**ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА**

**Тема: Особенности психологической адаптации к ДОУ у соматически ослабленных детей раннего возраста**

**СОДЕРЖАНИЕ**

Введение

Глава I. Проблема адаптации ребенка к дошкольному образовательному учреждению

1.1 Понятие адаптации и ее основные характеристики

1.2 Психологические аспекты адаптации ребенка к детскому дошкольному учреждению

1.3 Протекание адаптационного периода у детей раннего возраста

Вывод по первой главе

Глава II. Особенности психофизического развития соматически ослабленных детей раннего возраста

2.1 Понятие соматических и психосоматических заболеваний

2.2 Социально-педагогическая характеристика детей с хроническими соматическими заболеваниями

Вывод по второй главе

Глава III. Эмпирическое исследование особенностей психологической адаптации к ДОУ детей раннего возраста

3.1 Описание выборки

3.2 Описание методов диагностики

3.3 Описание полученных результатов

3.4 Обсуждение результатов, выводы

Заключение

Литература

Приложения

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы исследования** связана с тем, что в последние годы наметилась тенденция к увеличению числа детей, поступающих в дошкольное учреждение с первых лет жизни.

Процесс адаптации ребенка к условиям дошкольного образовательного учреждения остается актуальной проблемой дошкольного воспитания.

В последнее время все больше детей страдает теми или иными отклонениями от нормы здоровья. В современной России, по данным статистики, лишь 9-12% выпускников школ достигают 18-летия здоровыми. По оценкам Минздрава, около 60% больных детей имеют хронические заболевания (2005).

Исследования К.Л.Печора (1998) показали, что только 18,2% детей готовы к посещению дошкольного учреждения, 6% — не готовы, 75,8% — условно готовы. В связи с этим процесс привыкания к дошкольному учреждению проходит не всегда благополучно и сопровождается болезнями детей. При этом, процесс адаптации к детскому дошкольному учреждению очень важен для развития психики ребенка, и он влияет, в т.ч. и на здоровье ребенка.

Итак, для многих родителей проблема адаптации ребенка к дошкольному учреждению стоит достаточно остро. Особое внимание нужно уделить адаптации детей раннего возраста, в котором многие малыши впервые переходят из достаточно замкнутого семейного мира в мир широких социальных контактов. Установлено, что именно в этом возрасте адаптация к детскому учреждению проходит дольше и труднее, чаще сопровождается болезнями. В этот период происходит интенсивное физическое развитие, созревание всех психических процессов. Находясь на этапе становления, они в наибольшей степени подвержены колебаниям и даже срывам. Изменение условий среды и необходимость выработки новых форм поведения требуют от ребенка значительных усилий, вызывают ряд психологических и педагогических проблем как самого ребенка, так и окружающих его взрослых. Все это определяет **актуальность и практическую значимость** данной темы.

Между тем, способность детей входить в новые условия жизни, принимать их, существенно варьируется. Одни дети входят в коллектив сверстников легко и свободно, у других же такой переход вызывает значительные невротические и психосоматические осложнения.

Адаптация неизбежна в тех ситуациях, когда возникают противоречия между возможностями ребенка и требованиями среды, а усиление образовательной нагрузки и вовсе чревато болезнями и эмоциональными стрессами как у детей, так и их родителей. Особенно сложно адаптация к посещению детского сада проходит у детей с трудностями в развитии, т.е. у детей группы риска (соматически ослабленных, гиперактивных, агрессивных, замкнутых), что является основным препятствием к сохранению здоровья ребенка [17, c.46].

В нашей стране фактически не создается специальных условий, чтобы как-то "сгладить" процесс адаптации у соматически ослабленных детей, нет специальных программ помощи для детей, родителей, воспитателей, чтобы облегчить этот процесс.

**Целью выпускной квалификационной работы** является исследование особенностей психологической адаптации к дошкольному образовательному учреждению соматически ослабленных детей раннего возраста.

**Объектом нашего исследования** является процесс адаптации ребенка к детскому учреждению.

**Предмет исследования** — психологические аспекты адаптации соматически ослабленных детей раннего возраста.

**Гипотеза** нашего **исследования** заключается в том, что характер адаптации к детскому учреждению зависит от наличия у ребенка соматических и психосоматических заболеваний.

Для проверки гипотезы были поставлены следующие **задачи исследования:**

1) На основе анализа современной зарубежной и отечественной литературы проследить закономерные этапы адаптации ребёнка раннего возраста к детскому учреждению; выявить факторы, влияющие на процессы адаптации и психологические причины трудностей в адаптации к ДОУ.

2) Рассмотреть особенности физического и психического развития соматически ослабленных детей.

3) Провести сравнительное исследование детей – здоровых и соматически ослабленных - на выявление типа адаптации к ДОУ.

**Теоретическими основаниями** **исследования** являются: культурно-историческая концепция Л.С. Выготского, теория деятельности А.Н.Леонтьева, периодизация психического развития Д.Б. Эльконина.

**В исследовании участвовали** 20 детей раннего возраста (от 2 до 2,5 лет), посещающие ясельную группу муниципального дошкольного образовательного учреждения № 13 г.Читы.

**Методы исследования**: особенности привыкания ребенка к ДОУ и выделение основных этапов адаптации осуществлялись методом наблюдения в ясельной группе детского сада. Также применялись такие методы исследования, как анализ медицинских карт детей, опросник для воспитателей, работающих в данных группах, опросник для выявления способности ребенка адаптироваться к жизни (А. Фромм), анкета для матерей детей раннего возраста с различным типом адаптации к ДОУ, методика, разработанная авторским коллективом лаборатории психического развития дошкольников и методика, разработанная Е.А. Стребелевой, посвященные определению уровня психического развития ребенка.

**Структура работы:** состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы и приложения.

**ГЛАВА I. ПРОБЛЕМА АДАПТАЦИИ РЕБЕНКА К ДОШКОЛЬНОМУ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМУ УЧРЕЖДЕНИЮ**

**1.1 Понятие адаптации и ее основные характеристики**

Понятие адаптации, в его наиболее широком определении означает соответствие между живой системой и внешними условиями, причём адаптация - это и процесс, и результат, то есть определённая организация. С физиологической точки зрения, адаптация - это перестройка внутреннего динамического стереотипа в зависимости от изменения внешних условий.

И.П.Павлов считал, что внешние условия жизни, вешняя среда есть внешний стереотип. "При изменении обычного образа жизни, - отмечал И.П. Павлов, - при прекращении привычных занятий возникают нарушения старого динамического стереотипа и трудности установки нового" [29, c.102].

Адаптация (приспособление) — это процесс активного взаимодействия организма со средой. И животные и человек приспосабливаются к той или иной среде обитания: рыбы — к воде, птицы — к воздуху. Человек — к существованию в определенных климатогеографических условиях. Это биологическая адаптация. Но, в отличие от животных, человек должен обладать способностью приспосабливаться и к социальным условиям, поскольку любая социальная среда требует от него адекватных форм поведения (работа, отдых, семья и т. д.), т. е., помимо биологической, человек способен к социальной адаптации [41, c.231].

При всех существующих различиях в трактовке адаптации неизменно выделяется главное - универсальный характер тенденции к установлению равновесия между компонентами реальных систем. Поэтому не случайно, что с течением времени понятие адаптации перешло в функциональную, а затем и в социальную психологию.

Важнейший вклад в разработку понятия адаптации внёс Жан Пиаже.

Адаптация (от лат. adaptatio - приспособление), по Ж. Пиаже, обеспечивает равновесие между воздействием организма на среду и обратным воздействием среды или, что одно и то же, равновесие во взаимодействии субъекта и объекта.

Именно Ж. Пиаже в своей концепции впервые стал рассматривать взаимоотношения человека с социальной микросредой как гомеостатическое уравновешивание, перенеся понятие гомеостаза с организма на личность.

В работах отечественных психологов теория адаптации получает своё дальнейшее развитие. Так, А.Н. Леонтьев, обращаясь к концепции Ж. Пиаже, возражал против "безоговорочного, без надлежащего анализа" распространения понятия гомеостаза (в значении "приспособление") на онтогенетическое развитие человека. Действительно, человеческое приспособление к условиям существования принципиально отличается от приспособительного поведения животных, обладает большей гибкостью и изобретательностью. Процесс адаптации человека к действительности происходит под контролем сознания.

Причём каждый человек в силу своих индивидуальных психологических особенностей (тип нервной системы, жизненный опыт и т.д.) имеет индивидуальные приспособительные механизмы, а, следовательно, и свой тип адаптации.

В понимании сущности адаптации человека к новым условиям в отечественной психолого-педагогической литературе наметилось несколько основных подходов. Д.А. Андреева считает, что "адаптация означает приспособление, приноровление индивида к новым условиям, вживания в них".

Б.Г. Рубин, Ю.С. Колесников определяют это понятие как "процесс активного овладения социальными ролями".

Понятие психической адаптации рассматривается как результат деятельности целостной самоуправляемой системы (на уровне "оперативного покоя"), подчёркивая при этом её системную организацию. Но при таком рассмотрении картина остаётся не полной. Необходимо включить в формулировку понятие потребности. Максимально возможное удовлетворение актуальных потребностей является, таким образом, важным критерием эффективности адаптационного процесса. Следовательно, психическую адаптацию можно определить как процесс установления оптимального соответствия личности и окружающей среды в ходе осуществления свойственной человеку деятельности, который (процесс) позволяет индивидууму удовлетворять актуальные потребности и реализовывать связанные с ними значимые цели, обеспечивая в то же время соответствие максимальной деятельности человека, его поведения, требованиям среды.

Судьба человека во многом определяется уровнем его адаптивности — врожденной и приобретенной способности к приспособлению ко всему многообразию жизни при любых условиях. Есть высоко-, средне и низко адаптивные люди. Врожденные основы адаптивности — это инстинкты, темперамент, конституция тела, эмоции, врожденные задатки интеллекта и способностей, внешние данные и физическое состояние организма. Уровень адаптивности повышается или понижается под воздействием воспитания, обучения, условий и образа жизни.

В результате адаптационных процессов в детстве складываются основные мотивационные, инструментальные и стилевые черты личности. Первые относятся к интересам человека, к тем целям и задачам, которые он перед собой ставит, к его основным потребностям и мотивам поведения. Инструментальные черты включают предпочитаемые человеком средства достижения соответствующих целей, удовлетворения актуальных потребностей, а стилевые касаются темперамента, характера, способов поведения, манер [15, c.67].

Адаптированность — уровень фактического приспособления человека, уровень его социального статуса и самоощущения, удовлетворенности или неудовлетворенности собой и своей жизнью. Человек может быть гармоничен и адаптирован, либо дисгармоничен и дезадаптирован. Дезадаптация — всегда психосоматическая (и души, и тела) и протекает в трех формах; невротической (неврозы), агрессивно-протестной и капитулятивно-депрессивной (психосоматические заболевания и нарушения поведения). Адаптивность зависит от индивидуальных особенностей личности ребенка. В индивидуальные особенности входят такие психологические свойства личности, как: способности, темперамент, эмоциональность.

В тоже время адаптивность человека обеспечивается эволюционно отобранными целесообразными врожденными способностями его натуры.

**1.2 Психологические аспекты адаптации ребенка к детскому дошкольному учреждению**

При поступлении в дошкольное учреждение происходит переход ребенка из знакомой и обычной для него семейной среды в особую микросреду, которая значительно отличается от условий семьи. Особенностями дошкольных учреждений являются, во-первых, длительное совместное пребывание большого числа детей, увеличивающее возможность перекрестного инфицирования и более сильного утомления ребенка; во-вторых, определенные педагогические стандарты в подходах к детям, которые могут оказаться непривычными для ребенка и вызвать у него отрицательные эмоциональные и поведенческие реакции. Привыкание к новым условиям часто влечет за собой развитие так называемого *адаптационного синдрома,* который оказывает в ряде случаев неблагоприятное влияние на состояние здоровья ребенка [14, c.227].

В период адаптации к условиям детского сада очень часто отмечается регресс во всем развитии ребенка: в его речи, навыках, умениях, игровой деятельности.

Адаптация обычно проходит сложно, с массой негативных сдвигов в детском организме (на всех уровнях и во всех системах), что проявляется в поведении ребенка. В силу несформированности адаптационных механизмов, работы функциональных систем организма в неблагоприятном режиме у ребенка возникает стрессовая реакция — в зависимости от того, какая система наиболее заинтересована в ней.

Характер протекания процесса адаптации в любом возрасте зависит от биосоциального анамнеза, представляющего совокупность сведений об особенностях индивидуального онтогенеза в перинатальный период и в возрасте до 3-х лет. Особенности анамнеза сказываются на протяжении всей жизни человека [1, c.56].

Факторы, определяющие функциональные возможности детского организма в период его адаптации:

•Состояние здоровья и уровень развития ребенка (функциональная активность систем).

•Биологический риск и социальный анамнез.

К биологическим факторам можно отнести токсикозы и заболевания матери во время беременности, осложнения при родах, заболевания новорожденного в первые три месяца, частота заболеваемости до посещения учреждения (первые три фактора определяют кислородную обеспеченность мозга плода и новорожденного, последующие сказываются на соматическом состоянии ребенка, в результате чего может возникнуть нарушение функциональной активности систем и увеличение степени тяжести адаптации).

Факторы социальной природы — нарушение режима жизнедеятельности ребенка, сна, бодрствования, увеличение нервно-психического напряжения могут привести к хроническому переутомлению и задержке психического развития ребенка. В итоге не формируются навыки и личностные качества ребенка, отмечается нарушение хода образования социальных потребностей, соответствующих нормативному возрастному развитию.

* Возрастные особенности появления и закрепления разных форм социального поведения, определяющие последующий характер реакций ребенка на новизну и усложнение ситуации развития.
* Социальная зрелость, включающая и возможности социальной адаптации, характеризует процесс перестройки форм поведения ребенка в изменяющихся социальных условиях (адаптационные возможности организма развиваются параллельно развитию детской психики).

Некоторые исследователи сравнивают показатели нервно-психического напряжения в процессе адаптации ребенка с силой стресса космонавта. Выраженность стресса (нервно-психического напряжения) может быть минимальной (легкая, благоприятная адаптация) или на уровне срыва (тяжелая адаптация). Данные проявления фиксируются на психоэмоциональном уровне.

В статье "Психосоматические проблемы социальной дезадаптации детей" выделено 4 основных механизма дезадаптации [35, c.28].

•Выраженное эмоциональное напряжение в результате повышенной чувствительности к ломке динамических стереотипов.

•Генерализованная реакция всех систем организма ребенка.

•Незрелость механизмов адаптации вследствие неэффективного вегетативного обеспечения.

•Несформированность навыков общения.

Причины стрессовых перегрузок в дошкольном учреждении:

* Длительное нахождение в большом коллективе детей, часть из которых может быть неприятна ребенку.
* Строгие дисциплинарные правила, за невыполнение которых следует наказание.

•Фрустрация базовых потребностей ребенка.

•Одновременное общение с несколькими взрослыми, которые могут быть ему неприятны.

С конца первого года жизни и в период дошкольного детства социальная адаптация ребенка проявляется в его взаимоотношениях со взрослыми и сверстниками.

