

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

Факультет педагогики, психологии
и социальных наук

Кафедра «Прикладная
психология»

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

Бакалаврская работа
на тему:

«Особенности психологической адаптации к школе детей с
хроническими заболеваниями»

Студент _____ Волчкова Евгения Александровна
подпись

Руководитель _____ Тарасова Е.М.
подпись

Нормоконтролер _____ Памфилова С.А.
подпись

Работа допущена к защите (протокол заседания кафедры от 14.05.2018 № 11)

Заведующий кафедрой _____ Медведева И.А.
подпись

Работа защищена с отметкой _____ (протокол заседания ГЭК от _____ №)

Секретарь ГЭК _____ Карманова Т.М.
подпись

Пенза 2018

Содержание

Введение.....	3
Глава 1. Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования	
1.1. Адаптация первоклассников к условиям школы.....	8
1.2. Способы и методы диагностики адаптации к школе у первоклассников.....	14
1.3. Психологическая готовность к школе как условие успешной адаптации к школьному обучению. Способы ее диагностики.....	21
1.4. Особенности психического развития соматически ослабленных детей.....	35
Глава 2. Изучение особенностей психологической адаптации к школе детей с хроническими заболеваниями	
2.1. Описание процедуры и методов исследования.....	47
2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных.....	53
Выводы.....	66
Заключение.....	68
Список используемых источников.....	69
Приложение 1.....	74
Приложение 2.....	79

Введение

Проблема адаптации детей к школе является одной из наиболее важных проблем начальной ступени образования: сложной для педагогов и родителей и чувствительной для детей. с поступлением в школу изменяется вся жизнь ребенка - новые контакты, новые условия жизни, принципиально новый вид деятельности, новые требования и т.д. Напряженность этого периода определяется, прежде всего, тем, что школа с первых дней ставит перед учеником целый ряд задач, не связанных непосредственно с предшествующим опытом, требует максимальной мобилизации интеллектуальных, эмоциональных и физических резервов. Необходимо определенное время для того, чтобы маленький ученик стал настоящим школьником, привык к новой для него обстановке, новым правилам и распорядку дня, новому общению с педагогом и одноклассниками, новым способам деятельности и поведения. Не у каждого этот процесс происходит легко и безболезненно. У многих детей наблюдаются в это время различные психологические нарушения: бывают и нарушения сна, аппетита, а в более тяжелых случаях - серьезные нервные срывы, которые выражаются в частых заболеваниях.

В основе любого адаптационного процесса лежит программа приспособления, которая реализуется в определенной форме активности. В самом широком значении школьная адаптация понимается как приспособление ребенка к новой системе социальных условий, к новой системе отношений, новым требованиям и видам деятельности, режиму и ритму жизнедеятельности. Ребенок, который усвоил и принял школьную систему требований, норм и социальных отношений, относится к адаптированным.

Значительная интенсификация учебного процесса, использование новых форм и технологий обучения, более раннее начало систематического обучения также привело к росту числа детей, не способных без особого

напряжения адаптироваться к учебным нагрузкам. Учет факторов, влияющих на адаптацию ребенка к школе, позволяет построить педагогический процесс так, чтобы не наносить ущерба здоровью ребенка.

Известно, что большую роль в успешной адаптации к школе играют характерологические и личностные особенности детей, сформировавшиеся на этапах, предшествующих школьному обучению. Особенности личности ребенка могут быть весьма разнообразными и связаны они с характеристиками условий его социализации и развития.

К наиболее известным факторам, влияющим на адаптацию ребенка к школе, относятся такие интегративные личностные образования, как самооценка, уровень притязаний, уровень личностной тревожности. Особым фактором, влияющим на развитие личности ребенка, является его соматическое здоровье. Состояние здоровья ребенка во многом определяет особенности семейной ситуации, тип родительно-детских отношений. Внутри этих отношений и вызревает личность ребенка, формируется его мотивация, его способы отношения с миром и его адаптационные возможности. Любая хроническая болезнь человека определяет жизненные обстоятельства, создает особую объективную социальную ситуацию развития его психики. Уровень соматического здоровья, наличие хронических заболеваний может служить достаточно весомым дополнительным фактором к реально имеющимся у ребенка специфическим, в том числе и «отклоняющимся», особенностям.

В настоящее время проблема развития соматически ослабленных детей является остроактуальной, что связано с ростом количества заболеваний в детской популяции, ухудшением экологической обстановки, снижением уровня здоровья родителей, распространенностью вредных привычек и т.д. По данным медицинских исследований в настоящее время 80-90% детей, поступающих в первый класс, уже имеют те или иные отклонения физического здоровья, а 18-20% имеют пограничные нарушения психического здоровья.

В этой связи для педагога-психолога, работающего с детьми младшего школьного возраста, важным становится решение проблемы учета различных особенностей детей при оценке уровня и специфики их развития, а также включение в анализ показателей их соматического здоровья как дополнительного фактора, модулирующего, в определенной степени, результаты этой оценки.

Работа педагога-психолога с детьми младшего школьного возраста должна быть направлена на поиск новых идей, методологий и средств эффективной помощи, поддержки и адаптации ребенка в «пространстве» школьного обучения. Важно понимание того, что происходит с конкретным ребенком, какими должны быть оказанные ему помощь и поддержка. Еще на этом этапе диагностики психологической готовности детей к школе необходимо адекватно оценить актуальное состояние ребенка и обеспечить надежный прогноз его дальнейшего развития и обучения. Только в этом случае педагог-психолог способен определить наиболее эффективные пути и средства развивающей и коррекционной работы.

На сегодняшний день фактически не известны методологические подходы к оценке ресурсных возможностей ребенка в зависимости от наличия у него хронических заболеваний. Разработки подобного рода, создание прогностических оценок динамики и особенностей развития когнитивной и аффективно-эмоциональной сфер позволят выработать необходимые рекомендации для родителей и педагогов, с помощью которых у соматически ослабленных детей будет больше возможностей для успешной адаптации к школе. Явный дефицит эмпирических данных о связи показателей развития детей с хроническими заболеваниями с показателями их адаптации к меняющимся условиям жизни свидетельствует об актуальности предпринятого нами исследования.

Цель исследования - изучение особенностей психологической адаптации к школе детей с хроническими заболеваниями для использования

диагностических данных в работе педагога-психолога с детьми младшего школьного возраста, их родителями и педагогами.

Объект исследования - показатели психологической адаптации к школе учащихся первых классов.

Предмет исследования - особенности психологической адаптации к школе детей с хроническими заболеваниями.

Гипотеза исследования заключается в предположении о существовании различий в показателях психологической адаптации к школе детей, имеющих хронические заболевания и соматически здоровых детей, которые проявляются:

- в показателях школьной, самооценочной и межличностной тревожности;
- в степени принятии позиции школьника;
- в показателях самооценки познавательной компетентности;
- в показателях самооценки компетентности в общении со сверстниками;
- в уровне сформированности компонентов учебных действий.

В ходе исследования были решены следующие **задачи**:

1. Изучение и анализ научной литературы по вопросам адаптации первоклассников к условиям школы; практики и задач диагностики адаптации детей к школе; проблем развития детей, имеющих хронические заболевания.
2. Подбор диагностических методов, адекватных цели исследования.
3. Диагностика уровня адаптации первоклассников к условиям школы.
4. Сравнительный анализ данных и выявление различий в показателях психологической адаптации к школе детей, имеющих и не имеющих хронические заболевания.

При проведении исследования были использованы следующие методики:

- проективная методика «Рисунок школы»;
- Анкета для родителей;
- методика по определению уровня тревожности (вариант методики А.М. Прихожан, адаптированный для младшего школьного возраста);
- «Шкала оценки своей компетентности» С. Хартер;
- методика Г.В. Репкиной и Е.В. Заики для определения уровня сформированности компонентов учебной деятельности.

В качестве метода математической статистики был использован Т-критерий Стьюдента.

Диагностические процедуры проводились в третьей учебной четверти. В исследовании приняли участие 26 учащихся первых классов.

Глава 1. Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования

1.1. Адаптация первоклассников к условиям школы

Задачи диагностики, поддержания и охраны психического здоровья детей, актуальность которых становятся все более очевидными в связи с наблюдаемым ростом соматических и нервно-психических заболеваний и функциональных расстройств в детской популяции, требуют широких действенных мер в системе образования.

Атмосфера школьного обучения складывается из совокупности умственных, эмоциональных и физических нагрузок, требующих немалых нервно-психических затрат ребенка. По сравнению с предшествующими институтами социализации - семья, учреждения дошкольного образования – это качественно иная среда, которая предъявляет новые, усложненные требования к психофизическому состоянию ребенка, его интеллектуальным возможностям и к его социально-психологическим навыкам. Поступление в школу всегда связано с изменением привычного образа жизни и требует адаптации к новым условиям существования и деятельности в них.

Школьная адаптация - это процесс приспособления к условиям школы, имеющий физиологический и психологический аспекты и формирующийся под воздействием различных экзогенных и эндогенных факторов.

По данным различных исследований от 20% до 25% первоклассников имеют симптомы школьной дезадаптации. В последующем более половины из них имеют трудности в обучении и поэтому нуждаются в направленной психологической коррекционной помощи. Школьная дезадаптация может проявляться в разных формах, происходить как по познавательному, так и по личностному типу, а в последствии часто принимает тотальный характер.

Школьная дезадаптация проявляется, как правило, в совокупности признаков, свидетельствующих о несоответствии социопсихологического и

психофизиологического уровня развития ребенка требованиям ситуации школьного обучения [37].

Исследователи механизмов адаптации/дезадаптации указывают на особое значение кризисных, переломных моментов в жизни человека, когда происходят существенные изменения в его ситуации социального развития [13]. В детском развитии наибольший риск представляет именно период адаптации ребенка к школе - период первичного уровня усвоения требований, предъявляемых новой социальной ситуацией. Об этом свидетельствуют результаты многочисленных исследований, фиксирующих в младшем школьном возрасте значительное повышение распространенности невротических реакций, неврозов и других нервно-психических и соматических расстройств по сравнению с дошкольным возрастом [41].

Анализ психолого-педагогической литературы показывает, что термин «школьная дезадаптация» фактически используется при описании любых затруднений, возникающих у детей в процессе школьного обучения. К числу внешних проявлений школьной дезадаптации относят агрессивное поведение, чрезмерную подвижность, упрямство, неспособность ребенка сосредоточиться в работе, его повышенную возбудимость и конфликтность, частые эмоциональные расстройства, лживость, заметную уединенность, а также чрезмерную угрюмость и недовольство. К внутренним симптомам относят такие, как постоянные фантазии ребенка, переживаемое им чувство собственной неполноценности, неадекватные страхи, сверхчувствительность, неуверенность в принятии решения, чувство своего отличия от других, а также завышенную самооценку. К числу основных первичных внешних признаков относятся затруднения в учебе и различные нарушения норм поведения [37].

Природа школьной неуспеваемости может быть представлена самыми различными факторами. Анализ результатов исследований по вопросам школьной неуспеваемости указывает на следующие основные факторы, способные стать причинами этой проблемы:

- недостаточная психологическая готовность ребенка к школе;
- социально-педагогическая запущенность;
- проблемы здоровья, соматическая ослабленность ребенка;
- низкий темп формирования отдельных психических функций и познавательных процессов;
- двигательно-моторные нарушения;
- нарушения в аффективной сфере [53].

Все эти факторы отражаются, прежде всего, на интеллектуальном развитии ребенка. А связь школьной успеваемости с показателями интеллектуального развития очевидна. Именно на познавательную сферу в младшем школьном возрасте падает основная нагрузка [49].

Тем не менее, адаптация в школе – это многоплановый процесс. Его составляющими являются физиологическая адаптация и социально-психологическая адаптация.

Физиологическая адаптация заключается в привыкании организма ребенка к новым условиям и требованиям. В этом процессе организм ребенка проходит несколько этапов:

- Первые 2-3 недели обучения в психолого-педагогической литературе получили название «физиологической бури». В этот период дети тратят значительную часть ресурсов своего организма. Организм ребенка на все новые воздействия отвечает значительным напряжением всех своих систем. Это подтверждается тем фактом, что в первую свою учебной осень многие младшие школьники болеют.

- Следующий этап адаптации демонстрирует неустойчивое приспособление, когда организм ребенка находит близкие к оптимальным варианты реакций на новые условия.

- Затем наступает период относительно устойчивой адаптации. Организм реагирует на нагрузки уже с меньшим напряжением.

Продолжительность всего периода физиологической адаптации разная у разных детей и зависит от их индивидуальных особенностей. Нормой является период от 2 до 6 месяцев.

К сожалению, сложность периода физиологической адаптации первоклассников зачастую остается на периферии внимания их взрослого окружения. Вместе с тем, по данным медицинских исследований, некоторые дети худеют к концу первой четверти, у части детей отмечается снижение артериального давления, что является признаком утомления, а у некоторых значительное его повышение - признак переутомления. Многие первоклассники периодически жалуются на головные боли, усталость и другие недомогания в первой учебной четверти. Проявлениями перенапряжения организма могут стать проблемы поведения детей вне школы, снижение способности к саморегуляции поведения как дома, так и в школе [25].

Социально-психологическая адаптация связана и переживанием кризиса 6-7 лет.

С приходом в школу изменяется социальный статус ребенка – у него появляется новая социальная роль. Изменение внешней позиции влечет за собой изменение самосознания личности ребенка, происходит переоценка ценностей. То, что было значимым раньше, становится второстепенным. На первый план в оценке себя и событий выходит все, что имеет отношение к учебе. Эти изменения происходят в психике и личности ребенка при его успешной адаптации к школьному обучению.

«Внутренняя позиция школьника» проявляется в мотивационной сфере, о ней можно говорить тогда, когда ребенок хочет именно учиться, а не только ходить в школу. У большей части детей, поступивших в школу, особенно 6-леток, эта позиция еще не сформирована. У них затруднено формирование чувства «необходимости учения», они в меньшей степени ориентированы на правила и нормы поведения в школе [60].

Важным аспектом социально-психологической адаптации детей к школе является вхождение в детский коллектив.

Больше трудностей в этом процессе возникают у детей, не посещавших дошкольные образовательные учреждения и у единственных в семье детей. Если у ребенка не было достаточно опыта взаимодействия со сверстниками, то они ожидают от одноклассников и учителей того отношения, к которому они привыкли дома. Для некоторых из них изменение ситуации, когда они осознают, что учитель одинаково относится ко всем ребятам, не выделяя его своим вниманием, становится стрессогенным фактором. Одноклассники же не торопятся принимать таких детей, не собираются уступать им, не замечают их способностей и сильных сторон [35].

