

Министерство образования и науки РФ
Федеральное государственное образовательное учреждение высшего
образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
им.В.П.Астафьева
(КГПУ им.В.П.Астафьева)

Факультет начальных классов
Кафедра педагогики и психологии начального образования

Лучко Елена Анатольевна
ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА
РАЗВИТИЕ МЕЖЛИЧНОСТНЫХ ОТНОШЕНИЙ У ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ
МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

Направление (специальность) 44.01.03 Педагогическое образование

Направленность (профиль) образовательной программы Начальное образование

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Зав. кафедрой к.п.с.н., доцент П и ПНО
Мосина Наталия Анатольевна

Руководитель к.п.с.н., доцент кафедры П и ПНО
Мосина Наталия Анатольевна

Дата защиты:

Обучающийся Лучко Е.А.

Оценка:

Красноярск

2017

СОДЕРЖАНИЕ

Введение.....	3
ГЛАВА I. Теоретический анализ исследования по развитию межличностных отношений часто болеющих младших школьников.....	6
1.1 Понятие межличностных отношений.....	6
1.2 Особенности развития личности младших школьников.....	16
1.3 Особенности развития межличностных отношений у часто болеющих школьников (ЧБШ): понятие и психолого-социальная характеристика.....	23
ГЛАВА 2. Организация и анализ результатов исследования самосознания часто болеющих младших подростков.....	32
2.1 Методы, процедура и организация исследования	32
2.2 Рекомендации по работе на развитие межличностных отношений детей младшего школьного возраста.....	55
Заключение.....	61
Библиографический список.....	63
Приложения	

Введение

Роль общения в жизни каждого из нас невозможно переоценить, поскольку любая деятельность человека невозможна без коммуникаций. В орбиту межличностных отношений ребенок вовлекается с самого рождения и именно на опыте общения с другими людьми, взрослыми или сверстниками, базируется развитие его личности. Чрезвычайная значимость проблемы взаимоотношений детей в последние десятилетия остается предметом многочисленных дискуссий среди психологов и педагогов. Исследование вопроса межличностных отношений во многом связано с более глубоким изучением личности ребёнка, проникновением в область разнообразных контактов детей со взрослыми и сверстниками.

Проблеме межличностных взаимоотношений детей со сверстниками посвящены исследования многих ученых (В.В. Абраменкова, И.В. Дубровина, М.И. Лисина, В.С. Мухина, Я.Л. Коломинский, А.М. Прихожан, Е.О. Смирнова и др.), в том числе применительно к младшему школьному возрасту, поскольку именно с поступлением в школу начинается наиболее активное приобретение навыков разноуровневого общения.

Известно, что состояние здоровья ребенка воздействует на развитие его личности. Высокий уровень детской заболеваемости и, как следствие, увеличение числа детей, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок», является актуальной медико-социальной и одновременно психолого-педагогической проблемой. Поскольку общение и взаимодействие со сверстниками тесным образом связаны с учебной деятельностью, даже при наличии высокого интеллектуального развития у часто болеющих детей могут возникать трудности в обучении, которые бывают, как правило, комплексными.

Иногда это приводит к отчужденности и отстраненности от других детей и сверстников, а также может послужить причиной социальной

дезадаптации ребенка из-за ограниченности общения со сверстниками и пропусков занятий в образовательном учреждении.

Цель исследования: выявить особенности межличностных отношений часто болеющих детей младшего школьного возраста и разработать рекомендации для учителей, и родителей младших школьников.

Объект – процесс развития межличностных отношений у младших школьников.

Предмет исследования: особенности межличностных отношений часто болеющих младших школьников.

Гипотеза: предполагается, что частота заболеваемости ребенка влияет на развитие межличностных отношений. Межличностные отношения часто болеющих школьников имеют свои особенности:

1. Общение носит формальный и поверхностный характер;
2. Низкий уровень развития коммуникативных навыков;
3. Пониженный уровень самооценки;
4. Повышенный уровень тревожности.

В исследовании были поставлены следующие задачи:

1. проанализировать отечественную и зарубежную литературу по теме межличностных отношений, в том числе их особенностей на этапе обучения в младшей школе;
2. изучить социально-психологические особенности младшего школьного возраста, в том числе особенности часто болеющих детей;
3. охарактеризовать межличностные отношения детей в возрасте 7-10 лет, а также соответствующие особенности часто болеющих школьников;
4. подобрать адекватные целям исследования и возрасту испытуемых методики, провести опрос среди младших школьников и проанализировать полученные результаты.
5. разработать рекомендации по работе на развитие межличностных отношений детей младшего школьного возраста.

В качестве экспериментальных методов использовались следующие диагностические средства: методики А.И.Липкиной, Дембо-Рубинштейна по исследованию особенностей самооценки и уровня притязаний часто болеющих детей и их редко болеющих одноклассников, социометрическая методика Р. Желя, а также анкета для оценки привлекательности классного коллектива.

Исследование проводилось в МБОУ «Средняя школа № 34» Свердловского района г. Красноярска, на базе 2 «б» класса. Количество детей - 21, из них часто болеющих 4 человека.

ГЛАВА 1. Теоретический анализ исследования по развитию межличностных отношений часто болеющих младших школьников

1.1 Понятие межличностных отношений в исследованной литературе

Под межличностными отношениями в науке понимают «субъективно переживаемые связи между людьми, объективно проявляющиеся в характере и способах межличностного взаимодействия, т.е. взаимных влияний, оказываемых людьми друг на друга в процессе их совместной деятельности и общения»[4].

Под термином «межличностные отношения» психологи подразумевают совокупность взаимодействий, которые возникают между отдельными людьми, часто сопровождаются эмоциональными переживаниями и в некотором роде передают состояние внутреннего мира человека.

Наиболее лаконичное определение данному понятию дано Н. Н. Обозовым: «межличностные отношения - это взаимная готовность субъектов к определённому типу взаимодействия»[31].

Несколько иной подход к пониманию межличностных отношений представлен в работе Я.Л. Коломинского, понимавшего их как «взаимоотражение субъектов» [20].

Несмотря тот факт, что на сегодняшний день накоплено достаточно много исследований, посвященных межличностным отношениям, данное направление по-прежнему представляет значительный интерес.

Анализ литературы позволяет выделить различные уровни межличностных отношений: социально-ролевой, деловой или манипулятивный, интимно-личностный [37].

Межличностные отношения основаны на различных видах общения, которые включают невербальные связи, определенный внешний вид, телодвижения и жесты, устную речь и т.д. Они сочетают в себе когнитивный, эмоциональный и поведенческий компоненты.

Существуют различные классификации видов межличностного общения. В зависимости от преобладающего средства общения выделяют: речевое, неречевое и комбинированное общение. В зависимости от предмета общения выделяют: свободное, деятельностное, игровое и ритуальное общение. По критерию взаимного статуса партнеров выделяют: соотнесенное и соподчиненное общение. В зависимости от цели межличностного общения выделяют:

- формальный вид общения («контакт масок»), при котором отсутствует стремление понять и учесть особенности личности собеседника;
- примитивный вид общения, при котором собеседник выступает в качестве нужного или мешающего объекта;
- функционально-ролевой вид общения или социально-ролевой (родитель - ребенок, учитель - ученик);
- деловое общение, в котором преобладающая роль отводится интересам собеседников;
- духовное общение или общение между близкими людьми;
- светское (формальное) общение;
- манипулятивное общение, нацеленное на извлечение выгоды от собеседника [22].

По критерию модальности можно выделить: позитивное, негативное, нейтральное общение. По критерию направленности можно выделить: вертикальное общение (на различных иерархических уровнях), горизонтальное (на одном уровне).

Межличностное общение характеризуется многообразием функций, среди которых принято выделять:

- контактную функцию;
- информационную функцию;
- побудительную функцию;
- координационную функцию;

- функцию взаимного понимания (намерений, установок, переживаний, состояний);
- эмотивную функцию;
- функцию установления отношений (определяющую место личности в социуме)
- функцию оказания влияния [25].

Отношения с другими людьми зарождаются и наиболее интенсивно развиваются в детском возрасте. Опыт этих первых отношений является фундаментом для дальнейшего развития личности ребенка и во многом определяет особенности его отношения к себе, к другим, к миру в целом.

Умение общаться положительно влияет не только на взаимодействие с окружающими, но и на самооценку ребенка, ее внутренние характеристики: адекватность представлений о себе и о своих возможностях, уверенность в собственных силах, эмоциональную комфортность [34].

В науке общение понимается как «процесс установления поддержания целенаправленного, прямого или опосредованного теми или иными средствами контакта между людьми, так или иначе связанными между собою в психологическом отношении»[20]. Общение пронизывает все сферы жизни школьника, играет важнейшую роль в формировании и развитии его личности.

Анализ работ отечественных и зарубежных авторов позволяет установить высокий уровень внимания, уделяемый исследованиям взаимосвязи взаимодействия, общения и обучения («social interaction and learning»). В качестве предмета исследования выступает характер самого взаимодействия ребенка при изменении социальной ситуации развития. По мере взросления происходит овладение ребенком новыми средствами и способами коммуникации с другими. Развивающий эффект любого обучения зависит во многом от того, как организована совместная деятельность взрослого и ребенка, или ребенка и сверстника, насколько хорошо он может выстраивать партнерские отношения с другими.

Определение межличностных отношений младших школьников (на примере первоклассников) дает в своем исследовании Н.А. Шкуричева [40], понимая под ними «совокупность определенных ориентаций и ожиданий у ребенка, которые опосредуются целями, содержанием и организацией его совместной деятельности, прежде всего со сверстниками».

Выделяют четыре воспитательные функции межличностного общения школьников:

- а) нормативная, отражающая освоение ребенком норм социально-типического поведения);
- б) познавательная, отражающая приобретение ребенком индивидуального социального опыта;
- в) эмоциональная, отражающая общение как аффективный процесс;
- г) актуализирующая, отражающая в общении реализацию типических индивидуальных особенностей ребенка, как способ и как средство утверждения личности в социуме [8].

В периоде детства отечественными и зарубежными исследователями выделяются и сопоставляются две основные линии развития общения: общение со взрослыми и общение со сверстниками. При этом классик отечественной психологии Л. С. Выготский придерживался мнения, что психическое развитие определяется общением со взрослыми [11]. Напротив по мнению Ж. Пиаже общение со сверстниками имеет большее значение в развитии интеллекта и морального развития, чем общение со взрослыми. Аналогичная идея высказывается Г.Н. Кобяковой: «совместная деятельность в детской группе является тем силовым полем, в котором возникают и развиваются межличностные отношения», а также В.С. Мухиной: «только в недрах коллективной жизни возникает индивидуальное поведение».

У. Хартуп рассматривает в общении детей младшего школьного возраста две равнозначные области взаимоотношений: вертикальную и горизонтальную. В вертикальной области (общение со взрослыми) ребенку обеспечивается защита и безопасность, внутренняя базовая модель общения,

познание социальных норм общения. Горизонтальные отношения (общение со сверстниками) отличаются равноправием, здесь приобретаются социальные навыки, обеспечивается чувство благополучия.

А.А. Реан и Я.Л. Коломенский пишут, что в системе межличностных отношений с другими людьми - с взрослыми и сверстниками - у ребенка возникает и развивается сложная гамма чувств, которые характеризуют его как уже социализированного человека. Это, прежде всего самолюбие, выражающее стремление ребенка не только к самоутверждению, но и к соперничеству с другими людьми [20].

На этапе поступления в школу развитие ведущей деятельностью ребенка становится учебная деятельность, определяющая, тем самым, иные виды его деятельности (игровую, трудовую и общения). Однако деятельность общения отнюдь не уходит на второй план, поскольку в процессе обучения у детей расширяются сфера общения и его содержание (учителя, одноклассники).

Как правило, учителя служат для младших школьников «образцами для подражания», «главным авторитетом» [23], являясь одновременно основным источником разнообразных знаний. Общение со взрослым определяет формирование внутренней позиции ребенка, формирование произвольности всех психических процессов, при этом особое значение приобретает успешность отношений «ребенок-учитель» (Б.Г. Ананьева, Л.И. Божович, И.С. Славина). Учитель, являясь носителем социально заданных норм и правил, определяет статусное место ребенка в классном коллективе и влияет на успешность общения со сверстниками (Д.Б. Эльконин, Т.Д. Марцинковская). Более того, влияние учителя распространяется и на отношения в семье, центром которой теперь становится учебная деятельность ребенка, его отношения с учителем и одноклассниками. Традиционное общение в семье теперь включает все события школьной жизни ребенка.

Не являясь определяющим, в этом возрасте общение со сверстниками ставится все более значимым, способствуя осуществлению познавательной предметной деятельности, а также формированию у ребенка важнейших навыков межличностного общения и задатков социальных ценностей, морали. Появление тяги к групповому общению свидетельствует о чрезвычайной ценности и привлекательности группы для ребенка этого возраста [7]. Общение в группе (характер взаимоотношений, социометрический статус в группе) определяет направление дальнейшего развития личности ребенка, что обостряет значение проблем межличностных отношений именно в младшем школьном возрасте.

Классификация отношений в группе младших школьников в психолого-педагогической литературе традиционно включает три вида: функционально – ролевые, эмоционально – оценочные и личностно – смысловые. Рассмотрим их подробнее.

Функционально – ролевые отношения младших школьников реализуются преимущественно в игровой деятельности, чем обусловлена их независимость (самостоятельность) от непосредственного контроля (влияния) со стороны взрослых. Определяющей является самостоятельность выбора ребенком своей роли в группе.

Эмоционально – оценочные отношения отведена функция контроля при возникновении конфликтных ситуаций при игровом распределении ролей.

Личностно-смысловые отношения проявляются в возникновении взаимосвязей в группах, где мотив одного приобретает личный смысл для остальных членов группы.

Именно в младшем школьном возрасте дети интенсивно овладевают навыками общения, учатся устанавливать дружеские и прочие контакты, что одновременно является важной задачей их личностного развития. Дружба (формируемая в группе) способствует закладыванию основ самосознания и формированию у каждого из ее членов чувства сопричастности.

Имеющая место на начальном этапе обучения новизна ситуации («социальной ситуации развития» [11]) при вхождении в группу и правил поведения в ней, представляющих собой копию взрослой модели, способствует росту уровня конформности ребенка [13].