Эмоциональный профиль (портрет) ребенка характеризуется особенностями его поведения и эмоциональных проявлений:

— отрицательные эмоции являются важнейшей составляющей внутренней жизни ребенка. Они проявляются в спектре от еле уловимых аффективных реакций до состояния депрессии. Поведение может быть охарактеризовано как аффективное, с волнообразной сменой активности ребенка (апатия — чрезмерная подвижность);

* страх как эмоциональное состояние сопутствует проявлению отрицательных эмоций, является пусковым механизмом стрессовых реакций ребенка;
* гнев, как правило, проявляется на фоне стресса и может возникать без видимой причины;
* положительные эмоции выступают противовесом негативных реакций, преобладание устойчивого типа позитивных эмоциональных реакций ребенка в процессе адаптационного периода является показателем благоприятной адаптации;
* коммуникабельность ребенка во многом определяет успешный исход адаптации. В первые дни дети чаще всего замкнуты (бесконтактны), затем наступает ситуация компромиссной контактности. Налаживание коммуникаций составляет одно из приоритетных направлений работы специалистов в процессе социальной адаптации ребенка. Содержательное общение, насыщенная деятельность благоприятствуют успешной адаптации ребенка;
* познавательная деятельность ребенка, как правило, угасает на фоне стрессовой реакции в ситуации новой обстановки. Развитие познавательной активности — одно из условий снижения стресса;
* социальные навыки ребенка: под влиянием нервно-психического напряжения угасают навыки самообслуживания, поддержание и культивирование которых помогает преодолеть трудности ребенка в процессе адаптации к новым условиям;
* речевая, двигательная активность ребенка снижается на фоне стрессовой ситуации. Двигательные реакции редко сохраняются в пределах нормы: наблюдается либо заторможенность, либо гиперактивность;

- нарушения сна и аппетита сопровождают адаптационный процесс. Их нормализация свидетельствует о восстановлении основных функциональных систем организма ребенка [19, c.190].

Процесс адаптации к новым условиям детей и семьи в целом стал предметом изучения многих психологов, психиатров и социологов в России (Д.Н. Исаев, В.И. Гарбузов, А.И. Захаров, Е.О. Смирнова и д.р.).

Исследователи указывают на необратимость нарушений в личностном развитии ребенка в случае, когда у него отсутствует психологическая готовность к переходу в новые социальные условия.

С поступлением в детский сад в жизни ребенка происходит множество изменений: изменяется режим дня, отсутствие родителей, постоянный контакт со сверстником, другой стиль общения.

Все эти изменения обрушиваются на ребенка одновременно, создавая для него стрессовую ситуацию, которая может привести к невротическим реакциям, проявлению страха, отказу от еды, сна, частым болезням.

Адаптация неизбежна в тех ситуациях, когда возникает противоречие между возможностями человека и требованиями среды.

Выделяют три стиля, с помощью которых человек может адаптироваться к среде [27, c.68]:

- Творческий стиль, когда человек старается активно изменить условия среды, активно приспосабливая ее к себе, и таким образом приспосабливается сам.

- Конформный стиль, когда человек просто привыкает, пассивно принимая все требования и обстоятельства среды.

- Избегающий стиль, когда человек пытается игнорировать требования среды, не хочет или не может приспособиться к ним.

Наиболее оптимальным является творческий стиль, наименее - избегающий стиль.

Наряду с этим были выделены фазы адаптационного периода:

1. Острая фаза - сопровождается своеобразными колебаниями в соматическом состоянии и психическом статусе, что приводит к снижению веса, более частым респираторным заболеваниям, нарушению сна, снижению аппетита, регрессу в речевом развитии. Фаза длится в среднем 1 месяц.

Различают три степени тяжести прохождения острой фазы адаптационного периода:

• Легкая адаптация- поведение нормализуется в течение 10-15 дней, ребенок соответственно норме прибавляет в весе, адекватно ведет себя в коллективе, не болеет в течение первого месяца посещения дошкольного учреждения. К двадцатому дню пребывания в ДОУ у ребенка нормализуется сон, он нормально начинает есть. Настроение бодрое, заинтересованное, в сочетании с утренним плачем. Отношения с близкими и со взрослыми не нарушаются. Отношение к детям может быть как безразличным, так и заинтересованным. Интерес к окружающим восстанавливается в течение двух недель при участии взрослого. Речь затормаживается, но ребенок может откликаться и выполнять указания взрослого. К концу первого месяца восстанавливается активная речь. Заболевания не более одного раза, сроком не больше 10 дней, без осложнений. Признаки невротических реакций и изменения в деятельности вегетативной нервной системы отсутствуют.

• Адаптация средней тяжести *-* сдвиги нормализуются в течение месяца, есть признаки психического стресса. Нарушение в общем состоянии выражены ярче и продолжительнее. Сон и аппетит восстанавливается лишь через 20-40 дней. Настроение неустойчивое в течение месяца. Поведенческие реакции восстанавливаются к 30 дню пребывания в ДОУ. Отношение к близким у ребенка - эмоционально-возбужденное (плач, крик при расставании и встречи). Отношение к детям, как правило, безразличное, но может быть и заинтересованное. Речь либо не используется, либо речевая активность замедляется. В игре ребенок не пользуется приобретенными навыками, игра ситуативная. Заболевания до двух раз, сроком не более 10 дней, без осложнений. Вес не изменяется, либо снижается. Проявляются признаки невротических реакций: избирательность в отношениях со взрослыми и детьми, общение только в определенных условиях. Изменение вегетативной нервной системы: бледность, потливость, тени под глазами, пылающие щечки, шелушение кожи (диатез) - в течение 1.5-2 недель.

• Тяжелая адаптация *—* длительность от 2 до 6 месяцев. Ребенок часто болеет, теряет уже полученные навыки, может наступить как физическое, так и психическое истощение организма. Ребенок плохо засыпает, сон короткий, вскрикивает, плачет во сне, просыпается со слезами, аппетит снижается сильно и надолго, может возникнуть стойкий отказ от еды, невротическая рвота, функциональное нарушение стула. Настроение безучастное, ребенок много и длительно плачет, поведенческие реакции нормализуются к 60-му дню пребывания в ДОУ. Отношение к близким эмоционально-возбужденное, лишенное практического взаимодействия. Отношение к детям: избегание контактов или проявление агрессии. Отказывается от участия в деятельности. Речью не пользуется или имеет место задержка речевого развития на 2-3 периода. Игра ситуативная, кратковременная.

Тяжелая степень адаптации может проявляться в двух вариантах:

1. - нервно-психическое развитие отстает на 1 квартал, респираторные заболевания более 3-х раз, длительность более 10 дней, ребенок не растет и не прибавляет в весе в течение 1-2 кварталов.

2. - нервно-психическое развитие отстает на 2-3 квартала от исходного, замедляется рост и прибавка в весе, частые заболевания.

Тяжелая адаптация в силу обусловливающих ее причин неблагоприятно сказывается на развитии ребенка и состоянии его здоровья, которые нормализуются в дальнейшем очень медленно, иногда в течение ряда лет [18, c.45].

2. Подострая фаза - характеризуется адекватным поведением ребенка, то есть сдвиги регистрируются по отдельным параметрам, на фоне замедленного темпа развития, особенно психического, по сравнению со средне возрастными нормами, фаза длится 3-5 месяцев.

3. Фаза компенсации - характеризуется убыстрением темпа развития, и дети к концу года преодолевают указанную выше задержку развития. Избегание контактов или проявление агрессии. Отказывается от участия в деятельности [30, c.99].

Рассмотрим далее симптомы трудной адаптации.

Поступление в детский сад требует от ребенка перестройки сложившегося стереотипа поведения, что является трудной задачей и часто приводит к стрессу. Л.Н. Галигузова выделяет симптомы трудной адаптации детей [12, c.32]:

- нарушение в эмоциональном состоянии.

- нарушение в сфере общения.

- амбивалентное поведение.

- слабая сформированность действий с предметами.

Изменение образа жизни приводит в первую очередь к нарушению эмоционального состояния ребенка. Для адаптационного периода характерна эмоциональная напряженность, беспокойство или заторможенность. Ребенок много плачет, стремиться к эмоциональному контакту с взрослым или, наоборот, отказывается от него, сторониться сверстников. Малыш отказывается от еды, в часы отдыха плачет. Разлука и встреча с родными протекает очень бурно: ребенок не отпускает от себя родителей, долго плачет после их ухода, а приход вновь встречает слезами. Снижается активность ребенка и по отношению к предметному миру. Падает уровень речевой активности. Все негативные проявления у детей, особенно раннего возраста, выражены очень ярко. Период восстановления растягивается иногда на два-три месяца. Труднее всего восстанавливается игровая деятельность и взаимоотношения со сверстниками. Нарушения в сфере общения тесным образом связаны с опытом общения ребенка, и имеющимися у него средствами налаживать деловые контакты. Если ребенок привык общаться только с матерью, у него могут возникнуть трудности в контактах с другими людьми. Только переход к новой форме общения может быть залогом успешного вхождения ребенка в более широкую социальную среду благополучного самочувствия в ней.

Л.Н. Галигузова считает, что существует тесная связь между развитием предметной деятельности ребенка и его привыканием в саду. У детей, которые умеют длительно и разнообразно играть, адаптация протекает сравнительно легко. Для ребенка, умеющего увлеченно играть, не составляет труда войти в контакт с любым взрослым, так как он владеет средствами необходимыми для этого.

По мнению Л.Н. Галигузовой, трудно адаптирующиеся дети не умеют сосредоточиться на игре, мало инициативны, нелюбознательны. Высокий уровень предметной деятельности, умение налаживать деловые контакты со взрослыми создают у ребенка положительные эмоциональные переживания во время пребывания в саду и обеспечивают быструю адаптацию к нему.

Что же лежит в основе разных вариантов адаптации ребенка к ДОУ? Л.Н. Галигузовойустановлен ряд факторов, определяющих, насколько успешно ребенок раннего возраста справится с предстоящими ему изменениями в привычном образе жизни. Эти факторы связаны и с физическим, и с психологическим состоянием ребенка, они тесно переплетены и взаимно обусловлены.

Во-первых, это — состояние здоровья и уровень развития. Здоровый, развитый по возрасту малыш обладает лучшими возможностями системы адаптационных механизмов, он лучше справляется с трудностями.

Вторым фактором является возраст, в котором малыш поступает в детское учреждение. С ростом и развитием ребенка изменяется степень и форма его привязанности к постоянному взрослому. Исходя из возрастных особенностей психики, можно предполагать более легкое привыкание к условиям детских яслей в возрасте до девяти-десяти месяцев и после полутора лет, так как в этом интервале отрыв от матери переносится особенно болезненно.

Третьим фактором, сугубо психологическим, является степень сформированности у ребенка общения с окружающими и предметной деятельности. В раннем возрасте на смену ситуативно-личностному общению приходит ситуативно-деловое, в ходе которого формируются особые связи с окружающими людьми. Чем отличается эмоциональный контакт от делового, практического? Прежде всего, тем, что эмоциональные отношения — это отношения избирательные. Они строятся на основе опыта личностного общения с самыми близкими людьми. Если младенец первых месяцев жизни одинаково доброжелательно относится к любому взрослому, ему достаточно самых простых знаков внимания со стороны последнего для того, чтобы отозваться на них радостной улыбкой, гудением, протягиванием ручек, то уже со второго полугодия жизни малыши начинают четко различать своих и чужих. Примерно в восемь месяцев у всех детей возникает страх или неудовольствие при виде незнакомых людей. Ребенок сторонится их, прижимается к матери, иногда плачет. Расставание с матерью, которое до этого возраста могло происходить безболезненно, вдруг начинает приводить малыша в отчаяние, он отказывается от общения с другими людьми, от игрушек, теряет аппетит, сон. Взрослые должны серьезно отнестись к появлению этих симптомов. Если ребенок зациклится на одном только личностном общении с матерью, это создаст трудности в установлении контактов с другими людьми.

Основным фактором, облегчающим или затрудняющим период привыкания, Г.М. Лямина также считает сложившийся тип общения ребенка, выраженность потребности в общении с близкими взрослыми и сверстниками. В связи с этим особое беспокойство воспитателя должны вызывать дети пассивные, стремящиеся к уединению, которые, по мнению Г.М. Ляминой труднее и дольше привыкают к новым условиям [25, c.108].

**1.3 Протекание адаптационного периода у детей раннего возраста**

Следует отметить, что проблема адаптации ребенка к ДОУ в раннем возрасте изучена явно недостаточно, имеющиеся в психологической литературе данные весьма немногочисленны, психологических исследований по этой теме очень мало. Эта ни чуть не менее значимая проблема, чем переход ребенка в школу и адаптации к ней, которая является предметом многочисленных исследований, остается без внимания психологов. Существуют лишь отдельные педагогические исследования этой проблемы, например Павловой Л.Н.

Л.Н. Павловасчитает, что характер поведения ребенка в адаптационный период зависит от возраста детей. Малыши в возрасте от 10 месяцев до 1 года 6 месяцев трудно переносят расставание с близкими, отказываются от контактов с незнакомыми взрослыми и детьми, а также уровень здоровья ребенка: ослабленные, часто болеющие дети значительно тяжелее переносят период привыкания. Характер адаптационного периода зависит также от предшествующего опыта малыша, т. е. от наличия или отсутствия тренировки его нервной системы в приспособлении к меняющимся условиям жизни. Дети, которые живут в многодетных семьях, в семьях с многочисленными родственниками, значительно быстрее привыкают к незнакомым условиям, чем дети, жизнь которых протекала в однообразной обстановке, была ограничена небольшим кругом взрослых [7, c.312].

В раннем возрасте решающие значение для психического развития ребенка имеет общение с близкими взрослыми (родителями). Лисина М.И.: "общение служит основой поддержания эмоционального равновесия ребенка, становления предметной деятельности и, благодаря этому, формирование адекватного образа Я". Ослабление контактов с близким взрослым, вызванное поступлением в детский сад создает серьезную психологическую нагрузку [21, c.89].

Эмоционально тяжело как ребенку 1,5 лет, так и 3-х летнему. Изменение социальной среды сказывается на психическом и физическом здоровье ребенка.

Особого внимания требует ранний возраст, в котором многие дети впервые переходят из замкнутого семейного круга в мир широких социальных контактов.

Е.О. Смирнова изучала различия в адаптации ребенка 1,5 и 3 лет. Если 3-х летний ребенок, готовясь к детскому саду, уже владеет речью, некоторыми навыками самообслуживания, имеет опыт общения со взрослыми и испытывает потребность в детском обществе, то 1,5—2 летний ребенок менее приспособлен к отрыву от родителей, более слаб и раним. Именно в этом возрасте адаптация к детскому саду происходит дольше и труднее, чаще сопровождается болезнями.

В этот период происходит интенсивное физическое развитие. Находясь на этом этапе становления, дети раннего возраста в большей степени подвергнуты колебаниям и даже срывам. Изменение условий среды и необходимость выработки новых форм поведения требует определенных усилий и умений со стороны ребенка, вызывает появление стадии напряженной адаптации [33, c.8].

Причины осложненного физического и психического состояния ребенка имеют прежде всего психологическую природу и находятся в сфере социальных отношений ребенка с окружающим миром.

В исследования Смирновой показано, что наиболее сложно адаптация происходит у детей второго года жизни. Все негативные проявления выражены в этом возрасте ярче, чем у детей, пришедших в ясли после двух лет. На второй год приходится наибольшее количество заболеваний. Период восстановления растягивается иногда на 2-3 месяца. Труднее всего восстанавливается игровая деятельность и взаимоотношение со сверстниками [33, c.12].

Характерной особенностью поведения детей раннего возраста является высокая эмоциональность. Отношение ребенка к окружающему миру в значительной степени эмоционально обусловлено. Эмоциональное состояние, как субъективный ответ организма на его связи с окружающим, основано на изменениях в этом окружающем и зависит от уровня развития ребенка и его воспитания.