У определенной части детей наблюдается психомоторная заторможенность. Такие школьники отличаются заметным снижением двигательной активности, замедленным темпом психической деятельности, ограниченностью диапазона и выраженности эмоциональных реакций. Эти дети, как правило, испытывают серьезные затруднения в учебной деятельности, поскольку не успевают работать в едином для всех темпе. Они не способны к быстрому адекватному реагированию на изменение ситуаций, что помимо учебных проблем препятствует нормальным контактам с одноклассниками.

Нейродинамические нарушения проявляются также в форме нестабильности психических процессов. На поведенческом уровне эта проблема обнаруживает себя эмоциональной неустойчивостью, легкостью перехода от повышенной активности к пассивности и, наоборот, от полного бездействия - к хаотичной и чрезмерной активности. Для таких детей характерным является неадекватно бурное реагирование на ситуации неуспеха, иногда приобретающее истерический оттенок. Типичным для них является также быстро наступающее утомление во время учебных занятий, плохое самочувствие, что в целом отражается на интеллектуальной

деятельности. Снижение общего уровня успеваемости можно наблюдать даже при высоком уровне развития психических функций.

Отметим, что психологические трудности дезадаптирующего характера формируются зачастую как следствие неверной интерпретации учителем индивидуально-психологических свойств детей данной категории, т.е. такие проблемы чаще всего имеют вторичную обусловленность [36].

В процессе адаптации к школе известна роль характерологических и личностных особенностей детей, которые формировались на предшествующих этапах развития. Для ребенка, пришедшего в школу, важно умение контактировать с другими людьми, владеть навыками общения, способность определить для себя оптимальную позицию в отношениях с окружающими, так как ситуация обучения в целом имеет коллективный характер. Несформированность таких навыков способностей, а также наличие отрицательных личностных качеств порождают проблемы общения, когда ребенок либо отвергается одноклассниками, либо просто ими игнорируется. Во всех случаях отмечается глубокое переживание психологического дискомфорта, имеющего дезадаптирующее значение. Также чревата негативными последствиями и ситуация самоизоляции, когда у ребенка нет потребности в контактах с другими детьми [37].

Особенности личности, препятствующие успешному вхождению ребенка в новую ситуацию межличностного взаимодействия, весьма разнообразны. Факторы, неблагоприятно сказывающимися на адаптации ребенка к школе, являются, в первую очередь, самооценка и уровень притязаний.

При неадекватно завышенной самооценке дети не критично оценивают себя, свои поступки и результаты своей деятельности. Они, как правило, стремятся к лидерству, реагируют негативизмом или агрессией на затруднения в учебной деятельности, сопротивляются требованиям взрослых либо отказываются от выполнения деятельности, в которой могут обнаружить свою несостоятельность. В основе возникающих у них

отрицательных эмоций лежит внутренний конфликт между притязаниями и появляющейся неуверенностью в себе. Следствием такого конфликта могут стать не только снижение успеваемости, но и ухудшение состояния здоровья на фоне общих признаков социально-психической дезадаптации.

Серьезные проблемы возникают и у детей с заниженной самооценкой. Эти дети отличаются нерешительностью, конформностью, неуверенностью в себе, своих возможностях. Все это формирует чувство зависимости, препятствует развитию инициативы и самостоятельности в поступках, в планировании и в суждениях [37].

Анализ психолого-педагогической литературы по проблеме адаптации/дезадаптации детей к школьному обучению показывает, что трудности этого периода связаны с воздействием большого числа факторов, как внешнего, так и внутреннего порядка. Актуальными являются задачи формирования чувствительности учителей и родителей к возрастным и индивидуально–психологическим особенностям детей; понимание ими возможностей и ограничений деятельности ребенка, установление адекватной системы ожиданий и требований к нему. Изменение социальной ситуации ребенка должно быть дополнено изменением микросоциальной ситуации развития. Особое место в решении проблемы школьной дезадаптации занимает своевременная и грамотная диагностика показателей адаптации к школе у первоклассников.

1.2. Способы и методы диагностики адаптации к школе у первоклассников

Необходимость оценки уровня адаптации первоклассников к школе, предупреждения возможного неблагополучия в их психическом и личностном развитии ставит перед школьным психологом задачу выбора соответствующих диагностических средств.

Многие из авторов, исследующих проблемы адаптации, приводят различные психодиагностические комплексы, позволяющие осуществить глубокий анализ вариантов и причин дезадаптации, на основе данных которых можно выстроить адекватные проблеме стратегии коррекционной и развивающей работы [5, 45, 56]. Следует отметить, что все эти подходы направлены на углубленное индивидуальное обследование.

Важным является вопрос о том, по каким критериям следует выявлять категорию детей, нуждающихся в помощи психолога. Как показывает исследовательский опыт, помимо первоклассников, имеющих трудности в процессе адаптации, в эту группу нередко включают и других детей. Но, с другой стороны, в эту группу зачастую не попадают те первоклассники, внешние проявления которых не демонстрируют дезадаптации, в то время, как они испытывают глубинные трудности в эмоциональной сфере. Это именно тот вариант, когда адаптация к школе происходит за счет развития личности и здоровья ребенка. К сожалению нередко ребенка приводят к психологу тогда, когда риск дезадаптации стал реальностью.

Этот факт свидетельствует о необходимости получения информации об уровне адаптации к школе всех учащихся первых классов. По мнению психологов, выбор методик для массового обследования школьной адаптации должен удовлетворять следующим требованиям:

- должны измеряться ключевые параметры адаптации;
- полученная информация должна быть не только констатирующей, но и ориентирующей;
- процедура обследования должна быть экономичной по форме проведения и по затратам времени.

Процесс школьной адаптации характеризуется следующими изменениями:

- происходит физиологическая подстройка деятельности функциональных систем организма ребенка в соответствии с изменившимся режимом и нагрузкой;

- у детей формируются способы и приемы новой для них деятельности - учебной;
- оценка психологической реальности должна включать диагностику эмоциональной сферы первоклассника как субъективно комфортные/дискомфортные переживания.

При общей оценке уровня адаптации первоклассника к школе необходимо кроме количественных данных получать качественные показатели. В нижеследующей таблице представлена примерная программа диагностики [57].

Компоненты адаптации	Эмпирические характеристики	Методики
Физиологическая подстройка организма	Отсутствие заболеваний в период адаптации. Отсутствие психосоматической симптоматики.	Опрос родителей. Анализ медицинской статистики.
	Способность организма к энергозатратам.	Проективные тесты личностных отношений, социальных эмоций и ценностных ориентаций.
Освоение способов и приемов новой деятельности	Усвоение программы обучения.	Экспертная оценка учителя.
Эмоциональное принятие новой социальной ситуации	Эмоционально положительное восприятие процесса учения.	Опрос родителей. Методика «Рисунок школы».
	Эмоционально положительное отношение к учителю.	Методика «Незаконченные предложения».
	Эмоционально положительное отношение к себе в новой роли.	Шкала оценки своей компетентности; методика «Домики». Опрос родителей.
	Эмоционально положительное восприятие отношений с одноклассниками.	Методика оценки школьной тревожности; Шкала оценки своей компетентности. Опрос родителей.

Таким образом, для оценки успешности адаптации первоклассников необходимо следующее:

- Анализ данных о здоровье первоклассников и обращениях за медицинской помощью в школе за прошедший период;
- Опрос родителей;
- Беседа с учителем;
- Обследование первоклассников с помощью диагностических процедур, в которые необходимо включение проективных методик.

Опрос родителей может быть проведен в групповом варианте - на родительском собрании или путем раздачи анкет родителям и последующим сбором заполненных ответов. При этом важно, чтобы текст анкеты (опросника) содержал вопросы о симптомах психосоматических явлений, таких как нарушение сна, аппетита, вопросы о заболеваниях ребенка в адаптационный период. Не следует включать такие формулировки, как «признаки дезадаптации», поскольку это вызывает настороженность родителей. Правильнее просто перечислить конкретные проявления дезадаптации.

Анализ данных о состоянии здоровья детей предполагает следующую информацию:

- болезни ребенка в адаптационный период;
- количество и поводы обращения за медпомощью по поводу возможной психосоматической симптоматики и травм;
- отказы родителей от плановых прививок, мотивированные плохим самочувствием ребенка.

Беседу с учителем можно провести используя, например, сокращенный вариант карты наблюдений М. Битяновой [5]. Зачастую нет необходимости заполнять карту на всех учащихся класса. Следует попросить учителя оценить деятельность детей, которые:

- вызывают опасения у самого учителя;

- имеют разного рода отклонения, недостаточный уровень развития, зафиксированные при приеме ребенка в школу;
- часто болеют, имеют психосоматическую симптоматику;
- отличаются слабой дифференциацией социальных эмоций;
- демонстрируют негативное эмоциональное отношение к себе, процессу учения, одноклассникам и к учителю.

Полученную информацию необходимо проанализировать вместе с учителем в следующих трех категориях:

- усваивает ли первоклассник школьную программу полностью;
- усваивает ли он ее частично (в этом случае необходимо уточнить, в чем конкретно проявляется неполнота усвоения);
- если первоклассник не усваивает школьную программу, то нужно конкретизировать проявления проблемы – не принимает учебную задачу, имитирует учебные действия и др.

Экспертная оценка учителя характеризует деятельностный компонент адаптации первоклассника.

Затем все диагностические данные сводят к трем категориям:

- достаточный физиологический уровень адаптации, при котором нет психосоматических проявлений и энергетический баланс соответствует норме;
- частичный физиологический уровень адаптации, при котором наблюдаются либо психосоматические проявления, либо низкий энергетический баланс;
- недостаточный физиологический уровень адаптации, связанный с заболеваниями в период адаптации, психосоматическими проявлениями, низким энергетическим балансом.

В полученных диагностических данных следует отразить знак отношения первоклассника к учению, учителю, одноклассникам и себе (положительный, амбивалентный, отрицательный).

Сопоставление показателей физиологического, деятельностного и эмоционального компонентов позволяет определить уровень адаптации первоклассников как:

- достаточный;
- частичный;
- недостаточный (дезадаптация).

Представляется целесообразным выделить группы детей с недостаточным уровнем адаптации и с частичной адаптацией.

Детей из первой группы далее обследуют индивидуально. Диагностическая работа при этом направлена на выявление причин и факторов дезадаптации. Практика показывает, что первоклассники этой группы долгое время будут требовать внимания и помощи со стороны педагога-психолога.

Первоклассникам с частичной адаптацией чаще нужна краткосрочная оперативная психологическая помощь. Причинами частичной дезадаптации часто являются повышенная тревожность, вызванная неумеренными ожиданиями родителей, изменение характера детско-родительских отношений, перегрузка дополнительными занятиями, низкая самооценка, а также проблемы со здоровьем. Такие дети обычно не вызывают опасений учителя, так как они усваивают школьную программу, выполняют правила поведения. Но, как мы уже отмечали, зачастую это происходит за счет физического и психологического здоровья ребенка.

Несмотря на то, что в современной психолого-педагогической практике достаточно полно представлены зарекомендовавшие себя в реальной деятельности методики, нельзя утверждать, что исчерпаны все возможности углубленной диагностики. Здесь речь идет не только об увеличении непосредственно самого арсенала диагностических средств, сколько о самой возможности повышения эффективности деятельности педагога-психолога [45].

Актуальным в этой связи является вопрос о новой методологии проникновения в процессе обследования, о внедрении во все более глубинные механизмы развития ребенка. Это нацеливает на создание новых технологий оценки психического развития ребенка, на выявление взаимосвязей причин и факторов этого процесса.

Как отмечают Н.Я. Семаго и М.М. Семаго, необходима дальнейшая разработка методологии построения диагностической гипотезы и ее изменения в процессе обследования. Основной задачей здесь видится разработка вариантов диагностической гипотезы для различных типов развития, в первую очередь, отклоняющегося. С реализацией этой задачи связана необходимость уточнения или разработка новых ключевых моментов каждого этапа диагностического процесса. Прежде всего это касается психологического анамнеза, определение наиболее важных в прогностическом плане феноменов развития в отдельные периоды жизни ребенка, которые могут иметь свою специфику для каждой из групп. Все это позволит разработать своего рода «технологическую карту» типовой оценки для различных категорий детей, которая, в свою очередь, будет являться основой, «стержнем» для индивидуализации каждого отдельно взятого обследования [45].

Другим направлением психолого-педагогической работы по этой проблеме являются конкретно-методические практикоориентированные разработки, в которых должна найти отражение современная ситуация как развития детей, так и состояния образовательной системы в целом.

В современных условиях на первый план выходит проблема учета различных особенностей ребенка при оценке уровня и специфики его развития, включение в анализ показателей его соматического здоровья как дополнительного фактора, модулирующего, в определенной степени, результаты этой оценки.

Состояние здоровья ребенка, наличие у него хронических заболеваний может служить достаточно весомым дополнительным фактором к реально

имеющимся у ребенка специфическим, в том числе и «отклоняющимся», особенностям.

На сегодняшний день фактически не известны методологические подходы и, тем более, какие-либо исследования оценки ресурсных возможностей ребенка в зависимости от состояния его здоровья. Разработки подобного рода, создание прогностических оценок динамики и особенностей развития когнитивной и аффективно-эмоциональной сфер соматически ослабленных детей позволят повысить эффективность коррекционно-развивающей работы педагога-психолога.

1.3. Психологическая готовность к школе как условие успешной адаптации к школьному обучению. Способы ее диагностики

Во многом успешность адаптации детей к школе зависит от уровня и конкретных показателей готовности к школе. Поэтому для обсуждения проблем адаптации необходимо рассмотреть вопросы школьной зрелости.

Говоря о готовности ребенка к школе, следует выделять такие ее компоненты, как морфофизиологическую, педагогическую (знания, умения и навыки, такие как умение читать, считать, писать и пр.) и психологическую готовность. Формирование этих видов школьной зрелости происходит во взаимосвязи но не одновременно. Каждый из видов готовности играет свою особую роль в создании предпосылок успешной адаптации детей к школе [9]. Для принятия ответственного и правильного решения о начале обучения ребенка в школе необходимо учитывать все виды готовности, учитывая, прежде всего, готовность психологическую.

Психологическая готовность к школе - исключительно важный и значимый аспект школьной зрелости. В его изучении выделяют три основных подхода.

К первому подходу относятся все исследования, направленные на формирование у дошкольников определенных умений и навыков,

необходимых для обучения. Этот подход стал популярным в связи с вопросом возможности обучения с более раннего возраста.

В исследованиях этого направления установлено, что дети старшего дошкольного возраста имеют значительные интеллектуальные, физические и психические возможности, что позволяет перенести часть программы начального школьного обучения в подготовительную группу детского сада. Некоторые результаты показывают, что при правильной социальной организации воспитательно-образовательной работы возможно обучение детей 5-6 лет началам математики и грамоты, что способствует подготовке к школе [17]. В психолого-педагогической литературе существует точка зрения, согласно которой учебная деятельность происходит на всем протяжении дошкольного периода, и связана с введением в дошкольные учреждения целенаправленного обучения.

