуникативного характера, чувствует себя отвергнутым.

Мать излишне балует ребенка, объясняя это его физическим состоянием, исполняет все желания, направляет все свои силы, время, внимание на воспитание сына.

7. Адресные рекомендации: В контексте развития личности Степы Ф. особенно важно обратить внимание на особенности его эмоционального и коммуникативного развития: необходима коррекция тревожности, работа по развитию коммуникативных навыков, повышение самооценки ребенка.

Также необходимо обратить внимание на нарушенный тип детско-родительских отношений в семье Степы Ф.: рекомендованы мероприятия по оптимизации детско-родительских отношений.

Характеристика мероприятий индивидуального психолого-педагогического сопровождения часто болеющего ребенка

Тренинговое занятие «Я не боюсь!» (для детей старшего дошкольного возраста с повышенной тревожностью)- ход:

Ритуал приветствия.

Упражнение «Доброе утро...».

Дети вместе с психологом сидят в кругу. Всем предлагается поприветствовать друг друга Доброе утро Саша ... Оля...и т.д., которые нужно пропеть.

Упражнение «Что я люблю?» и «Расскажи о себе»

Дети в кругу, каждый говорит по очереди, что он любит из еды, одежды, во что любит играть и т.д. рассказывает о себе.

Игра «Расскажи свой страх»: мы предложили ребенку занять удобное для него положение и инициировали разговор о детских страхах: «А вот когда я была такой, как ты, то...» Затем задавались вопросы: «А у тебя было такое?», «А чего боишься ты, расскажи!» и ребенок рассказывал о ситуациях, когда ему было страшно.

Упражнение «Нарисуй свой страх». Цель: Нейтрализовать страхи и эмоционально-отрицательные переживания, снижение страха и тревожности. Мы предложили ребенку взять в руки карандаши и нарисовать то, чего он боится (при этом мы не делали подсказок, что надо изображать, ребенок должен был сам справиться с этим заданием). Дальнейшая инструкция: «Я смотрю, ты уже нарисовал. Теперь я попрошу тебя поделиться своими страхами. Ведь когда о них знаете еще кто-то другой, уже не так и страшно». Затем: «Я знаю отличный способ, как избавиться от страхов. Хочешь, поделюсь? Давай возьмем рисунок, порвем его на мелкие кусочки и выкинем в мусорное ведро. Мусор выкинут и сожгут, а вместе с ним сожгут и твой страх. Ты согласен?»

Игра «Это Я - такой»: Ребенку предлагаются несколько картинок (использовались вырезки из журналов). Он должен посмотреть на каждую, решить, какое хорошее качество здесь изображено, и сказать: «Это Я — такой...» Например, на картинке изображен сильный мужчина, то ребенок должен догадаться, что здесь изображена сила, и ему нужно сказать «Это я — такой сильный» и т. д.

Тренинг коррекции родительского отношения (для родителей часто болеющих старших дошкольников) – ход:

1. Вступительное слово ведущего.

2. Инструкция: знакомство с целью и задачами групповой работы, темой и формой проведения занятия. Выработка правил работы на тренинге – участникам зачитываются утверждения, которые они должны обсудить и выбрать подходящие для эффективного взаимодействия:

- нельзя говорить долго и не по теме, высказываться надо чётко и конкретно;

- не перебивать друг друга, соблюдать правило «поднятой руки»;

- следует быть активным, принимать участие во всех видах деятельности;

- каждый участник имеет право на собственное мнение, не боясь высказывать его и быть осужденным;

- то, что происходит на тренинге, не выносится за пределы аудитории.

3. Упражнение «Имя и качество».

Инструкция: каждый участник представляется по имени и называет то качество, которое больше всего подходит ему по характеру, начинающееся на первую букву его имени. Имена закрепляются с помощью упражнения «Снежный ком». Например: первый участник – «Я Евгений – я единственный в своем роде», второй участник, указывая на первого, - «Это Евгений – он единственный в своем роде. Я Светлана – я остроумная», третий (поочередно, указывая на первых двух) – это Евгений – он единственный в

своем роде, это Светлана – она остроумная. Я Марина – я миролюбивая» и т.д.