Изменения окружающей среды и обычного образа жизни приводят в первую очередь к нарушению эмоционального состояния. Для адаптационного периода характерны эмоциональная напряженность, беспокойство различной степени выраженности или заторможенность.

В адаптационном процессе заинтересована вся личность ребенка в ее совокупности, но решающее значение принадлежит эмоциям. Ребенок быстро и непосредственно эмоционально реагирует на все воздействия внешней среды. От положительных или отрицательных эмоциональных отношений, которые возникают между ребенком и новой средой, зависит скорость и легкость его приспособления.

Поведение ребенка характеризуется в периоде бодрствования интенсивностью и уровнем его деятельности. Поэтому наряду с изменениями эмоционального состояния, сна и аппетита, очень важно учитывать как индикаторы процесса адаптации и изменения активности ребенка в его игре и взаимоотношениях с другими людьми.

Очевидно, говоря об особенностях социальной адаптации у детей раннего возраста, необходимо учитывать незавершенность развития функциональных систем и рассматривать в комплексе все проявления состояния адаптации — поведенческие реакции, вегетативные сдвиги, изменения реактивности и повышенную заболеваемость на протяжении первых 2 лет жизни, колебания в психическом и физическом статусе.

Необходимость резкого изменения привычного поведения является трудной, а для некоторых детей раннего возраста и непосильной задачей, и ведет к срыву в системе высшей нервной деятельности по типу "психического стресса" (Аксарина Н. М.).

Тонкова-Ямпольская Р. В. выдвинула гипотезу, что нарушения эмоционального состояния, сопровождающиеся вегетативными сдвигами, снижают функциональную активность коры, что приводит к уменьшению регуляторных возможностей и сказывается на системе реактивности и специфического иммунитета. Как следствие возникает заболевание ребенка [36, c.242].

Авторы большинства работ, посвященных изучению заболеваемости в яслях (Антонова П. М., Коган Р. Б., Щербаков В. Н., Логинова Е. М., Оноприенко О В., Культепина О. С. и др.), пришли к выводу, что дети в яслях болеют в 3—5 раз чаще, чем дома, и преимущественно респираторными заболеваниями.

Уменьшение отрицательных эмоций и постепенное их исчезновение отражается положительно на поведении детей. Следовательно, можно допустить, что эмоциональное состояние детей оказывает особое влияние на скорость и тяжесть адаптационного периода. Создание положительного эмоционального состояния необходимо, так как именно таким образом создается возможность для облегченного приобщения ребенка к условиям и требованиям новой среды.

Вид, степень и продолжительность эмоций в раннем детстве определяются в весьма значительной степени конкретной обстановкой и условиями, в которые поставлен ребенок. Эмоции ребенка в этом возрасте связаны в первую очередь с настоящим. Возможность повлиять на эмоции ребенка проистекает из того обстоятельства, что и эмоции, как все психические проявления, определяются в своем возникновении и содержании воздействием среды. Эта изменчивость эмоций в зависимости от изменений условий, ситуации, среды может и должна быть использована для их умелого направления в периоде адаптации.

Одной из наиболее интенсивно развивающихся потребностей у маленького ребенка является ориентирование в среде, которая его окружает. Насколько быстрее происходит изменение среды, настолько сильнее отрицательные эмоции, отклонения в поведении более продолжительны и адаптация значительно затруднена. Из этого можно сделать вывод, что предварительное ознакомление ребенка с новой средой в саду создает наиболее благоприятные условия и возможности для легкой и быстрой адаптации.

В этом процессе ознакомления и связывания с окружающей средой маленький ребенок естественно и спонтанно ищет помощи у взрослых. И тогда в этот очень трудный для ребенка период адаптации взрослый должен "ввести" его в эту среду, чтобы ребенок почувствовал его защиту и стал привязанным к нему. Если созданное эмоциональное отношение между маленьким ребенком и социальной средой (взрослые и остальные дети) положительное и сильное, оно в значительной степени может заменить или компенсировать недостатки новой социальной среды (изменение обстановки, незнакомство с новыми людьми и пр.). Некоторые современные психологи подчеркивают большое значение эмоционального тонуса в процессе адаптации. Это первоначальное создание положительного отношения, привязанности к отдельному человеку с последующим "перенесением" положительного отношения к более широкому кругу людей, к новой среде. Благодаря эмоциям, привязанности детей к отдельному человеку, который вводит их в новые условия и создает положительное отношение к детскому саду, адаптация ребенка облегчается.

Результаты проведенных некоторыми учеными исследований (Атанасовой А.Г., Голубевой Л.Г.) показывают также, что в начальный период адаптации маленький ребенок не имеет желания участвовать в "играх с игрушками". Незнакомая обстановка угнетает обычную активность детей. Иногда даже самые интересные игрушки не привлекают детей, это "чужие" игрушки. Ребенок тяготеет к своим любимым игрушкам. Практика показывает, что любимая игрушка, книжка с рисунками или даже какая-нибудь тряпочка, к которой ребенок привык, облегчает процесс адаптации, если ребенок приносит их с собой.

Весьма продолжительный период беспокойного и нарушенного сна как у старших, так и у более маленьких детей приводит к тому, что в начальном периоде адаптации большая часть детей не спит днем. Ограниченная выносливость нервной системы и легкая утомляемость маленького ребенка приводят к эмоциональной неустойчивости. Это усиливает напряженность и отрицательное отношение ребенка к людям и к среде.

Период адаптации может быть различным по продолжительности и по форме проявления у детей. Некоторые из детей прибегают к пассивности, другие подчеркивают свою беспомощность и постоянно ищут поддержки у взрослых, третьи реагируют в первые дни плачем и криками на расставание с родителями и успокаиваются с трудом. Практика показывает, что более быстрая и более легкая адаптация детей в саду зависит в очень большой степени от того, как его приняли в яслях и в какой мере ему уделили индивидуальное внимание.

Причиной трудного привыкания к яслям может служить рассогласование между слишком затянувшейся эмоциональной формой общения ребенка со взрослым и становлением новой ведущей деятельностью с предметами, требующей другой формы общения — сотрудничества со взрослым. Характерной особенностью детей, которые с большим трудом привыкают к яслям, является слабая сформированность действий с предметами, они не умеют сосредоточиваться на игре, малоинициативны в выборе игрушек, не любознательны. Любая трудность расстраивает их деятельность, вызывает капризы, слезы. Такие дети не умеют налаживать деловые контакты со взрослыми, предпочитают эмоциональное общение.

Большое влияние на течение адаптации оказывает и отношение с ровесниками. Одни сторонятся сверстников, плачут при их приближении, другие с удовольствием играют рядом, делятся игрушками, стремятся к контактам с ними. Неумение обращаться с другими детьми в сочетании с трудностями в установлении контактов со взрослыми еще больше отягощает сложность адаптационного периода.

Таким образом, состояние здоровья ребенка, его умение общаться со взрослыми и сверстниками, сформированность предметной и игровой деятельности — основные критерии, по которым можно судить о степени его готовности к поступлению в ясли и благополучного пребывания в них [8, c.127]. Приведенные материалы об изменениях в поведении детей в процессе адаптации позволяют сделать вывод, что подготовка ребенка, его постепенное вовлечение в новую среду, правильно организованные систематические воздействия предотвращают, сводят до минимума эмоциональные срывы, кризисы и обеспечивают непрерывный подъем в развитии возможностей и способностей личности.

Как видно из всего сказанного, главное для ребенка - это взрослый. От того, как взрослые подойдут к малышу в период адаптации, как смогут организовать его жизнь в группе, зависит многое в его поведении. Из всех причин трудного привыкания детей к новым условиям самой серьезной следует считать отсутствие единства требований воспитания в семье и детском саду [7, c.305].

**Вывод по первой главе**

Таким образом, большинство авторов рассматривают адаптацию как приспособление организма к новой обстановке, которая включает широкий спектр индивидуальных реакций, зависящих от психологических и личностных особенностей ребенка, конкретного характера семейных отношений и воспитания, условий пребывания в саду.

Длительность периода адаптации зависит от многих причин:

* от особенностей высшей нервной деятельности и возраста ребенка;
* от наличия или отсутствия предшествующей тренировки его нервной системы;
* от состояния здоровья;
* от резкого контакта между обстановкой, в которой ребенок привык находиться дома и той, в которой находится в дошкольном учреждении;
* от разницы в методах воспитания.

Безусловно, в проведении любого процесса главная роль принадлежит воспитателю. Создавая у ребенка положительное отношение ко всем процессам, развивая различные умения, соответствующие возрастным возможностям, формируя потребность в общении со взрослыми и детьми, он обеспечивает решение воспитательно-образовательных задач уже в период привыкания ребенка к новым условиям и тем самым ускоряет и облегчает протекание адаптационного процесса.

**ГЛАВА II. ОСОБЕННОСТИ ПСИХОФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ СОМАТИЧЕСКИ ОСЛАБЛЕННЫХ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**2.1 Понятие соматических и психосоматических заболеваний**

Соматические заболевания являются второй по значимости (после органических повреждений головного мозга) причиной, вызывающей нарушения психофизического здоровья детей и затрудняющей их личностно-социальное развитие и успешное обучение.

В современной зарубежной психологии существует даже специальное направление "педиатрическая психология" ("Pediatric Psychology"), целью которого является разработка научных и практических аспектов психологического сопровождения детей и подростков с различными соматическими заболеваниями [38, c.125].

Исследования как отечественных (В.В.Николаева, Е.Н.Соколова, А.Г.Арина, В.Е.Каган, Р.А. Даирова, С.Н. Ратникова), так и зарубежных исследователей (В. Александер, М.Шура, А. Митчерлиха и др.) показывают, что тяжелое соматическое заболевание создает особую дефицитарную ситуацию развития. Даже не осознавая сути заболевания, ее последствий, ребенок попадает в ситуацию выраженных ограничений на активность, самостоятельность, способы самореализации, что задерживает его познавательное и личностно-социальное развитие. Такие дети в зависимости от уровня психосоциального развития могут оказаться как в системе специального образования (в группах и классах для детей с задержкой психического развития), так и включенными в единый образовательный процесс со здоровыми детьми.

Итак, понятие "соматический" относится к явлениям и болезням, связанным с телом.

Наиболее рано возникающим состоянием нервно-соматической ослабленности, которая создает определенные трудности для психофизического и эмоционального развития ребенка, является невропатия. Невропатия рассматривается как полифакторное нарушение врожденного происхождения, т.е. возникшего в период внутриутробного развития или в период родов. Ее причиной могут быть токсикозы матери первой и второй половины беременности, патологическое развитие беременности, приводящее к угрозе выкидыша, а также эмоциональные стрессы матери во время беременности [20, c.414].

Перечислим основные признаки невропатии (по А.А.Захарову):

- Эмоциональная неустойчивость — повышенная склонность к эмоциональным расстройствам, беспокойству, быстрому возникновению аффектов, раздражительной слабости.

- Вегетативная дистония (расстройство нервной системы, регулирующей работу внутренних органов) — выражается в различных расстройствах в функционировании внутренних органов: расстройствах желудочно-кишечного тракта, головокружениях, затруднении дыхания, тошноте и др. В дошкольном и школьном возрасте наблюдаются соматические реакции в виде головных болей, колебаний давления, рвоты и т.д. при возникновении трудностей в адаптации к детским учреждениям.

- Нарушения сна в виде затрудненного засыпания, ночных страхов, отказа спать днем. А. А. Захаров утверждает, что на возникновение нарушений сна у детей влияет состояние повышенной усталости будущей матери, психологическая неудовлетворенность матери брачными отношениями, в частности их стабильностью.

- Нарушения обмена веществ, склонность к аллергии с различными проявлениями, повышенная чувствительность к инфекциям.

- Общая соматическая ослабленностъ, снижение защитных сил организма — ребенок часто болеет ОРЗ, ОРВИ, желудочно-кишечными заболеваниями, заболеваниями дыхательной системы и др. При этом болезнь часто начинается с какого-либо сильного эмоционального переживания, связанного, например, с трудностями адаптации к детскому саду или разлукой с близкими и т. п. В развитии данного состояния большую роль играет общее состояние матери во время беременности, и в частности плохое эмоциональное самочувствие, сильное переутомление, нарушения сна.

- Минимальная мозговая ослабленность — проявляется в повышенной чувствительности ребенка к различным внешним воздействиям: шуму, яркому свету, духоте, изменениям погоды, поездкам на транспорте.

- Психомоторные нарушения (непроизвольное обмачивание во время дневного и ночного сна, тики, заикание). Данные нарушения, в отличие от подобных нарушений, имеющих более серьезные органические причины, с возрастом, как правило, проходят и имеют выраженную сезонную зависимость, обостряясь весной и осенью [38, c.142].

Первые проявления невропатии диагностируются уже на первом году жизни, что проявляется в частых срыгиваниях, колебаниях температуры, беспокойном и часто измененном по времени суток сне, "закатываниях" при плаче.

Невропатия является лишь базовым патогенным фактором, на фоне которого может постепенно развиваться снижение общей активности ребенка, в том числе и психической, замедляться темп психофизического созревания ребенка, что в свою очередь может способствовать задержке психического развития, нарастанию трудностей адаптации к социальным требованиям, негативным изменениям личности как в сторону повышенной зависимости от окружающих, так и в направлении развития депрессивных состояний, потере интереса к жизни.

При своевременной организации общеукрепляющих, оздоровительных мероприятий, включая комфортную психологическую атмосферу, с годами признаки невропатии могут уменьшаться. При неблагоприятных обстоятельствах невропатия становится почвой для развития хронических соматических заболеваний, психоорганического синдрома.

В последние годы значительно возросло количество психосоматических заболеваний у детей. Более того, многие психосоматические заболевания, ранее характерные для взрослой части популяции, все чаще диагностируются в детском возрасте. Число детей, у которых отмечается психосоматическая патология и которые обращаются за помощью в поликлинику достигает 25—40% (Исаев Д.Н.). Также по данным, представленным Apley J., среди наблюдаемых педиатрами 2/5 детей не имеют никакой органической патологии, хотя страдают соматическими расстройствами.

Психосоматические расстройства в детском возрасте в последнее время все чаще становятся объектом психологических исследований. Большой вклад в эту проблему внесен психоаналитическим направлением. Фрейдом был создан новый практический подход, который открыл возможность лечить болезненные состояния в их психосоматическом аспекте. Было утверждено значение преморбидного, особенно раннего детского, развития для душевного и телесного созревания и здоровья, значение психических конфликтов для патогенеза и вообще влияние эмоциональных факторов (особенно привязанностей и разлуки, а также сексуальных и агрессивных конфликтов). (Бройтигам В., Кристиан П., Рад М., 1999).

Доказано также, что нарушенные внутрисемейные контакты в раннем возрасте, особенно между матерью и ребенком, в дальнейшем увеличивают риск развития психосоматических расстройств (Ammon О.).

Психосоматические заболевания занимают пограничное положение между телесными и душевными болезнями. Причиной их является душевное неблагополучие человека, а про являются они "телесными" (соматическими) нарушениями. Самый яркий пример нарушения жизнедеятельности при душевном страдании — депрессия, которая возникает у некоторых младенцев при отрыве от матери. Беспокойство и плач сменяются у них апатией, безразличием к окружающему, снижается аппетит, повышается чувствительность к инфекциям (организм как бы не противостоит болезням, не борется), нарушается сон, ребенок начинает отставать в весе, затормаживается его развитие.