Общение со сверстниками способствует формированию самооценки в процессе социализации, чувств соперничества и сотрудничества, одновременно выступая своеобразным стимулятором учебной активности, что следует учитывать педагогам при организации учебного процесса. Установлено, что дети отдают предпочтение тем сверстникам, которым хорошо дается учеба и которые получают одобрение учителя.

Развитие взаимоотношений уже в период обучения в первом классе приводит к появлению следующих статусных групп:

- «звёзд», лидеров учеников, которые пользуются уважением у большинства одноклассников;
- группы «предпочитаемых» это ученики, с которыми хотят дружить, которых уважают по крайней мере несколько одноклассников;
- группа «пренебрегаемых» - ученики, к которым положительно относятся единицы;
- группа «изолированных» - учащиеся, с которыми не дружат одноклассники.

Формирование групп в младшем школьном возрасте, тем не менее, определяется целым рядом факторов, среди которых гендерная принадлежность, возраст, а также социально-экономический статус семьи (ранее менее значимый).

Влияние эмоциональной сферы на умственную деятельность (суждения и высказывания) младших школьников невозможно переоценить. Эмоциональная окраска получаемой ребенком информации способствует ее лучшему отражению и запоминанию.

Общение младших школьников со сверстниками по степени эмоционального вовлечения традиционно бывает двух видов: а) товарищеским и б) приятельским.

Товарищеское общение с одноклассниками (преимущественно идентичной гендерной принадлежности) характеризуется меньшей эмоциональной глубиной. Напротив, приятельское общение, которое распространяется не только на отношения в классе, может быть не только с представителями своего пола, но и пола противоположного. Основой их формирования становятся преимущественно групповая дружба и симпатия, в основе которых лежит потребность в близости и самораскрытии. Впоследствии в возрасте 9-10 лет появление друга становится важным этапом личностного развития ребенка. Именно благодаря дружбе дети усваивают социальные понятия, овладевают социальными навыками и развивают самоуважение. Дети, имеющие постоянных, удовлетворяющих их друзей, отличаются лучшими установками к учебе и добиваются больших успехов в жизни. Следует согласиться с утверждением У. Хартуп, что друзья способствуют развитию навыков решения социальных проблем. Дети могут делиться своими чувствами и страхами; доверительность по мере взросления увеличивается в общении со сверстниками; на протяжении младшего школьного возраста общение между двумя детьми перерастает в групповое общение. Дружба между детьми обеспечивает чувство безопасности и социальную поддержку.

Взаимоотношения полов в младших классах характеризуется стихийностью, при этом вероятны антигуманные отношения (грубость и драчливость, развязность и заносчивость, категорическое неприятие, застенчивость и ябедничество).

В группе младших школьников возможны противоположные отношения: принятие и отвержение, - для которых в свою очередь характерны как устойчивость, так и неустойчивость.

Важное значение для ребенка в группе имеет социометрический статус, который нередко является причиной переживаний при несоответствии между притязаниями и фактическим состоянием.

Огромное значение для личностного роста младшего школьник имеет уровень личных достижений (успешности), порождающие уверенность в способностях и возможностях, с которой сопряжена дальнейшая тяга к знаниям. При отсутствии особых достижений в учебно- познавательной деятельности (как основной), а также при большом различии интересов и несоответствии речевой культуры, возникают проблемы с определением положения (статуса) в группе сверстников.

Формирование межличностных отношений в начальной школе реализуется через совместную деятельность учащихся, функциями которой являются следующие пять: а) развивающая функция, предполагающая развитие умений и навыков совместной деятельности и общения при изучении учебного материала; б) воспитательная функция, обеспечивающая становление классного коллектива; в) аналитическая функция, означающая возможность оценки процесса формирования отношений в классе, как учителем, так и учащимися; г) интегративная функция, реализуемая в интеграции различных видов деятельности на уроке (игра, рисование, аппликация, диалоги и т.д.); д) коррекционная функция, обеспечивающая устранение факторов дезадаптации учеников, способствующая преодолению трудностей, возникающих в процессе общения и взаимодействия [44].

Критериями оценки межличностных отношений, влияющих на протекание адаптационного периода младших школьников (в частности, первоклассников) по мнению Н.А. Шкуричевой являются:

а) эмоционально-положительное отношение к совместной деятельности;

б) деловые отношения в совместной деятельности на уроке выражаются в умениях первоклассника принимать цель совместной деятельности и взаимодействовать друг с другом;

в) наличие новых социальных ролей, связанных с реализацией межличностных отношений;

г) статусные характеристики межличностных отношений [40,42].

Анализ работ отечественных и зарубежных исследователей по вопросам межличностных отношений младших школьников, позволяет сделать следующие выводы:

- общение является одним из определяющих факторов личностного развития ребенка, что в наибольшей степени проявляется в период обучения в начальной школе;

- процесс становления и развития навыков общения в младшем школьном возрасте имеет свои особенности, поскольку взаимосвязан и взаимообусловлен процессом становления и развития их учебной деятельности;

- для ребенка в этот период равнозначными являются две линии общения: общение со взрослыми и общение со сверстниками. Обе линии общения формируют динамическую систему межличностных отношений сложной структуры. При этом значение общения ребенка со взрослым в период обучения в начальной школе состоит в формировании и развитии процесса учебной деятельности, направленности и произвольности психических процессов, а также рефлексии. Общение со сверстниками является определяющим для формирования адекватности самооценки и образа-Я, равно как для успешной социализации;

- для успешного развития сферы общения необходимо положительное влияние целого ряда факторов: успешности в усвоении учебного материала, характер и качество взаимоотношений с учителем, уровень когнитивного и социального развития, «просоциальное» поведение;

- в период обучения в начальной школе происходит трансформация всей системы отношений «ребенок - окружающая среда», в которой социально-нормативным вектором выступает общение с учителем,

направляющим и определяющим отношения «ребенок - семья» и «ребенок - сверстники»;

- процесс общения со сверстниками в этот период характеризуется значительными изменениями. Подход к другим детям и их оценка реализуются с учетом некоего «эталона», формируемого учителем. Изначально детское общение в этом возрасте характеризуется групповым характером. При этом закономерным результатом процесса общения детей младшего школьного возраста является возникновение дружбы.

1.2 Особенности развития личности младшего школьника

Этап перехода от дошкольной жизни к учебной деятельности характеризуется преобладающей ролью игровой деятельности (непроизвольного характера) при активном формировании произвольной деятельности (поведения), в том числе учебной и трудовой (ввиду появления школьных и домашних обязанностей).

Социальная ситуация развития младшего школьника характеризуется сложным составом: «ребенок — учитель» и «ребенок — родители». При этом отношение «ребенок — учитель» становится для ребенка проекцией отношения «ребенок — общество», опосредующим отношения ребенка к родителям и отношения с другими детьми. В отличие от ассиметрии в семейных взаимоотношениях и в детском саду, в школе имеет место система эталонов, одинаковых мер для оценки всех и каждого [43].

Американский психолог Э. Эриксон, выделил одну из стадий психологического развития школьный возраст. Этот период проходит в возрасте от 6 до 12 лет. В этом возрасте происходит выход ребенка за пределы семьи и начинается систематическое обучение. Дети поглощены тем, что стремятся узнать, что из чего получается и как оно действует. Идентичность ребенка теперь выражается так: «Я — то, чему я научился». Обучаясь в школе, дети приобщаются к правилам осознанной дисциплины,

активного участия. Опасность этого периода состоит в появлении чувства неполноценности, или некомпетентности, сомнения в своих способностях или в статусе среди сверстников [47].

Российский, советский психолог Л.С. Выготский установил четыре основные закономерности, или особенности, детского развития:

- Цикличность. Развитие имеет сложную организацию во времени, темп и содержание развития изменяются на протяжении детства. Подъем, интенсивное развитие сменяется замедлением, затуханием. Ценность месяца в жизни ребенка определяется тем, какое место он занимает в циклах развития: месяц в младенчестве не равен месяцу в подростковичестве.
- Неравномерность развития. Разные стороны личности, в том числе психические функции, развиваются неравномерно. Есть периоды, когда функция доминирует, — это период ее наиболее интенсивного, оптимального развития, а остальные функции оказываются на периферии сознания и зависят от доминирующей функции. Каждый новый возрастной период знаменуется перестройкой межфункциональных связей — в центр выдвигается другая функция, устанавливаются новые отношения зависимости между остальными функциями.
- «Метаморфозы» в детском развитии. Развитие не сводится к количественным изменениям, это не рост, а цепь качественных преобразований. Психика ребенка своеобразна на каждой возрастной ступени, она качественно отлична от того, что было раньше, и того, что будет потом.
- Сочетание процессов эволюции и инволюции в развитии ребенка. Процессы инволюции закономерно включены в прогрессивное развитие. То, что сложилось на предыдущем этапе, отмирает или преобразуется. Например, ребенок, научившийся говорить, перестает лепетать [12].

Согласно Л.С. Выготскому движущая сила (фактор) психического развития — обучение. Не всякое обучение выполняет роль движущей силы развития, может случиться и так, что оно будет бесполезно или даже

затормозит развитие. Чтобы обучение было развивающим, оно должно ориентироваться не на уже завершившиеся циклы развития, а на возникающие, на зону ближайшего развития ребенка. Зона ближайшего развития определяется Выготским как разница, «расстояние» между уровнем актуального умственного развития ребенка и уровнем возможного развития. Уровень трудности задач, решаемых ребенком самостоятельно, обозначает актуальный уровень развития. Уровень трудности задач, решаемых под руководством взрослого, определяет потенциальный уровень. В зоне ближайшего развития находится психический процесс, формирующийся в совместной деятельности ребенка и взрослого; после завершения этапа становления он становится формой актуального развития самого ребенка.

Л.С. Выготский разделяет периоды развития ребенка в соответствии с психологическим возрастом, который определяется складывающейся к началу каждого возрастного периода социальной ситуацией развития — своеобразным, специфическим для данного возраста, неповторимым отношением между ребенком и окружающей его средой, образом жизни ребенка, его «социальным бытием» [14].

Накапливаясь с течением времени, психологические новообразования — продукты возрастного развития и одновременно предпосылки дальнейшего развития — постепенно приходят в противоречие со старой социальной ситуацией развития, ведут к ее слому и построению новых отношений, открывающих новые возможности для развития ребенка в следующем возрастном периоде. Так происходит смена психологических возрастов.

Л.С. Выготский различал два типа возрастных периодов, сменяющих друг друга: стабильные и критические. Периодизация, выстроенная Выготским, включает три периода у младшего школьника:

- дошкольный возраст (от 3 до 7 лет)
- кризис 7 лет
- школьный возраст (от 8 до 12 лет).

Проблема «кризиса семи лет», называемая также «проблемой психологической готовности к школьному обучению» представляет собой проблему смены ведущих типов деятельности в данном возрастном периоде. Применительно к семилетнему возрасту эта проблема связана с переходом от сюжетно-ролевой игры к учебной деятельности. Под учебной деятельностью принято понимать не только непосредственное обучение в школе, но и внешкольное обучение самым различным видах деятельности: в процессе непосредственного общения с окружающими людьми, в результате осуществляемых ими предметных действий, в игре и т.п.

Данный кризисный период характеризуется тремя основными психологическими приобретениями:

а) начала произвольного поведения ввиду «обобщение переживания» (по Л.С. Выготскому), или, иначе говоря, «интеллектуализацию аффекта» (переживания становятся сложными, амбивалентными); и, соответственно, утраты непроизвольности и ситуативности поведения;

б) произвольность познавательных процессов;

в) децентрации (отдельности) личности.

Именно сформированность и уровень развития указанных психологических новообразований обуславливает уровень готовности ребенка к школе и первые его шаги по адаптации к ней.

Учебная деятельность вносит значительные изменения в поведение ребёнка, делая его более собранным, легче откликающимся на слова взрослого, привыкшим выслушивать подробности, а также более внимательным, способным анализировать собственную деятельность, чему способствуют игры по правилам. Тем не менее, для самого ребенка процесс обучения становится особой деятельностью только при появлении учебной задачи - задачи научиться чему-то новому, которая формируется как раз к началу обучения в школе. Соответственно, возможность принятия ребёнком учебной задачи становится значимым фактором его готовности к школьному обучению.

Д.Б. Эльконин и В.В.Давыдов включали в структуру учебной деятельности четыре компонента: а) учебные задачи; б) учебные действия; в) действия контроля (соотнесение с образцами); г) их оценку (фиксация соответствия или несоответствия результатов требованиям учебной ситуации) [9].

Основными характеристиками учебной деятельности являются две: а) усвоение ребенком тех навыков, знаний, умений в неизменном выработанном человечеством виде; б) подчинение деятельности ребенка правилам (так называемое «формальное произвольное управление»)[45].

Согласно высказыванию Божович, решающая роль школьного обучения в развитии психики ребенка зависит и от содержания знаний, и от способа их усвоения. В школьном возрасте впервые процесс усвоения знаний представляет собой особую специфическую деятельность, учение.

Помимо новообразований, характерных для кризиса 7 лет, у школьника в период обучения в младшей школе формируются и другие:

а) складываются базовые способности теоретического сознания и мышления – анализ, планирование, рефлексия;

б) формируется словесно-логическое мышление (с опорой на наглядность);

в) формируется анализирующее восприятие; появление синтезирующего восприятия (в конце периода);

г) происходит становление произвольной смысловой памяти;

д) формируется произвольное внимание;

е) складываются учебные мотивы;

ж) происходит осознание своих собственных изменений в результате развития учебной деятельности; адекватная самооценка;

з) реализуется обобщение переживаний, логика чувств и появление внутренней жизни [41].

В науке существуют различные подходы к развитию личности младшего школьника. Например, В.А. Аверин использует подход,

базирующийся на формировании у ребенка внутренней позиции, и в дальнейшем произвольного поведения как «стратегической цели психического развития» младшего школьника.