Вместе с тем, подготовка детей к школе не исчерпывается формированием у них определенных знаний, умений и навыков, поскольку усваиваемая дошкольниками информация, как правило, соответствует их возрастным возможностям. Сама форма деятельности при таком подходе не является стержневой для решения проблемы психологической готовности к школе.

Другой подход заключается в развитии у ребенка определенного уровня познавательных интересов, готовности к принятию изменений в социальной позиции, формировании желания учиться. Совокупность этих свойств мотивационной сферы и составляет психологическую готовность к школьному обучению [17].

Содержание третьего подхода состоит в исследовании генезиса отдельных компонентов учебной деятельности и выявлении способов их формирования на специально организованных развивающих занятиях [17]. В ряде исследований выявлено, что у детей, обучающихся рисованию, лепке, конструированию и т.п, успешно формируются различные элементы учебной деятельности.

В основе учебной деятельности лежит единое, целостное психологическое образование, порождающее все компоненты учебной деятельности в их специфике и взаимосвязи [19].

В каждом классе ученики в различной степени способны к обучению, в неравной степени развита и учебная деятельность. Успешное решение задач развития личности ребенка, повышение эффективности обучения во многом определяется тем, насколько верно учитывается уровень подготовленности детей к школьному обучению.

В современной психологии не существует единого определения понятия «готовности к школьному обучению» или «школьной зрелости».

Так, И. Шванцара определяет школьную зрелость как достижение такого уровня развития, когда ребенок становится способным принимать участие в школьном обучении. В качестве компонентов готовности к обучению в школе он выделяет интеллектуальный, социальный и эмоциональный компоненты.

Л.И. Божович определила, что готовность к школьному обучению складывается из определенного уровня развития мыслительной деятельности ребенка, его познавательных интересов, готовности к произвольной регуляции познавательной деятельности и готовности к социальной позиции школьника [7]. Такой же точки зрения придерживался А.И. Запорожец, который писал, что готовность к обучению в школе «представляет собой целостную систему взаимосвязанных качеств детской личности, включая особенности ее мотивации, уровня развития познавательной, аналитико-синтетической деятельности, степень сформированности механизмов волевой регуляции действий и т.д. [20].

Сегодня общепризнанным является мнение о том, что готовность к школьному обучению – это многокомпонентное образование, требующее комплексных психологических исследований [22, 23].

Любые психические свойства и способности складываются лишь в ходе той деятельности, для которой они необходимы. Поэтому качества,

необходимые для школьного обучения, не могут сложиться вне этого процесса. Следовательно, суть психологической готовности к школе заключается не в том, что у ребенка сформированы сами эти качества, а в том, что у него есть предпосылки к следующему их усвоению [22].

Помимо сформированности предпосылок к овладению школьными навыками, у ребенка должен быть определенный уровень владения предметно-специфическими знаниями. По мнению психологов, занимавшихся изучением вопросов готовности детей к систематическому обучению в школе, среди которых Л.А. Венгер, Л.С. Выготский, В.В. Давыдов, А.В. Запорожец и др., готовность к школьному обучению включает компоненты, влияющие на успешность обучения.

В структуре психологической готовности принято выделять следующие компоненты:

- Личностная готовность, состоящая в способности принять новую социальную позицию, статус школьника, имеющего определенный круг прав и обязанностей. В личностную готовность входит мотивационная готовность.
- Интеллектуальная готовность – необходимый уровень развития познавательных процессов.
- Социально-психологическая готовность, включающая в себя нравственные и коммуникативные способности.
- Эмоционально-волевая готовность, которая проявляется в умении ставить цель, принимать решения, намечать план действий и принимать усилие к его реализации.

Рассмотрим каждый из этих компонентов.

Личностная готовность включает мотивационную готовность, сформированность Я-концепции и самооценки. Мотивационная готовность предполагает сформированность таких социальных мотивов, как стремление к социально значимому статусу, мотив социального долга, а также учебных и познавательных мотивов. Для формирования мотивационной готовности необходимо созревание такого психологического образования, как

соподчинение мотивов при доминировании учебно-познавательных мотивов. Сформированность Я-концепции характеризуется осознанием ребенком своих физических возможностей и умений, осознание своих переживаний способность к адекватной оценке своих достижений и личностных качеств. Выражением личностной готовности к школе является сформированность «внутренней позиции школьника» - готовность ребенка принять новую социальную позицию и роль ученика.

Интеллектуальная готовность включает сформированность восприятия, памяти, внимания, воображения, речи, а также способность к децентрации, переход к понятийному интеллекту, понимание причинности явлений, способность действовать в умственном плане. Уровень интеллектуальной готовности определяется оценкой набора знаний, представлений и умений. Речевое развитие включает сформированность фонематической, лексической, грамматической, синтаксической, семантической сторон речи. У ребенка формируется особая теоретическая позиция в отношении речевой действительности и способность к выделению слова как ее единицы. Восприятие характеризуется все большей осознанностью, опирается на использование системы сенсорных эталонов и соответствующих перцептивных действий. Память и внимание приобретают черты опосредованности, наблюдается рост объема и устойчивости внимания. Оба эти процесса становятся все более произвольными.

Коммуникативная готовность предполагает способность ребенка к произвольному общению с учителем и одноклассниками в контексте учебной деятельности. Она создает возможность для конструктивного и продуктивного сотрудничества школьника с учителем и трансляции культурного опыта обучающего.

Эмоционально-волевая готовность заключается в освоении ребенком социальных норм и в способности на их основе регулировать свое поведение. Показателем эмоциональной готовности к школьному обучению является сформированность нравственных переживаний, интеллектуальных и

эстетических чувств. Готовность в сфере волепроизвольности обеспечивает способность ребенка к управлению своей деятельностью и поведением. Она находит отражение в соподчинении мотивов, целеполагании, следовании цели, в способности прилагать волевое усилие для ее достижения. Волепроизвольность - это также умение ребенка строить свое поведение и деятельность в соответствии с предлагаемыми образцами и правилами, осуществлять планирование, контроль и коррекцию выполняемых действий.

Таким образом, психологическая готовность к школе - системное образование, и нарушение или задержка в формировании одного из компонентов влечет за собой нарушение в развитии других.

Наряду с психологической готовностью ребенка к школьному обучению следует говорить о психологической готовности его социального окружения - родителей и учителей - к перестройке системы отношений и сотрудничества с ребенком в соответствии с его новой социальной позицией школьника и в соответствии с его индивидуальными психологическими особенностями. На этапе подготовки детей к школе актуальной является задача формирования чувствительности взрослых к психологическим особенностям ребенка; развития у них понимания возможностей и ограничений его деятельности, способности к установлению адекватных требований к нему.

Неравномерность психического развития детей в пределах возрастной нормы обуславливает необходимость комплексной и всесторонней диагностики психологической готовности к школе. Решение о сроках и формах обучения ребенка должно приниматься с учетом уровня его развития и особенностей психологической готовности к школе.

Проблема диагностики является ключевой в определении готовности ребенка к обучению в школе, а также прогнозов адаптации.

Комплексная оценка развития детей для прогнозирования дезадаптационных рисков является основной целью диагностического обследования будущих первоклассников [32].

Современный подход к рассмотрению проблемы диагностики психолого-педагогической готовности к школе связан с проблемой обеспечения детям примерно равных стартовых возможностей и необходимостью учета важных психологических закономерностей развития детей.

Результаты исследований показывают, что значительная часть детей, поступающих в первый класс, не соответствует по своему морфофункциональному развитию паспортному возрасту. До 60% детей шестилетнего возраста характеризуются несформированностью организации деятельности, что связано с незрелостью регуляторных структур мозга. Примерно у такого же количества детей выявляется несформированность регулирующей функции речи. Около 30% детей демонстрируют несформированность моторики, что связано с незрелостью нервно-мышечной регуляции. Примерно 35% детей имеют несформированность зрительного и зрительно-пространственного восприятия, а также зрительной памяти, что связано с незрелостью мозговых систем контроля и регуляции деятельности. Такое же число детей имеют недостаточно развитые слухо-моторные и зрительно-моторные координации, что связано с незрелостью интегративной деятельности мозга [23]. Кроме того, отмечается неуклонный рост количества первоклассников с низкой учебной мотивацией, увеличение среди них количества неуспевающих, а также отстающих в психофизическом развитии. Все эти факты обусловлены преждевременным включением детей в учебную деятельность в условиях массовой общеобразовательной школы.

Несформированность значимых для процесса обучения функций ведет к возникновению целого комплекса проблем дезадаптации, а также трудностей обучения базовым учебным навыкам, что в конечном итоге выражается в фактах учебной неуспешности, школьных неврозов, повышенной тревожности детей. Если эти явления не смягчаются к концу второго года обучения, то чаще всего сохраняются и закрепляются на весь период школьного обучения.

Для избежания таких проблем необходима технологичная психолого-педагогическая диагностика по определению общей готовности ребенка к школе.

Ранняя диагностика (за год до школы) факторов риска, способных вызвать дезадаптацию и школьные трудности, позволяет выстроить адекватную систему дошкольного образования, включающую все стороны развития ребенка - личностное, социальное, когнитивное и физическое. Практика школьного обучения подсказывает, что необходимо разрабатывать критерии и показатели готовности детей к школьному обучению, а не ориентироваться лишь на физический или паспортный возраст детей.

Исследовать готовность ребенка к школьному обучению во всем объеме означает необходимость диагностики различных ее сторон, выявления степени соответствия возможностей каждого ребенка требованиям школьного обучения.

Набор психолого-педагогических диагностических методик, их содержание и процедура проведения должны соответствовать возрастным особенностям детей, и являться при этом универсальным средством контроля за качеством и эффективностью подготовки к школьному обучению. Успех исследования во многом зависит от методической подготовленности исследователя, от его умения подобрать такое сочетание методик, которое точно соответствует поставленным задачам [23].

Грамотно проведенная диагностика способна оптимизировать процесс обучения, обеспечить правильное определение результатов обучения [25]. Диагностика психологической готовности детей к школе должна ориентироваться на следующие цели:

- определение проблем;
- возможность внутренней и внешней коррекции;
- прогноз успешности.

В процедуре диагностики готовности к школе может принимать участие и учитель, но использование специальных психологических методик

для диагностики умственного развития детей является прерогативой профессионального психолога. Наиболее сложными для проведения и интерпретации полученных данных являются личностные тесты, с которыми должны работать высокопрофессиональные психологи. Педагоги осуществляют педагогическую диагностику, основанную на простых методах и фиксирующую достижения ребенка [23].

На сегодняшний день существует большое число диагностических методик, направленных на выявление особенностей развития детей при переходе от старшего дошкольного к младшему школьному возрасту. Они позволяют получить достоверные показатели готовности детей к школьному обучению. Эти методики максимально учитывают особенности и возможности ребенка, обеспечивают понимание им содержания заданий, учитывают имеющийся у ребенка реальный опыт, и результаты диагностики по этим методикам не зависят от уровня навыков чтения, письма и счета.

Главной задачей диагностики психологической готовности к обучению в школе является выявление достижения ребенком того уровня развития, который необходим ребенку для успешного усвоения школьной программы, при котором требования систематического обучения не будут чрезмерными. Только при этом условии обучение в школе не приведет к нарушению здоровья ребенка, к его дезадаптации.

При проведении диагностики следует помнить, что возрастные нормы, учитываемые большинством методик, не являются абсолютными и неизменными. Норма всегда относительна, она отражает состояние определенной выборки детей. Нормы сами по себе изменчивы: с течением времени, в ходе общественного развития меняется средний уровень интеллектуального и личностного развития детей. Поэтому пользоваться нормами, которые были установлены более десяти лет назад, нельзя. Диагностический материал требует обязательной перепроверки и коррекции через каждые три-пять лет.

В исследовании готовности к обучению в школе должны применяться только валидные, точные и надежные методы, иначе возникает серьезная опасность получения недостоверных данных и совершения ошибок в выводах. Ответственность за качество применяемого метода несет его пользователь.

Кроме того, к проведению диагностических процедур предъявляется ряд требований этического характера. Основными из них являются следующие:

- результаты диагностического обследования не должны использоваться во вред ребенку;
- диагностика детей может производиться только с согласия самих детей и их родителей (за исключением особых случаев медицинской или юридической практики);
- родители имеют право знать результаты диагностического обследования своих детей, а также те выводы, которые специалистом сделаны на их основе;
- сами по себе результаты диагностического обследования без учета множества других факторов, а также без учета мнения педагогов и родителей не могут служить основанием для определения заключения о возможности обучения ребенка;
- психологическая диагностика готовности детей к школе должна проводиться в тесном сотрудничестве педагога-психолога и учителя [23].

Диагностические методики по диагностике психологической готовности к школе подразделяются на группы в соответствии со следующими признаками:

- индивидуальные и групповые;
- общие и специальные;
- вербальные и невербальные;
- количественные и качественные;
- градуальные и альтернативные.

Индивидуальные тесты используются только для работы с каждым испытуемым в отдельности; групповые допускают одновременное тестирование нескольких испытуемых, но могут использоваться и в индивидуальной диагностике.

Общие тесты используют для исследования какого-либо психологического свойства общего характера, а специальные тесты оценивают некоторое особенное свойство, отличающее человека от других людей, например наглядно-действенное или образное мышление.

Вербальные тесты предполагают анализ высказываний испытуемых, невербальные используют для выводов и другие признаки, кроме речи.

С помощью количественных тестов получают числовые показатели степени развитости изучаемого свойства, а результаты использования качественного теста дают его развернутую описательную характеристику.

Градуальные тесты дают возможность выразить степень развития изучаемого свойства с помощью определенной шкалы; альтернативные допускают только два взаимоисключающих вывода.

Следует помнить, что данные группового тестирования не могут быть абсолютно достоверными. К снижению тестовых показателей может привести неблагоприятное нервно-психическое состояние ребенка на момент обследования. Ребенок может быть растерян, перевозбужден, он может испытывать беспокойство, связанное с пребыванием в новой обстановке т.п. Возможно и случайное отвлечение внимания ребенка, вызванное поведением других детей и др. Поэтому на основе результатов тестирования не должны делаться окончательные выводы, имеющие отрицательный характер [23].

Практика диагностики психологической готовности к школе не должна ориентироваться только на комплекс показателей, характеризующих запас сведений, знаний, умений и на скорость реакции детей. Используемые методики должны оценивать не только «наученность» ребенка. Методики психолого-педагогической диагностики должны быть направлены, прежде всего, на дифференциацию качественного своеобразия индивидуального

развития ребенка, на комплексную диагностику развития ребенка при сопоставлении данных наблюдений и анализа деятельности ребенка при выполнении заданий, а также на выделение «факторов риска» в его развитии.