У дошкольника, который еще не может осознать и высказать свои душевные проблемы, соматизация депрессии (так врачи называют телесную "маску" психического неблагополучия) — скорее правило, чем исключение. Различные боли (в животе, головные и т. д.), отказ от еды или повышенный аппетит, утомляемость и слабость, необъяснимые подъемы температуры или длительный субфебрилитет, недержание мочи или кала, нарушения сна, аллергические состояния, возникающие как бы "на пустом месте", должны насторожить родителей и педагогов: не стоит ли за ними снижение настроения?

У некоторых детей депрессивные расстройства нередко приобретают форму вполне определенных болезней — их принято называть психосоматозами. Нейродермит, бронхиальная астма, язва желудка, колит, мигрень, сосудистая дистония, ожирение — при любом из этих заболеваний надо обратить пристальное внимание на душевное состояние ребенка. Встречаются также случаи, когда болезнь "непонятна": выраженность и обилие жалоб, интенсивность болей, снижение общего тонуса, ослабленность не находят подтверждения в анализах и рентгеновских снимках. Отсутствие подтверждения в анализах какой-либо серьезной болезни должно заставлять задуматься о душевном неблагополучии ребенка [36, c.218].

Так называемая "соматизация" может произойти не только при депрессии, но и при состояниях тревоги разной степени выраженности. Ожидание воображаемой опасности, неуверенность, беспокойство, сильное волнение, отрицательное отношение к ситуации, к необходимости действовать в ней нарушают гармоничность деятельности организма. Наряду с психическими проявлениями страха и сниженного настроения возникают такие реакции, как бледность или покраснение кожи, потливость, дрожание рук. Встречаются у детей и так называемые панические расстройства: приступы сердцебиения, болей в области сердца, головокружения или головной боли, тошноты, ощущения жара или холода, частое дыхание. Такое состояние возникает внезапно и обычно сопровождается острым чувством страха, ощущением нехватки воздуха, боязни замкнутого пространства.

Встречается и третий вариант расстройств физического здоровья, в основе которых лежит душевное неблагополучие ребенка. Это те состояния, когда проявления болезни помогают найти выход из трудной ситуации, непереносимой для ребенка: например, боли в животе утром, когда нужно идти в детский сад, если ребенок имеет значительные трудности в общении со сверстниками.

**2.2 Социально-педагогическая характеристика детей с хроническими соматическими заболеваниями**

В сложной системе социальных ценностей все большее место начинает занимать проблема здоровья народа, нации, в которой особое место занимает здоровье подрастающего поколения. Общеизвестно, что за последние годы состояние здоровья детей и подростков становится предметом острой тревоги общества.

Современные условия жизни населения промышленных городов и мегаполисов характеризуется большим многообразием антропогенных факторов, оказывающих как прямое, так и опосредованное влияние на организм человека. Данное влияние может проявиться в сумме неблагоприятных биологических эффектов с отдалёнными последствиями для здоровья как отдельного индивидуума, так и популяции в целом. Более незащищённым от воздействия внешних факторов является детский организм с несформировавшейся системой защиты и неразвитым адаптивным ресурсом. По результатам анализа показателей здоровья в целом по России только 34% детей являются здоровыми, при этом среди детей школьного возраста абсолютно здоровыми признаны не более 10% детей младших классов и 3-5% старшеклассников. Отмечается рост инвалидности среди детей, основными причинами которой являются нервные и психические заболевания. Социальные последствия ухудшающегося состояния здоровья детей напрямую касаются таких явлений современного общества, как неготовность к школьному обучению, ограничения профессиональной пригодности, к службе в армии, нарушение формирования и реализации репродуктивного потенциала, ухудшение демографической ситуации и др. Ежегодно в стране регистрируется 180-190 млн. случаев заболеваний населения острыми и хроническими заболеваниями, из которых 100 млн. с впервые установленным диагнозом.

За последние 5 лет уровень заболеваемости детей и подростков, по данным обращаемости населения в лечебно-профилактические учреждения, имеет тенденцию к значительному росту и составляет: среди детей 1829,8 случаев, среди подростков 1511,4 на 1000 населения. Рост показателей хронической заболеваемости наблюдается практически по всем классам болезней. Основное место, по данным различных эпидемиологических исследований, в детской и подростковой структуре патологических состояний занимают болезни различной этиологии. Данные представлены в таблице 1.

Таблица 1 Патологические состояния в детском возрасте

|  |  |
| --- | --- |
| Название болезни | Дети (%) |
| 1. Органы дыхания  | 50 |
| 2. Болезни нервной системы и органов чувств  | 11,4 |
| 3. Заболевания органов пищеварения  | 15,3 |
| 4. Заболевания опорно-двигательного аппарата | 22,2 |

По некоторым классам патологии отмечается интенсивный рост в 3 и более раз.

Итак, можно констатировать, что количество детей с хронической соматической патологией неуклонно растет.

Здоровые и крепкие дети чаще спокойны, жизнерадостны, легче приспосабливаются к яслям и детскому саду, школе, чем слабые. Это естественно. Крепкий и здоровый реже испытывает неприятные, болезненные ощущения, реже болеет, а значит, и более приспособлен к трудностям, более уверен в себе. Такого ребенка и воспитывают спокойно, поскольку его физическое состояние не вызывает опасений. Он самостоятелен, уважаем сверстниками, часто - лидер.

У физически слабого, болезненного все по-иному. Слабость, болезненность угнетающе воздействуют как на ребенка, так и на его родителей. Ребенок испытывает болезненные ощущения, чувство психофизического дискомфорта. Слабый ребенок переносит одно простудное заболевание за другим. Он не успевает окрепнуть, как заболевает вновь. Родители нервничают, и их состояние и тревога передаются ребенку. Его раздражает сама необходимость лечения. То он у врача, то врач у него. Лекарства, процедуры, исколотое тело, ребенок не понимает происходящего. Для него все это - стресс, насилие, страх, беда. Он вздрагивает, когда звонят в дверь, и прячется под стол, но его вытаскивают и вновь смотрят горло. Это само по себе превращается в психическую травматизацию. Такой ребенок становится плаксивым, капризным, возбудимым, раздражительным [28, c.304].

Подрастая и оставаясь слабым и болезненным, ребенок мало общается со сверстниками, поскольку те его не принимают: он портит игру. Он сам избегает сверстников, испытывая страх перед сильным и боясь осрамиться. Бывает, что он, напротив, стремится в их среду, но делает это конфликтно или играя роль шута. То и другое деформирует складывающуюся личность. Слабый, болезненный испытывает чувство бессилия, что психологически противоестественно для ребенка. Детство - это жизнерадостность и бьющая через край энергия. А он, как человек, чувствующий себя постаревшим. Он не способен перетерпеть, смириться со своей слабостью. Это серьезный кризис для него. И слабый редко бывает уверенным в себе, чаще идет по пути к неврозу.

Физически слабому, болезненному ребенку грозит и тревожно-мнительное воспитание. Ребенок со временем окрепнет, а последствия тревожного отношения родителей к слабости или болезненности останутся на всю жизнь.

Психическое состояние ребенка, страдающего хроническим или инфекционным заболеванием, или затрудняет его излечение от этих болезней, или способствует исцелению. Тут уместно вспомнить древнюю мудрость: "Или врач и больной против болезни, или больной и болезнь против врача". Начинающий жить не должен смиряться с болезнью. Для ребенка и подростка болезнь противоестественна, и настраивать их следует однозначно - к исцелению.

Заслуживает внимания и детская нервность или трудность, связанная с периодом реконвалесценции - состоянием после перенесенного заболевания. После любой болезни ребенок на определенное время декомпенсирован. Грипп, острые простудные заболевания, инфекции проходят не так быстро, как думают некоторые родители. Болея, ребенок теряет витаминный запас, что приводит к кровотечениям из носа, кровоточивости десен, шелушению кожи, появлению гнойничков, замедленному заживлению ссадин, "заедам" в углах рта, конъюнктивитам, резям в глазах, зуду и многому другому, но более всего к чувству слабости, утомляемости [28, c.349].

Вирусное заболевание протекает с повышением давления ликвора (жидкости) в желудочках мозга, с микроотеком мозга. Выражено это как будто слабо, но последствия длительны. Болезнь всегда сопровождается вегетативной дистонией, часто с гипотонией, интоксикацией нервной системы и других систем организма. Реконвалесценция длится неделями и месяцами. Ребенок становится нервным, ранимым, обидчивым, быстро устает. Нередко отклоняющееся поведение ребенка, возникновение нервности, раздражительности, плаксивости, капризности начинается именно в этот период, после соматического или инфекционного заболевания.

К ослабленным, болезненным правомерно отнести и детей с диатезами. Диатез в переводе с греческого - предрасположение, что подчеркивает врожденность этого состояния. Речь идет о сложных, во многом еще не выясненных нарушениях внутриутробного развития систем организма, об их слабости, что приводит к нарушению обмена веществ, иммуногенеза или к врожденной уязвимости кожных покровов и слизистых оболочек.

Ослабленный ребенок требователен, часто не знает, чего он хочет, и своим поведением раздражает взрослых, сверстников, создавая конфликтные ситуации из ничего. Он особенно чувствителен к конфликту, неспособен его адекватно изжить, склонен к его раздуванию. Он острее воспринимает несправедливость со стороны близких: даже их обычные замечания и требования выводят его из себя, вызывают психотравмирующие переживания. Он кричит, плачет, двигательно не упорядочен и тогда, когда причина инцидента уже забыта. Надолго выйдя из колеи, соматически ослабленный ребенок не может успокоиться и, продолжая во сне переживать случившееся, мечется, просыпается ночью с криком. Аппетит у ребенка исчезает. Такой ребенок - легкая добыча нового вируса. Астеническое состояние усиливается, усиливаются и ранимость, конфликтность. Ребенок попадает в некий порочный круг, выход из которого труден [14, c.53].

Ослабленного ребенка, перенесшего одну за другой детские инфекции, страдающего хронической пневмонией или другим хроническим заболеванием, ребенка после тяжелой операции, чрезмерно истощаемого в некоторых случаях рекомендуется задержать на год дома или в детском садике. Не будет смысла в том, что он окончит школу вовремя, но тут же станет на учет к психиатру или на диспансерное наблюдение с хроническим заболеванием внутренних органов.

**Вывод по второй главе**

Итак, количество детей с хронической соматической патологией неуклонно растет. При этом известно, что дети, страдающие разными видами хронических соматических заболеваний, проявляют своеобразие в личностном развитии.

Большое значение придается и психологическому комфорту для здоровья ребенка. Состояние психики не может не влиять на состояние соматического здоровья. В последние годы накоплены многочисленные данные о взаимных влияниях иммунной и нервной систем и об изменении параметров иммунного ответа при стрессе и некоторых психических заболеваниях. Очень часто психологический дискомфорт возникает в результате фрустрации потребностей ребенка: потребность в безопасности, любви, общении, познании через взрослых окружающего мира. Фрустрация этих потребностей, приводящая к психологическому дискомфорту, серьезно сказывается на психическом и физическом здоровье ребенка. Постоянное ожидание угрозы со стороны окружающих, непрерывные стрессовые перегрузки вызывают истощение еще не вполне окрепшей нервной системы ребенка, что приводит к различным соматическим и функциональным заболеваниям. Заболевания ребенка нередко являются защитной реакцией на испытываемый им психологический дискомфорт в той или иной ситуации. Если ребенку плохо в каком-то детском учреждении, то болезнь позволяет не ходить туда. Кроме того, во время болезни ребенок испытывает повышенное внимание и заботу взрослых, чего ему может так недоставать в обыденной жизни.

В последнее время соматически ослабленных детей становится все больше и больше, а потому необходимы специальные профилактические меры, направленные на предупреждение соматических и психосоматических заболеваний.

**ГЛАВА III. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АДАПТАЦИИ К ДОУ ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА**

**3.1 Описание выборки**

Эмпирическое исследование проводилось с сентября по декабрь 2008 года.

Базой для проведения исследования послужила ясельная группа муниципального дошкольного образовательного учреждения №13 г.Читы.

В исследовании участвовали 20 детей раннего возраста (от 1 г. 9 мес. - до 2-х лет 9 мес.; 12 девочек и 8 мальчиков).

Гипотеза исследования: мы предполагаем, что характер адаптации к детскому учреждению зависит от наличия у ребенка соматических и психосоматических заболеваний.

Для проверки выдвигаемой гипотезы установлена цель исследования, которая является основной целью практической части работы - исследование психологических особенностей перехода ребёнка раннего возраста к новым условиям жизнедеятельности.

Конкретные задачи исследования заключаются в следующем:

1. 1. Проследить закономерные этапы адаптации ребёнка раннего возраста к детскому учреждению
2. 2. Выявить индивидуальные варианты привыкания к яслям; провести сравнительное обследование детей с разным типом адаптации.
3. 3. Выявить зависимость адаптации к ДОУ от наличия соматического заболевания.
4. Объект исследования – адаптация ребенка раннего возраста к детскому учреждению.
5. Предмет исследования – психологические аспекты адаптации ребенка.

В результате проведенного анализа медицинских карт воспитанников данной группы, было выявлено, что шестеро детей имеют хронические соматические заболевания. Данные дети были отнесены нами в группу соматически ослабленных детей. К этой же группе мы отнесли еще шестерых детей, имеющих в анамнезе частые инфекционные (простудные) заболевания. В таблице 2 представим данные о детях, участвующих в экспериментальном исследовании.

Таблица 2 Данные о детях, принимавших участие в исследовании

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя ребенка | Возраст ребенка | Наличие хронических заболеваний |
| 1 | Вера А. | 1,9 | Повышенное внутричерепное давление, гипертензионно-гидроцефальный синдром, состоит на учете у детского невропатолога |
| 2 | Вова Л. | 1,11 | Атопический дерматит, повышенное артериальное давление |
| 3 | Алла Г. | 2,4 | Хронических заболеваний нет |
| 4 | Оля Г. | 2,9 | Частые простудные заболевания,  |
| 5 | Света Г. | 2,2 | Хронический тонзиллит |
| 6 | Надя К. | 2,9 | Гипертрофия щитовидной железы |
| 7 | Женя Н. | 2,8 | Хронических заболеваний нет |
| 8 | Оля П. | 1,10 | Миопия |
| 9 | Света С. | 2,1 | Частые простудные заболевания, гиперактивность |
| 10 | Алла С. | 2,3 | Хронических заболеваний нет |
| 11 | Кристина С. | 2,2 | Частые простудные заболевания |
| 12 | Коля Т. | 2,8 | Хронический синусит, гиперактивность |
| 13 | Илья К. | 1,9 | Частые простудные заболевания |
| 14 | Сережа Ж. | 1,11 | Хронических заболеваний нет |
| 15 | Лера Н. | 2,6 | Частые простудные заболевания |
| 16 | Миша Т. | 2,6 | Хронических заболеваний нет |
| 17 | Кирилл Ж. | 2,9 | Хронических заболеваний нет |
| 18 | Олег У. | 2,8 | Хронических заболеваний нет |
| 19 | Алена Н. | 2,3 | Хронических заболеваний нет |
| 20 | Лена Л. | 1,10 | Частые простудные заболевания, пониженное артериальное давление |

Таким образом, наше экспериментальное исследование будет представлять собой сравнительное обследование уровня адаптации к ДОУ двух групп детей – здоровых и соматически ослабленных. За основную группу исследования примем группу соматически ослабленных детей (9 девочек, 3 мальчика), контрольная группа – здоровые дети (4 девочки, 4 мальчика).