Структура развития произвольного поведения у младших школьников, установленная В.А. Авериным[2], состоит в следующем:

- *формирование самостоятельности в постановке и достижении цели.* Определяющими факторами развития произвольного поведения младшего школьника являются умение руководствоваться поставленными целями и навыки самостоятельной их постановки, организации и контроля собственного поведения и умственной деятельности. Поскольку для младших школьников характерны низкий уровень произвольности поведения наряду с импульсивностью, процесс преодоления трудностей в процессе школьной адаптации довольно затруднителен, необходима систематизация формирования навыков самостоятельности, в том числе постановки и реализации достижимых целей, побудительное значение которых в плане преодоления трудностей сложно переоценить;
- *формирование коммуникативных навыков.* Поскольку данный возрастной период связан с активным формированием групповых (коллективных) связей, навыков построения и восприятия общественного мнения и/или взаимной оценки, а также иных элементов, характерных для школьного социума, у детей происходит развитие ценностных ориентаций, возникают новые нравственные чувства и требования. Тем не менее, данный процесс является длительным и занимает весь период обучения в начальной школе. Ученики первого года обучения менее остро реагируют на непризнание и неприятие со стороны сверстников, не испытывают сильной потребности найти близкого товарища, друга, поскольку им достаточно группового общения, к которому они и стремятся на этапе школьной адаптации;
- *формирование чувства взросления.* Процесс развития чувства взрослости менее заметен и возникает на этапе завершения обучения в

младшей школе. В науке принято классифицировать взросление (взрослость) по сфере ее реализации: социально-моральную, интеллектуальную и личностную. Первая сопряжена с формированием навыков заботы о семье и отношениях, помощи взрослым и младшим. Наиболее активно этот процесс развивается при сложных семейных обстоятельствах, когда происходит так называемое «вынужденное ускоренное взросление» через привыкание к различным обязанностям. Вторым типом взросления (интеллектуальным) принято называть стремление к приобретению навыков и умений, стимулирующее познавательную деятельность. Наконец, взросление третьего типа (личностное) подразумевает, прежде всего, равнение на образец (преимущественно на учителя, родителей, позднее на иного старшего лидера), и сопряженная с ним выработка в себе ряда значимых взрослых качеств (сила и выносливость, верность и искренность, честность и смелость, выносливость и целеустремленность). Факторами, отражающими степень формирования чувства взрослости являются: наличие стремлений к отношению к себе со стороны окружающих не как к ребенку, а как ко взрослому (необходимость признания обществом собственной взрослости); стремление к самостоятельности и необходимость личного пространства; выработка индивидуальной поведенческой стратегии и активной защиты от внешнего воздействия. Помимо самого чувства взросления младшие школьники начинают испытывать «тенденцию к взрослости» - желание казаться взрослым, преимущественно в ответ на несоответствие восприятия взрослыми и собственного восприятия своего взросления [24].

Таким образом, основными проявлениями личностного развития на данном возрастном этапе становится сформированность «жизненной позиции», «статуса», как «источника развития произвольного поведения» и «чувства взрослости». При этом, исходя из теории, выдвинутой Э.Берном, варианты такой «жизненной позиции», выражаемой в восприятии себя и ближнего окружения, исходя из четырех допустимых сочетаний двух возможных оценок «хороший» – «плохой», самой оптимальной при этом

является вариант «хороший-хороший», а самым нежелательным, соответственно, «плохой-плохой».

1.3 Особенности развития межличностных отношений у часто болеющих школьников (ЧБШ): понятие и психолого-социальная характеристика

Часто болеющими принято называть детей, подверженных частым респираторным инфекциям. По данным статистики, дети, принадлежащие к этой группе могут составлять «от 20 до 65% детской популяции, при наличии у них резистентности к традиционным методам терапии»[31]. На их долю приходится от 50 до 60% всех регистрируемых заболеваний. Кроме того, около 1/5 таких детей переносят ОРЗ практически ежемесячно [46].

При этом следует уточнить, что под часто болеющими детьми (ЧБД) не следует понимать группу детей с особой нозологической формой или диагнозом, поскольку эти дети здоровы, только отнесены к группе диспансерного наблюдения ввиду подверженности частым респираторным инфекциям, «возникающим из-за транзиторных, корригируемых отклонений в защитных системах организма, и не имеющих стойких органических нарушений в них»[17]. Однако, наукой установлено, что у часто болеющих детей при наличии воздействия психологических факторов существует риск приобретения одного или даже нескольких хронических заболеваний [30].

Часто болеющие дети (ЧБД) воспринимаются в науке не только как медицинская [3], но и как социально-психологическая проблема, а также как проблема медико-социальная, поскольку высокая подверженность заболеваниям негативно отражается не только на самочувствии, но и на взаимоотношениях с другими детьми и со взрослыми [28].

Согласно статистике в последние годы отмечается увеличение количества часто болеющих детей младшего школьного возраста. Можно предположить, что частая и длительная отстраненность ребенка из

школьного коллектива может негативно отразиться на его личностном развитии. Часто повторяющиеся заболевания могут привести к нарушениям функционального состояния организма, обусловить срыв основных адаптационных механизмов вхождения в социальную среду, нарушить динамику социализации ребёнка и способствовать возникновению трудностей в построении межличностных отношений [48].

Существуют различные методики отнесения детей к данной группе.

К категории ЧБД (в зависимости от принадлежности к возрастной группе) согласно методике Н.Г.Веселова относятся:

- а) в возрасте до 1 года - при частоте более 4 случаев ОРЗ в год;
- б) в возрасте от 1 до 3 лет - при частоте более 6 случаев ОРЗ в год;
- в) в возрасте от 3 до 5 лет - при частоте более 5 случаев ОРЗ в год;
- г) в возрасте старше 5 лет- при частоте более 4 случаев ОРЗ в год[33].

Согласно методике, предложенной А.А. Барановым и В.Ю. Альбицким (1986 г.) среди ЧБД надлежит выделять пять возрастных групп: а) на первом году жизни – 4 и более острых и обострений хронических заболеваний в год, б) на втором- третьем годах жизни – 6 и более ОРЗ в год, а) на четвертом году – 5 и более, г) на пятом- шестом годах – 4 и более, д) на седьмом году жизни и старше – 3 и более ОРЗ в течение года[31].

Согласно методике Н.Н. Абрамовой, М.С. Савенковой вне возрастных ограничений можно выделить:1) группу ЧБД относительно (транзиторно) не более 4-5 раз в год и 2) группу ЧБД истинно (не менее 6 раз в году)[1]. Как установлено О. Волковой в ее исследовании часто ЧБД болеют длительно (более 10–14 дней на одно ОРЗ) [10].

Данные статистики свидетельствуют о преимущественном распространении данной группы детей в промышленных городах и агломерациях, где на их долю приходится от 200 до 700 чел. на 1000 чел. детского населения. Так, удельный вес ЧБД среди детей раннего и дошкольного возраста, посещающих организованные коллективы, составляет до 65%, среди школьников – до 7% [30,15].

Риск попадания ребенка в группу ЧБД характеризуется целым спектром эндогенных и экзогенных факторов.

К числу первых принято относить следующие факторы:

а) особенности формирования ЦНС ребенка. Например, причиной подверженности ОРЗ могут послужить перенесенные перинатальные гипоксии, вследствие которых может быть нарушена адаптация ребенка к внешней среде, в частности возможно развитие нарушений терморегуляции;

б) неблагоприятное перинатальное развитие ребенка (акушерская патология матери, нефропатия беременности, частые заболевания и лечение антибиотиками во время беременности, внутриутробная гипоксия плода, преждевременные, отягощенные роды и др.);

в) наличие в анамнезе перенесенных диатезов и аллергий различного происхождения, в том числе генетического характера;

г) наличие в анамнезе иммунодефицитных состояния (первичных либо вторичных), что нередко влечет развитие легочных патологий;

д) наличие ферментативной недостаточности;

е) случаи дисбактериозов слизистых оболочек дыхательной системы, кожи.

К числу вторых могут быть отнесены:

а) первичная адаптация к дошкольному учреждению в раннем возрасте при низком иммунитете;

б) слабое развитие санитарной культуры в отдельных семьях и в обществе в целом, несоблюдение требований к ведению здорового образа жизни и элементарных правил санитарии и гигиены при уходе за детьми, способствующих укреплению иммунной системы;

в) недостаточно высокий уровень материального благосостояния, социально-бытовых условий;

г) проблемы экологического характера, становящиеся причиной клеточного метаболизма и нарушений развития иммунной системы;

д) так называемое «пассивное курение» как в семье, так и вне семьи;

е) нерациональное применение медикаментов;

ж) неблагоприятные условия труда будущих родителей (особенно работа с органическими растворителями, в условиях ионизирующего и электромагнитного излучения);

з) низкий уровень образования родителей;

и) хроническая психотравмирующая ситуация в

семье, в том числе отсутствие отца или матери, конфликтные отношения между родителями, неадекватный стиль родительского воспитания, дефицит свободного времени у родителей, нивелирование функций отца и степени его ответственности в процессе воспитания ребенка; к) неблагоприятные личностные особенности родителей, прежде всего, матерей; л) стрессы, вызванные недостатками образовательного процесса в детском образовательном учреждении [32,16].

Согласно мнению Е.Меланченко, к категории ЧБД чаще всего относятся дети трех конституциональных типов (депрессивного, невротического и астенического [15].

Психологическими особенностями данной категории детей являются:

- повышенный уровень тревожности;
- пониженный уровень самооценки вплоть до самонеприятия;
- присутствие постоянных (периодических) негативных переживаний ввиду наличия заболевания;
- низкий уровень развития коммуникативных навыков, и, соответственно, проблемы коммуникационной и познавательной сферы в процесс школьной адаптации [38].

Под проблемой адаптации (от лат. *adaptio*) понимают «приспособление к учебной деятельности», «прилаживание организма к новым социально-психологическим условиям» [6].

К особенностям познавательной деятельности группы часто болеющих старших дошкольников можно отнести:

- 1) истощаемость психической деятельности, которая проявляется в значительном снижении показателей умственной работоспособности;
- 2) трудности переключения внимания;
- 3) снижение продуктивности воспроизведения;
- 4) снижение продуктивности внимания;
- 5) уменьшение уровней развития творческого воображения;
- 6) уменьшение объема произвольной зрительной памяти;

7) большую эмоциональность, выразительность монологической речи, но меньшую самостоятельность, полноту и логическую последовательность [28]

Н.П. Бадьина в рамках исследования [5] установила следующие особенности ЧБД с момента поступления в школу:

- прогрессивная отрицательная динамика соматического и психологического состояния ЧБД(в том числе по сравнению со сверстниками);
- процесс адаптации ЧБД в большей степени подвержен влиянию специфики семейных детско-родительских отношений;
- формирование компенсаторных механизмов, для которых характерны интенсивный рост рефлексии и произвольности поведения и деятельности, что влечет нарушение психологической адаптации при видимой относительно успешной адаптации в других сферах (педагогической, социальной и физиологической);
- эффективная адаптация ЧБД невозможна без наличия постоянной целенаправленной коррекционно-профилактической работы.

В своих исследованиях Н.П.Бадьина утверждает, что «в процессе школьной адаптации у часто болеющих детей формируются компенсаторные механизмы, психологическая сущность которых состоит в интенсивном развитии рефлексии и произвольности поведения и деятельности. Действие компенсаторных механизмов неоднозначно: способствуя успешной адаптации в физиологической, педагогической и социальной сферах,они провоцируют нарушения психологической адаптации (повышение тревожности, снижение самооценки)[5].

Сфера межличностного взаимодействия и деятельности ЧБД имеет следующие характеристики: а) минимально ограничены круг общения и игровая деятельность, снижена двигательная потребность; б) высокая зависимость от взрослых; в) в семейной сфере формируются преимущественно симбиотический, симбиотически-авторитарный,

привязывающе-подавляющий стили взаимоотношений «родители – ребенок» (нередко авторитарная мама подавляет не только самого ребенка, но и его отуа); г) формирование заикленности ребенка на болезненных проявлениях, в том числе через соответствующие запреты и ограничения; д) ограничена игровая деятельности и как следствие двигательная потребность ребенка.

У детей, относящихся к данной категории, как отмечают Е.О.Смирнова и Е.А.Савина, нарушено восприятие ценностной структуры семьи: вместо «я- родители», характерной для здоровых детей, формируется тип «родители –я»[32].

Общение часто болеющих детей с социумом носит формальный и поверхностный характер. Хорошо наблюдается эмоциональная бедность. Им сложно передать свое эмоциональное состояние, а так же понять состояние других людей. Это значительно влияет на построение межличностных отношений, восприятие их взрослыми и сверстниками, а так же на социальную адаптацию.

Несмотря на то, что в общении со сверстниками часто болеющие дети являются неконфликтными, для них характерно не проявление лидерских качеств.

Для большинства часто болеющих детей характерно проявление отрицательных эмоций. Это может проявляться через тревогу, гнев, чувство вины и страх, что сказывается на их эмоциональном состоянии и в следствии поведении [39].

Микросоциальная среда часто болеющих детей старшего дошкольного возраста характеризуется следующими особенностями. ЧБД, как правило, являются «принятыми» в среде своих сверстников, однако внутрисемейная атмосфера характеризуется сниженным эмоциональным микроклиматом, что влечет проявление психологических проблем, обусловленных собственными внутренними переживаниями [38].

Общение у часто болеющих с социумом носит формальный и поверхностный характер. Хорошо наблюдается эмоциональная бедность. Им

сложно передать свое эмоциональное состояние, а так же понять состояние других людей. Это значительно влияет на построение межличностных отношений, восприятие их взрослыми и сверстниками, а так же на социальную адаптацию [19].

Таким образом, основой психологической характеристики часто болеющих детей (ЧБД) являются: заниженный уровень самооценки и повышенный уровень тревожности.

В начальной школе педагогам необходимо создавать условия для развития межличностных отношений, как часто болеющих младших школьников, так и менее болеющих их сверстников. Навыки межличностного общения могут развиваться через два основных компонента - ценностно-смысловой и поведенческий. В ценностно-смысловом компоненте происходит развитие позитивного отношения ребенка к самому себе через развитие понимания себя, самопринятия и самоуважения, а также доброжелательное отношение к окружающим через уважение, понимания и принятия их. Это помогает вступить в комфортное и эффективное общение. Важным результатом будет обеспечение благоприятного психологического климата в классе, облегчение адаптацию в нем.