Обследование может проводиться в присутствии родителей, но во время проведения недопустимо их влияние на выбор ребенка. Присутствие родителей придает большую уверенность детям, кроме того, у родителей меньше поводов для сомнений в предвзятости и неадекватности обследования. Психолог в случае необходимости дает родителям рекомендации, какие игры, упражнения и мероприятия можно проводить с ребенком для его подготовки к школе.

Процедура определения готовности к школе проводится в первой половине дня, когда наблюдается максимальный уровень работоспособности детей. Общая продолжительность диагностической процедуры на одном занятии не должна превышать 40 минут. Если ребенок не успел выполнить задание за это время, оно переносится на второе занятие. При групповом тестировании, если ребенок не справился с общим темпом работы, рекомендуется провести с ним диагностику индивидуально.

С самого начала обследования нужно фиксировать реакцию ребенка на ситуацию обследования. Следует отмечать, насколько он открыт или закрыт для контакта, проявляет ли активность или заторможенность, напряженность, тревожность. Такие особенности могут быть связаны как с психодинамическими особенностями ребенка, так и с качествами его личности. Данные наблюдения помогают понять природу интеллектуальных или эмоциональных особенностей ребенка.

Следует чередовать методики таким образом, чтобы изучение памяти следовало за анализом мышления, а изучение восприятия за исследованием креативности. Начинать диагностику лучше всего с заданий, предполагающих рисование, что дает ребенку возможность войти в ситуацию обследования.

Во время проведения диагностических процедур необходимо установить дружелюбный контакт с ребенком, создать для него комфортную обстановку.

Все задания проводятся в игровой форме, что дает возможность детям расслабиться, помогает уменьшить стресс. Если ребенок тревожится, плохо идет на контакт со взрослым, следует его эмоционально поддержать; можно применить тактильный контакт, сопровождая действия словесными «поглаживаниями», выражая уверенность в том, что ребенок хорошо справится со всеми заданиями. Тактика одобрения независимо от результата рекомендуется в общении со всеми детьми, так как для них всех важна положительная оценка взрослого.

В ходе обследования показывать свое неудовлетворение; подчеркивать отрицательные результаты, а также анализировать результаты диагностики вместе с родителями в присутствии ребенка.

К факторам, препятствующим успешному прохождению ребенком диагностических процедур, относятся такие, как:

- трудности общения с незнакомыми взрослыми;
- боязнь плохих результатов;
- неспособность ребенка в силу разных причин сосредоточиться, сконцентрировать внимание;
- замедленный темп деятельности.

Если результаты диагностики показал низкий уровень готовности ребенка к школьному обучению, в карте обследования заполняются все рубрики, отражающие его развитие на момент обследования, фиксируются основные проблемы, намечается план соответствующих коррекционно-развивающих мероприятий.

Недопустимо ставить диагноз на основании одного или даже нескольких показателей. Сами по себе, изолированно, плохая память или внимание ни о чем не свидетельствуют. Плохая память, например, может компенсироваться хорошей произвольностью. В случае, когда

обнаруживаются особо серьезные отклонения в деятельности ребенка, следует в тактичной форме рекомендовать родителям обратиться к соответствующим специалистам [23].

При проведении индивидуального обследования важно соблюдение следующих условий:

- Индивидуальное обследование необходимо проводить с ребенком так, чтобы его ответы не могли слышать другие дети.

- Следует спросить ребенка, как ему будет спокойнее: если родители подождут за дверью или побудут вместе с ним. Родители должны быть предупреждены о том, что не нужно вмешиваться в беседу, подсказывать, комментировать ответы, тем более делать замечания ребенку.

- До начала собеседования нужно дать возможность ребенку освоиться в новой обстановке.

- Индивидуальное обследование не должно длиться более 15 минут [23].

Диагностика психологической готовности к школе проводится, прежде всего, с целью своевременной помощи ребенку. Последующая в случае необходимости психологическая коррекция осуществляется в трех направлениях:

- формирование необходимых для школьного обучения психологических качеств и способностей ребенка;

- разработка и реализация индивидуально-дифференцированного подхода к обучению и воспитанию ребенка;

- повышение психолого-педагогической компетентности взрослого окружения ребенка в вопросах организации оптимальных условий подготовки его к школе.

Именно своевременная и возможно более ранняя коррекция, основанная на прицельной диагностике психического развития ребенка, является эффективной мерой предупреждения явлений школьной дезадаптации.

1.4. Особенности психического развития соматически ослабленных детей

Физическое развитие детей является одним из ведущих факторов детского благополучия. Под физическим развитием понимается состояние морфологических и функциональных свойств и качеств, а также уровень биологического развития, которые отражают динамику процесса обусловленных возрастом изменений размеров тела, телосложения, внешнего облика, мышечной силы и работоспособности [58].

С.М. Громбахом предложены следующие признаки здоровья:

- отсутствие на момент обследования каких-бы то ни было болезней;
- отсутствие склонности к заболеваниям, что устанавливается по частоте и характеру заболеваний в предшествующие периоды развития;
- соответствующее возрастной норме физическое и психическое развитие;
- нормальный уровень функций, прежде всего тех, которые определяют достаточную резистентность организма к неблагоприятным воздействиям среды [47].

Оценка физического развития детей с учетом этих признаков позволяет выделить три группы риска:

- к первой группе риска относятся дети с нарушениями сроков возрастного развития при сохранении его гармоничности, и дети, имеющие биологический возраст, соответствующий паспортному, но характеризующиеся дисгармоничностью вследствие дефицита массы тела;
- ко второй группе риска относятся дети отстающие по срокам от нормы возрастного развития и с дисгармоничностью морфофункционального состояния;
- к третьей группе риска относятся дети, имеющие выраженную дисгармоничность физического развития как при соответствии

биологического уровня развития паспортному возрасту, так и при его нарушении [58].

Определяющую роль в отклонениях от нормы физического развития детей играют три группы факторов: генотип популяции, образ жизни и экология.

Исследования, проводимые Научным центром здоровья РАМН, свидетельствуют о том, что показатели здоровья детей, проживающих в различных регионах России, прогрессивно ухудшаются. За последние два десятилетия доля здоровых и имеющих только функциональные отклонения детей и подростков уменьшилась в полтора раза. Соответственно увеличилось количество детей и подростков с хроническими заболеваниями.

Данные медицинской статистики следующие: распространенность морфофункциональных расстройств составляет 25-35%; хронических болезней - 60-70%. У большинства современных школьников выявляют функциональные и хронические нарушения, затрагивающие не одну, а несколько систем организма [59].

За последние два десятилетия изменилась и структура заболеваемости детей. В наибольшей степени возросли заболевания эндокринной и костно-мышечной систем, расстройства деятельности иммунной системы, психические расстройства, болезни и функциональные расстройства органов пищеварения. В этой связи возросло и количество выпускников школ, имеющих ограничения и противопоказания к освоению ряда профессий, связанных с нарушениями в состоянии здоровья. По данным Научного центра здоровья РАМН количество учащихся старших классов, имеющих профессиональные ограничения в той или иной степени, составляет почти 80% [59].

По результатам медицинских исследований в целом по России только 30% детей относятся к группе здоровых, при этом среди школьников абсолютно здоровыми признаны 10% детей начальных классов и 5% старшеклассников.

Распространенность различных видов болезней в детской популяции следующая:

1. Органы дыхания - 50%;
2. Болезни нервной системы и органов чувств - 11%;
3. Заболевания органов пищеварения - 15%;
4. Заболевания опорно-двигательного аппарата - 22% [12].

Данные Всемирной организации здравоохранения констатируют, что количество детей с хронической соматической патологией неуклонно возрастает.

Сегодня в научный обиход вошло понятие «соматически ослабленный ребенок». Соматически ослабленные дети имеют следующие специфические, характерные черты и рожденные ими проблемы:

- Острые и хронические заболевания вызывают у ребенка состояние утомления на грани депрессии. Даже обычная вирусная инфекция может сопровождаться состоянием депрессии, повышенной раздражительностью в течение многих дней после исчезновения других симптомов заболевания. Их эмоциональное и социальное состояние нормализуется медленно.

- Травмирующие события в семье, такие как развод родителей, болезнь близких, смена школьного учителя, изоляция от друзей, смерть любимого человека, оказывают серьезное действие на состояние здоровья ребенка. Следует обращать внимание на реакции детей. То, как ребенок переносит травмирующую ситуацию, представляет собой важную информацию о его способности к адаптации. Отсутствие реакции или минимальная реакция на такие ситуации не является свидетельством его оптимальной адаптации. У ребенка должна быть возможность свободно проявлять свои эмоции в тех случаях, когда прерываются или прекращаются важные для него взаимоотношения с окружающими.

В предупреждении ухудшения здоровья соматически ослабленных детей большое значение имеет правильное понимание того, как ребенок реагирует на болезнь.

У заболевшего ребенка, как правило, меняется настроение. Он может стать раздражительным, плаксивым, либо тревожным, беспокойным и подавленным. Однако может ухудшаться не только эмоциональное состояние. Иногда у детей появляются настойчивые мысли о тяжести заболевания, о невозможности излечения. У многих детей изменяется поведение. Некоторые из них перестают играть, утрачивают непосредственность общения с окружающими. Иногда происходят и серьезные нарушения контактов, которые приводят к стремлению к уединенности. Нередко дети отказываются от выполнения предписанного режима, их поведение отличается неожиданными и неуместными поступками.

Такие переживания и нарушения поведения у больных детей являются проявлением реакции их личности на возникшую болезнь.

Внутренняя картина болезни у детей зависит от ряда особенностей. На оценку и переживания своей болезни влияют умственные способности ребенка. Понимание происходящего и представления о болезненных процессах зависят от уровня развития мышления детей, и обусловлены возрастом. Возможность оценки болезненных переживаний зависят от степени развития представлений о своем теле. Перенесенное заболевание центральной нервной системы или неправильное воспитание могут послужить препятствием к правильной оценке своих болезненных ощущений. Отсутствие или недостаток способности объяснить переживания, связанные с болезнью, приводит к тому, что у ребенка формируется искаженная внутренняя картина болезни.

Представления детей о влиянии на организм процесса лечения своеобразны: Многие детей не понимают, как они могли бы помочь своему выздоровлению, а лечение воспринимают как наказание или что-то враждебное. Им необходимо специальные объяснения о необходимости приема лекарств для создания положительного эмоционального отношения к лечению в целом.

Понимание роли врача и другого медицинского персонала в процессе лечения у детей различно. Оно зависит не только от психической зрелости ребенка, но и от предшествующего опыта лечения, психологической атмосферы в семье. Для ребенка наиболее эмоционально значимы сведения, получаемые от родителей. Именно к ним он обращается за разъяснениями, они вводят его в лечебное учреждение, приглашают врача. С малых лет ребенок верит в непогрешимость родительских сведений. Как общая, так и медицинская культура семьи, участвует в формировании у ребенка отношения к болезни. Влияние других людей могут отразиться на внутренней картине болезни лишь при особой внушаемости ребенка.

Более старшие дети знакомятся с научно-популярными программами телевидения, статьями в интернете. Однако эти источники без адекватных комментариев взрослых не только не приводят к желаемому результату, но и часто осложняют положение. Дети нередко искаженно понимают информацию, не умеют ее применить для облегчения своего состояния, часто пугаются того, что узнали. Все это препятствует созданию адекватной внутренней картины болезни.

Преобладающее эмоциональное отношение, связанное с особенностями личности ребенка, также может оказаться решающим при формировании внутренней картины болезни. У детей с невропатическими или истероидными чертами, такими как робость, эмоциональная нестабильность, формируются те или иные доминирующие эмоции, которые определяют отношение к болезни.

В связи с особенностями эмоциональных реакций у детей могут возникнуть три типа внутренней картины болезни:

- гипнозогнозический - эмоциональная недооценка симптомов, игнорирование болезни;
- гипернозогнозический - избыточная эмоциональная напряженность связанных с болезнью переживаний, преувеличение тяжести заболевания, неверие в успешность лечения;

- прагматический - стремление к реальной оценке заболевания и его прогноза, настроенность на выполнение всех лечебных предписаний.

Тип отношения ребенка к болезни формируются не только благодаря эмоциональной, но и интеллектуальной оценке своего состояния. Из-за недостатка или неправильности сведений о болезни, из-за фиксации на определенных частях тела у детей возможно искажение внутренней картины болезни.

На отношение к болезни также оказывают влияние сопутствующие психотравмирующие обстоятельства. К их числу относится пребывание в больнице, которое сопровождается отрывом от родителей, сверстников, учебных или иных занятий, ограничение подвижности, переживание неудовлетворенных потребностей. Прекращение посещения школы, нарушение обычного ежедневного режима, отрыв от родителей, членов семьи, товарищей по играм и учебе, от привычных вещей и занятий нарушают у ребенка чувство безопасности. Реакция ребенка на помещение в больницу зависит от семейных отношений, продолжительности госпитализации, числа и характера предшествующих поступлений в больницу, природы заболевания, предварительной подготовки перед направлением в больницу, посещения родителей, проводимых лечебных процедур, реакции родителей.

Чтобы уменьшить психотравму в связи с госпитализацией, ребенку следует по возможности понятно объяснить все, что с ним произойдет в больнице. Значительно уменьшают тревожное напряжение ребенка в больнице посещения родителей и близких. Ухудшение общего самочувствия ребенка может быть связано с боязнью, что его оставили в больнице навсегда.

Особые черты имеет и психорегуляция учебной деятельности соматически ослабленных детей. Как показывает в своем исследовании В.А. Штраус, соматически больные дети отличаются от здоровых сверстников особенностями психического развития. При этом развитие соматически

ослабленного ребенка не замедлено, а является качественно иным [54]. Хроническое заболевание качественно меняет социальную ситуацию развития ребенка: в силу изменения его возможностей и ограничения контактов с другими людьми меняется место, занимаемое им в жизни. Меняется внутренняя позиция по отношению к себе и окружающим, что влечет за собой изменение личности. Наблюдаются изменения в развитии самосознания и в динамике познавательной деятельности. Отношение к учебной деятельности младших школьников, страдающих хроническими заболеваниями, ее продуктивность зависят от своеобразия индивидуально-психологических особенностей их личности.

Как правило, хронические заболевания сопровождаются качественно иным рисунком формирования личности. При этом болезнь является лишь биологической предпосылкой изменения личности. Серьезное и длительное соматическое нарушение приводит к общим стойким изменениям внутреннего мира ребенка и всего его психического существа.