4. Диагностическое упражнение «Идеальный родитель».

Инструкция. Участникам предлагается методом «мозгового штурма» составить словесный портрет «идеального родителя». Ведущий записывает повторяющиеся высказывания родителей на доске.

Затем на рисунке, где изображены расходящиеся от центра к краям круги (подобие «мишени»), каждому участнику предлагается поставить, любой знак синим фломастером там, где он, по собственному мнению, находится относительно центра круга. Центр символизирует «идеального родителя» со всеми перечисленными качествами. Далее предлагается подумать и предложить, где они окажутся после прохождения тренинга, поможет ли он приблизиться к центру. Это место – предполагаемая цель, конечный результат, его нужно отметить красным цветом.

В заключении каждому родителю предлагается определить и записать 2-3 качества, необходимых для достижения поставленной цели.

5. Упражнение «Хорошо и плохо».

Инструкция. Участникам предлагаются для обсуждения символические рисунки на тему «Моя семья», отражающие 4 стиля воспитания. Участники делятся на две команды. Задача первой – назвать плюсы каждого из обсуждаемых стилей воспитания. Задача второй - назвать минусы.

6. Упражнение «Родительские установки».

Ведущий: На наши взаимоотношения с детьми оказывают влияние установки, сформированные еще в детстве нашими родителями, независимо от нашего желания – пока мы не осознаем их. Если же установка осознана – она перестает верховодить нами, мы можем ее изменить.

Ведущий просит участников закрыть глаза, сделать несколько глубоких вдохов и медленных, плавных выдохов – и на фоне расслабленного состояния вспомнить свою родительскую семью, свое детство. Как реагировали родители на ваши шалости, капризы, проступки? Как бы они

закончили следующие предложения: «Дети плохо себя ведут, потому что...», «Непослушный ребенок – это...».

После выхода из состояния расслабления, участники делятся своими переживаниями и мыслями родительских установок.

7. Упражнение «Чего хотят дети?»

Примечание. Для упражнения понадобится рисунок сердца, разрезанный на части (по количеству родителей). Каждая часть нумеруется – чтобы в дальнейшем было удобнее и легче собрать мозаику.

Слово ведущего: «Представьте мысленно, что вы вернулись в детство. Вам 5-6 лет. Вспомните, чего больше всего хотелось? Запишите одной фразой».

Инструкция. Участники записывают свои ответы на розданных им частях сердца, после чего зачитывают и анализируют написанное. Затем ведущий предлагает из полученных частей собрать мозаику и делает вывод: «Чего на самом деле хотят дети – это много любви, тепла и ласки».

8. Упражнение «Дисциплина».

Взрослые часто применяют какие-либо дисциплинарные методы воздействия в тех ситуациях, когда ребенок не выполняет требований взрослого.

Предложить родителям кратко описать ситуацию типичную для его семьи, когда необходимы какие-либо дисциплинарные меры по отношению к ребенку. Эти карточки перемешать на подносе. Родители распределяются по парам. Каждая пара вытягивает себе карточку с описанием ситуации, которую надо решить с помощью предоставления выбора и выявления его логических последствий.

Затем происходит групповое обсуждение найденных решений.

Ведущий. Предоставление свободы выбора и выяснения логических последствий этого выбора – не единственные методы установления необходимой дисциплины. Предлагаю вам познакомиться со «ступенчатой системой установления запрета»:

1. Признать, что некое желание вполне может возникнуть у ребенка («Я понимаю, что тебе хочется...»).

2. Четко определить запрет на какое-либо действие («Но я не могу позволить тебе это сделать сейчас, так как...»).

3. Указать каким образом ребенок может осуществить свое желание.

4. Помочь ребенку выразить свое законное недовольство («Конечно, тебе это не нравится...»).

9. Упражнения «Обратная связь».

Инструкция. Участникам предлагается по кругу рассказать о своих впечатлениях от занятия, определить, какой процент полезной информации они получили, насколько оправдались их ожидания.