Выводы по Главе I

На основании рассмотренной отечественной и зарубежной литературе по теме межличностных отношений, в том числе их особенностей на этапе обучения а младшей школе, было установлено следующее: под термином «межличностные отношения» психологи подразумевают совокупность взаимодействий, которые возникают между отдельными людьми, часто сопровождаются эмоциональными переживаниями и в некотором роде передают состояние внутреннего мира человека. Отношения с другими людьми зарождаются и наиболее интенсивно развиваются в детском возрасте. Опыт этих первых отношений является фундаментом для

дальнейшего развития личности ребенка и во многом определяет особенности его отношения к себе, к другим, к миру в целом.

Умение общаться положительно влияет не только на взаимодействие с окружающими, но и на самооценку ребенка, ее внутренние характеристики: адекватность представлений о себе и о своих возможностях, уверенность в собственных силах, эмоциональную комфортность.

Социально-психологические особенности младшего школьного возраста, в том числе и у часто болеющих детей, характеризуются сложным составом: «ребенок — учитель» и «ребенок — родители». При этом отношение «ребенок — учитель» становится для ребенка проекцией отношения «ребенок — общество», опосредствующей отношения ребенка к родителям и отношения с другими детьми. В отличие от асимметрии в семейных взаимоотношениях и в детском саду, в школе имеет место система эталонов, одинаковых мер для оценки всех и каждого. У часто болеющих детей особенностями можно выделить:

- повышенный уровень тревожности;
- пониженный уровень самооценки вплоть до само неприятия;
- присутствие постоянных (периодических) негативных переживаний ввиду наличия заболевания;
- низкий уровень развития коммуникативных навыков, и, соответственно, проблемы коммуникационной и познавательной сферы в процесс школьной адаптации.

Анализируя работы отечественных и зарубежных исследователей по вопросам межличностных отношений младших школьников, можно сделать следующие выводы:

- общение является одним из определяющих факторов личностного развития ребенка, что в наибольшей степени проявляется в период обучения в начальной школе;
- процесс становления и развития навыков общения в младшем школьном возрасте имеет свои особенности, поскольку взаимосвязан и

взаимообусловлен процессом становления и развития их учебной деятельности;

- для ребенка в этот период равнозначными являются две линии общения: общение со взрослыми и общение со сверстниками. Обе линии общения формируют динамическую систему межличностных отношений сложной структуры;
- для успешного развития сферы общения необходимо положительное влияние целого ряда факторов: успешности в усвоении учебного материала, характер и качество взаимоотношений с учителем, уровень когнитивного и социального развития, «просоциальное» поведение;
- в период обучения в начальной школе происходит трансформация всей системы отношений «ребенок - окружающая среда», в которой социально-нормативным вектором выступает общение с учителем, направляющим и определяющим отношения «ребенок - семья» и «ребенок - сверстники»;
- процесс общения со сверстниками в этот период характеризуется значительными изменениями. Подход к другим детям и их оценка реализуются с учетом некоего «эталона», формируемого учителем.

При анализе психолого - педагогической литературы, были выделены критерии оценки, а так же адекватные целям исследования и возрасту испытуемых методики.

Глава II. Организация и анализ результатов исследования
межличностных отношений часто болеющих младших школьников

2.1. Методы, процедура и организация исследования

Исследование проводилось на базе 2 «б» класса в МБОУ «Средняя школа № 34» Свердловского района г. Красноярска.

При анализе психолого-педагогической литературы, нами были выделены следующие критерии (см. таблицу 1).

Таблица 1. Критерии исследования процесса развития межличностных отношений для детей младшего школьного возраста и их самооценки

Критерии	Методики
Эмоциональный компонент	Методика А.И.Липкиной «Три оценки»
Когнитивный компонент	Исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейн
Поведенческий компонент	Социометрической методики Р. Желя

На этапе исследования в ходе очередного родительского собрания среди родителей второклассников было проведено анкетирование.

Как показали результаты анкетирования, из общего числа учеников класса (21 чел.) к числу часто болеющих были отнесены 4 ребенка (19,04%) (см рис 1).

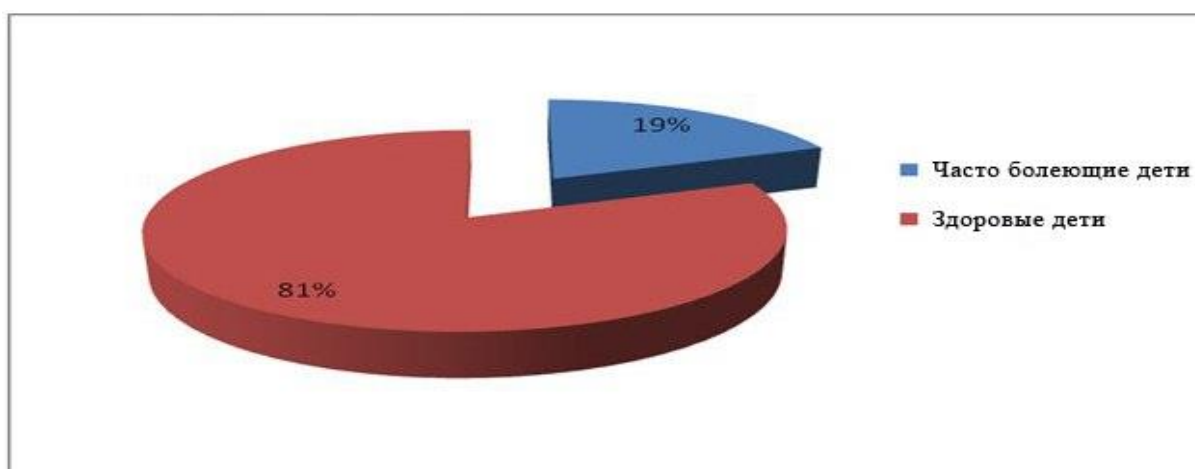


Рис. 1. Структура подверженности заболеваниям в классе, по результатам анкетирования, %

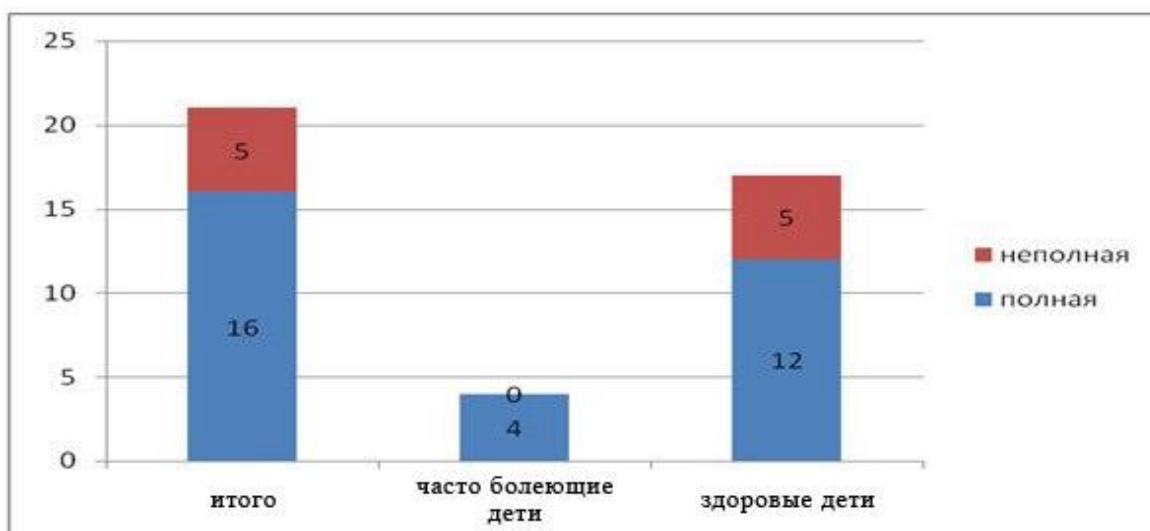


Рис. 2. Состав семьи, в которой воспитывается ребенок (полная/неполная) по результатам анкетирования

При анализе анкетирования мы выявили, что: часто болеющие дети (19% от общего числа) воспитываются в полных семьях и составляют 23,5% (4 человека) от общего числа детей из полных семей (см рис 2).

Из числа часто болеющих детей в классе, как показано на Рис.3, одна половина являются единственными детьми в семье, другая половина являются младшими из двоих воспитывающихся в семье.

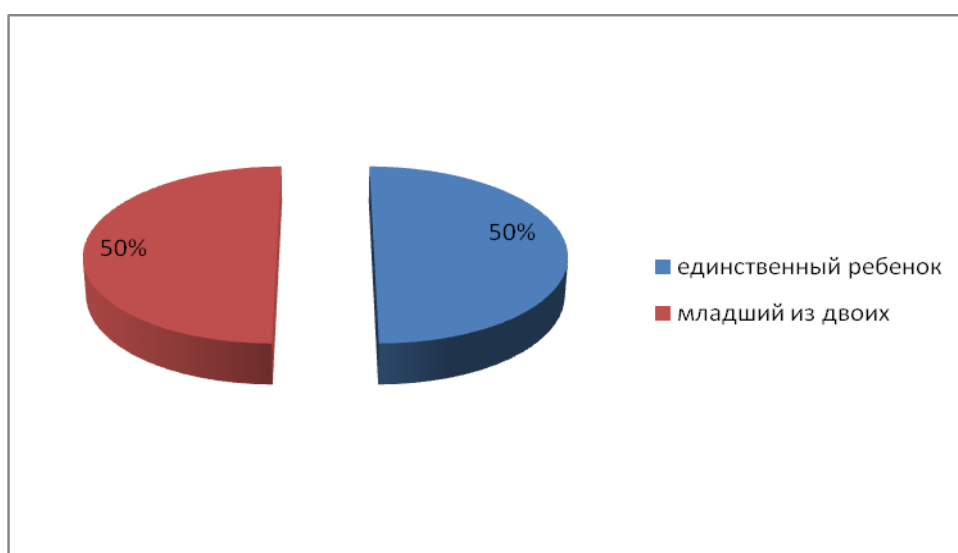


Рис. 3. Часто болеющие дети в числе воспитывающихся в семье детей,%

При анкетировании мы выявили, что среди всех учеников класса 10 детей (47,62%) любят общаться и имеют много друзей, 6 человек (33,33%) любят общаться, но круг их друзей ограничен пределами школы, 2 ребенка (9,52%) любят общаться, но их друзья преимущественно из внешкольного окружения. Оставшиеся ученики испытывают затруднения в общении, несмотря на то, что имеют друзей вне школы и имеют много друзей(см. рис.4).

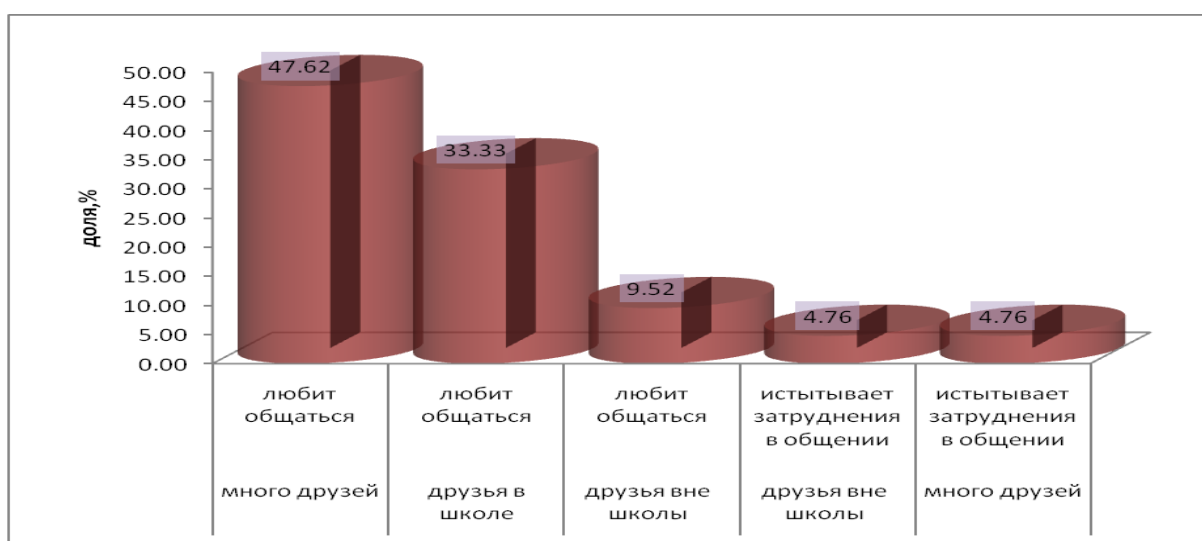


Рис. 4. Структура характеристик общения детей (по результатам анкетирования родителей),%

Как показано на рис. 5, все часто болеющие дети в классе любят общаться, при этом у одного из них много друзей, а у остальных друзья преимущественно в школе (можно предположить, что таковая картина имеет место именно ввиду болезней, во время которых дети вынуждены общаться исключительно в кругу семьи, или поддерживать сложившиеся дружеские отношения с одноклассниками дистанционно, чему способствуют современные коммуникационные технологии).



Рис. 5 - Структура характеристик общения детей

Таким образом, круг общения у часто болеющих детей в классе отличается от круга общения здоровых сверстников. При этом следует отметить и то, что среди часто болеющих детей нет испытывающих затруднения в общении, каждый из них любит общаться, стремится к общению и находит его, несмотря на случающиеся пропуски школьных занятий и плохое самочувствие.

Анализ взаимного влияния самооценки и успехов в учебе

Самооценка - сложное личностное образование, личностный параметр умственной деятельности. Она выполняет в том числе и регулятивную функцию. Эффективность учебной деятельности школьника зависит не только от системы хорошо усвоенных знаний, владения приемами умственной деятельности, но и от уровня самооценки. Есть тесная связь между успехами в учебной деятельности и развитием личности.

Самооценка в младшем школьном возрасте формируется в основном под влиянием учителя. Особое значение дети придают интеллектуальным возможностям и тому, как их оценивают другие (взрослые и сверстники).