Характерной особенностью младших школьников, страдающих хроническими заболеваниями, является эмоциональная неустойчивость в ситуациях выбора или в ситуациях оценивания. У многих из них недостаточно развиты эмоционально-волевая и коммуникативная сферы, занижена самооценка, повышена тревожность, не сформирована собственная система ценностей, они отличаются зависимостью. Такие характеристики личности детей препятствуют их социальной активности и успешности в различных видах деятельности.

Характерными особенностями младших школьников с хроническими заболеваниями являются высокая эмоциональная чувствительность, напряженность, эмоциональная незрелость, неуверенность, тревожность, чрезмерная чувствительность к собственным неудачам, что приводит к снижению продуктивности и активности ребенка в целом [54].

В работе с такими детьми необходимо практиковать:

- групповые занятия, направленные на снятие эмоционального и физического напряжения и мобилизацию физических сил организма;
- групповые занятия, направленные на поддержание эмоциональной сферы соматически больного ребенка;
- занятия, направленные на совершенствование свойств и качеств, способствующих формированию успешного коммуникативного поведения ребенка и его уверенности в себе.

Специалисты, занимающиеся изучением групповых процессов в лечебно-образовательных учреждениях, составили личностный и обобщенный групповой психологический портрет соматически больных детей. В ходе контен-анализа диагностических данных было выявлено три типичных структурных компонента: перцептивная самооценка, формы эмоциональных переживаний и поведения, виды актуализированной поддержки. Характеризуя результаты самоперцепции, специалисты отмечают, что более 80%-ую выраженность имеют следующие эмоционально-личностные особенности соматически ослабленных детей: беспомощность, раздражительность, чувство неполноценности, подавленность, слабость, замкнутость, апатичность.

Среди особенностей негативной самооценки они выделили и такое качество как внешняя «непривлекательность». По данным обследования оно встречается более, чем у 70% госпитализированных детей.

Внимания заслуживает и высокое проявление замкнутости в структуре перцептивной самооценки, которое характерно для большинства детей с хроническими заболеваниями [51].

Объяснение негативной перцептивной самооценки детей, находящихся на стационарном лечении, следует искать в воздействии двух факторов эмоционального стресса: негативные переживания, связанные с госпитальной десоциализацией, и неспособность принятия дискомфортных условий жизнедеятельности, а также стрессового дискомфорта. Интеграция этих

стрессогенных факторов, скорее всего, и обуславливает негативизм перцептивной структуры личностной самооценки.

Специальное исследование индивидуального и группового настроения госпитализированных детей обнаружило отличие эмоционального фона в обычных детских временных объединениях. Так, в исследуемых группах первоначальный период протекает на фоне острого эмоционального стресса, в форме страха, высокой тревожности, депрессии, печали и раздражительности. Результаты исследования группового настроения свидетельствуют о несовпадении индивидуального и группового настроения [51].

Плохое самочувствие, большое количество ограничений приводят к развитию эмоционального беспокойства, высокой тревожности, депрессивным и регрессивным реакциям. Такие проявления характеризуют социальную ситуацию развития часто болеющих детей. Основными признаками этой ситуации являются изменения в направленности личности, в системе самооценок, установки на деятельность.

При адекватной и даже несколько завышенной самооценке у часто болеющих детей существует негативное эмоциональное самоотношение, иногда переходящее в аутоагрессию. Часто болеющим детям свойственно приписывание себе отрицательных эмоций, таких, как печаль, страх, гнев и чувство вины.

Заслуживают внимания и трудности детей, связанные с периодом реконвалесценции - состоянием после перенесенного заболевания. Реконвалесценция длится неделями и месяцами. После болезни ребенок на определенное время декомпенсирован. Он становится нервным, сверхчувствительным, обидчивым, быстро устает. Именно в этот период наблюдается отклоняющееся поведение ребенка, раздражительность и капризность.

Ослабленный ребенок требователен, но при этом часто не знает, чего он хочет. Он особенно чувствителен к конфликту, склонен к его раздуванию.

Он острее воспринимает замечания со стороны близких: даже их обычные требования вызывают у него психотравмирующие переживания. Надолго выйдя из равновесия, соматически ослабленный ребенок не может успокоиться, его астеническое состояние усиливается, усиливаются и ранимость, конфликтность [24].

Одной из основных психологических характеристик соматически ослабленных детей является их высокая тревожность. Особенно это характерно для соматически ослабленных детей младшего школьного возраста. Для соматически ослабленного ребенка младшего школьного возраста характерны изменения в отношении ведущего вида деятельности - учебной. Известно, что у соматически ослабленных школьников в связи с астеническим синдромом происходит замедленное развитие психических новообразований возраста, то есть позднее, чем у здоровых детей, формируется система произвольных регуляций и эмоционально-волевая сфера. По этой причине эти дети отличаются недостаточным уровнем развития внимания, снижением объема памяти, повышенной утомляемостью. Такие младшие школьники не умеют подчинять свои действия определенным требованиям и правилам. Они затрудняются организовать свою деятельность и свое поведение. Выделенные особенности познавательных процессов у соматически ослабленных школьников негативно сказываются на результатах их учебной деятельности.

К особенностям познавательной деятельности группы часто болеющих младших школьников можно отнести:

- снижение показателей умственной работоспособности;
- затруднения в переключении внимания и снижение его продуктивности;
- снижение продуктивности воспроизведения;
- снижение темпа развития творческого воображения;
- уменьшение объема произвольной памяти;

- большую эмоциональность монологической речи, но меньшую логическую последовательность.

Анализ микросоциальной среды развития детей с хроническими заболеваниями младшего школьного возраста показывает, что эти дети чаще являются «принятыми» в среде своих сверстников. При этом во взаимоотношениях со сверстниками они неконфликтны, не проявляют лидерских качеств, и не являются членами устойчивых детских объединений.

В случае нарушения социальных контактов формируются такие черты характера, как эгоцентричность, отсутствие чувства долга, отсутствие самостоятельности, нерешительность, упрямство и негативизм.

Хотя болезнь, в большинстве случаев, не останавливает психическое развитие ребенка, но оно может быть искажено, отягощено и замедленно.

Часто болеющий младший школьник чаще сталкивается с затруднениями собственной деятельности, что вынуждает его анализировать поведение (свое и окружающих его людей), более тщательно планировать предстоящую деятельность и осуществлять более жесткое управление в ходе ее осуществления. Другими словами происходит более раннее созревание психических новообразований возраста при нечастых обострениях хронического процесса или легком течении заболевания. Однако при достаточно развитом недостатке соматического здоровья способности к анализу, планированию и произвольности отодвигаются на второй план из-за выраженности астенического синдрома, что приводит, напротив, к замедлению развития новообразований возраста [34].

Среди особенностей развития личности часто болеющего ребенка младшего школьного возраста можно выделить преобладание позиции «малоценности», ущербности и непосредственно-чувственное отношение к себе. У больного ребенка формируется негативное представление о собственной личности, нарастание пессимизма и депрессивности, изменяется иерархия мотивов, снижается их побудительная сила. Изменение социальной ситуации развития приводит к задержке развития личности -

инфантилизму [28]. Основная направленность желаний часто болеющих детей обращена на избегание неприятностей, в то время как у их здоровых сверстников преобладают желания, направленные на преобразование окружающей среды, на достижения.

Отмеченные специфические особенности развития психики и личности у соматически ослабленных детей требуют организации специальных психокоррекционных мероприятий. Переживания психологического стресса в сочетании с социальной депривацией, гиподинамией, дискомфортом требуют самых разнообразных и дифференцированных форм социально-психологической поддержки соматически ослабленных детей.

Глава 2. Изучение особенностей психологической адаптации к школе детей с хроническими заболеваниями

2.1. Описание процедуры и методов исследования

Изучение показателей психологической адаптации к школе проводилось в конце третьей учебной четверти. В исследовании приняли участие 26 учащихся первых классов. В качестве показателей адаптации были рассмотрены такие, как:

- эмоциональное состояние детей;
- уровень успешности обучения;
- показатели самооценки собственной умелости («компетентности»);
- уровень сформированности компонентов учебной деятельности.

Эмоциональное состояние детей диагностировалось по результатам

- проективной методики «Рисунок школы»;
- анкеты для родителей;
- методики по определению уровня тревожности (вариант методики А.М. Прихожан, адаптированный для младшего школьного возраста).

Для оценки детьми собственной умелости («компетентности») в наиболее значимых сферах школьной жизни, а также диагностики общего уровня самопринятия у детей была использована «Шкала оценки своей компетентности» С. Хартер (адаптация Н.С. Чернышевой).

В ходе исследования была использована также методика Г.В. Репкиной и Е.В. Заики для определения уровня сформированности компонентов учебной деятельности учащихся начальной школы.

Приведем описание используемых методик.

- Проективная методика «Рисунок школы» информативна в случае, если необходимо выяснить общий эмоциональный фон отношения ребенка к

школе, его включенность (или недостаточную включенность) в учебную ситуацию, сформированность у него внутренней позиции школьника.

Ребенку предлагают нарисовать школу. Ответы на уточняющие вопросы о нарисованном, комментарии записываются экспериментатором в протоколе.

Эмоциональное отношение ребенка к школе и учению оценивается по трем показателям: 1) цветовая гамма рисунка; 2) линии рисунка и характер рисования; 3) сюжет рисунка.

По каждому из этих показателей выставляется балльная оценка, затем баллы складываются.

1. Цветовая гамма:

2 балла - в рисунке преобладают яркие, чистые, светлые тона и их сочетания;

1 балл - в равной степени присутствуют светлые и темные тона;

0 баллов - рисунок выполнен в темных тонах.

2. Линия и характер рисунка:

2 балла - объекты прорисованы тщательно и аккуратно; используются длинные, сложные линии различной толщины, нет «разрывов» контура;

1 балл - в рисунке присутствуют вышеперечисленные характеристики и противоположные им;

0 баллов - объекты изображены небрежно или схематично; линии прерывающиеся, преобладают линии одинаковой длины и толщины, а также слабо прорисованные линии.

3. Сюжет рисунка:

2 балла - рисунок школы занимает центральное место на листе; в рисунке много деталей и украшений, элементов декорирования, изображение различных предметов, оживляющих пейзаж; изображение детей, идущих в школу или сидящих за партами, учителя и «процесса учения».

1 балл - присутствуют вышеперечисленные характеристики и им противоположные;

0 баллов – заметна ассиметричность рисунка; отсутствие деталей; отсутствие людей.

Все баллы суммируются и анализ результатов производится в соответствии со следующей шкалой:

6-5 баллов - такой результат свидетельствует о том, что у ребенка сложилось эмоционально благополучное отношение к школе и учению.

4-2 балла - этот результат указывает на то, что у ребенка есть некоторая тревога по поводу школьного обучения, у него не сформировано представление о школьно-учебной деятельности, он испытывает тревогу по отношению к учителю и одноклассникам.

1-0 баллов - свидетельство явно выраженного страха перед школой, неприятия учебных задач, трудностей в общении с учителем и одноклассниками.

При интерпретации рисунков мы использовали систему критериев анализа, основываясь как на общих положениях о графических методах в психодиагностике, так и на конкретных, относящихся только к данному рисуночному тесту, возможных критериях оценки.

- Предложенная родителям Анкета включает в себя 11 вопросов. С помощью ответов родителей определялись следующие уровни адаптированности первоклассников к школе - адаптация (А); возможная дезадаптация (ВДА); дезадаптация (ДА).

В специально подготовленных бланках родителям нужно подчеркнуть один из вариантов оценки поведения и состояния ребенка. Бланк Анкеты представлен в Приложении 2.

- Диагностика тревожности осуществлялась с помощью методики, приведенной М.В. Гамезо, В.С. Герасимовой и Л.М. Орловой в книге «Старший дошкольник и младший школьник: психодиагностика и коррекция развития». Данная методика является вариантом методики А.М. Прихожан, адаптированной для младшего школьного возраста.

Школьникам дается бланк, содержащий инструкцию, перечень ситуаций и меру их выраженности (0, 1, 2 балла).

Инструкция: Внимательно прочитай описание каждой ситуации, с которыми ты часто встречаешься в жизни. Некоторые из них могут быть неприятными, так как они вызывают тревогу, беспокойство, волнение, страх. Если ситуация совсем не кажется тебе неприятной, обведи кружком, цифру «0» в той же строке, что и описанная ситуация. Если ситуация немного беспокоит тебя, обведи кружком цифру «1». Если ситуация очень неприятная, сильно волнует тебя и даже вызывает чувство страха», обведи кружком цифру «2».

При обработке результатов ответ на каждый пункт шкалы оценивается в баллах (0, 1, 2). Подсчитывается их общая сумма, которая характеризует общую тревожность. Включенные в стимульный материал ситуации отражают три типа отношений: 1) отношение к школе и общению с учителем (пункты шкалы: 1, 4, 6, 9, 10, 13, 16, 20, 25, 30); 2) отношение ребенка к самому себе (п.: 3, 5, 12, 14, 19, 22, 23, 27, 28, 29); 3) отношение к ситуациям, связанным с общением (п.: 2, 7, 8, 11, 15, 17, 18, 21, 24, 26).

Полученные результаты свидетельствуют о степени тревожности по каждому типу - школьной, самооценочностной и межличностной.

- Шкала оценки своей компетентности С. Хартер (адаптирована Н. С. Чернышевой) позволяет выявить оценку младшими школьниками собственной умелости («компетентности») в наиболее значимых сферах школьной жизни: учебной деятельности, общении со сверстниками, а также общий уровень самопринятия.

Методика проводилась индивидуально. При проведении диагностической процедуры ребенку зачитывается пара утверждений, из которых его просят выбрать, какое из них ему ближе, больше подходит для него. После этого уточняется, является ли выбранный ответ правильным в любой ситуации («единственно правильный» ответ), или он возможен лишь в некоторых случаях («возможный» ответ). В соответствии с этим в бланке

ответов отмечается одна из цифр.

Методика включает четыре субшкалы, с помощью которых выявляются следующие компетентности.

1. Познавательная компетентность - учебная активность и усвоение знаний: легкость получения хорошей оценки, находчивость в отыскании ответа, быстрота понимания прочитанного (пункты: 1, 5, 9, 13, 17, 21, 25).

2. Компетентность в общении со сверстниками - успешность взаимодействия с ровесниками: количество друзей, популярность среди сверстников, умение нравиться окружающим (пункты: 2, 6, 10, 14, 18, 22, 26).

3. Компетентность во внеурочной деятельности - школьные, но не учебные дела: любознательность в выборе игр, выбор в команду для игры, физические навыки и умения (пункты: 3, 7, 11, 15, 19, 23, 27).

4. Общее самопринятие - особенности и степень самопринятия ребенка: уверенность в себе, правильность поведения, стремление быть непохожим на других (пункты: 4, 8, 12, 16, 20, 24, 28).