**3.2 Описание методов диагностики**

Практическая работа по изучению характера адаптации к детскому учреждению проводилась с помощью следующих диагностических методов: наблюдение, опросник для родителей для выявления способности ребенка адаптироваться к жизни (А. Фромм), анкета для матерей детей раннего возраста с различным типом адаптации к ДОУ, опросник для воспитателей "Учет преобладающего настроения ребенка", методика, разработанная авторским коллективом лаборатории психического развития дошкольников и методика, разработанная Е.А. Стребелевой, посвященные определению уровня психического развития ребенка.

Наблюдение

Наблюдение за всеми детьми проводилось в период с сентября по декабрь 2008 года.

Данная ясельная группа детей была сформирована и начала свою работу с сентября 2008 года. Все обследуемые нами дети поступили в детский сад в течение сентября-октября 2008 года. Таким образом, все дети находились в равных условиях и у нас была возможность проследить характер адаптации детей к детскому учреждению в течение четырех месяцев (до января 2009 года).

Особенностью всех диагностических ситуаций является взаимодействие, общение ребенка со взрослым. Поэтому необходимым условием проведения исследования было знакомство экспериментатора с детьми, которое обеспечивало положительную реакцию детей на ситуацию обследования, узнавание взрослого, радостное оживление при его появлении, ожидание общения и игры с ним. Для установления контакта с детьми экспериментатор регулярно посещал ясельную группу в детском саду, играл вместе с малышами, отправлялся на прогулки, участвовал в режимных моментах детских учреждений.

В результате наблюдений в период адаптации на каждого ребенка был составлен индивидуальный лист наблюдения в период адаптации к ДОУ (Приложение 1).

Оценка адаптации определяется:

- по ее длительности;

- по количеству показателей, имеющих отклонение от возрастных норм;

- по глубине отклонений в поведении; по заболеваемости;

- по проявлению невротических реакций.

Индивидуальные листы наблюдения в период адаптации велись нами в сотрудничестве с воспитателями группы. Данные заносились в те дни, которые указаны в листе адаптации. В том случае, если ребенок заболел, отмечается дата начала и конца заболевания. При возвращении ребенка после болезни его поведение отмечается три дня подряд, а затем в указанные сроки.

Длительность адаптации:

- от 8 до 16 дней - легкая;

- от 17 до 30 дней - средней тяжести;

- выше 30 дней - тяжелая.

При выявлении степени адаптации на определенного ребенка далее лист адаптации на этого ребенка не велся, например: если ребенок (от 8-го до 16-го дня адаптации) показывает хорошие результаты, то в листе наблюдения пишем "Адаптация легкой степени" и запись в листе адаптации не фиксируем, но наблюдение за этим ребенком продолжаем, или, если ребенок показывает положительные результаты от 17-го до 32-го дня адаптации, то в листе адаптации пишем "Адаптация средней тяжести" и запись в листе адаптации дальше не фиксируем, продолжая за ним наблюдение, и т.д. на каждого ребенка. Наблюдение за ребенком надо продолжить, так как в том случае, если ребенок заболел или по другим причинам не посещал детский сад, необходимо определить, как это повлияло на его адаптацию. Наблюдая и делая выводы, мы должны знать и учитывать индивидуальные особенности ребенка до поступления в детский сад, так, например, если у ребенка до поступления в детский сад был неустойчивый аппетит или он плохо говорил, это не следует рассматривать как показатель адаптации [27, c.33].

Итак, для выявления характера адаптации детей к ДОУ проводился анализ индивидуальных листов адаптации.

Опросник для выявления способности ребенка адаптироваться к жизни (А. Фромм)

Данный опросник был предложен родителям и состоял из следующих вопросов:

* Легко ли рассмешить Вашего ребенка?
* Как часто он капризничает (нормативно реже 1 —2 раз в неделю)?
* Ложится ли ребенок спать спокойно?

• Все ли ест Ваш ребенок, в достаточном количестве, не капризничая?

* Есть ли у ребенка друзья, с которыми он охотно играет?
* Часто ли ребенок выходит из себя?
* Всегда ли нужно присматривать за Вашим ребенком?
* Удается ли ему не мочиться в постели?
* Нет ли у него привычек сосать большой палец, хныкать, много и подолгу фантазировать?
* Можете ли Вы оставить ребенка одного, не опасаясь, что он расплачется?
* Хорошо ли ребенок ведет себя со сверстниками, нуждается ли в особом присмотре?

• Нет ли у ребенка каких-либо незначительных страхов?

Опросник является эффективным средством для выявления проблем в адаптации для детей в возрасте до 3 лет.

Опросник построен на основе ряда характеристик и показателей адаптации, свидетельствующих об основных привычках ребенка, проявлении каких-либо крайностей (излишняя активность либо пассивность), возврате к более ранним привычкам, отставании в развитии.

Если на поставленные вопросы получено более половины отрицательных ответов, необходимо обратиться к специалисту [27, c.39].

**Анкета для матерей детей раннего возраста с различным типом адаптации к ДОУ**

Мы предложили матерям детей раннего возраста с различным типом адаптации к дошкольному учреждению заполнить анкету, разработанную Е.О. Смирновой и М.В. Быковой (См. приложение 2) [33, c.65].

Анкета содержит 22 вопроса открытого типа, направленных на выяснение степени выраженности предметного и личностного начал родительского отношения. Предполагалось, что личностное отношение будет выявляться в ответах, отражающих целостное, безоценочное отношение к ребенку, гибкость и лабильность родительского поведения (когда родитель ориентируется на состояние ребенка в конкретной ситуации), в сопереживании ребенку и в ориентации на его психологический комфорт. Поскольку личностное отношение предполагает отсутствие жесткой стратегии воспитания, мы полагали, что оно может также проявляться в неопределенных ответах, типа "затрудняюсь ответить", "не знаю" и пр. Предметное отношение, предположительно, должно было выразиться в конкретных ценностных ориентациях родителей по таким параметрам как: 1) ценность общения и морального развития, 2) ценность интеллекта и умственного развития ребенка, 3) развитие воли и произвольности, 4) самостоятельности.

Опросник для воспитателей "Учет преобладающего настроения ребенка"

Воспитателю группы предлагалось заполнить диагностический бланк "Преобладающее настроение ребенка". Бланк заполняется по каждой строке выставлением знака (+) или (-) в соответствующих графах. Количественный подсчет позволяет представить картину эмоциональных ресурсов личности, наметить план оптимальной самореализации сил ребенка [36, c.322].

**Методика, разработанная авторским коллективом лаборатории психического развития дошкольников и методика, разработанная Е.А. Стребелевой**

С целью выяснения причин, лежащих в основе различных вариантов адаптации ребенка раннего возраста к ДОУ, были проведены:

- методика, разработанная авторским коллективом лаборатории психического развития дошкольников;

- методика, разработанная Е.А. Стребелевой [37, c.81].

Проводился сравнительный анализ детей по следующим показателям:

1) развитие общения и речи;

2) познавательная активность;

3) игровая деятельность;

4) целенаправленность и самостоятельность в предметной деятельности; умственное развитие (по методике Е.А. Стребелевой).

*В соответствии с используемой диагностикой, параметрами уровня развития общения являются:*

− инициативность,

− чувствительность к воздействиям взрослого,

− ориентация на образец и реакция на оценку взрослого.

− инициативные действия с предметами, адресованные

− степень развития активной речи, любые речевые обращения, просьбы, требования, называние предметов, речевое сопровождение действий в репертуаре коммуникативных средств ребёнка;

− степень развития пассивной речи - понимание значения слов, предложений, различных частей речи (предлогов, наречий, союзов);

− способность выполнять речевые инструкции взрослого.

*Показателями самостоятельности и целенаправленности в предметной деятельности выступают:*

− способность принимать предметную задачу;

− способность находить способы действия. Показатель целесообразности действий, способности оторваться от "слепых" проб и перейти к подбору действий, ведущие к намеченной цели, готовность удерживать цель на протяжении достаточно долгого времени;

− самостоятельность, проявляемая ребенком в ходе осуществления действия;

− особенности самооценки;

− поиск оценки взрослого.

*Анализ игровой деятельности детей проходит по четырем ее важнейшим составляющим:*

* 1. 1. Наличие у ребенка потребности в игре с сюжетными игрушками.
	2. 2. Владение игровыми навыками: умением выполнять игровые действия, варьировать их, действуя в рамках несложного сюжета, подбирать для него игрушки.
	3. 3. Воображение, благодаря которому ребенок придумывает или принимает предложенную взрослым игровую ситуацию или сюжет, развивает их, использует в игре предметы-заместители.
	4. 4. Зона ближайшего развития процессуальной игры

*При анализе познавательной активности следует учитывать следующие показатели:*

* 1. 1. Интерес к действию с незнакомым предметом.
	2. 2. Характер ориентировочной деятельности и особенности предметных манипуляций.
	3. 3. Наличие обращений за помощью к взрослому.
	4. 4. Умение самостоятельно воспроизводить образец нового действия в независимых пробах с аналогичным предметом.
1. *Основными параметрами оценки умственного детей раннего возраста можно считать:*
2. − принятие задания;
3. − способы выполнения задания;
4. − обучаемость в процессе обследования;
5. − отношение к результату своей деятельности.

Используемая в исследовании методика Е.А. Стребелевой способствовала установлению контакта экспериментатора с детьми и их заинтересованности в продолжении "игры"

Данная методика обеспечивала положительное эмоциональное состояние ребенка на всем протяжении обследования. Детям были интересны задания, однако малыши постоянно пытались изменить правила взаимодействия со взрослым. Методика предусматривает, чтобы экспериментатор не давал словесную инструкцию при показе образца действия. Многие дети настойчиво добивались не просто реакции взрослого в ответ на свои предметные действия и участия в них, но и вербализированной оценки. Кивка головы, улыбки и т.п. действий взрослого было недостаточно.

Итак, методами диагностики нашего исследования являлись:

- наблюдение экспериментатора за поведением детей в период адаптации к ДОУ;

- анкетирование воспитателей, наблюдающих за детьми в период адаптации;

- опросник для родителей для выявления способности ребенка адаптироваться к жизни (А. Фромм);

- анкета для матерей детей раннего возраста с различным типом адаптации к ДОУ;

- опросник для воспитателей "Учет преобладающего настроения ребенка";

- методика, разработанная авторским коллективом лаборатории психического развития дошкольников и методика, разработанная Е.А. Стребелевой, посвященные определению уровня психического развития ребенка.

**3.3 Описание полученных результатов**

**Наблюдение в период адаптации**

Наблюдения и анализ поведения детей раннего возраста в ясельной группе детского сада позволили выявить этапы привыкания ребенка к ДОУ, которые в большинстве случаев проходят все дети, пришедшие в детский сад, но их продолжительность у всех детей разная. По результатам листов наблюдения в период адаптации мы отнесли детей к трем разным группам – легкой, средней и тяжелой адаптации.

Таблица 3 Распределение детей по различным группам адаптации

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| № п/п | Фамилия, имя ребенка | Наличие хронич. заб-ия | Группа легкой адаптации | Группа средней адаптации | Группа тяжелой адаптации |
| 1 | Вера А. | + |  |  |  |
| 2 | Вова Л. | + |  |  |  |
| 3 | Оля Г. | + |  |  |  |
| 4 | Света Г. | + |  |  |  |
| 5 | Надя К. | + |  |  |  |
| 6 | Оля П. | + |  |  |  |
| 7 | Света С. | + |  |  |  |
| 8 | Кристина С. | + |  |  |  |
| 9 | Коля Т. | + |  |  |  |
| 10 | Илья К. | + |  |  |  |
| 11 | Лена Л. | + |  |  |  |
| 12 | Лера Н. | + |  |  |  |
| 13 | Сережа Ж. | - |  |  |  |
| 14 | Алла Г. | - |  |  |  |
| 15 | Женя Н. | - |  |  |  |
| 16 | Алла С. | - |  |  |  |
| 17 | Миша Т. | - |  |  |  |
| 18 | Кирилл Ж. | - |  |  |  |
| 19 | Олег У. | - |  |  |  |
| 20 | Алена Н. | - |  |  |  |

Итого, общий итог распределения детей по различным группам адаптации представим в таблице 4.

Таблица 4 Общий итог распределения детей по группам адаптации

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| № | Категория детей | Группа легкой адаптации | Группа средней адаптации | Группа тяжелой адаптации |
| 1 | Основная группа | 0 | 7 (58,35%) | 5 (41,65%) |
| 2 | Контрольная группа | 7 (87,5%) | 1 (12,5%) | 0 |

Рис.1. Общий итог распределения детей по группам адаптации

*Группа легкой адаптации*

По нашим наблюдения, период легкой адаптации длился примерно 7 дней. У детей в данное время наблюдались незначительные расстройства сна и аппетита, которые быстро нормализовались. Во время приема пищи и отхода ко сну дети капризничали, ели вяло, с неохотой, отказывались одевать слюнявчик. В первые дни в группе дети были достаточно активны, но несколько растеряны -осматривались вокруг, приглядывались к сверстникам, взрослым, иногда плакали, звали маму и говорили, что хотят домой. Разлука с родителями в первые дни посещения детского сада была омрачена слезами, но по прошествии недели стала восприниматься спокойно. У детей быстро стабилизировалось эмоциональное состояние, стали налаживаться взаимоотношения со сверстниками и взрослыми. Дети, хорошо адаптирующиеся к детскому саду стали активно взаимодействовать со сверстниками, легко включаться в групповые игры, организованные взрослым -такие как хороводы, салочки и т.д., зачастую они становятся участниками совместных забав - игр с куклами, формочками-куличиками, которые продолжаются довольно длительное время и без руководящей роли взрослого.

Мы выяснили, что дети этой группы эмоционально относятся к присутствию ровесника - радуются при его появлении, интересуются другим ребенком, стремятся рассмотреть его, потрогать, наблюдают за ним; огорчаются при уходе сверстника (например, в ситуации, когда дети играют, а одного ребенка забирают родители или зовет воспитатель). Дети стремятся привлечь к себе внимание товарища - улыбаются ему, предлагает игрушки, вокализируют; отвечают на обращение другого ребенка - берут предлагаемую игрушку, принимают предложение поиграть вместе, ярко выражены подражательные действия.

Также нами было выявлено, что у детей данной группы хорошо налажен контакт с воспитателем, они охотно выполняют его просьбы (например, убрать игрушки перед прогулкой, помочь отнести посуду после еды), учитывают его замечания, при трудностях уверенно обращаются за помощью, активно привлекают внимание если что-то непонятно или не получается в игре, стараются вовлечь его в свои игры. При выполнении режимных процедур часто проявляют самостоятельность - не ждут пока воспитатель начнет их одевать, а открывают свои шкафчики и пытаются одеться сами, стараются показать, что они многое умеют. На занятиях дети активно включены в деятельность группы, веселы, внимательно слушают инструкции взрослого, с удовольствием и интересом выполняют их, желают показать, что могут хорошо выполнить задание.

Мы обратили внимание на то, что по отношению к незнакомым взрослым (экспериментаторам) дети как данной группы, так и остальных сначала (при первых посещениях детского сада) вели себя настороженно, проявляли некоторое недоверие, избегали близких контактов, прикосновений. Затем, по прошествии некоторого времени, дети привыкли и начали относиться к экспериментаторам как к сотрудникам детского сада (воспитателю, педагогу, заменяющему воспитателя, администрации).

Дети с легкой адаптацией проявляли интерес к экспериментатору, демонстрировали желание общаться, приносили игрушки, просили покачать на каруселях, показывали свои личные вещи и задавали вопросы (Что это? Что у тебя в сумке? Где твоя мама?). В ситуации затруднения малыши часто обращаются за помощью - при режимных процедурах, игре.