При этом им важно, чтобы положительная оценка была общепризнанна. Самооценка и связанный с ней уровень притязаний являются

личностными параметрами умственной деятельности и позволяют судить о том, как проходит процесс развития личности младшего школьника под влиянием учебной деятельности. Поэтому психологу и педагогу важно следить за формированием самооценки.

В целях получения представления, о самооценке часто болеющих детей, в том числе в сравнении с их более здоровыми одноклассниками, было проведено исследование с использованием методики А.И.Липкиной «Три оценки». Как отмечает автор данной методики, у школьников в учебно-воспитательном процессе происходит формирование установки на оценку личных возможностей, являющейся одним из основных элементов в структуре самооценки.

Учащимся 2 класса «б» было предложено выполнить небольшое творческое учебное задание в письменной форме, построенное на использовании материалов мультидисциплинарного характера (в том числе математики, чтения, русского языка и ознакомления с окружающей средой). Совместно с учителем была произведена проверка ученических работ, но на каждой были проставлены три оценки: адекватная, завышенная, заниженная.

Непосредственно перед раздачей тетрадей ученикам было сообщено следующее:

«Ваши работы проверяли три будущие учительницы, студентки, которые, также как и вы, учатся, учатся проверять ваши работы, оценивать Ваши знания. Они совсем с вами не знакомы, и по при проверке ваших работы у каждой сложилось свое собственное мнение, поэтому они поставили каждому из Вас разные оценки. Проверьте каждый свою работу самостоятельно и подумайте, какой оценки на самом деле она заслуживает и обведите эту оценку кружком».

Затем в индивидуальной беседе с учениками выясняются ответы на следующие три вопроса:

- «1) Каким учеником ты себя считаешь: средним, слабым или сильным?;
- 2) Допустим, что твоя работа заслуживает оценки «3», а учительница поставила тебе «5». Обрадуешься ты этому или это тебя огорчит?;
- 3) Какие оценки тебя радуют, а какие, наоборот, огорчают?»

Уровень самооценки школьников определялся на основе полученных данных по следующим показателям:

- совпадение или несовпадение самооценки с адекватной оценкой учителя;
- характер аргументации самооценки, в том числе: а) аргументация, направленная на качество выполненной работы; б) любая иная аргументация;
- устойчивость или неустойчивость самооценки, в зависимости от степени совпадения выставленной самому себе отметки и ответов на поставленные вопросы.

Результаты сравнительного анализа оценок (действительных и выбранных учениками), а также определенного нами уровня самооценки учащихся второго «б» класса представлены в таблице 2.

Таблица 2. Результаты исследования по методике Липкиной «Три оценки»

Фамилия, 2-б класс	Оценка учителя	Выбор оценки	Самооценка
Лиля Г.	4	4	Адекватная
Даша М.	4	5	Завышенная
Рамиль Н.	5	4	Заниженная
Дима У.	3	4	Завышенная
Данил Ц.	4	5	Завышенная
Глеб Л.	4	4	Адекватная
Ксения Б.	4	5	Завышенная
Виолетта М.	4	5	Завышенная
Маша К.	4	5	Завышенная
Данил Ф.	4	5	Завышенная
Арсений Г.	4	5	Завышенная
Артём Б.	5	4	Заниженная
Марсель И.	4	5	Завышенная
Кирилл К.	4	4	Адекватная
Рома К.	4	5	Завышенная
Данил Е.	5	4	Заниженная
Степа О.	4	5	Завышенная
Диана Г.	4	4	Адекватная
Роман М.	4	5	Завышенная
Миша И.	5	4	Заниженная
Ульяна М.	4	5	Завышенная
Средняя	4.14	4.57	

Анализируя результаты исследования самооценки по избранной нами методике, было выявлено, что, 19% от общего числа детей имеют адекватную самооценку (4 человека), 62% (большинство) - завышенную самооценку (13 человек), 19% (4 человека) - заниженную самооценку.

Затем для сравнения были произвольно выбраны четверо детей из числа здоровых детей, что соответствовало числу часто болеющих детей в классе. Результаты исследования самооценки по методике А.И.Липкиной в обеих группах сопоставлены на рис.6 и в таблице 3.

Таблица 3.Результаты исследования по методике Липкиной «Три оценки» в группах часто болеющих детей и здоровых.

Фамилия, 2-б класс	Оценка учителя	Выбор оценки учеником	Самооценка
Здоровые дети			
Лиля Г.	4	4	Адекватная
Рамиль Н.	5	4	Заниженная
Дима У.	3	4	Завышенная
Данил Ц.	4	5	Завышенная
Часто болеющие дети			
Даша М.	4	5	Завышенная
Марсель И.	4	5	Завышенная
Рома К.	4	5	Завышенная
Миша И.	5	4	Заниженная

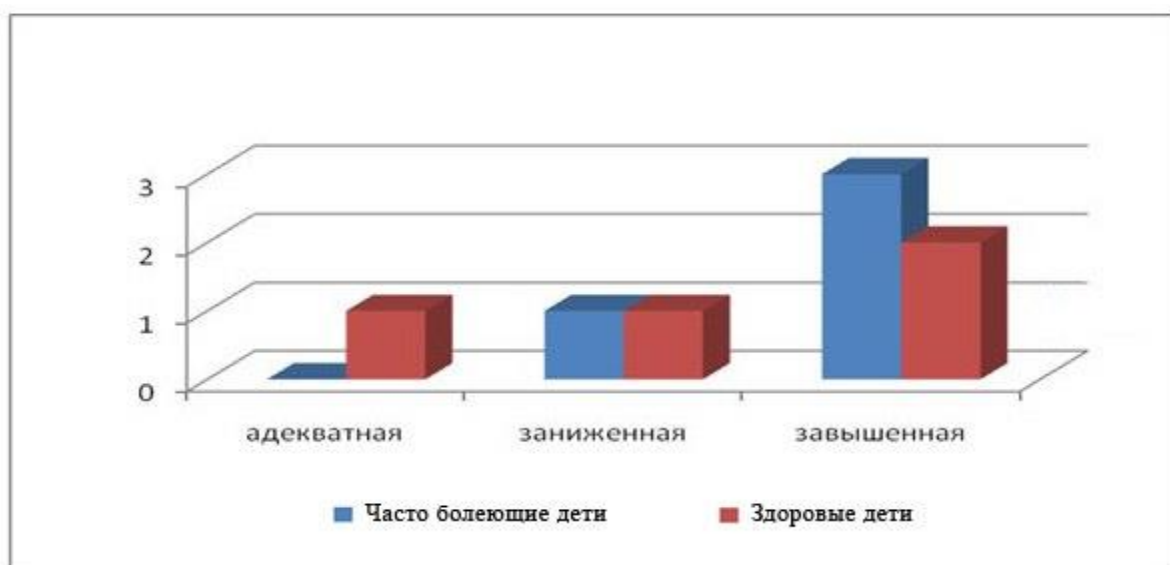


Рис. 6. - Результаты исследования самооценки по методике А.И.Липкиной

Анализируя результаты исследования самооценки по избранной нами методике, было выявлено, что, 75%, то есть 16 детей (большинство) часто болеющих детей имеют завышенную самооценку, 25% (5 человек), соответственно, имеют заниженную самооценку. Ни один из часто болеющих детей не продемонстрировал результат, который бы являлся адекватной самооценкой.

Структура самооценки здоровых детей более разнообразна: 11 человек имеют завышенную самооценку, 5 детей заниженную и 5 демонстрируют адекватную самооценку.

На вопрос: «Допустим, что твоя работа заслуживает оценки «3», а учительница поставила тебе «5». Обрадуешься ты этому или это тебя огорчит?» пятеро анкетированных ответили отрицательно, а 16 человек положительно, то есть большинство детей обрадовалось незаслуженной пятерке. При этом среди часто болеющих детей на тот же вопрос 1 ребенок ответил отрицательно, а четверо положительно.

Как показали результаты исследования, половина здоровых второклассников переоценивают результаты своей учебной деятельности, не способны уяснить расхождение между предъявляемыми требованиями и соответствием им своих собственных учебных результатов. Такое

поведение признается нормальным (в том числе автором использованной методики) для детей данной возрастной категории. Для часто болеющих детей, как показало исследование, характерно аналогичное поведение по отношению к здоровым сверстникам, хотя их оценка собственных трудов немного чаще отличается от действительной.

Можно сделать вывод о том, что завышенная самооценка, преобладающая среди часто болеющих детей, не является следствием частоты заболеваний, и, не оказывает существенного влияния на успехи в учебе. Завышенная самооценка может подтверждать неумение правильно оценить результаты своей деятельности, сравнивать себя с другими, нечувствительность к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих. Как правило, дети с завышенной самооценкой имеют высокую физическую и познавательную активность, настойчивое стремление обратить на себя внимание, эгоцентризм, повышенная конфликтность поведения.

Исследование самооценки по методике Дембо-Рубинштейна в модификации А.М.Прихожан

Далее в ходе нашего исследования была применена методика Дембо-Рубинштейна в модификации А.М. Прихожан с последующим проведением бесед с участвующими в эксперименте второклассниками.

Данная методика способствует наглядной демонстрации соотношения успеха и притязаний, согласно формуле Джеймса, лежащим в основе самооценки личности:

1-я группа - часто болеющие дети;

2-я группа - здоровые дети.

Цель исследования по данной методике –определение влияния заболеваемости на уровень притязаний и самооценки.

Для проведения эксперимента использовалась методика Дембо-Рубинштейна в модификации А.М.Прихожан, адаптированная для данной возрастной группы, основанная на непосредственном оценивании

(шкалировании) ряда личных качеств, включающего семь шкал: здоровье, способности, характер, авторитет у сверстников, умение делать своими руками, внешность, уверенность в себе.

Участвовавшим в эксперименте второклассникам было предложено отметить на вертикальных шкалах (разного цвета) крестиком уровень развития у них этих качеств (Я-Реальное, показатель самооценки) и уровень притязаний, т.е. (Я-идеальное), т.е. желаемый уровень развития этих же качеств. Время, затраченное детьми на заполнение бланка со шкалами вместе с прочтением вводной инструкции, составило 15-20 минут. Условно каждое деление шкалы в целях обработки результатов принимается за 10 баллов. При этом за исчисляемый уровень самооценки принимается среднее арифметическое. Аналогично определяется и уровень притязаний. Низким считается уровень притязаний менее 60 и самооценки менее 45, средним – уровень притязаний от 60 до 74, самооценки от 45 до 59, высоким – уровень притязаний от 75 до 89, самооценки от 60 до 74, наконец, очень высоким – уровень притязаний от 90 и выше, самооценки от 75 и выше. Соотношение между самооценкой и уровнем притязаний определяется вычитанием второго показателя из первого. При этом расхождение менее 8 считается слабым, от 8 до 22 – умеренным, свыше 22 – сильным.

Результаты тестирования приведены в Таблице 4. Исходя из полученных данных были найдены средние значения уровня самооценки и уровня притязаний в группах: часто болеющих детей и здоровых, которые представлены в Таблице 5, что также нашло отражение на Рис.7. Как показано на рисунке, притязания здоровых детей по одной шкале (здоровье) превосходят притязания часто болеющих сверстников, что вполне соответствует наличию завышенных притязаний в отношении здоровья среди здоровых детей. По шести остальным шкалам притязания детей обеих групп совпадают, достигая максимума (100 баллов) по четырем шкалам (умственные способности, терпеливость, уверенность в себе и внешность), что характерно для детей этого возраста.

Таблица 4. Результаты тестирования по методике Дембо-Рубинштейн

№		Здоровье		Ум, способ.		Характер		Авторитарность		Терпеливость		Внешность		Уверенность, в себе	
		С	УП	С	УП	С	УП	С	УП	С	УП	С	УП	С	УП
Часто болеющие дети															
1	Даша М.	70	90	90	100	80	100	80	80	70	100	100	100	90	100
2	Марсель И.	50	100	90	100	70	100	60	70	70	100	80	100	80	100
3	Рома К.	70	80	80	100	70	90	60	70	70	100	70	100	70	100
4	Миша И.	60	100	90	100	70	100	70	100	60	100	80	100	70	100
Здоровые дети															
5	Лиля Г.	80	100	90	100	80	100	80	80	70	100	100	100	90	100
6	Рамиль Н.	90	100	90	100	80	100	60	70	70	100	80	100	80	100
7	Дима У.	80	90	80	100	70	90	60	70	70	100	70	100	70	100
8	Данил Ц.	80	100	90	100	70	100	70	100	60	100	80	100	70	100
Ср.арифм. ЧБД.		65	95	87.5	100	72.5	97.5	67.5	80	67.5	100	82.5	100	77.5	100
Ср.арифм. здоровых детей		82.5	97.5	87.5	100	75	97.5	67.5	80	67.5	100	82.5	100	77.5	100

Таблица 5. Средние значения самооценки (С) и уровня притязаний (УП) по семи шкалам в группах часто болеющих детей (ЧБД) и здоровых детей (ЗД)

Показатели	Здоровье		Ум, способ.		Характер		Авторитарность		Терпеливость		Внешность		Уверен, в себе	
	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД	ЧБД	ЗД
ПР	95	97,5	100	100	97.5	97,5	80	80	100	100	100	100	100	100
С	65	82,5	87.5	87,5	72.5	75	67.5	67.5	67.5	67.5	82.5	82.5	77.5	77.5
ПР-С	30	15	12.5	12.5	25	22.5	12.5	12.5	32.5	32.5	17.5	17.5	22.5	22.5