Всего в методике 28 пар утверждений (на каждую субшкалу приходится по семь заданий). Половина из них предполагает высокий уровень компетентности, другая половина - низкий.

В случае выбора «единственно правильного» ответа за максимально неблагоприятный вариант дается 1 балл, за максимально благоприятный - 4 балла. В случае выбора «возможного» ответа при неблагоприятном варианте начисляется 2 балла, а при благоприятном - 3 балла.

Полученные по каждой шкале результаты оцениваются в соответствии со следующей шкалой:

7-10 - низкая самооценка;

11-14 - средне-низкая самооценка;

15-19 - средняя самооценка;

20-23 - средне-высокая;

24-28 - высокая самооценка.

Суммарная оценка располагается в диапазоне от 28 до 112.

- В содержании методика Репкиной Г.В., Заики Е.В. в структуре учебной деятельности выделяется 5 компонентов:

- учебно-познавательный интерес;
- целеполагание;
- учебные действия;
- действия контроля;
- действия оценки.

Оценка уровня сформированности компонентов учебной деятельности производится учителем на основании результатов наблюдения за поведением ученика на уроках и знании о том, что и как он делает в условиях выполнения самостоятельной работы в классе и дома. При оценке уровня сформированности компонентов учебной деятельности следует обращаться к описанию уровней сформированности того или иного компонента

Для обработки результатов используется ключ по оценке уровня сформированности компонентов учебной деятельности:

Компоненты учебной деятельности	Уровни	Индексы ответов	
		Часть А	Часть Б
Учебно-познавательный интерес	1	1а, 2а, 4а	1а, 2а, 4а
	2	1б 2б 4б 5а	4б, 5а
	3	6а, 7б, 8а	6а, 7б, 8б
	4	3б, 5б, 6б, 8б, 9б	3б, 5б, 6б, 9б
	5	3а, 10б, 11б, 12б,	10б 11а, 12а,
	6	13а 12б 13б	13а 12б 13б
Целеполагание	1	2а, 3а, 6а, 16а, 17а	2а, 3, 16а
	2	3б 16б 17б	16б
	3	6б 14б 18а	14б 17а, 19а
	4	15б 18б 17в, 19а	15б 18а, 19б
	5	19б 20а	20а
	6	20б	20б
Учебные действия	1	21 а, 22а	21 а, 22а
	2	23а, 24а	23а, 24а

	3	6б 14б 18а	21б, 24б 26б
	4	23б 24в, 25а, 26в,	27а
	5	27б	23б, 24б 25а,
	6	2б, 28а 28б	26в, 27б 26г, 28а 28б
Действие контроля	1	29а, 30а	29а, 30а
	2	29б, 30б, 31 а	29б, 31б, 32а
	3	29в, 31б, 32б	29в, 31б, 32а
	4	30в, 33а, 34а	30в, 33а, 34а
	5	33б, 34б	33б, 34б
	6	33в	33в
Действие оценки	1	35а, 36а	
	2	35б, 35в, 36б	
	3	35г, 36в, 37б	
	4	37в	
	5	37г	
	6	37д	

2.2. Анализ и интерпретация диагностических данных

Диагностика проводилась в конце третьей учебной четверти. К этому времени процесс адаптации заканчивается. Как известно, период адаптации ребенка к школе длится от 2-3 недель до полугода. Во втором полугодии уже можно определить, насколько ребенок адаптирован к школе, а если дезадаптирован, то, по какому типу.

В исследовании приняли участие младшие школьники двух первых классов. Из общего числа обследуемых для описания и сравнения диагностических данных были выделены две группы учеников – соматически здоровые дети, не имеющие хронических заболеваний, редко пропускающие учебные занятия (17 человек) и соматически ослабленные дети, имеющие хронические заболевания различного генеза (9 человек).

Общий эмоциональный фон отношения детей к школе, их включенность (или недостаточная включенность) в учебную ситуацию,

сформированность у них внутренней позиции школьника изучались с помощью проективной методики «Рисунок школы».

Таблица 1

Результаты диагностики по методике «Рисунок школы»

Характеристики рисунков	Соматически здоровые дети	Дети с хроническими заболеваниями
Цветовая гамма	1.3	1.3
Линии и характер рисунка	1.4	1.2
Сюжет рисунка	1.4	1.2
Общий результат	4.1	3.7

По результатам диагностики общий результат, полученный путем суммирования баллов по каждой из исследуемых характеристик рисунков, не имеет значимых различий. В обеих группах этот результат соответствует средним значениям.

Результат: $t_{\text{эмп}} = 0.4$

Критические значения

$t_{\text{кр}}$	
$p \leq 0.05$	$p \leq 0.01$
2.06	2.8

Проанализируем результаты индивидуальных диагностических данных, приведенных в табл. 1 Приложения 1.

Таблица 2

Уровни положительного эмоционального отношения детей к школе

Группы	Высокий	Средний	Низкий
Соматически здоровые дети	8 чел. (47%)	9 чел (53%)	-
Дети с хроническими заболеваниями	3 чел (33%)	6 чел (66%)	-

Анализ индивидуальных диагностических данных указывает на преобладание в группе здоровых детей эмоционально благополучного отношения к школе и учению, в то время, как в группе детей, имеющих хронические заболевания, больше тех, кто испытывает школьную и межличностную тревожность, у кого не сформировано в необходимой мере представление о школьно-учебной деятельности.

Приведем данные качественного анализа рисунков детей.

В рисунках 47% соматически здоровых детей преобладают яркие, чистые, светлые тона и их сочетания; в группе детей с хроническими заболеваниями таких рисунков почти столько же (44%).

Рисунков, на которых в равной степени присутствуют светлые и темные тона, в первой группе 35%, во второй – 44%;

В темных тонах выполнены рисунки школы у трех испытуемых первой группы (18%) и у одного ребенка второй группы (11%).

Для рисунков соматически здоровых детей в большей мере характерны тщательность и аккуратность прорисованных линий; отсутствие «разрывов» контура. На рисунках соматически ослабленных детей больше прерывающихся линий, а также слабо прорисованных линий.

У здоровых детей рисунок школы чаще занимает центральное место на листе; в их рисунках больше деталей и украшений, элементов декорирования, изображений «процесса учения». Для большинства рисунков детей с хроническими заболеваниями характерно малое количество деталей; отсутствие людей, отсутствие в сюжете рисунка признаков школьных, учебных ситуаций.

Обобщая все данные по методике «Рисунок школы», отметим, что среди первоклассников с проблемами соматического здоровья больше тех, кто испытывает тревогу по поводу школьного обучения и общения в школе, у кого нет полного и адекватного представления о школьно-учебной деятельности.

Рассмотрим данные диагностики по методике А.М. Прихожан.

Таблица 3

Показатели тревожности по методике А.М. Прихожан

Виды тревожности \ Группы	Соматически здоровые дети	Дети с хроническими заболеваниями	Тэмп.
Школьная тревожность	12.4	12.8	0.5
Самооценочная тревожность	10.5	13.9	4.2
Межличностная тревожность	9.9	10.9	1.0
Общая тревожность	32.8	37.6	2.1

Сравнение диагностических данных по методике А.М. Прихожан указывает на диагностически значимые различия между группами детей по показателям общей тревожности (при $p \leq 0.05$) и самооценочной тревожности (при $p \leq 0.01$). Именно самооценочная тревожность и формирует общий высокий показатель тревожности детей с хроническими заболеваниями.

Самооценочная тревожность проявляется в негативных эмоциональных переживаниях ситуаций, сопряженных с необходимостью самораскрытия, предъявления себя другим, демонстрации своих возможностей. Детям с высокой самооценочной тревожностью свойственен страх не соответствовать ожиданиям окружающих, у них выражена ориентация на значимость других в оценке своих результатов, поступков, и мыслей, тревога в ситуациях оценивания, ожидание негативных оценок. У детей с высокой самооценочной тревожностью меньше выражена мотивация достижения успеха, достижения высокого результата и т.д. Их деятельность в большей степени регулируется мотивом избегания неудачи, и в меньшей - уровнем притязаний, желанием достичь высоких результатов.

Показатели межличностной тревожности и школьной тревожности у соматически ослабленных детей также выше по сравнению с показателями

здоровых детей, но эти различия не входят в зону диагностической значимости.

На диаграмме отражено соотношение различных видов тревожности и показателя общей тревожности у детей исследуемых групп.

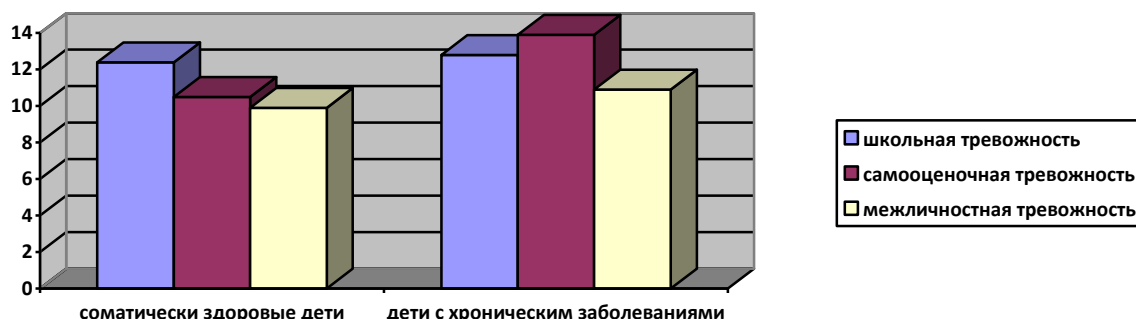


Рис. 1. Соотношение показателей тревожности первоклассников исследуемых групп

На основании полученных данных мы можем заключить, что уровень тревожности у детей с хроническими заболеваниями не связан напрямую с школьной ситуацией и не является свидетельством их проблем адаптации к обучению в школе.

Для изучения дифференцированной самооценки испытуемых была использована Шкала оценки младшими школьниками своей компетентности, разработанная С. Хартер, которая позволяет выявить оценку детьми собственной умелости («компетентности») в наиболее значимых сферах школьной жизни: учебной деятельности, общении со сверстниками, занятиях спортом и подвижных играх, а также общий уровень самопринятия.

Методика проводилась индивидуально. Каждому ребенку зачитывалась пара утверждений, из которых он выбирал наиболее для себя подходящее. После этого уточнялось, является ли выбранный ответ правильным в любой ситуации («единственно правильный» ответ), или он возможен лишь в некоторых случаях («возможный» ответ). В соответствии с этим в бланке ответов отмечалась одна из цифр. Понимание ребенком инструкции проверялось на первой паре утверждений.

Таблица 4

Показатели дифференцированной самооценки

Виды компетентности \ Группы	Соматически здоровые дети	Дети с хроническими заболеваниями	Тэмп
Познавательная компетентность	19.1	20.3	1.3
Компетентность в общении со сверстниками	20.1	18.9	0.9
Компетентность во внеурочной деятельности	20.2	19.6	0.5
Общее самопринятие	22.1	19.3	2.2

Отметим те показатели, разность по которым у испытуемых двух групп наиболее заметна. Это показатели самооценки испытуемыми своей познавательной компетентности и общего самопринятия.

Различия по показателю познавательной компетентности между группами испытуемых не достигают уровня диагностической значимости, но следует отметить, что этот показатель выше у детей с хроническими заболеваниями.

Познавательная компетентность формируется за счет учебной мотивации и интеллектуальной активности. Дети с высокой познавательной компетентностью отличаются развитием познавательных мотивов, стремлением выполнять предъявленные учебной программой требования, стремлением к установлению причинно-следственных связей в наблюдаемых явлениях, желанием к познанию и освоению нового. Они стараются следовать всем указаниям учителя, добросовестны и ответственны при выполнении учебных заданий.

Возможно, что определенные ограничения в двигательной активности, в возможности постоянного общения со сверстниками компенсируются их познавательной, интеллектуальной деятельностью. Приобретенные знания являются основой переживаемого ими чувства своей познавательной компетентности.

Такие показатели, как компетентность в общении со сверстниками и компетентность во внеурочной деятельности у детей с хроническими заболеваниями ниже по сравнению с этими показателями у соматически здоровых детей. Однако эти различия не входят в зону диагностической значимости.

Диагностической значимости достигают только различия по показателю общего самопринятия (при $p \leq 0.05$).

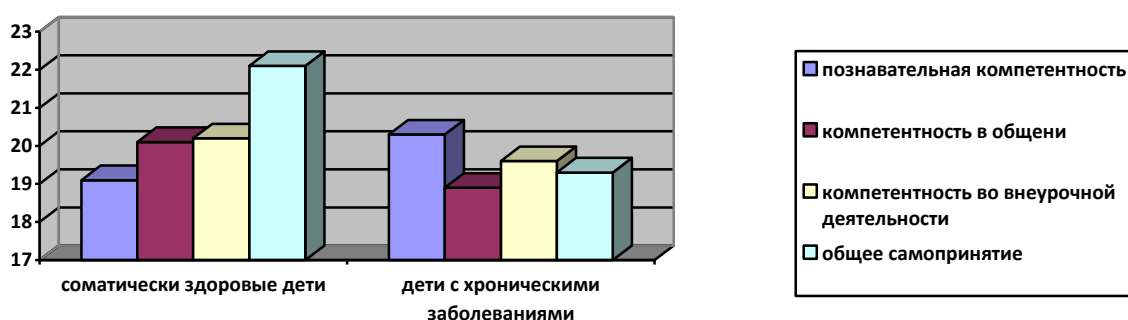


Рис. 2. Соотношение показателей оценки своей компетентности испытуемых исследуемых групп

На основании полученных данных мы можем заключить, что у детей с хроническими заболеваниями трудности адаптации к школе могут быть связаны с общим самопринятием. Шкала общего самопринятия включает такие показатели, как уверенность в себе, уверенность в правильности своих поступков, вера в свои способности, оценка своих умений, стремление быть «как все».

По полученным нами данным, такие показатели, как компетентность в общении со сверстниками и компетентность во внеурочной деятельности не являются фактором дезадаптации соматически ослабленных детей к школе. А показатель познавательной компетентности может выполнять компенсаторную функцию в процессе адаптации к школе детей с проблемами соматического здоровья.

Дети, не имеющие хронических заболеваний, по сравнению с соматически ослабленными детьми, менее критичны к себе, они несколько

выше оценивают свои способности. Как известно, высокий уровень самооценки облегчает процесс адаптации. В ситуации привыкания к школе, когда постоянное оценивание во многом осложняет адаптацию, учащиеся с высокой самооценкой находятся в более выгодном положении.