Например, мальчик Женя Н. (возраст 2 г.8 мес., хронических заболеваний нет). Придя в группу, подошел к машинкам и спросил у воспитателя, можно ли взять одну из них. Получив разрешение, он стал катать ее по полу, подъезжая то к одному ребенку, то к другому, пока не объехал каждого. Подъезжая к детям, он внимательно рассматривал их, с интересом слушал, о чем они разговаривают. Но когда воспитатель предложил сесть за стол, чтобы позавтракать, Женя засобирался домой, заявив, что есть он будет дома. Такая ситуация повторялась в течение недели. Через неделю Женя сам взял стульчик и сел за стол, ел он с аппетитом. Когда уходил домой, сказал, что он теперь каждый день будет приходить в детский сад, ему здесь нравится.

У ребенка легкая форма адаптации. При разговоре с мамой выяснилось, что она готовила сына к детскому саду, объясняла ему правила поведения, учила самостоятельности, культурно-гигиеническим навыкам. На площадке во время прогулки объясняла ребенку, что надо играть со всеми детьми и делиться своими игрушками. Все это благотворительно повлияло на ребенка.

*Группа адаптации средней тяжести*

В ходе наблюдения нами было замечено, что во время адаптации средней тяжести нарушения в поведении и общем состоянии ребенка выражены ярче, привыкание к яслям длится дольше - от двух недель до 1 месяца. В это время настроение малыша неустойчиво: он часто плачет, просится домой, зовет маму, спрашивает, придет ли она за ним. Разлука с родителями сопровождается слезами, ребенок долго не хочет отпускать маму, плачет после ее ухода. От данных переживаний ребенка можно отвлечь, утвердительно и уверенно отвечая, что мама обязательно придет за ним и заберет домой, а затем, ободрив его, переключить внимание на игрушки или подключить к своим делам. В период адаптации у детей нарушается сон и аппетит, которые восстанавливаются только через 2-3 недели, снижается речевая и общая активность ребенка, возникают простудные заболевания. В первые дни и недели в группе ребятишки были несколько пассивны и малоподвижны, у многих в руках можно было увидеть игрушку принесенную из дома, но постепенно они освоились в группе, стали замечать окружающую остановку, игрушки, стали включаются в групповые игры, организованные взрослым, но на короткое время и довольно быстро теряли интерес. Общение детей без руководящей роли взрослого длится недолго и быстро распадается, дети не могут долго удерживать совместную деятельность. Тем более, когда детей больше двух. В совместной игре дети в основном используют только одно игровое действие, и эта игра быстро распадается. Например, при игре в "парикмахерском уголке" дети только расчесывают куклу или только сушат ее волосы феном. Дети редко проявляют инициативу к общению - как со сверстником, так и со взрослым. У некоторых детей данной группы наблюдаются трудности установления контактов с другими детьми. Данные дети часто обращаются к воспитателю за помощью, отвечают на предложения поиграть, но не стараются вовлечь его в свои забавы. У детей наблюдается желание получить от воспитателя подкрепление, в виде положительной оценки своей деятельности, а также внимание и ласку, некоторые занятиях дети довольно активны и заинтересованы, стараются выполнить инструкции взрослого. Но довольно часто, что ребенок может отвлекаться и отвлекать других детей, стремятся к постоянному физическому контакту с ним. В ходе режимных процедур малыши редко стремятся к самостоятельности в самообслуживании, чаще ждут, когда их оденут перед прогулкой, некоторые просят покормить.

Мы выяснили, что дети довольно легко идут на контакт с экспериментатором, откликаются на предложение поиграть, но сами редко проявляют инициативу к общению. От экспериментатора ждут поддержки своей деятельности, часто задают вопрос -А мама придет?. Некоторые дети данной группы хотят ласки - прижимаются, берут за руки, просятся на колени.

Например, девочка Оля Г. (2 г. 9 мес., частые простудные заболевания). Первое время сильно плакала, не хотела играть с детьми. Все время держалась за воспитателя и просила отвести ее домой к маме. За стол садилась, но сама есть отказывалась, просила, чтобы ее покормили. Утром не хотела отпускать маму. Через неделю стала наблюдать за детьми, но играть с ними отказывалась. Если у кого-то из детей что-то падало,- она подходила, поднимала игрушку и подавала ее ребенку, а сама возвращалась к воспитателю. Через три недели по просьбе воспитателя она согласилась поесть сама, стала играть с куклами (кормить их, укладывать спать, качать). Во время игры Саша приговаривала: "Не плачь, не плачь. Сейчас мы с тобой поиграем, поедим, поспим, и мама придет за нами. Ты же у меня хорошая девочка. Вот умница!"

У девочки адаптация средней тяжести. Во время беседы с Олиной мамой выяснилось, что девочка до прихода в детский сад общалась только со взрослыми, поэтому ей так тяжело было привыкнуть к детям — они ее пугали, она не понимала их.

*Группа тяжелой адаптации*

Наблюдая за детьми из данной группы, нам стало ясно, что при тяжелой адаптации ярко выражены нарушения в поведении -ребенок или подавлен или сильно возбужден, наблюдается неадекватное поведение. Малыш часто плачет, устраивает истерики, ведет себя агрессивно по отношению к ровесникам и взрослым, разбрасывает игрушки, отнимает их у других детей, ломает чужие постройки - пирамидки, куличики. При соблюдении режимных процедур возникали сложности: у детей резко снижался аппетит, иногда они вовсе отказывались от еды, плохо засыпали, капризничали. Дети постоянно звали маму, постоянно спрашивали, придет ли она, вопросы как бы переходили в жалобный плач и требование позвать маму; на каждый стук двери вскакивали и с возгласом "Мама" бежали к выходу. Попытки взрослых отвлечь ребенка от его переживаний игрушкой, лаской, заверением, что мама обязательно придет, не завершались успехом или помогали на очень короткое время. Разлука и встреча с родителями проходила очень бурно и сопровождалась слезами. У ребенка из данной группы – Николая Т. (2 г. 8 мес., наличие хронического заболевания), после сильного эмоционального напряжения в яслях, дома случались обмороки. Улучшение состояния детей проходило очень медленно - в течение полутора-двух месяцев. За это время дети несколько раз болели.

Нами было выявлено также, что по отношению к сверстникам дети этой группы несколько пассивны, не проявляют инициативных действий, направленных на привлечение внимания сверстника, довольно редко наблюдаются подражательные действия. При попытке другого ребенка пойти на контакт, они не поддерживают его намерения и стремятся избежать контакта, сторонятся сверстников, плачут при их приближении, иногда ведут себя агрессивно по отношению к ним (могут ударить, толкнуть, покусать). Дети изъявляют желание больше быть в одиночестве. Например, на прогулке держатся обособленно от группы, стремятся убежать с веранды на участки соседних групп или по направлению к выходу (при довольно длительном пребывании в детском саду). В общегрупповые игры включаются с трудом или не включаются вовсе, предпочитая им индивидуальные виды деятельности.

Если дети данной группы находятся рядом с воспитателем, то стараются не отпускать его от себя, хотят, что бы он уделял им как можно больше времени. Стремятся к телесному контакту или при сильном эмоциональном перевозбуждении наоборот избегают его, и вообще воспитателя, не подпускают к себе, не слушаются, не откликаются на предложения, просьбы взрослого, его попытки пожалеть, утешить, отвлечь. Если у ребенка возникают какие-либо сложности, то за помощью он не обращается, а привлекает внимание плачем и ждет когда воспитатель сам подойдет и разрешит проблему.

На занятиях дети этой группы часто отвлекаются, теряют интерес к происходящему вокруг них, перестают выполнять инструкции взрослого, занимаются тем, чем им хочется на данный момент. Например, в то время, когда все дети разучивают прыжки на физкультурном занятии, Коля может уйти в другой конец зала, смотреть в окно или играть с мячом.

Дети с тяжелой адаптацией ищут ласки и сопереживания у экспериментатора, привлекают к себе внимание с помощью плача, капризов. Сами не проявляют инициативу, направленную на совместную деятельность, но если инициативу проявляет экспериментатор - поддерживают его намерения.

Часто задают вопросы такие как: "Когда придет мама?", "Придет ли за мной мама?".

**Вывод**

Таким образом, мы выявили, что соматически ослабленные дети имели среднюю и тяжелую форму адаптации к ДОУ. У здоровых детей преобладала легкая форма адаптации.

Исходя из описания поведения детей с разными вариантами адаптации к ДОУ, можно сказать, что дети из группы легкой адаптации быстро и безболезненно проходят все этапы привыкания к детскому саду: быстро осваиваются в незнакомых условиях группы, налаживают ситуативно-деловое общение с воспитателем, интересуются новыми игрушками и с удовольствием играют с ними, ребятишки открывают для себя сверстника, эмоционально к нему относятся, стремятся взаимодействовать с ним, вовлечь в свои забавы.

Малыши с адаптацией средней тяжести доходят до третьего этапа и останавливаются на нем - здесь дети уже привыкли к новым условиям и наладили контакт с воспитателем, активны в мире игрушек, на некоторое время включаются в групповые игры и занятия, но не проявляют интереса к ровеснику.

Дети с тяжелой адаптацией надолго застревают на первом и втором этапах - они либо вообще не могут привыкнуть к новым условиям детского сада, отчего испытывают постоянный эмоциональный дискомфорт постоянно зовут маму, просятся домой, часто плачут не могут расстаться со своей любимой игрушкой, либо стремятся к постоянному эмоциональному и физическому контакту с воспитателем, прямо таки "прилипая" к нему, и не отпуская от себя.

Итак, в таблице 5 мы наглядно видим распределение детей по формам адаптации к ДОУ.

Таблица 5 Формы адаптации к ДОУ у соматически ослабленных и здоровых детей

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Соматически ослабленные дети | Форма адаптации | Здоровые дети | Форма адаптации |
| Вера А. | тяжелая | Алла Г. | легкая |
| Вова Л. | средняя | Женя Н. | легкая |
| Оля Г. | средняя | Алла С. | средняя |
| Света Г. | тяжелая | Сережа Ж. | легкая |
| Надя К. | тяжелая | Миша Т. | легкая |
| Оля П. | средняя | Кирилл Ж. | легкая |
| Света С. | средняя | Олег У. | средняя |
| Кристина С. | средняя | Алена Н. | легкая |
| Коля Т. | тяжелая |  |  |
| Илья К. | средняя |  |  |
| Лера Н. | тяжелая |  |  |
| Лена Л. | средняя |  |  |

У девочек из группы соматически ослабленных детей преобладает тяжелая форма адаптации к ДОУ, у мальчиков из этой же группы – средняя группа адаптации.

У здоровых детей форма адаптации преимущественно легкая.

Почему поведение детей в адаптационный период столь существенно различается, что же лежит в основе того, что одни дети быстро и безболезненно адаптируются в детском саду, а другие никак не могут привыкнуть к новым условиям? Ответом на этот вопрос будут являться результаты следующих проведенных методик, описанные ниже.

**О**просник для выявления способности ребенка адаптироваться к жизни (А. Фромм)

Данный опросник является эффективным средством для выявления проблем в адаптации для детей в возрасте до 3 лет.

Опросник построен на основе ряда характеристик и показателей адаптации, свидетельствующих об основных привычках ребенка, проявлении каких-либо крайностей (излишняя активность либо пассивность), возврате к более ранним привычкам, отставании в развитии.

Если на поставленные вопросы получено более половины отрицательных ответов, необходимо обратиться к специалисту [27, c.39].

Родителям были предложены 12 вопросов для ответа. В результате анализа ответов родителей были получены следующие данные (табл.6).

Таблица 6 Данные ответов родителей по методике "Опросник для выявления способности ребенка адаптироваться к жизни" в группе здоровых и соматически ослабленных детей

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Соматически ослабленные дети | Форма адаптации | Кол-во отрицат.ответов | Здоровые дети | Форма адаптации | Кол-во отрицат.ответов |
| Вера А. | тяжелая | 8 | Алла Г. | легкая | 5 |
| Вова Л. | средняя | 7 | Женя Н. | легкая | 5 |
| Оля Г. | средняя | 7 | Алла С. | средняя | 6 |
| Света Г. | тяжелая | 9 | Сережа Ж. | легкая | 4 |
| Надя К. | тяжелая | 10 | Миша Т. | легкая | 2 |
| Оля П. | средняя | 6 | Кирилл Ж. | легкая | 2 |
| Света С. | средняя | 8 | Олег У. | средняя | 6 |
| Кристина С. | средняя | 9 | Алена Н. | легкая | 3 |
| Коля Т. | тяжелая | 10 |  |  |  |
| Илья К. | средняя | 6 |  |  |  |
| Лера Н. | тяжелая | 7 |  |  |  |
| Лена Л. | средняя | 5 |  |  |  |

**Вывод:**

Таким образом, по результатам ответов родителей на поставленные вопросы, количество отрицательных ответов присутствует в гораздо большей степени у детей основной группы со средней и тяжелой формами адаптации. У детей контрольной группы с легкой и средней формами адаптации количество минимальных ответов не превышает половины от общего количества вопросов.

Родители основной группы детей наиболее часто отмечали у своих детей капризность, нежелание общаться со сверстниками и невозможность оставить ребенка одного.

Полученные данные говорят о том, что соматически ослабленные дети тяжелее адаптируются к жизни.

**Анкета для матерей детей раннего возраста с различным типом адаптации к ДОУ**

Мы предложили матерям детей раннего возраста с различным типом адаптации к дошкольному учреждению заполнить анкету, разработанную Е.О. Смирновой и М.В. Быковой (Приложение 2) [33, c.65].

Анкета содержит 22 вопроса открытого типа, направленных на выяснение степени выраженности предметного и личностного начал родительского отношения. Предполагалось, что личностное отношение будет выявляться в ответах, отражающих целостное, безоценочное отношение к ребенку, гибкость и лабильность родительского поведения (когда родитель ориентируется на состояние ребенка в конкретной ситуации), в сопереживании ребенку и в ориентации на его психологический комфорт. Поскольку личностное отношение предполагает отсутствие жесткой стратегии воспитания, мы полагали, что оно может также проявляться в неопределенных ответах, типа "затрудняюсь ответить", "не знаю" и пр. Предметное отношение, предположительно, должно было выразиться в конкретных ценностных ориентациях родителей по таким параметрам как: 1) ценность общения и морального развития, 2) ценность интеллекта и умственного развития ребенка, 3) развитие воли и произвольности, 4) самостоятельности.

Например, на вопрос "Каким бы Вы хотели видеть своего ребенка прежде всего", родители давали ответы такие как:

1. а) добрым и отзывчивым (1ответ)
2. б) целеустремленным, настойчивым (2 ответа)
3. в) веселым и счастливым (12 ответов)
4. г) таким, какой он есть (1 ответ)
5. д) умным и сообразительным (3 ответа)
6. е) приспособленным к самостоятельной жизни (1 ответ).

Ответы в) и г) рассматривались как свидетельство личностного отношения к ребенку; ответы а), б), д), е) — предметного.

Таким образом, личностное отношение к ребенку отмечено в 13 семьях (65%). В остальных 7 семьях – предметное отношение к ребенку. Семь этих семей относятся к основной группе исследования.

Подобным образом были проанализированы остальные вопросы, вычислен усредненный процент, который представлен в таблице 7.

Ответы на некоторые вопросы, данные в анкете, существенно различались по содержанию. Например, на вопрос "Как Вы поступите, если ребенок испортил ценную вещь?" ответы мам были очень разнообразными:

1. − никак, это целиком вина родителей;
2. − скажу, чтобы больше так не делал и объясняю почему; - пытаюсь найти причину;
3. − объясню, что вещь стоит дорого;
4. − злюсь на себя, что оставила на видном месте
5. − постараюсь вместе с ребенком, поправить испорченное;
6. − ругаю;
7. − если нарочно - нашлёпаю, если случайно - постараюсь утешить ребенка, объяснить, что это не его вина.