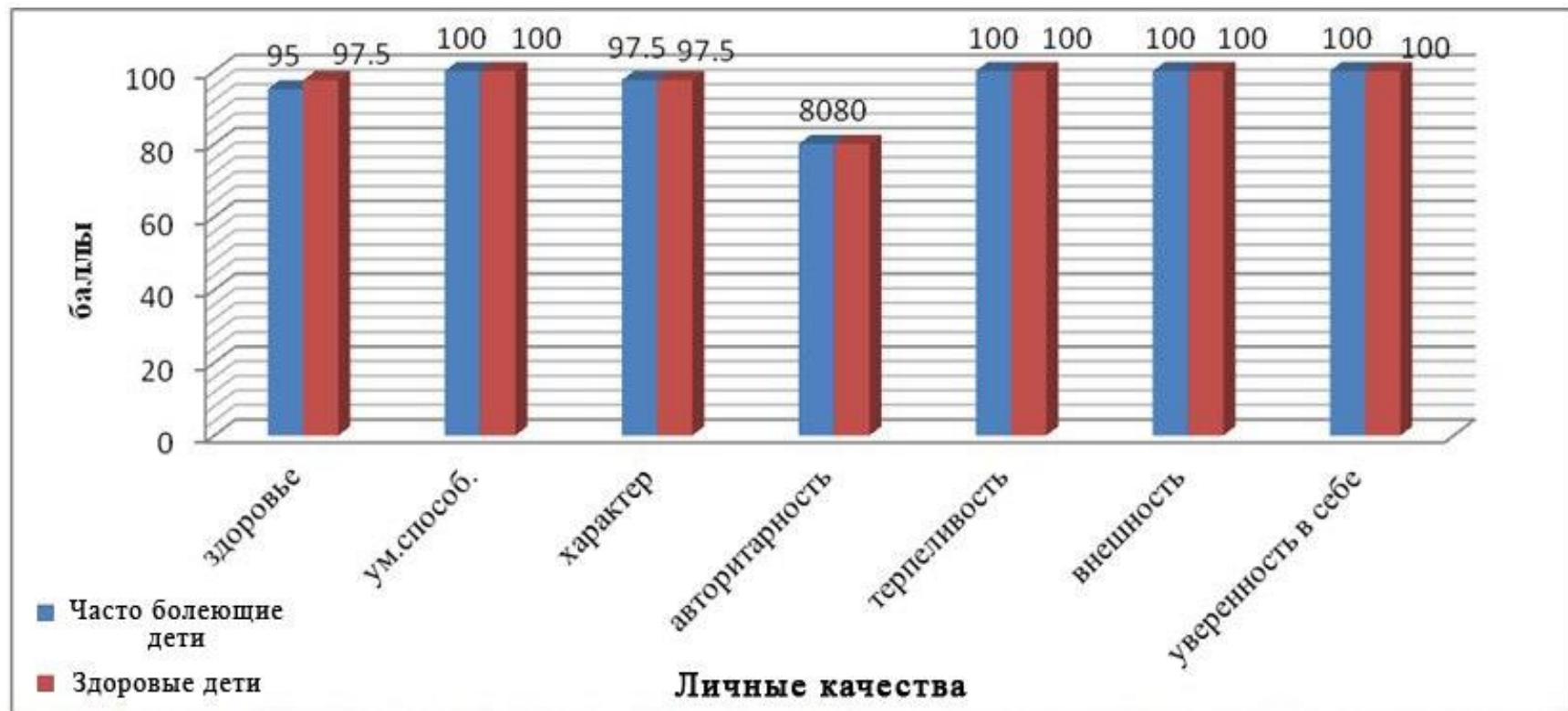


Рис. 7. Средние значения уровня притязаний (УП) по семи шкалам в в группах часто болеющих детей и здоровых детей.

В отношении уверенности в себе все участники исследования демонстрируют максимально высокий уровень притязаний (100 баллов), что проявляется в стремлении быть первыми, образцовыми, лучшими, что характерно для детей этого возраста.

Аналогичным образом представляются и притязания второклассников относительно своей внешности, терпеливости и умственных способностей, поскольку каждый из них сообразно своему возрасту, желает быть красивым, умным и терпеливым (что воспринимается как исключительно положительно качество, поскольку каждому из них известны пословицы «терпение и труд все перетрут», «семь раз отмерь, один - отрежь» и т.д.).

В то время как по шкале «авторитарность» уровень притязаний детей обеих групп оценивается на уровне 80 баллов, поскольку стремление быть лидером не свойственно большинству второклассников.

По шкале «характер» уровень притязаний среди второклассников обеих групп также одинаков 97,5 баллов. Детям этого возраста свойственно мечтать о том, чтобы иметь хороший (сильный) характер, как у любимых (нередко идеализируемых) ими взрослых, героев и сказочных персонажей.

Что касается самооценки (Рис.8), то по двум шкалам из семи (здоровье и характер) ее уровень у детей из группы часто болеющих детей ниже, чем у детей из группы здоровых школьников: по шкале «здоровье» - на 17,5 баллов, по шкале «характер» - на 2,5 балла. Такое расхождение применительно к шкале «здоровье» демонстрирует более низкую самооценку в отношении собственного здоровья среди часто болеющих детей по сравнению со здоровыми сверстниками. Расхождение по шкале «характер» является несущественным.

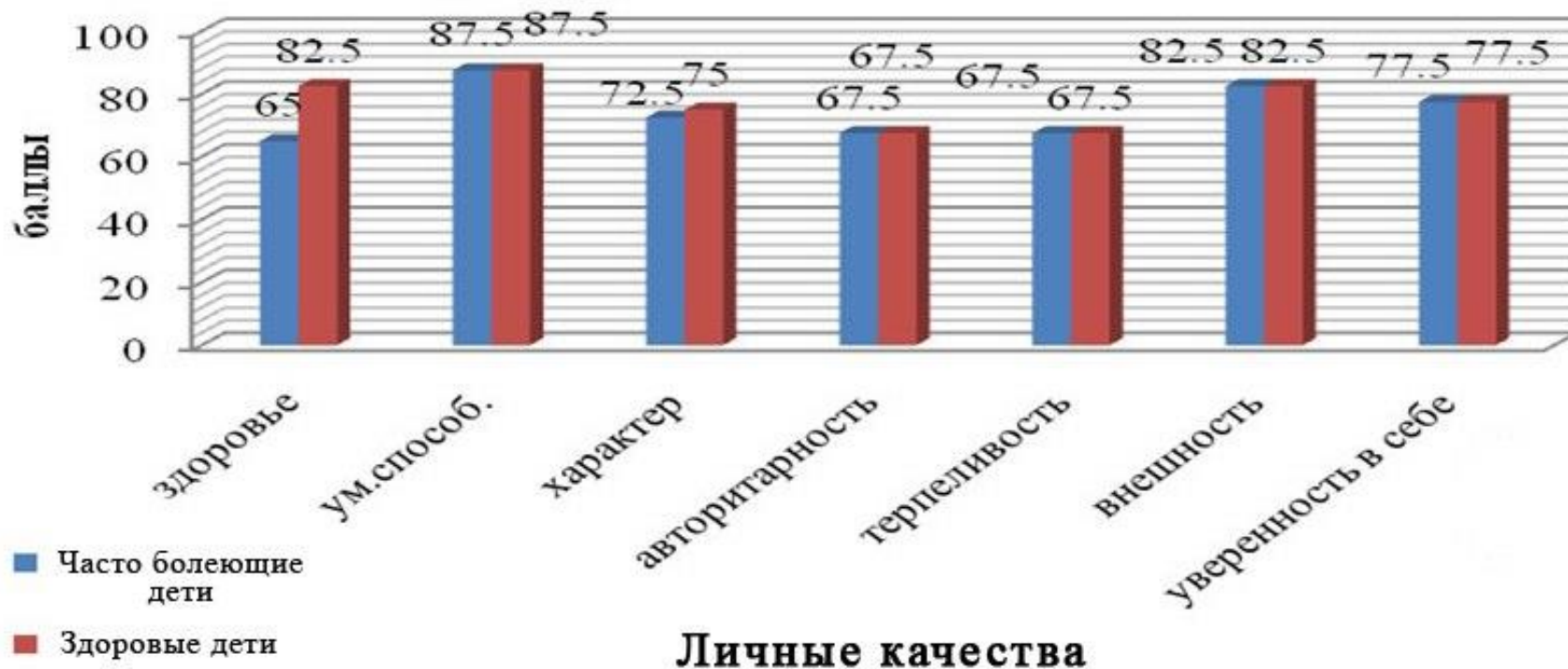


Рис.8. Средние значения самооценки (С) по семи шкалам в группах часто болеющих детей и здоровых детей.

Таблица 6 .Средние значения самооценки (С) и уровня притязаний (УП) в группах часто болеющих детей и здоровых детей.

Показатели	Среднее значение	
	Часто болеющие дети	Здоровые дети
УП	96	96
С	74	77
УП-С	21	19

Для обеих групп характерно сочетание высоких и очень высоких значений обоих показателей, что вполне отвечает норме для детей данного возраста. Далее, суммируя показатели по всем семи шкалам, были определены средние значения самооценки и уровня притязаний в группе часто болеющих детей и редко болеющих группах (см таблицу 6)

Среднее значение уровня притязаний у часто болеющих детей несущественно ниже, чем у здоровых сверстников (-0,35 балла), немногим более значительным является различие в уровне самооценки (у часто болеющих детей ее уровень на 3 балла ниже, чем у здоровых сверстников).

Таким образом, исходя из результатов тестирования по методике Дембо-Рубинштейн, можно констатировать правильность выдвинутой нами гипотезы: фактор частоты заболеваемости влияет на соотношение самооценки и уровня притязаний; несмотря на то, что уровень притязаний часто болеющих детей не намного ниже, чем у здоровых сверстников, уровень самооценки различается довольно существенно (у часто болеющих детей он ниже, чем у здоровых). Тем не менее, следует отметить, что уровень самооценки и притязаний детей в обеих группах является в пределах нормы.

Исследование психологических характеристик межличностных отношений у часто болеющих и здоровых детей

Данное исследование базировалось на использовании социометрической методики Р. Желя. Его целью явилась оценка уровня социальной приспособленности второклассников часто болеющих детей и здоровых, а также их взаимоотношений с окружающими. В основу данной методики положено выявление особенностей поведения в предполагаемых жизненных ситуациях, значимых для ребенка и касающихся его взаимоотношений с окружающими.

Избранная нами методика позволяет определить целый ряд психологических характеристик межличностных отношений: а) социовалентность (степень включенности во взаимоотношения); б) статус

детей и статусную структуру группы – сплочённость группы и в) взаимность контактов – уровень конфликтности (агрессивности) группы – детей, которые являются объектами групповой агрессии. Гипотеза исследования по данной методике состояла в следующем: частота заболеваемости ребенка влияет на социовалентность, статус в группе и взаимность контактов.

Перед началом тестирования второклассникам было предложено внимательно выбрать и изучить рисунки, затем ответить на вопросы или выполнить задания.

В частности каждому ребенку было предложено выбрать понравившийся рисунок из трех:

рисунок №1 с изображением стола с тортом и чашками и стульев с шариками. Задание: посади за праздничный стол тех одноклассников, которых бы ты пригласил на свой день рождения, а отдельно – тех, кого бы ты не хотел пригласить (ограничений ни в первом, ни во втором варианте не было);

рисунок №2 с изображением новой школы. Представь, что в Вашем районе построили новую школу и ты переходишь в новый класс. Кого из одноклассников ты возьмешь с собой? Кого оставишь? (ограничений ни в первом, ни во втором варианте не было);

рисунок №3 с изображением железнодорожного вагона. Представь, что Ваш класс отправляется на экскурсию в другой город. Тебе предложили выбрать с кем бы ты хотел ехать вместе. С кем бы ты хотел поехать, а с кем бы не хотел? (ограничений ни в первом, ни во втором варианте не было).

По данным опросных бланков (листов) была составлена социоматрица, представленная в Таблице 7, где положительные выборы опрашиваемых обозначались по горизонтали знаком ©. Далее подсчитывались суммы выборов.

Таблица 7. Социоматрица

Кто выбирает/ Кого выбирает	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	Число выборов		
1 Лиля Г.							©			©												©	3	
2 Даша М.	©						©				©											©	4	
3 Рамиль Н.						©						©	©		©						©		5	
4 Дима У.			©		©	©	©				©					©				©			7	
5 Данил Ц.									©			©	©	©						©			5	
6 Глеб Л.		©		©				©										©	©				5	
7 Ксения Б.	©	©		©																	©	©	5	
8 Виолетта М.										©				©									2	
9 Маша К.															©							©	2	
10 Данил Ф.	©	©						©											©		©		5	
11 Арсений Г.	©		©													©					©		4	
12 Артём Б.		©	©																				2	
13 Марсель И.			©		©									©								©	4	
14 Кирилл К.				©	©		©			©									©				5	
15 Рома К.				©																		©	2	
16 Данил Е.						©			©						©						©	©	©	6
17 Степа О.			©		©					©						©						©	5	
18 Диана Г.	©					©		©	©					©									5	
19 Роман М.			©	©	©					©		©	©										7	
20 Миша И.				©	©	©	©			©	©												6	
21 Ульяна М.	©	©					©	©	©														5	
Число выборов	6	5	6	6	6	5	6	4	4	6	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	6	6		
Число взаимных выборов	3	3	2	3	3	2	5	1	1	3	1	2	2	1	1	1	1	1	1	2	3	4		

Целесообразно начинать анализ социометрических данных социовалентности детей, свидетельствующей о степени и характере включенности школьника в систему взаимоотношений в классе. По социовалентности можно судить о потребности ребёнка в общении и о его установке на удовлетворение этой потребности именно в данной группе, что, в свою очередь, позволит опосредованно судить о привлекательности коллектива для ребенка.

Определяется социовалентность по количеству и характеру сделанных учащимися выборов. Социовалентность будет положительной, если у ребенка преобладают положительные выборы, и отрицательной – если преобладают негативные выборы.

Следует отметить, что в исследуемом классе не было сделано ни одного отрицательного выбора, что в целом свидетельствует о положительной социовалентности.

Что касается социовалентности часто болеющих детей, то ее положительный уровень в целом не отличается от ее уровня (также положительного) у здоровых детей. Потребность к общению у всех детей в классе достаточно высока, коллектив является привлекательным.

Что касается статуса детей, то среди часто болеющих детей число обладателей высокого статуса составляет 5 детей с высоким статусом. Это достаточно высокий показатель, учитывая то, что доля часто болеющих детей в классе составляет всего 19%. Детей с низким статусом (менее 3 выборов) в классе нет. Сплоченность класса достаточно высокая.

Таким образом, гипотеза исследования по данной методике не подтвердилась; частота заболеваемости ребенка не влияет на социовалентность, статус в группе и взаимность контактов.

Анкета для оценки привлекательности классного коллектива

Среди учащихся второго класса «б» было проведено дополнительное анкетирование по методике «Оценка привлекательности классного коллектива».