На следующем этапе исследования мы провели анкетирование родителей. С помощью ответов родителей можно предположить три уровня адаптированности первоклассника к школе - адаптацию (А); возможную дезадаптацию (ВДА); дезадаптацию (ДА).

На формирование индивидуальных различий детей влияет стиль родительского отношения к детям. Результаты анкетирования показывают, насколько родители чувствительны к проблемам своих детей.

Таблица 4

Результаты анкетирования родителей

Вопросы Анкеты	Родители соматически здоровых детей			Родители детей с хроническими заболеваниями		
	А	ВДА	ДА	А	ВДА	ДА
	Общее число ответов					
1	14 (82%)	2 (12%)	1 (6%)	7 (78%)	2 (22%)	-
2	11 (65%)	5 (29%)	1 (6%)	3 (33%)	5 (55%)	1 (11%)
3	15 (88%)	2 (12%)	-	8 (89%)	1 (11%)	-
4	14 (82%)	3 (18%)	-	7 (78%)	2 (22%)	-
5	13 (76%)	3 (18%)	1 (6%)	6 (67%)	3 (33%)	-
7	10 (59%)	4 (23%)	3 (18%)	3 (33%)	5 (56%)	1 (11%)
8	12 (71%)	4 (23%)	1 (6%)	7 (78%)	2 (22%)	-
9	11 (65%)	4 (23%)	2 (12%)	7 (78%)	2 (22%)	-
10	13 (76%)	2 (12%)	2 (12%)	6 (67%)	3 (33%)	-
11	12 (71%)	3 (18%)	2 (12%)	5 (56%)	1 (11%)	2 (22%)

Анализ ответов на вопросы анкеты показал, что родители детей, имеющих хронические заболевания, наиболее тревожно переживают процесс адаптации своих детей в школе. Родители этой группы учащихся чаще по сравнению с другими родителями указывают на сложность процесса приспособления к школьному режиму своих детей (вопрос 2). Они также считают необходимой свою помощь при выполнении детьми домашних

заданий (вопрос 7). Дети с проблемами соматического здоровья чаще испытывают перенапряжение при выполнении учебных заданий (вопрос 11).

На заключительном этапе исследования была проведена диагностика уровня сформированности компонентов учебной деятельности первоклассников.

В структуру учебной деятельности входят:

- учебно-познавательные мотивы, сущность которых состоит в усвоении обобщённых способов действий в конкретной области изучаемого предмета;
- учебная задача, которая по своему содержанию есть подлежащий усвоению способ действия;
- учебные действия - действия, в результате которых формируются представление или предварительный образ усваиваемого действия и производится первоначальное воспроизведение образца;
- действия контроля (самоконтроля), которое состоит в сопоставлении воспроизведенного действия с образцом через его образ;
- действия оценки (самооценки) степени усвоения тех изменений, которые произошли в самом субъекте.

Рассмотрим данные диагностики, полученные по методике Г.В. Репкиной и Е.В. Заики.

Оценка уровня сформированности компонентов учебной деятельности производилась учителем на основе результатов наблюдения за поведением ученика на уроках и знании о том, что и как он делает в условиях выполнения самостоятельной работы в классе и дома.

Индивидуальные данные по каждому из испытуемых представлены в табл. 4 и 5 Приложения 1. В нижеследующих таблицах приведены процентные показатели встречаемости того или иного уровня разных компонентов учебной деятельности испытуемых двух исследуемых групп.

Таблица 5

Распределение уровней сформированности компонентов учебной деятельности по результатам диагностики соматически здоровых детей

Уровни	Компоненты учебной деятельности				
	Учеб-познав. интерес	Целеполагание	Учебные действия	Действия контроля	Действия оценки
I	1 (6%)	1 (6%)	-	-	-
II	4 (23%)	2 (12%)	1 (6%)	3 (18%)	-
III	8 (47%)	6 (35%)	7 (41%)	6 (35%)	4 (23%)
IV	4 (23%)	5 (29%)	5 (29%)	8 (47%)	5 (29%)
V	-	3 (18%)	4 (23%)	-	5 (29%)
VI	-	-	-	-	3 (18%)

Таблица 6

Распределение уровней сформированности компонентов учебной деятельности по результатам диагностики детей с хроническими заболеваниями

Уровни	Компоненты учебной деятельности				
	Учеб-познав. интерес	Целеполагание	Учебные действия	Действия контроля	Действия оценки
I	-	-	-	-	-
II	2 (22%)	-	-	-	-
III	4 (44%)	3 (33%)	4 (44%)	3 (33%)	4 (44%)
IV	3 (33%)	4 (44%)	5 (56%)	5 (55%)	5 (55%)
V	-	2 (22%)	-	1 (11%)	-
VI	-	-	-	-	-

Данные, приведенные в таблицах, указывают на то, что учебно-познавательный интерес у учащихся обеих групп сформирован приблизительно в одинаковой степени. И в той и в другой группе преобладает уровень развития учебно-познавательных интересов, при котором ученики положительно реагируют на новый теоретический материал. При этом интерес к содержанию учебного материала выше по сравнению с интересом к способу решения задач. Однако, результаты исследования свидетельствуют о том, что учебно-познавательный интерес первоклассников еще не устойчив.

Уровень развития целеполагания в среднем по выборке выше уровня развития учебно-познавательного интереса. Такой результат мы объясняем тем, что навыки целеполагания интенсивно развиваются у детей еще в дошкольном возрасте в процессе игровой деятельности, а также в различных видах продуктивной деятельности, таких как, рисование, конструирование, лепка и т.п.

Среди всех испытуемых есть учащиеся, которые, столкнувшись с новой практической задачей, самостоятельно формулируют познавательную цель, способны к построению действий в соответствии с ней (V уровень целеполагания). Число таких учащихся в процентном выражении примерно одинаковое в обеих группах.

Формирование целеполагания в дошкольном детстве, прежде всего, зависит от характера деятельности, выполняемой ребенком. Достаточно высокий уровень развития целеполагания у детей с хроническими заболеваниями можно объяснить тем, что в дошкольный период, будучи ограниченными в возможности участия в подвижных играх, эти дети больше вовлечены в такие виды деятельности, как конструирование, рисование и т.п. Основными приемами формирования целеполагания являются: осмысливание ситуации, «оттягивание» по времени окончательного принятия решения. Различные виды продуктивной деятельности способствуют этому. Отметим, что среди детей с хроническими заболеваниями больше тех, кто, принимая познавательную цель, сохраняет ее при выполнении учебных действий, и регулирует весь процесс их выполнения. Такие учащиеся могут дать конкретный отчет о своих действиях после выполнения задания (IV уровень целеполагания).

Учебные действия детей с хроническими заболеваниями соответствуют III и IV уровням развития. Среди детей без проблем соматического здоровья 23% тех, кто, решая новую задачу, способен самостоятельно строить новый способ действия, без какой-либо помощи извне правильно решать учебную

задачу. Среди соматически ослабленных детей исследуемой группы нет учащихся с таким уровнем развития учебных действий.

Действия контроля у большинства испытуемых исследуемых групп соответствуют IV уровню развития, при котором в процессе выполнения действия ученик ориентируется на усвоенную им схему и успешно соотносит с ней процесс решения задачи. Такие ученики способны осознанно контролировать процесс решения задачи другими учащимися. Но, столкнувшись с новой задачей, они еще не могут скорректировать применяемую схему. Этот уровень означает актуальный контроль на уровне произвольного внимания.

Отметим, что среди испытуемых первой группы у троих этот уровень контроля еще не достигнут, а в группе детей с хроническими заболеваниями есть ученик, чей уровень контроля выше и соответствует потенциальному рефлексивному контролю.

Полученные по методике Г.В. Репкиной и Е.В. Заики результаты свидетельствуют о том, что уровень сформированности действия оценки у детей с проблемами соматического здоровья ниже по сравнению с другими учениками. В целом они умеют самостоятельно оценить свои действия и содержательно обосновать правильность или ошибочность результата. Но, при решении новой задачи, пытаются оценить свои возможности относительно её решения, основываясь лишь на её знакомости или незнакомости, а не на возможности изменения известных им способов действия.

Среди детей, не имеющих хронических заболеваний, есть такие, кто при решении новой задачи может самостоятельно оценить свои возможности в её решении, учитывая возможное изменение известных им способов действия.

С помощью метода математической статистики мы проверили значимость различий по показателям сформированности учебных действий испытуемых двух групп.

Тэмп	Учебно-познав. интерес	Целеполага ние	Учебные действия	Действие контроля	Действия оценки
	0.7	1.1	0.4	1.6	2.2

Таким образом, полученные данные свидетельствуют о том, что у первоклассников с хроническими заболеваниями уровень сформированности компонентов учебной деятельности в целом не ниже по сравнению с показателями соматически здоровых детей. Исключение составляет уровень сформированности действия оценки. Дети с хроническими заболеваниями менее чувствительны к критике со стороны учителя в отношении своих действий, решений, знаний. Оценивая результаты своей учебной деятельности, они более склонны ссылаться на удаchi (неудачи) в своем прошлом опыте.

Следует отметить достаточно высокий уровень сформированности целеполагания у детей с хроническими заболеваниями, чему, на наш взгляд, способствует их занятость в различного рода продуктивных видах деятельности, которая компенсирует ограниченную возможность участия в подвижных, активных играх.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в исследуемой группе у детей с хроническими заболеваниями динамика формирования компонентов учебной деятельности соответствует этапу обучения и возрастной норме.

Выводы

Проведенное исследование было направлено на изучение особенностей психологической адаптации к школе детей с хроническими заболеваниями.

В исследовании приняли участие младшие школьники двух первых классов. Из общего числа учеников были выделены две группы - соматически здоровые дети, не имеющие хронических заболеваний, редко пропускающие учебные занятия (17 человек) и соматически ослабленные дети, имеющие хронические заболевания различного генеза (9 человек).

В ходе исследования изучались показатели школьной, самооценочной и межличностной тревожности; степень принятия позиции школьника; показатели самооценки познавательной компетентности; показатели самооценки компетентности в общении со сверстниками; уровень сформированности компонентов учебных действий.

В результате проведенного исследования были получены следующие данные:

1. Среди детей, имеющих хронические заболевания, больше тех, кто испытывает школьную и межличностную тревожность, однако значения по этим показателям не составляют диагностически значимых различий у детей с проблемами здоровья и без них. На основании полученных данных мы можем заключить, что уровень школьной и межличностной тревожности у детей с хроническими заболеваниями не связан напрямую с школьной ситуацией и не является свидетельством их проблем адаптации к обучению в школе.

2. Диагностически значимые различия выявлены между группами детей по показателям общей тревожности и самооценочной тревожности. Именно самооценочная тревожность и формирует общий высокий показатель тревожности детей с хроническими заболеваниями.

3. У детей с хроническими заболеваниями продиагностированы высокие значения по показателю познавательной компетентности. Они даже

превышают средние значения группы соматически здоровых детей, но эти различия не достигают уровня диагностической значимости.

4. Такие показатели, как компетентность в общении со сверстниками и компетентность во внеурочной деятельности у детей с хроническими заболеваниями ниже по сравнению с этими показателями у соматически здоровых детей. Однако эти различия не входят в зону диагностической значимости.

5. Диагностической значимости достигают различия по показателю общего самопринятия, который ниже у детей с хроническими заболеваниями.

6. Учебно-познавательный интерес у учащихся обеих групп сформирован приблизительно в одинаковой степени. У первоклассников с хроническими заболеваниями он в целом не ниже по сравнению с показателями соматически здоровых детей.

7. У детей с хроническими заболеваниями продиагностирован высокий уровень развития целеполагания, но уровень сформированности действия оценки у них ниже по сравнению с группой здоровых детей.

На основании полученных данных мы можем заключить, что у детей с хроническими заболеваниями трудности адаптации к школе могут быть связаны с общим самопринятием, а такие показатели, как компетентность в общении со сверстниками и компетентность во внеурочной деятельности не являются фактором дезадаптации соматически ослабленных детей к школе. Показатель познавательной компетентности может выполнять компенсаторную функцию в процессе адаптации к школе детей с проблемами соматического здоровья.

Заключение

Адаптация первоклассников к школе - одна из самых актуальных проблем детской психологии. Это ключевой момент становления ребенка в качестве субъекта учебной деятельности. В ходе адаптации к школьному обучению ребенок получает ориентацию в системе поведения, которая надолго определяет дальнейшее направление его развития.

Адаптация к школе означает существенную перестройку жизни, физиологических и психических состояний первоклассников, сопровождается неприятными ощущениями дискомфорта, связанными с потерей привычных и любимых занятий, изменением социального окружения, изломом динамических стереотипов, быстрым накоплением новой информации и личностными изменениями. Проявлениями таких состояний могут быть тревожность, фрустрация, недостаток уверенности в себе, невротические проявления.

Особым фактором, влияющим на процесс адаптации ребенка к новым условиям, является его соматическое здоровье. Любая хроническая болезнь создает особую объективную социальную ситуацию развития психики и личности. Уровень соматического здоровья, наличие хронических заболеваний может служить достаточно весомым дополнительным фактором к трудностям периода адаптации к школьной жизни.

В настоящее время проблема развития соматически ослабленных детей является остроактуальной, что связано с ростом количества заболеваний в детской популяции.

Задача школьного психолога - создать психолого-педагогические условия для успешной адаптации первоклассников к школе с учетом особенностей их развития, личностных характеристик и особенностей здоровья. Полученные в ходе проведенного исследования диагностические данные могут быть использованы педагогом-психологом в работе с детьми начального этапа обучения, их учителями и родителями

Список используемых источников

1. Абрамова Г.С. Возрастная психология: Учебник для студентов вузов. - М.: Академический проект, 2007. - 704 с.
2. Авраменко Н.К. Подготовка ребенка к школе. - М., 2007. - 48 с.
3. Агафонова И.Н. Психологическая готовность к школе в контексте проблемы адаптации «Начальная школа». - 2009. - № 1.
4. Бадмаев Б.Ц. Психология в работе учителя: в 2 кн. Кн. 1: Практическое пособие по теории развития, обучения и воспитания. - М.: ВЛАДОС, 2000. - 240 с.
5. Битянова М.Р. Адаптация ребенка к школе: диагностика, коррекция педагогическая поддержка. - Мн., 2007. - 145 с.
6. Битянова М.Р., Азарова Г.В. Афанасьева Е.И., Васильева Н.Л. Работа психолога в начальной школе. - М.: Генезис, 2001. - 352 с.
7. Божович Л.И. Личность и ее формирование в детском возрасте. - М.: Знание, 2008.- 400 с.
8. Бугрименко Е.А. Готовность детей к школе. Диагностика психического развития и коррекция его неблагоприятных вариантов / Е.А. Бугрименко, Л.А. Венгер. - М.: Наука, 2002. - 198 с.
9. Будницкая И.И., Катаева А.А. Ребенок идет в школу. - М.: Педагогика, 2005. - 160 с.
10. Венгер Л.А. Психологические вопросы подготовки детей к обучению в школе, «Дошкольное воспитание». - М.: Просвещение, 2009. - 289 с.
11. Волкова О.В. Социокультурный аспект развития личности ребенка с ослабленным здоровьем [Электронный ресурс] // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. - 2012. - № 6 (17).
12. Всемирная организация здравоохранения. Международные медико-санитарные правила - 2-е изд. - Швейцария, 2008. - 82 с.

13. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. - М., 2006. - 520 с.
14. Габай Т.В. Педагогическая психология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. - 2-е изд., испр. - М: Академия, 2005. - 240 с.
15. Гордеева А.В. Концепция педагогической реабилитации в условиях общеобразовательной школы. М., 2001. - 28 с.
16. Готовность детей к школе. Диагностика психического развития и коррекция его неблагоприятных вариантов: Методические разработки для школьного психолога. / Под ред. В.В. Слободчикова, вып.2, - Томск, 2007. - 447 с.
17. Готовность к школе / Под редакцией И.В. Дубровиной. - М., 2005. - 289 с.
18. Гурова Е.В. Психология развития и возрастная психология: учеб. пособие. - М.: Аспект Пресс, 2005. - 174 с.
19. Дубровина И.В., Зацепин В.В. Хрестоматия. Возрастная и педагогическая психология. - М., 2007. - 253 с.
20. Запорожец А.В. Подготовка детей к школе. Основы дошкольной педагогики / Под редакцией А.В. Запорожца, Г.А. Марковой. - М. - 2006. - 290 с.
21. Иовчук Н.М. Механизм школьной дезадаптации при эндогенных заболеваниях у детей и подростков // Дефектология. 1998. - №4. -С. 15- 17.
22. Кабанова М.Н. Готовность к школе. Практические задания, тесты, советы психолога. - СПб.: Издательский дом «Нева»; - М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2001. - 224 с.
23. Казакова Г.М. Методики изучения готовности детей к обучению в школе. Практическое пособие. - Тамбов: ТОИПКРО, 2007. - 45 с.
24. Ковалевский В.А. Особенности психологических новообразований у хронически больных младших школьников // Школа здоровья. -1997. №1. - С. 40 - 47.

25. Коновалова Н.Л. Предупреждение нарушений в развитии личности при психологическом сопровождении школьников. - СПб.: Издательство Санкт-Петербургского университета, 2000. - 232 с.
26. Кравцова Е.Е. Психологические проблемы готовности детей к обучению в школе. - М.: Педагогика, 2007. - 145 с.
27. Левченко И.Ю., Забрамная С.Д., Добровольская Т.А. Психолого-педагогическая диагностика: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. И.Ю. Левченко, С.Д. Забрамной. - М.: Издательский центр «Академия», 2003. - 320 с.
28. Ливанова М.Н. Психосоматическая детерминация интеллектуально-личностного развития соматически ослабленных детей: Дис. канд. психол. наук. - Казань, 1997. - 202 с.
29. Люблинская А.А. Детская психология: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов. - М., 2008. - 335 с.
30. Люблинская А.А. Учителю о психологии младшего школьника. - М.: Просвещение, 2007. - 224 с.
31. Мамайчук И.И. Психокоррекционные технологии для детей с проблемами в развитии. - СПб.: Речь, 2006. - 400 с.
32. Марцинковская Т.Д. Диагностика психического развития детей. - М., 2007. - 487 с.
33. Мосина Н.А. Особенности развития самосознания часто болеющих младших школьников / Автореф. дис. канд. психол. наук. - Казань, 2006. - 22 с.
34. Мосина Н.А. Особенности самосознания часто болеющих младших школьников / Н.А. Мосина // Проблема раннего сопровождения детей с трудностями в развитии: Сб. статей. - Красноярск: РИО ГОУ ВПО КГПУ им. В.П. Астафьева, 2005. - С. 192-195.
35. Нежнова Т.А. Динамика «внутренней позиции» при переходе от дошкольного к школьному возрасту. - М., 2008. - 229 с.

36. Нижегородцева Н.В. Шадриков В.Д. Психолого-педагогическая готовность ребенка к школе: Пособие для практических психологов, педагогов и родителей. - М.: Гуманит. Изд. ЦентрВладос, 2001. - 256 с.
37. Овчарова Р.В. Практическая психология в начальной школе. - М.: Т.Д. Сфера, 2002. - 240 с.
38. Особенности психического развития детей 6-7-летнего возраста, под ред. Д.Б. Эльконина, А.Л. Венгера. М.: Педагогика, 2008. - 189 с.
39. Педагогическая психология: Учеб. для студ. высш. учеб. заведений. / Под ред. Н.В. Ключевой. - М.: Изд-во ВЛАДОС-ПРЕСС, 2003. - 209 с.
40. Практическая психология для педагогов и родителей. / Под ред. М.К. Татушкиной. - СПб.: Дидактика Плюс, 2002. - 361 с.
41. Прихожан А.М. Под гнетом школьных требований // Школьный психолог, 2002. № 12. - С 5.
42. Психология детства. Учебник. Под редакцией члена-корреспондента РАО А.А. Реана - СПб.: «Прайм-ЕВРОЗНАК», 2003. - 368 с.
43. Психология развития. / Под ред. А.К. Болотовой и О.Н. Молчановой. - М: ЧеРо, 2005. - 524 с.
44. Психосоматика: телесность и культура / Под ред. В.В. Николаевой. - М.: Академический Проект, 2009. - 311 с.
45. Семаго Н.Я., Семаго М.М. Теория и практика психического развития ребенка. Дошкольный и младший школьный возраст. Изд-во «Речь», 2005. - 384 с.
46. Столяренко Л.Д. Педагогическая психология. - 2-е изд., перераб. и доп. - Ростов н/Д.: Феникс, 2003. - 544 с.
47. Сухарева Л.М. Современная гигиена детей и подростков в свете трудов С.М. Громбаха / Л.М. Сухарева// Гигиена и санитария. - 2000. - № 3. - С. 38-42.
48. Тхостов А.Ш. Психология телесности. - М.: Смысл, 2002. - 287 с.

49. Ульенкова У.К. Формирование общей способности к учению у шестилетних детей // Дошкольное воспитание. - 2008. - 314 с.
50. Усачева О.В., Корнеева Е.Н. Исследование установок детей, больных бронхиальной астмой // Ярославский педагогический вестник. - 2003. №3 (36). - С. 131-136.
51. Фетискин Н.П., Миронова Т.И. Социально-психологическая диагностика личности и группы. Москва, Кострома, 2001. - 103с.
52. Цветкова С.Ю. Какой ребенок нужен школе // Школьный психолог, 2001, №4. - 13 с.
53. Цукерман Г.А., Поливанова К.Н. Введение в школьную жизнь. Программа адаптации детей к школе. - 2-е изд., испр. - М.: Генезис, 2003. - 128 с.
54. Штраус В.А. Психорегуляция учебной деятельности младших подростков, страдающих хроническими соматическими заболеваниями / Автореф. дис. .канд. психол. наук. - Кострома, 2006. - 24 с.
55. Эльконин Д.Б. Детская психология. Развитие ребенка от рождения до 7 лет. - М.: Издательский центр «Академия», 2007.- 384 с.
56. Ясюкова Л.А. Методика определения готовности к школе. Прогноз и профилактика проблем обучения в начальной школе. Методическое руководство. СПб: «ИМАТОН», 2009. - 99 с.
57. <http://festival.1september.ru/articles/511644/>Диагностика адаптации первоклассников к школе
58. <http://www.superinf.ru/view>Адаптация и здоровье
59. <http://www.nczd.ru/> сайт Федерального государственного автономного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей» Министерства здравоохранения Российской Федерации
60. <http://lib.mgppu.ru/opacunicode/index.php?url=/notices/index/IdNotice>: Мухина В.С. Шестилетний ребенок в школе

Приложение 1

Таблица 1

Результаты диагностики по методике «Рисунок школы»

№ п/п	Критерии оценивания			
	Цветовая гамма	Линии и характер рисунка	Сюжет рисунка	Общий результат
<i>Соматически здоровые дети</i>				
1	2	1	2	5
2	0	1	1	2
3	1	1	2	4
4	0	1	1	2
5	2	2	2	6
6	1	1	1	3
7	2	1	2	5
8	1	1	1	3
9	2	2	2	6
10	0	1	1	2
11	2	2	1	5
12	1	1	1	3
13	2	2	2	6
14	1	1	1	3
15	2	2	1	5
16	2	2	2	6
17	1	1	1	3
Ср. знач.	1.3	1.4	1.4	4.1
<i>Дети с хроническими заболеваниями</i>				
1	1	1	1	3
2	0	1	1	2
3	2	1	2	5
4	1	1	1	3
5	2	1	1	4
6	2	2	2	6
7	2	1	2	6
8	1	1	1	3
9	1	1	0	2
Ср. знач.	1.3	1.2	1.2	3.7

Таблица 2

Результаты диагностики тревожности по методике А.М. Прихожан

№ п/п	Показатели			
	школьной тревожности	самооценочной тревожности	межличностной тревожности	общей тревожности
<i>Соматически здоровые дети</i>				
1	12	10	13	35
2	14	11	14	39
3	10	8	11	29
4	16	14	11	41
5	9	8	7	24
6	13	9	9	31
7	14	10	12	36
8	14	11	11	36
9	11	9	6	26
10	16	13	14	43
11	11	12	10	33
12	12	13	10	35
13	10	9	7	26
14	15	11	9	35
15	10	8	6	24
16	12	11	9	31
17	11	12	10	33
Ср. знач.	12.4	10.5	9.9	32.8
<i>Дети с хроническими заболеваниями</i>				
1	13	14	12	39
2	15	15	14	44
3	12	12	9	33
4	13	15	11	39
5	12	12	10	34
6	10	11	9	30
7	11	13	8	32
8	14	16	12	42
9	15	17	13	45
Ср. знач.	12.8	13.9	10.9	37.6

Таблица 3

Результаты диагностики по Шкале оценки своей компетентности

№ п/п	Оценка детьми собственной умелости			
	Познавательная компетентность	Компетентность в общении со сверстниками	Компетентность во внеурочной деятельности	Общее самопринятие
<i>Соматически здоровые дети</i>				
1	20	19	24	25
2	15	14	12	17
3	20	17	21	23
4	19	18	18	19
5	22	25	26	24
6	17	16	19	21
7	22	21	22	25
8	16	19	15	21
9	20	25	22	26
10	14	11	14	16
11	20	22	24	23
12	19	21	21	22
13	21	24	21	23
14	18	21	21	19
15	22	24	21	25
16	20	25	23	26
17	19	21	19	20
Ср. знач.	19.1	20.1	20.2	22.1
<i>Дети с хроническими заболеваниями</i>				
1	21	19	19	17
2	23	15	17	19
3	22	21	23	20
4	19	20	21	21
5	20	21	19	22
6	23	20	19	24
7	20	19	21	19
8	18	21	21	17
9	17	14	16	15
Ср. знач.	20.3	18.9	19.6	19.3

Таблица 4

Индивидуальные данные диагностики сформированности компонентов
учебной деятельности соматически здоровых детей
(методика Г.В. Репкиной и Е.В. Заики)

Компоненты учеб. деят-сти № п/п	Учебно- познаватель- ный интерес	Целеполага- ние	Учебные действия	Действие контроля	Действия оценки
1	3	4	5	4	6
2	2	2	3	3	3
3	3	4	4	4	4
4	3	4	4	4	4
5	4	5	5	4	5
6	2	3	3	2	3
7	4	4	4	4	6
8	2	2	3	2	3
9	3	3	4	3	5
10	1	1	2	2	3
11	3	4	4	4	5
12	2	3	3	3	4
13	4	5	5	4	5
14	3	3	3	3	4
15	4	5	5	4	6
16	3	3	3	3	4
17	3	3	3	3	5

Таблица 5

Индивидуальные данные диагностики сформированности компонентов
учебной деятельности детей с хроническими заболеваниями
(методика Г.В. Репкиной и Е.В. Заики)

Компоненты учеб. деят-сти № п/п	Учебно- познаватель- ный интерес	Целеполага- ние	Учебные действия	Действие контроля	Действия оценки
1	3	4	3	4	4
2	4	4	4	4	4
3	4	5	4	4	4
4	2	3	3	3	3
5	3	3	3	3	3
6	4	5	4	5	4
7	3	4	4	4	3
8	3	4	4	4	4
9	2	3	3	3	3

Анкета для родителей

1. Охотно ли идет ребенок в школу?

- неохотно (ДА)
- без особой охоты (ВДА)
- охотно, с радостью (А)
- затрудняюсь ответить

2. Вполне ли приспособился к школьному режиму? Принимает ли как должное новый распорядок?

- пока нет (ДА)
- не совсем (ВДА)
- в основном, да (А)
- затрудняюсь ответить

3. Переживает ли свои учебные успехи и неудачи?

- скорее нет, чем да (ДА)
- не вполне (ВДА)
- в основном да (А)
- затрудняюсь ответить

4. Часто ли ребенок делится с Вами школьными впечатлениями?

- иногда (ВДА)
- довольно часто (А)
- затрудняюсь ответить

5. Каков преобладающий эмоциональный характер этих впечатлений?

- в основном отрицательные впечатления (ДА)
- положительных и отрицательных примерно поровну (ВДА)
- в основном положительные впечатления (А)

6. Сколько времени в среднем тратит ребенок ежедневно на выполнение домашних заданий? (укажите конкретную цифру)

7. Нуждается ли ребенок в Вашей помощи при выполнении домашних заданий?

- довольно часто (ДА)
- иногда (ВДА)
- не нуждается в помощи (А)
- затрудняюсь ответить

8. Как ребенок преодолевает трудности?

- перед трудностями сразу пасует (ДА)

- обращается за помощью (ВДА)
- старается преодолеть сам, но может отступить (ВДА)
- настойчив в преодолении трудностей (А)
- затрудняюсь ответить

9. Способен ли ребенок сам проверить свою работу, найти и исправить ошибки?

- сам этого сделать не может (ДА)
- иногда может (ВДА)
- может, если его побудить к этому (А)
- как правило, может (А)
- затрудняюсь ответить

10. Часто ли ребенок жалуется на товарищей по классу, обижается на них?

- довольно часто (ДА)
- бывает, но редко (ВДА)
- такого практически не бывает (А)
- затрудняюсь ответить

11. Справляется ли ребенок с учебной нагрузкой без перенапряжения?

- нет (ДА)
- скорее нет, чем да (ВДА)
- скорее да, чем нет (А)
- затрудняюсь ответить.