На вопрос "Что Вы цените в Вашем ребенке больше всего?" давались, например, такие ответы:

− его самого;

− упорство и любознательность;

− чувство юмора;

− всё;

− доброту, щедрость, талант;

− самостоятельность;

− его выбор;

− ласку, доброту, ум;

− затрудняюсь ответить: все - и хорошее и плохое;

− жизнерадостность;

Судя по ответам, в ситуации когда ребенок не хочет ложиться спать каждая мама поступает по-своему:

− попрошу просто полежать, чтоб отдохнули ручки, ножки, глазки.

− даю бодрствовать, пока не свалится;

− захочет уснет;

− читаю книжки, рассказываю сказки;

− все равно укладываю;

− укачиваю;

− ложусь рядом;

− выключаю свет и закрываю дверь;

− выясню причину;

− предложу полежать, послушать музыку, сама сажусь рядом.

Таблица 7 Данные ответов матерей на вопросы анкеты

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Категория  | Усредненный процент предметно-ориентированных ответов | Усредненный процент личностно-ориентированных ответов |
| Мамы детей с легкой адаптацией к ДОУ  | 35 % | 65 % |
| Мамы детей со средней адаптацией к ДОУ | 48% | 52% |
| Мамы детей с тяжелой адаптацией к ДОУ | 60 % | 40 % |

На некоторые вопросы анкеты, мамами давались очень схожие по содержанию ответы. Свою родительскую задачу матери видят в том, чтобы:

1. − воспитать достойного человека;
2. − воспитать ребенка цельным, самостоятельным, интеллигентным, дать хорошее образование.

Так, на вопрос "В отношениях с Вашим ребенком, Вам не хватает..." большинство опрошенных ответило - времени и терпения.

Если ребенок нарушает запрет, то большинство матерей, судя по ответам на вопрос "Как вы поступите, если ребенок нарушил Ваш запрет?" предпочитают наказывать или ругать ребенка, повторяя свой запрет. Лишь одна мама из двадцати - отвечает, что у нее, для ребенка такого возраста (2,7 лет) практически нет запретов.

Если малыш не хочет идти в ясли мамы пытаются уговорить ребенка, говорят, что это "его работа", ведут насильно. Причем, было отмечено, что мамы, чьи дети тяжело адаптируются к детскому саду, отрицают или стараются не замечать этой проблемы. На вопрос "Что Вы предпримите, если ребенок отказывается идти в ясли?" давали следующие ответы:

− Такого не бывает;

− отказа не было, ходит с удовольствием;

− оставлю дома;

− затрудняюсь ответить.

**Вывод:**

После проведения анкетирования и анализа полученных ответов было выявлено следующее: у каждой мамы присутствует как личностное отношение к ребенку, так и предметное. Далее мы сравнили процент личностно-ориентированных ответов, и ответов говорящих о предметном отношении матерей к детям с легкой и тяжелой адаптацией к дошкольному учреждению.

Как видно из таблицы 7, в ответах матерей, дети которых легко адаптировались к дошкольному учреждению, преобладали ответы интерпретируемые как личностное отношение к ребенку, а в ответах мам, чьи малыши испытывали серьезные трудности в адаптации в большинстве своем были ответы, говорящие о предметном отношение к ребенку.

В целом, наши данные свидетельствуют о том, что определяющим фактором, подготавливающим ребенка к жизни в новых условиях, является, прежде всего, материнское отношение. Результаты показали, что в тех случаях, когда родители воспринимают своих детей как объект воспитания и гигиенического ухода, у малышей формируется недоверие к окружающему миру, а физическое присутствие и опека матери остаются единственными и главными условиями нормального состояния и эмоционального комфорта малыша. "Я" ребенка нуждается в постоянной опоре и находит ее только в материнском отношении. Об этом свидетельствует несамостоятельность этих детей в предметной деятельности и их зависимость от взрослых. Ребенок спокоен, активен, уверен в своих силах только если рядом мать. В совершенно новых для ребенка условиях детского сада, он чувствует себя неуверенно и некомфортно, долго и трудно адаптируется к ним.

Если же, родители воспринимают своего ребенка как целостную личность, относятся к нему безоценочно, используя гибкую стратегию воспитания ориентированную на психологический комфорт малыша, на его состояние в конкретной ситуации, то ребенок быстро и безболезненно привыкает к дошкольному учреждению: осваивается в незнакомых условиях группы, налаживает ситуативно-деловое общение с воспитателем, интересуется новыми игрушками и с удовольствием играет с ними, открывает для себя сверстника, эмоционально к нему относятся, стремятся взаимодействовать с ним, вовлечь в свои игры и забавы.

Опросник для воспитателей "Учет преобладающего настроения ребенка"

Воспитателю группы предлагалось заполнить диагностический бланк "Преобладающее настроение ребенка". Бланк заполнялся по каждой строке выставлением знака (+) или (-) в соответствующих графах. Количественный подсчет позволяет представить картину эмоциональных ресурсов личности, наметить план оптимальной самореализации сил ребенка [36, c.322].

Количественный анализ опросника для воспитателей представим в таблицах 8 и 9.

Таблица 8 Данные опросника для воспитателей (контрольная группа 8 детей = 100%)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| № | Преобладающее настроение | В общении | В деятельности |
| обычно | часто | редко | обычно | часто | редко |
| 1 | Спокойное, ровное | 4 (50%) | 1(12,5%) | 3(37,5%) | 5(62,5%) | 0 | 3(37,5%) |
| 2 | Бодрое и жизнерадостное | 1(12,5%) | 4 (50%) | 3(37,5%) | 3(37,5%) | 2(25%) | 3(37,5%) |
| 3 | Приподнято-веселое | 8 (100%) | 0 | 0 | 7(87,5%) | 0 | 1(12,5%) |
| 4 | При неудачах с трудом подавляет свой гнев | 0 | 1(12,5%) | 7(87,5%) | 4 (50%) | 1(12,5%) | 3(37,5%) |
| 5 | Угнетенно-подавленное | 3(37,5%) | 2(25%) | 3(37,5%) | 1(12,5%) | 0 | 7(87,5%) |
| 6 | При неудачах с трудом подавляет слезы | 2(25%) | 0 | 5(62,5%) | 2(25%) | 0 | 5(62,5%) |
| 7 | Возбужденно-агрессивное | 1(12,5%) | 1(12,5%) | 6(75%) | 1(12,5%) | 0 | 7(87,5%) |
| 8910 | Настроение резко меняется:—независимо от ситуации;—после отрицательных суждений;—после перегрузок | 004 (50%) | 03(37,5%)0 | 8(100%)5(62,5%)4 (50%) | 1(12,5%)3(37,5%)4 (50%) | 1(12,5%)1(12,5%)4 (50%) | 7(87,5%)4 (50%)0 |

Таблица 9 Данные опросника для воспитателей (основная группа 8 детей = 100%)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Преобладающее настроение | В общении | В деятельности |
| обычно | часто | редко | обычно | часто | редко |
| Спокойное, ровное | 1(12,5%) | 3(37,5%) | 4 (50%) | 0 | 3(37,5%) | 5(62,5%) |
| Бодрое и жизнерадостное | 4 (50%) | 3(37,5%) | 1(12,5%) | 2(25%) | 3(37,5%) | 3(37,5%) |
| Приподнято-веселое | 0 | 0 | 8(100%) | 0 | 1(12,5%) | 7(87,5%) |
| При неудачах с трудом подавляет свой гнев | 1(12,5%) | 7(87,5%) | 0 | 1(12,5%) | 3(37,5%) | 4 (50%) |
| Угнетенно-подавленное | 2(25%) | 3(37,5%) | 3(37,5%) | 0 | 7(87,5%) | 1(12,5%) |
| При неудачах с трудом подавляет слезы | 0 | 5(62,5%) | 2(25%) | 0 | 5(62,5%) | 2(25%) |
| Возбужденно-агрессивное | 1(12,5%) | 6(75%) | 1(12,5%) | 0 | 7(87,5%) | 1(12,5%) |
| Настроение резко меняется:—независимо от ситуации;—после отрицательных суждений;—после перегрузок | 03(37,5%)0 | 8(100%)5(62,5%)4 (50%) | 004 (50%) | 1(12,5%)1(12,5%)4 (50%) | 7(87,5%)4 (50%)0 | 1(12,5%)3(37,5%)4 (50%) |

Для выравнивания выборок случайным образом мы отбросили данные исследования для 4 детей основной группы. Оставшиеся данные проанализируем с помощью табличного процессора Microsoft Excel. Для этого создадим таблицу начисления баллов:

Таблица 10 Таблица начисления баллов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Обычно | Часто | Редко |
| Вопросы №№ 1,2,3,9,10 | 3 | 2 | 1 |
| Вопросы №№ 4-8 | -2 | -3 | -1 |

После обработки данных в приложении Excel мы получили так называемый "Индекс настроения". Объективно, этот индекс выше в контрольной группе.

Таблица 11 Обработка данных в приложении Exсel

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Основная группа | Контрольная группа |
| № вопроса |   | обычно | часто | редко | обычно | часто | редко |
| 1 | общение | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 | 3 |
|   | деятельность | 0 | 3 | 5 | 5 | 0 | 3 |
| 2 | общение | 4 | 3 | 1 | 1 | 4 | 3 |
|   | деятельность | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 |
| 3 | общение | 0 | 0 | 8 | 8 | 0 | 0 |
|   | деятельность | 0 | 1 | 7 | 7 | 0 | 1 |
| 4 | общение | 1 | 7 | 0 | 0 | 1 | 7 |
|   | деятельность | 1 | 3 | 4 | 4 | 1 | 3 |
| 5 | общение | 2 | 3 | 3 | 3 | 2 | 3 |
|   | деятельность | 0 | 7 | 1 | 1 | 0 | 7 |
| 6 | общение | 0 | 5 | 2 | 2 | 0 | 5 |
|   | деятельность | 0 | 5 | 2 | 2 | 0 | 5 |
| 7 | общение | 1 | 6 | 1 | 1 | 1 | 6 |
|   | деятельность | 0 | 7 | 1 | 1 | 0 | 7 |
| 8 | общение | 0 | 8 | 0 | 0 | 0 | 8 |
|   | деятельность | 1 | 7 | 1 | 1 | 1 | 7 |
| 9 | общение | 3 | 5 |   |   | 3 | 5 |
|   | деятельность | 1 | 4 | 3 | 3 | 1 | 4 |
| 10 | общение | 0 | 4 | 4 | 4 | 0 | 4 |
|   | деятельность | 4 | 0 | 4 | 4 | 4 | 0 |
| № 1.2.3.9.10 | баллы | 15 | 26 | 39 | 39 | 15 | 26 |
| № 4-8 | баллы | 6 | 58 | 15 | 15 | 6 | 58 |
| Индекс настроения | -65 | 67 |
| Вспомогательные ячейки | 136 |   |   | 173 |   |   |
| -201 |   |   | -106 |   |   |
| -65 |   |   | 67 |   |   |

**Вывод:**

Таким образом, анализируя ответы воспитателей о настроении ребенка, мы можем сделать вывод, что соматически ослабленным детям со средней и тяжелой формами адаптации свойственно угнетенно-подавленное настроение, которое также имеет тенденцию резко меняться, в основном после перегрузок (индекс настроения -65).

У детей контрольной группы настроение, как правило, приподнятое, веселое, жизнерадостное (индекс настроения 67).

**Методика, разработанная авторским коллективом лаборатории психического развития дошкольников и методика, разработанная Е.А. Стребелевой**

С целью выяснения причин, лежащих в основе различных вариантов адаптации ребенка раннего возраста к ДОУ, были проведены:

- методика, разработанная авторским коллективом лаборатории психического развития дошкольников;

- методика, разработанная Е.А. Стребелевой [37, c.81].

Данные методики проводились и в основной, и в контрольной группах.

После проведенных методик были получены следующие результаты:

*Диагностика общения и речи.*В основном все дети были активны, проявляли желание общаться с экспериментатором, используя при этом все средства общения - экспрессивно-мимические, предметные действия, речь. Дети адресовывали взрослому инициативные действия с предметами, охотно воспроизводили действия показанные экспериментатором.

Алена - средний уровень развития речи. С воспитателями разговаривает довольно много, часто обращается к ним, может составить двусловное предложение. В ситуации совместного рассматривания картинок сама несет книгу, раскрывает ее. Указывает на знакомые картинки и старается назвать, при этом улыбается, весело смеется, заглядывая в лицо экспериментатору. Алена хорошо понимает обращенную к ней речь, легко находит нужные предметы и адекватные действия.

*Диагностика познавательной активности.*В ситуации с исследованием незнакомого предмета дети стремились перейти от предметного действия к эмоционально-личностным контактам или совместной игре со взрослим. Причем конфигурация исследуемого предмета (бачок для проявки фотопленки) провоцировала у большинства детей совершенно определенные игровые действия: приготовление и кормление. Вопрос: "Что это?" задавали не все дети, они познавали предмет через действие.

Лера: 1 -2 мин обследовала незнакомый предмет, после показа образца действия попыталась несколько раз его повторить, но 1 деталь не помещалась на место.

Лера: Вопросительно смотрит на экспериментатора, протягивает бачок и говорит "Как"?

Экспериментатор: Показывает способы действия.

Л.: "Дай, (ребенок берет бачок, складывает его и разбирает)", "у мамы тоже коробка есть"

Э.: "Точно такая же?"

Л.: "Нет, большая она туда бусы кладет".(Пробует положить туда свою заколку).

Если способ действия с предметом ребенку не понятен (он трогает его, вертит в руках) и при его сборке малыша постигает неудача, то он быстро охладевает к этому предмету. Помощь и участие взрослого, его показ правильного способа действия возрождали активность малышей. Попытки повторить образец были более эмоционально положительно окрашены и довольно продолжительны.

*Диагностика целенаправленности и самостоятельности.* Вданной пробе дети вели себя по-разному. Одни увлеченно действовали с предметами, пытаясь достичь результата другие же осторожно манипулировали с ними, переставляли детали, которые нужно собрать, постепенно утрачивая цель действия. Причем заинтересованность детей определялись реакцией экспериментатора. Дети оживлялись, радостно улыбались, когда он обращался к ним, при неудачах протягивали детали с просьбой помочь. Конечный результат оценивали только некоторые дети:

Кристина собирает грузовик из деталей (старается). Экспериментатор: "Ты правильно собрала?"

К.: "Правильно, смотри!"

Э.: "Молодец!"

К.: "Машина! Мы с папой пойдем кататься".

В основном интерес и внимание получали конкретные действия и участие взрослого в них или внимание к ним.

Женя: Перебирает детали дома.

Экспериментатор: "Давай стены построим" (показывает)

Ж.: Радостно оживляется, пытается приладить кубики, затем отдает их экспериментатору.

Э.: "Давай крышу сделаем"

Ж.: "Угу", (вертит кубики, смотрит на экспериментатора, улыбается, но крышу не ставит).

*Процессуальная игра*вызывала у детей самые яркие положительные эмоции, т. к. малыши давно старались переключить на нее общение со взрослым. Все дети были внимательны к действиям экспериментатора, особенно к тем, которые сами они еще не использовали (новые сюжеты, предметы-заместители). Они сначала наблюдали за действиями взрослого, затем сами вступали в игру. Некоторые дети сами выбирали сюжет, другие ждали предложений взрослого, его наводящих вопросов. Часть малышей принимали эксперимнтатора в качестве равного партнера по игре, даже руководили его действиями с помощью речи.