Таблица 8. Результаты анкетирования для оценки привлекательности классного коллектива

№ вопроса анкеты	1	2	3	4	5	Сумма баллов
Здоровые дети						
Лиля Г.	4	5	5	5	4	23
Рамиль Н.	5	5	4	5	3	22
Дима У.	4	5	5	5	3	22
Данил Ц.	5	4	5	4	4	22
Часто болеющие дети						
Даша М.	4	5	5	5	4	23
Марсель И.	4	5	5	5	4	23
Рома К.	4	4	5	4	3	20
Миша И.	5	4	4	5	4	22
Сумма итого	35	37	38	38	29	177
Здоровые дети	18	19	19	19	14	89
Часто болеющие дети	17	18	19	19	15	88
Среднее от общего числа детей	4.4	4.6	4.7	4.7	3.6	4.4
Среднее от здоровых детей	4.5	4.7	4.7	4.7	3.5	4.4
Среднее от часто болеющих детей	4.2	4.5	4.7	4.7	3.7	4.4

Как показали результаты опроса, для каждого из опрошенных учеников классный коллектив является очень привлекательным. Это значит, что атмосфера внутри класса полностью удовлетворяет и часто болеющих, и здоровых детей. Поэтому все они одинаково дорожат взаимоотношениями с классным коллективом (см таблицу 8).

Общее количество баллов, набранных школьниками из группы здоровых школьников и часто болеющих, отличалось несущественно - на 1 балл, соответственно, не существенно отличался и показатель общей средней арифметической - на 0,05 балла. При этом само значение общей средней в обеих группах было достаточно высоким - 4,4 балла, соответственно.

Следует отметить, что наибольшее количество баллов в обеих группах (4,7), совпадающее в обеих группах, соответствует ответам на 3 и 4 вопросы. Таким образом, и здоровые и часто болеющие дети убеждены, что отношения с одноклассниками и с учителем в их классе лучше, чем в других классах.

Положительно следует отметить и то, что с наибольшей уверенностью предпочли бы остаться в своем классе большинство респондентов из числа часто болеющих второклассников (средний балл - 4,625), а также большинство их здоровых одноклассников (средний балл - 4,75).

Наименьшее количество баллов, набранных респондентами обеих групп пришлось на ответ на последний из пяти вопросов анкеты, касавшийся отношения учеников к учебе. При этом здоровые второклассники чуть более критично оценили отношение своих одноклассников к учебе, считая, что оно сопоставимо с отношением к учебе их ровесников из других классов (средний балл - 3,5). Их часто болеющие одноклассники при ответе на данный вопрос были немного менее критичны или немного более горды, в большинстве своем указав на то, что «отношение к учебе в их классе лучше, чем в большинстве классов» (средний балл - 3,75).

Поскольку расхождение значений показателей несущественно, можно сделать вывод о том, что большинство детей в классе (в том числе и часто болеющие) свой класс наиболее привлекательным, дорожат своими одноклассниками и учителем.

По критериям оценки, выделенные нами в ходе изучения особенностей межличностных отношений у часто болеющих школьников, а так же самооценки учащихся, можно сделать выводы:

Таблица 9. Результаты исследований процесса развития межличностных отношений для детей младшего школьного возраста и их самооценки

Критерии	Часто болеющие дети			Здоровые дети		
	низкий	средний	высокий	низкий	средний	высокий
Когнитивный компонент	1	0	3	1	1	2
Эмоциональный компонент	0	0	4	0	0	4
Поведенческий компонент	0	1	3	0	0	4

Когнитивный компонент самооценки в научной литературе принято рассматривать как комплекс убеждений личности о себе, включая обоснованные и необоснованные. Низкий уровень когнитивного компонента самооценки встречается у одного из четверых второклассников в каждой из групп. Это вызвано не только обоснованием самооценки школьников теми или иными эмоциональными предпочтениями без подтверждения таковой анализом реальных факторов, но и поверхностным суждением о себе.

Как демонстрируют данные проведенных исследований (см таблицу 9), средний уровень когнитивного компонента самооценки не встречается среди опрошенных часто болеющих детей, но отмечается у одного из четверых здоровых детей. Данный уровень когнитивного компонента самооценки характеризуется непоследовательностью реалистичной самооценки ввиду

преимущественной ориентации самооценки на мнение окружающих; узостью содержания самооценочного суждения, равно как их реализацией преимущественно в проблематичной форме.

Высокий уровень когнитивного компонента самооценки встречается у половины здоровых детей и у одного часто болеющего ребенка. Его характеристиками являются сформированное представление о своих особенностях, способность к обобщению ситуации, глубина и разносторонность содержания самооценочных суждений, а также употребление последних в проблематичных формах.

Эмоциональный компонент самооценки в психологической науке принято рассматривать как отражение когнитивного, иначе говоря, он представляет собой эмоциональное отношение личности к сформировавшемуся комплексу убеждений о себе. Уровень эмоционального компонента самооценки традиционно связывается с теми или иными психофизиологическими и социально-психологическими особенностями личности.

Результаты проведенного нами исследования демонстрируют одинаково высокий уровень эмоционального компонента у второклассников независимо от частоты их заболеваемости. При этом следует отметить и то, что среди часто болеющих детей нет испытывающих затруднения в общении, каждый из них любит общаться, стремится к общению и находит его, несмотря на случающиеся пропуски школьных занятий и плохое самочувствие.

Что касается поведенческого компонента представляющего поведенческое выражение сформировавшихся у индивида представлений о себе, то у часто болеющих детей преобладающим является его высокий уровень (3 человека), при наличии невысокой доли его среднего уровня (1 человек), в то время как у их здоровых сверстников отмечается его высокий уровень.

Сравнительный анализ выделенных компонентов позволяет сделать вывод о том, что независимо от частоты заболеваемости эмоциональный компонент у второклассников имеет высокий уровень. Это может подтверждать неумение правильно оценить результаты своей деятельности, сравнивать себя с другими, нечувствительность к своим ошибкам, неудачам, замечаниям и оценкам окружающих. Такие дети имеют высокую физическую и познавательную активность, настойчивое стремление обратить на себя внимание, эгоцентризм, повышенная конфликтность поведения в обществе. Также следует отметить, что высокий уровень поведенческого компонента, отмечаемый у большинства часто болеющих детей (3 человека), характерен и для их здоровых сверстников (17 человек). Из этого показателя можно сделать вывод, что у детей высокая степень включенности во взаимоотношения, наблюдается сплочённость группы и взаимность контактов. Также замечен низкий уровень конфликтности.

Наибольшей вариативностью уровней характеризуется лишь когнитивный компонент: среди редко болеющих второклассников отмечаются все его уровни, хотя преобладающим является высокий, среди часто болеющих также преобладает (3 человека) его высокий уровень при наличии низкого (в 1 случае из 4) и при отсутствии, соответственно, среднего уровня. Следовательно, представление о себе у часто болеющих второклассников в большей степени характеризуется полярностью, чем у их редко болеющих сверстников.

2.2 Рекомендации для учителей и родителей по коррекции межличностных отношений у часто болеющих детей в младшем школьном возрасте

Учитель младших классов должен способствовать формированию у каждого из учеников умений и навыков общения и сотрудничества, уделяя особое внимание часто болеющим детям. Для этого учителю следует руководствоваться следующими рекомендациями:

1. Установить спокойную, дружескую атмосферу среди детей в классе;
2. Способствовать развитию у каждого из учеников класса коммуникативных навыков общения, в том числе навыков межличностного и межгруппового взаимодействия;
3. Выработать у себя медленную и уравновешенную речь;
4. Быть предельно тактичным с детьми, в том числе с часто болеющими;
5. Не допускать оставление без внимания часто болеющих детей, имеющих трудности в общении с одноклассниками;
6. Развивать у учеников (в том числе часто болеющих) интерес к своим сверстникам (в том числе часто болеющим);
7. Применять меры непрямого воздействия (в частности, организовывать взаимодействие часто болеющих детей и их редко болеющих одноклассников, основанное на взаимном интересе);
8. Следует выявить у каждого ребенка в классе, в том числе у часто болеющих детей, положительные качества и активно способствовать развитию;
9. Способствовать созданию ситуаций для творческого самовыражения каждого ученика в процессе коммуникативной деятельности в классе;
10. Оказывать помощь часто болеющим детям в успешном освоении деятельности (учебной, внеклассной и т.д.), определяющей положение ребенка в классе;
11. Вовлекать часто болеющего и пропускающего занятия ученика в интересную для него деятельность, в том числе используя дистанционные технологии образования и социального общения;
12. Способствовать развитию у детей чувств понимания и сопереживания к другим людям;
13. Способствовать формированию адекватной самооценки и уровня притязаний у каждого ребенка, особое внимание уделяя часто болеющим детям, в целях улучшения их положения в системе межличностных отношений;

14. Оказывать помощь часто болеющим детям в формировании позитивной самооценки, и, соответственно, самостоятельности, инициативности, уверенности в себе;
15. Вести индивидуальную работу с родителями по формированию положительных детско-родительских отношений (в форме консультаций, бесед);
16. Проводить регулярные беседы с часто болеющими детьми по вопросам общения, поведения.

Также разработаны и сформулированы рекомендации родителям учеников младших классов:

1. Избегать обсуждений при ребенке его проблем, и наоборот в общении с ребенком стараться отвечать на все задаваемые им вопросы;
2. Поддерживать своего ребёнка, учитывать его интересы;
3. Не допускать негативного отношения к ребенку;
4. Способствовать реализации у ребенка положительных качеств;
5. Развивать двигательную активность ребенка, в том числе и часто болеющего, т.к. выносливый ребенок, который привык к физическим нагрузкам, более уверен в себе;
6. При естественной тяги к самостоятельности у ребенка, в том числе у часто болеющего, не подавлять ее;
7. Способствовать развитию у ребенка чувства понимания и сопереживания к другим людям;
8. Не демонстрировать ребенку свое расстройство из-за его неудач, т.к. он боится лишней раз огорчить родителей;
9. Учить ребенка самостоятельно справляться с возникающими школьными трудностями, поддерживая наличие в семье спокойной и дружелюбной атмосферы, понимания и доверия. Не забывать предоставлять ребенку возможность самому найти выход из затруднительной ситуации, принять свое собственное решение, совершить поступок;

10. При встрече с неудачами помогать найти выход, учить предвидеть последствия действий, не запугивая ребенка, поскольку страх не активизирует его деятельность;
11. В своем желании помочь ребенку, в том числе часто болеющему, приготовить уроки, не следует сразу делать их с ним вместе. Следует способствовать развитию у ребенка желания делать уроки самому, формировать заинтересованность в получении знаний и потенциальном результате их реализации (ближнем и дальнем). Учить ребенка обращаться за помощью к одноклассникам и оказывать ее самому;
12. Ежедневно проявлять интерес к школьным делам детей, а также внимание и терпение. Избегать так называемых «дежурных вопросов»: «Что получил(а)?», «Как дела в школе?», а расспрашивать о чувствах, впечатлениях, настроении, обеспечивая надежный эмоциональный тыл;
13. Исключать критику школы при ребенке, создавая к ней позитивное отношение.
14. Подчеркивать, придавая большее значение той сфере деятельности, в которой ребенок больше успешен, помогая, тем самым, обрести уверенность в себе: «если ты научился делать это хорошо, то постепенно научишься всему остальному»;
15. Помнить, что любые эмоциональные проявления со стороны взрослого, как положительные (похвала, доброе слово), так и отрицательные (крик, замечание, укоры) впоследствии негативно отражаются на межличностных отношениях ребенка.

Выводы по Главе II

В качестве экспериментальных методов использовались следующие диагностические средства: методики А.И.Липкиной, Дембо-Рубинштейна по исследованию особенностей самооценки и уровня притязаний часто болеющих детей и их редко болеющих одноклассников, социометрическая

методика Р. Желя, а также анкета для оценки привлекательности классного коллектива.

На первоначальном этапе среди родителей второклассников было проведено анкетирование, которое показало, что круг общения у часто болеющих детей в классе отличается от круга общения здоровых сверстников. При этом следует отметить и то, что среди часто болеющих детей нет испытывающих затруднения в общении, каждый из них любит общаться, стремится к общению и находит его, несмотря на случающиеся пропуски школьных занятий и плохое самочувствие.

В целях получения представления, о самооценке часто болеющих детей, в том числе в сравнении с их более здоровыми одноклассниками, было проведено исследование с использованием методики А.И.Липкиной «Три оценки».

половина здоровых второклассников переоценивают результаты своей учебной деятельности, не способны уяснить расхождение между предъявляемыми требованиями и соответствием им своих собственных учебных результатов. Такое поведение признается нормальным (в том числе автором использованной методики) для детей данной возрастной категории.

Для часто болеющих детей, как показало исследование, характерно аналогичное поведение по отношению к здоровым сверстникам. хотя их оценка собственных трудов немного чаще отличается от действительной.

Можно сделать вывод о том, что завышенная самооценка, преобладающая среди часто болеющих детей, не является следствием частоты заболеваний, и, не оказывает существенного влияния на успехи в учебе.

Далее, в ходе нашего исследования, была применена методика Дембо-Рубинштейна в модификации А.М. Прихожан с последующим проведением бесед с участвующими в эксперименте второклассниками. Исходя из результатов по этой методике, можно констатировать правильность выдвинутой нами гипотезы: фактор частоты заболеваемости влияет на

соотношение самооценки и уровня притязаний; несмотря на то, что уровень притязаний часто болеющих детей не намного ниже, чем у здоровых сверстников, уровень самооценки различается довольно существенно (у часто болеющих детей он ниже, чем у здоровых). Тем не менее, следует отметить, что уровень самооценки и притязаний детей в обеих группах является в пределах нормы.

Для следующего исследования, мы использовали социометрическую методику Р. Желя, при анализе которого сделан вывод, что частота заболеваемости ребенка не влияет на социовалентность, статус в группе и взаимность контактов.

Результаты анкеты для оценки привлекательности классного коллектива показали, что большинство детей в классе (в том числе и часто болеющие) свой класс наиболее привлекательным, дорожат своими одноклассниками и учителем.

С целью психологической коррекции самооценки часто болеющих детей (как завышенной, так заниженной), а так же на создание условий для развития межличностных отношений младших школьников, были разработаны рекомендации для преподавателей и родителей.

Заключение

Межличностные отношения с другими людьми зарождаются и наиболее интенсивно развиваются в детском возрасте. Опыт этих первых отношений является фундаментом для дальнейшего развития личности ребенка и во многом определяет особенности его отношения к себе, к другим, к миру в целом.

Умение общаться положительно влияет не только на взаимодействие с окружающими, но и на самооценку ребенка, ее внутренние характеристики: адекватность представлений о себе и о своих возможностях, уверенность в собственных силах, эмоциональную комфортность.

У детей, имеющих соматический статус «часто болеющий ребенок» могут возникнуть проблемы с межличностными отношениями со одноклассниками. Это может привести к отчужденности от других детей, а также может послужить причиной социальной дезадаптации ребенка из-за ограниченности общения со сверстниками и пропусков занятий в образовательном учреждении.

В рамках данной работы на базе второго «б» класса средней школы №34 Свердловского района г. Красноярска было проведено анкетирование родителей, сформирована выборка испытуемых. Затем были определены и изучены особенности самооценки и уровня притязаний часто болеющих детей и их редко болеющих одноклассников с помощью методик А.И. Липкиной, Дембо-Рубинштейна, а также социометрической методики Р. Желя. Далее на аналитическом этапе исследования были проведены анализ и сравнение полученных данных, также были сформулированы выводы в отношении проверяемой гипотезы, состоявшей в том, что у часто болеющих второклассников заниженная самооценка, в то время как у большинства их здоровых сверстников самооценка завышенная, что свойственно для детей данной возрастной категории.

Так же было проведено анкетирование учащихся для оценки привлекательности классного коллектива, из которого можно сделать вывод

о том, что большинство детей в классе (в том числе и часто болеющие) считают свой класс наиболее привлекательным, дорожат своими одноклассниками и учителем.

В результате тестирования, проведенного по методике А.И.Липкиной «Три оценки», показавшего, что преобладающей у часто болеющих детей, в большей степени, чем у их редко болеющих сверстников, является завышенная самооценка, данная гипотеза не нашла своего подтверждения. Был сделан вывод о том, что это не является следствием частоты заболеваний, и, не оказывает существенного влияния на успехи в учебе.

Однако, исходя из результатов тестирования по методике Дембо-Рубинштейна, был сделан вывод о правильности выдвинутой гипотезы: фактор частоты заболеваемости влияет на соотношение самооценки и уровня притязаний; несмотря на то, что уровень притязаний часто болеющих детей не намного ниже, чем у редко болеющих сверстников, уровень самооценки различается довольно существенно (у часто болеющих детей он ниже, чем у редко болеющих). При этом уровень самооценки и притязаний детей в обеих группах является нормальным.

Выдвинутая гипотеза исследования по методике Р.Желя о том, что частота заболеваемости ребенка влияет на социовалентность, статус в группе и взаимность контактов. по результатам проведенного анализа не нашла своего подтверждения.

С целью психологической коррекции самооценки часто болеющих детей (как завышенной, так заниженной), а так же на создание условий для развития межличностных отношений младших школьников, были разработаны рекомендации для преподавателей и родителей.

Список литературы

- 1 Абраменкова В.В. Социальная психология детства: развитие отношений ребенка в детской субкультуре. М.,2000.-416с.
- 2 Абрамова Н.Н., Савенкова М.С. Роль социальных и экологических факторов в формировании группы часто болеющих детей в социально благополучных семьях г. Москвы // Детские инфекции. 2013. Т. 12, № 4. С. 52-57.
- 3 Аверин В.А. Психология детей и подростков: Учеб.пособие - 2-е изд. М.1998.379с.
- 4 Альбицкий В.Ю., Баранов А.А. Часто болеющие дети. Клинико-социальные аспекты. Саратов: Изд-во Саратовского государственного университета им. Н.Г. Чернышевского, 1986: 184 с.
- 5 Андреева Г.М. Социальная психология.М.:Аспект-пресс.2014.363с.
- 6 Бадьина Н.П. Психологические условия адаптации часто болеющих детей в начальной школе.Курган.2004.195с.
- 7 Белякова Н.В. Школьная дезадаптация у первоклассников (Систематизация причин и комплексный подход к их предупреждению).Автореф. ... дисс... канд.псих.наук.Томск.1999.
- 8 Блонский П.П. Психология младшего дошкольника. - М.: Высшая школа, 1997. - 410 с.
- 9 Бордовская Н.В., Реан А.А. Педагогика.Учебник. Спб.:Питер. 2011. 304с.
- 10 Венгер, А.И. Психологическое обследование младших школьников: проблемы умственного развития, общения, личностные. - Ж. «Дефектология» № 2. 2001. С. 89-96.
- 11 Волкова О.В. Особенности волевого действия часто болеющих детей старшего дошкольного возраста. Автореф.дисс. канд. псих.наук.Красноярск.2009.21с.
- 12 Выготский Л.С. Собр. соч.: В 6 т. Т. 3.М.: Педагогика, 1983. 366 с.

- 13 Диагностика школьной дезадаптации : научно-методическое пособие для учителей начальных классов и школьных психологов. – Москва : Социальное здоровье России, 1993. 126 с.
- 14 Дубровина И.В. Идеи Л.С. Выготского о содержании детской практической психологии/ Электронный журнал «Психологическая наука и образование».2013.№3.С.254-262.
- 15 Дусказиева Ж.Б. Гендерные особенности тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста и возможности ее коррекции. Автореф. дисс...канд .псих.наук. Красноярск.2009. 236с.
- 16 Иванов В.А. Состояние здоровья и особенности иммунитета у часто болеющих детей. Автореферат дисс. канд.мед.наук. 2007 г. 125с.
- 17 Захарова А.В. Психология формирования самооценки.- Мн., 1993. - 99 с.
- 18 Зинкевич-Евстигнеева Т. Д. Если ребенок стал «Изгоем» //Социономия. - 2001, - №3. - С. 71 -78.
- 19 Катасонова А.В. Особенности развития высших психических функций у часто болеющих детей младшего школьного возраста .Автореф.дисс. канд. псих.наук.Томск.2009.165с.
- 20 Коломинский Я.Л., Панько Е. А., Игумнов С.А. Психическое развитие детей в норме и патологии - СПб.:Питер, 1-е издание.- 2004. 480 с.
- 21 Коровина Н.А., Заплатников А.Л., Чебуркин А.В., Захарова И.Н. Часто и длительно болеющие дети: современные возможности иммунореабилитации. Руководство для врачей. М., 2011. 68 с.
- 22 Куницына В.Н., Казаринова Н.В., Погорьша В.М. Межличностное общение: Учебник для вузов. - СПб.: Питер, 2001. - 544с.
- 23 Лисина М.И. Формирование личности ребенка в общении.- СПб:Питер,2009.320с.
- 24 Леонтьев А.А. Психология общения. М.: Академия.2008. 368с.
- 25 Матюхина М.В., Михальчик Т.С., Парина К.П. Психология младшего школьника. - М.: ПРИОР, 2006. - 369 с.

- 26 Меланченко Е. Проблемы здоровья и школьная дезадаптация. Дифференцированные методики обучения //Первое сентября, - № 21, 2007.- С.9-17.
- 27 Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющего младшего школьника. Красноярск, 2007. 144 с.
- 28 Мухина В.С.. Возрастная психология. Феноменология развития : учебник для студ. высш. учеб. заведений.- 10-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательский центр «Академия». 2006. 608с.
- 29 Нижегородцева Н.В., Шадриков В.Д. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе: Пособие для практических психологов, педагогов и родителей. М.: ВЛАДОС, 2001. 256 с
- 30 Николаева Е.С. Функции и позиции учителя в развитии мотивации самопознания детей младшего школьного возраста// Вестник Московского государственного гуманитарного университета им. М.А. Шолохова. Педагогика и психология .2010.№3. С.65-71.
- 31 Новикова Е.В. Особенности общения и проявления школьной дезадаптации у младших школьников и подростков // Общение и формирование личности школьника / Под ред. А.А. Бодалева, Р.Л. Кричевского. М.: Педагогика. 1987.40с.
- 32 Обозов, Н. Н. Психология межличностных отношений. Киев, 1990. 192 с.
- 33 Овсянников Д.Ю., Илларионова Т.Ю., Пушко Л.В., Кузьменко Л.Г. Часто болеющие дети: что еще кроме инфекций? //Вопросы современной педагогики 2013.№ 12 (1). 74–86.
- 34 Петровский А.В., Ярошевский М.Г. Психология. Учебник.2009.М.: Академия. 512с.
- 35 Пиаже, Ж. Речь и мышление ребёнка / Ж. Пиаже - М., 1998. - 347 с.
- 36 Пономарева В.И. Там, на неведомых дорожках... Из практики сказкотерапии.-М.: Академический Проект; Альма Матер, 2008. — 244 с

- 37 Реан А. А., Коломинский Я. Л. Социальная педагогическая психология. СПб.: Издательство «Питер», 2000. 416 с
- 38 Романцов М.Г., Ершов Ф.И. Часто болеющие дети. Современная фармакотерапия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 190 с.
- 39 Савенкова М.С., Абдулаев А.К., Афанасьева А.А. и др. Часто болеющие дети: этиология и лечение 20 лет спустя. Детские инфекции. 2009. №4. 27–34.
- 40 Смирнова Е.О. Савина Е.А. Родители и дети. Психология взаимоотношений. Когито-Центр . 2003. 230 с.
- 41 Чернышева Н.С. Характер младшего школьника.-М.:Флинта, 2006. - 306 с.
- 42 Шашок В.Н. Личностное поведение и актуальная самооценка в детей 9 - 13 лет в процессе их социальной адаптации // Возрастная, педагогическая и коррекционная психология: Эмпирические исследования: Сб. науч. тр. - Мн.: Карандашев, 2000. - Вып 2. - С. 64-74.
- 43 Шибутани Т. Социальная психология. Ростов н/Д.: изд-во "Феникс", 1999 - 544 с.
- 44 Шкуричева Н.А. Формирование межличностных отношений первоклассников как условие успешности их адаптации к школе: Автореф.дисс. канд.псих.наук.М.2006 26с.
- 45 Эльконин Д.Б. Психология обучения младшего школьника // Психология и педагогика. - М., 1974. -416 с.
- 46 Эрдес С.И., Геппе Н.А. Возможности энерготропной терапии при острых респираторных заболеваниях у детей// Вопросы практической педиатрии. 2009. том 4. № 5. С. 91-99.
- 47 Эриксон Э. Детство и общество. СПб.: Ленато, АСТ, Фонд «Университетская книга», 1996.
- 48 Ярцев М.Н., Плахтиенко М.В. Часто болеющие дети и иммунная недостаточность// Российский аллергологический журнал. 2010.№ 5. 58–66.

Анкета для оценки привлекательности классного коллектива

Методика предназначена для оценки привлекательности для ученика классного коллектива. Представляет собой анкету, в которой к каждому вопросу предлагается определенным количеством баллов. Анкетирование может проводиться в группе и индивидуально.

Ответ: “а” - 5 баллов, “б” - 4 балла, “в” - 3 балла, “г” - 2 балла, “д” - 1 балл, “е” - 0 баллов.

Максимальное количество баллов, которые может набрать ребенок после заполнения анкеты, составляет 25 баллов.

Вопросы:

1. Как бы ты оценил свою принадлежность к своему классу?

- а) Чувствую себя членом класса, частью коллектива;
- б) Участвую в большинстве видов деятельности;
- в) Участвую в одних видах деятельности и не участвую в других;
- г) Не чувствую, что являюсь членом коллектива;
- д) Учусь, не общаясь с другими детьми из класса;
- е) Не знаю, затрудняюсь ответить.

2. Перешел бы ты учиться в другой класс, если бы представилась такая возможность?

- а) Очень хотел бы остаться в своем классе
- б) Скорее всего, остался бы в своем классе;
- в) Не вижу никакой разницы;
- г) Не знаю, трудно сказать.
- д) Скорее всего, перешел бы, чем остался;
- е) Да, очень хотел бы перейти;

3. Каковы взаимоотношения между учениками в Вашем классе?

- а) Лучше, чем в другом классе;
- б) Лучше, чем в большинстве классов;
- в) Примерно такие же, как и в большинстве классов;
- г) Хуже, чем в большинстве классов;
- д) Хуже, чем в любом классе;
- е) Не знаю.

4. Каковы взаимоотношения учеников с классным руководителем в твоём классе?

- а) Лучше, чем в любом другом классе;
- б) Лучше, чем в большинстве классов;
- в) Примерно такие же, как в большинстве классов;
- г) Хуже, чем в большинстве классов;
- д) Хуже, чем в любом классе;
- е) Не знаю.

5. Как характеризуется отношение учеников к учебе в твоём классе?

- а) Лучше, чем в любом другом классе;
- б) Лучше, чем в большинстве классов;
- в) Примерно такие же, как и в большинстве классов;
- г) Хуже, чем в большинстве классов;
- д) Хуже, чем в любом классе;
- е) Не знаю.

Обработка результатов.

Все баллы, полученные ребёнком за каждый ответ, суммируются и интерпретируются следующим образом:

25-18 баллов – классный коллектив является для ребенка очень привлекательным. Атмосфера внутри класса полностью удовлетворяет ребенка. Он дорожит взаимоотношениями с остальными детьми коллектива.

17-12 баллов – ребенок хорошо адаптирован в классном коллективе. Атмосфера взаимоотношений является для него комфортной и благоприятной. Классный коллектив представляет ценность для ребенка.

11-6 баллов – нейтральное отношение ребенка к коллективу свидетельствует о наличии определенных благоприятных зон взаимоотношений, которые дискомфортно влияют на ощущение собственного положения ученика в классе. Имеется явное желание либо отдалиться от коллектива, либо изменить свое отношение в нем.

5 и менее баллов – негативное отношение к классу. Неудовлетворенность своим положением и ролью в нем. Возможна дезадаптация в его структуре.

Сопоставление полученных с помощью анкетирования данных позволяет сделать вывод о соответствии собственных впечатлений ребенка об учебном коллективе, его месте в структуре класса и отношении школьников к ребенку.