Экспериментатор: Ляля проголодалась, давай ее покормим. Света: "Давай, надо тарелки поставить и еду сварить" : Э.: "Что будем варить?"

С.: "Кашу" (кладет в кастрюлю шарики, мешает, затем кормит куклу и приговаривает "Вот, ешь кашку, вкусная. Сейчас гулять пойдем")

Во время проведения диагностических проб экспериментатор делает необходимые пометки в протоколе исследования (См. приложение 3).

1. Проведя математическое сравнение результатов, выясним, имеются ли различия у испытуемых в умственном развитии, познавательной активности, целенаправленности, самостоятельности, в общении, речи (сформированности) и игровой деятельности у испытуемых основной и контрольной групп.
2. Математико-статистический анализ показателей проведем с использованием программы Microsoft Exсel путем сравнения простого среднего арифметического, так как размах выборок примерно одинаков. Результаты обработки данных представлены в приложении 4 (См.таблица *Excel* в Приложении 4*).*

После процедуры проведения и обработки методик, показатели и параметры уровня развития общения и речи; познавательной активности, игровой деятельности, целенаправленности и самостоятельности в предметной деятельности, умственного развития находят свое отражение в баллах (табл. 13).

Проведенный сравнительный анализ детей по вышеперечисленным показателям свидетельствует о том, что характер адаптации ребенка к дошкольному учреждению не зависит от умственного развития, познавательной активности, развития общения и речи. По данным показателям у детей не наблюдалось существенных различий. Единственным показателем, по которому обнаружены различия между детьми с разным типом адаптации, был уровень развития процессуальной игры.

1. Таблица 12 Количество баллов у каждого ребенка по методике определения уровня психического развития ребенка

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Ребенок
 | 1. Умственное развитие
 | 1. Познават. активность
 | 1. Целенапр и
2. самост-ть
 | 1. Общение
 | 1. Речь
 | 1. Процесс. игра
 |
| 1. Легкая адаптация
 |
| 1. Алла Г.
 | 1. 27
 | 6 | 14 | 10,7 | 3,7 | 15 |
| 1. Женя Н.
 | 1. 34
 | 12 | 16 | 1. 14,5
 | 9 | 23 |
| 1. Сережа Ж.
 | 1. 31
 | 10 | 14 | 12,3 | 3,8 | 23 |
| 1. Миша Т.
 | 1. 37
 | 11 | 20 | 14,5 | 6,5 | 23 |
| 1. Кирилл Ж.
 | 1. 34
 | 12 | 17 | 1. 13,2
 | 8 | 21 |
| 1. Алена Н.
 | 1. 33
 | 12 | 1. 18
 | 1. 13,5
 | 1. 7
 | 1. 21
 |
| 1. среднее μ
 | 32,67 | 10,50 | 16,50 | 13,12 | 6,33 | 21,00 |
| 1. Адаптация средней тяжести
 |
| 1. Вова Л.
 | 1. 28
 | 10 | 14 | 1. 9
 | 3,2 | 15 |
| 1. Оля Г.
 | 1. 31
 | 11 | 14 | 1. 12,6
 | 6 | 20 |
| 1. Оля П.
 | 1. 28
 | 10 | 13 | 1. 13,5
 | 8 | 21 |
| 1. Света С.
 | 1. 30
 | 10 | 13 | 1. 12,7
 | 6,5 | 21 |
| 1. Алла С.
 | 1. 30
 | 12 | 11 | 1. 11,6
 | 4 | 17 |
| 1. Кристина С.
 | 1. 36
 | 11 | 15 | 1. 10,8
 | 3,7 | 17 |
| 1. Илья К.
 | 1. 31
 | 9 | 13 | 1. 12
 | 5,5 | 19 |
| 1. Олег У.
 | 1. 32
 | 10 | 13 | 1. 8,6
 | 3,7 | 18 |
| 1. Лена Л.
 | 1. 34
 | 12 | 14 | 1. 13
 | 1. 6,6
 | 20 |
| 1. среднее μ
 | 31,11 | 10,56 | 13,33 | 11,53 | 5,24 | 18,67 |
| 1. Тяжелая адаптация
 |
| 1. Вера А.
 | 1. 34
 | 11 | 14 | 1. 10,7
 | 6 | 19 |
| 1. Света Г.
 | 1. 27
 | 8 | 13 | 1. 11,2
 | 4 | 14 |
| 1. Надя К.
 | 1. 32
 | 10 | 12 | 1. 12
 | 6 | 17 |
| 1. Коля Т.
 | 1. 36
 | 11 | 15 | 1. 12,4
 | 6 | 14 |
| 1. Лера Н.
 | 1. 33
 | 1. 9
 | 1. 12
 | 1. 11,6
 | 1. 5
 | 1. 14
 |
| 1. среднее μ
 | 32,40 | 9,80 | 13,20 | 11,58 | 5,40 | 15,60 |

Сравнивая полученные средние значения можно сделать следующие выводы. Группы исследованных детей отличаются по следующим критериям: умственное развитие, познавательная активность, самостоятельность, общение и речь весьма незначительны и обусловлены, по нашему мнению, возрастными различиями детей в группах. Критерий "процессуальная игра" имеет значительные различия средних величин (5,4 балла (либо 25,7%) между детьми легко и тяжело адаптировавшимися), которые вызваны, по нашему мнению, уровнем адаптации детей к ДОУ.

**Вывод:**

Исходя из полученных результатов можно сделать следующее предположение: чем лучше ребенок ориентирован на конечный результат своей деятельности, способен находить способы действий, ведущие к намеченной цели, готов удерживать цель на протяжении долгого времени, самостоятелен в ходе выполнения действий, может оценивать свои действия по результату, чем больше в игре ребенок проявляет инициативности, самостоятельности, умения выполнять и варьировать игровые действия, использовать предметы-заместители, чем лучше у малыша развито воображение, тем легче ребенок будет адаптироваться в условиях ясельной группы детского сада. Соответственно, если данные умения у ребенка развиты слабо, тем труднее будет проходить его адаптация.

В то же время, полученные данные показали, что у детей нет существенных различий, ни в умственном развитии, ни в коммуникативном. Это позволяет предположить, что причина трудной адаптации кроется не в уровне познавательного развития, а имеет другие причины.

**3.4 Обсуждение результатов, выводы**

Таким образом, проанализировав все используемые нами методики, мы пришли к следующим выводам.

Длительность периода адаптации зависит от многих причин:

- от особенностей высшей нервной деятельности и возраста ребенка;

- от наличия или отсутствия предшествующей тренировки его нервной системы;

- от состояния здоровья;

- от резкого контраста между обстановкой, в которой ребенок привык находиться дома и той, в которой находится в дошкольном учреждении;

- от разницы в методах воспитания.

У часто болеющих, а следовательно, физически ослабленных детей в связи с поступлением в детский сад, необходимость резкого изменения привычного поведения, режима дня является непосильной задачей и может привести к срыву нервной деятельности и угнетению регуляторных механизмов. Как следствие при этом возникает процесс дизадаптации. Процесс дизадаптации может протекать в двух формах. Первая форма дизадаптации выражается в длительном неадекватном поведении ребенка, граничащем с предневротическим состоянием, при этом у него быстро пропадает желание посещать детский сад. Вторая форма дизадаптации проявляется в повторных заболеваниях, как правило, респираторных, при этом нарушается стабильная прибавка массы тела, повышается частота сердечных сокращений, ребенок плохо ест, нарушается сон.

Итак, часто болеющие, соматически ослабленные дети относятся к группе риска, как трудно адаптирующиеся к режиму ДОУ. Следовательно, они нуждаются в щадящем режиме, который предусматривает, например, увеличение двигательной активности, организацию прогулок с подвижными играми, отсутствие повышенных умственных нагрузок на занятиях, организацию профилактических и оздоровительных мероприятий.

По сочетанию функциональных изменений, происходящих в организме детей, выделяют три группы детей по степени адаптации к ДОУ: 1 - группа "адаптировавшихся" детей, легкая форма адаптации; 2 – группа "с незавершенной адаптацией", средняя форма адаптации и 3 – группа "неадаптировавшихся" детей, тяжелая форма адаптации.

Сравнив показатели состояния здоровья и степень адаптации к детскому учреждению, мы пришли к выводу, что соматически ослабленные дети имеют чаще всего среднюю и тяжелые формы адаптации к ДОУ.

Таким образом, наша гипотеза о том, что характер адаптации к детскому учреждению зависит от наличия у ребенка соматических и психосоматических заболеваний, подтвердилась.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В заключении сделаем выводы по всему содержанию выпускной квалификационной работы.

Проанализировав теоретические вопросы адаптации детей к условиям детского образовательного учреждения, мы выявили, что каждый из детей по-своему реагирует на трудности адаптации, однако есть и общие черты. До трех лет у детей, подверженных невротическим расстройствам, при помещении в ясли, скорее будут проявляться беспокойство, страх и депрессивные реакции (заторможенность, вялость, безучастность); длящиеся, по крайней мере, несколько месяцев, особенно у детей повышенно эмоционально зависимых от родителей. В таких случаях процесс адаптации растягивается на год и более.

Мы сделали вывод о том, что характер и длительность привыкания зависят от ряда условий:

1. Прежде всего, течение периода адаптации зависит от возраста детей при поступлении. Наиболее трудно приспосабливаются к новым условиям жизни дети от 12 до 19 - 20 месяцев.

2. По-разному привыкают дети разного возраста в зависимости от того, что именно меняется у ребенка в связи с переходом в новые условия. Дети трудно привыкают, если меняется их кормление и привычная для них температура помещения. Так же дети обычно тяжело реагируют, если меняются приемы проведения кормления, укладывания, бодрствования.

3. Различна длительность и тяжесть привыкания к изменившимся условиям в зависимости от предшествующих условий воспитания детей в семье.

Таким образом, нарушения в поведении детей при переходе в новые условии жизни объясняются резкой переменой привычных для детей приемов воспитания и недостаточным развитием у них адаптационных механизмов.

4. По-разному привыкают дети одного и того же возраста в зависимости от индивидуально - типологических особенностей их нервной деятельности.

5. Течение адаптационного периода зависит от наличия или отсутствия предшествующей тренировки их нервной системы в приспособлении к меняющимся условиям.

6. На течение адаптационного периода оказывает влияние также уровень психического развития. Дети с более высоким уровнем развития привыкают, как правило, легче.

7. Дети с тяжелым анамнезом (с отягощенной наследственностью, патологией беременности и родов), длительно и часто болеющие до поступления в ясли, часто дают тяжелую адаптацию (Л. Г. Голубева). Поэтому персоналу группы следует знать прошлое поступающего ребенка и уделять таким детям особенное внимание.

Итак, длительность периода адаптации зависит от многих причин, в том числе и от состояния здоровья. Как правило, ослабленные дети труднее адаптируются к новым условиям. Для эмоционально чувствительных, нервно и соматически ослабленных детей, особенно тех, кто в последствии заболевают неврозом, ДОУ выступает в качестве декомпенсирующего фактора их психического развития.

В нашем эмпирическом исследовании, сравнив показатели состояния здоровья и степень адаптации к детскому учреждению детей соматически ослабленных и здоровых, мы пришли к выводу, что соматически ослабленные дети имеют чаще всего среднюю и тяжелые формы адаптации к ДОУ. Это означает, что часто болеющие, соматически ослабленные дети относятся к группе риска, как трудно адаптирующиеся к режиму ДОУ. Данный вывод подтверждает результаты исследования Л.Г. Голубевой о том, что дети, длительно и часто болеющие до поступления в ясли, дают тяжелую адаптации.

Таким образом, наша гипотеза о том, что характер адаптации к детскому учреждению зависит от наличия у ребенка соматических и психосоматических заболеваний, подтвердилась.

В настоящее время разрабатывается система медицинской и педагогической помощи детям, поступающим в ясли. В нее включается работа с родителями, направленная на укрепление физического здоровья детей, увязывание домашнего режима дня с условиями новой среды. Чтобы облегчить адаптационный период, рекомендуется постепенно включать ребенка в ясельную группу, создавать для него особый эмоциональный климат.

Ведь от того, насколько ребенок подготовлен в семье к переходу в детское учреждение, зависит и его привыкание к яслям (которое может продолжаться в течение полугода), и дальнейшее развитие малыша.

Главной заботой тут является профилактика заболеваемости детей и снижение их эмоционального дискомфорта в период адаптации. Однако эти меры облегчают уже возникшее тяжелое состояние, но не затрагивают причин, порождающих его. Вместе с тем ясно, что гораздо важнее организовать уход за детьми и воспитание в семье таким образом, чтобы свести к минимуму осложнения адаптационного периода. Не подлежит сомнению то, что причины осложнения физического и психического состояния малышей имеют прежде всего психологическую природу и находятся в сфере социальных отношений ребенка с окружающим миром. Это признают и медики, и педагоги, и психологи.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Адаптационные группы в ДОУ: Методическое пособие [Текст] / Приложение к журналу "Управление ДОУ".- М.: ТЦ Сфера, 2005. — 128 с.
2. Алешина, Н.В. Ознакомление дошкольников с окружающим и социальной действительностью [Текст] / Н.В. Алешина. - М.: ЦГЛ, 2003.
3. Андреева, Г.М. Социальная психология: Учебник [Текст] / Г.М. Андреева. - М., 1997.
4. Белкина, В.Н. Дошкольник: обучение и развитие. Воспитателям и родителям [Текст] / В.Н. Белкина, Н.Н. Васильева, Н.В. Елкина и др. – Ярославль: Академия, 2001.
5. Божович, Л.И. Личность ребенка, и ее формирование в детском возрасте [Текст] / Л.И. Божович. - М.: Просвещение, 1968.
6. Ватутина, Н.Д. Ребенок поступает в детский сад [Текст] / Н.Д. Ватутина. - М.: Просвещение, 1983.
7. Воспитание и обучение детей раннего возраста [Текст] / Под ред. Павловой Л.Н. - М.: Просвещение, 1986.
8. Воспитание детей раннего возраста: Пособие для воспитателей детского сада и родителей [Текст] / Под ред. Е.О. Смирновой, Н.Н. Авдеевой, Л.Н. Галигузовой и др. - М.: Просвещение: учебная литература, 1996.- 158 с.
9. Воспитание детей раннего возраста в детских учреждениях [Текст] / Под ред. Н. М. Щелованова, Н. М. Аксариной. - М., 1955.
10. Выготский, Л.С. Избранные психологические исследования [Текст] / Л.С. Выготский. – М.-Л., 1956.
11. Гаврилова, Т.П. О типичных ошибках родителей в воспитании детей [Текст] // Вопросы психологии. - 1984. - № 1.
12. Галигузова, Л.Н. Ступени общения: от года до шести лет [Текст] / Л.Н. Галигузова, Е.О. Смирнова. - М.: Интор, 1996.
13. Гуров, В.Н. Социальная работа ДОУ с семьей [Текст] / В.Н. Гуров. - М., 2003.
14. Дробинская, А.О. Основы педиатрии и гигиены детей раннего и дошкольного возраста: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / А.О. Дробинская. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – 400 с.
15. Дружинин, В.Н. Психология семьи [Текст] / В.Н. Дружинин. – Екатеринбург, 2000.
16. Дьяченко, О.М. Психическое развитие дошкольников [Текст] / О.М. Дьяченко, Т.В. Лаврентьева. - М.: Просвещение, 1969.
17. Задровская И.А. Социально-психологическая служба ДОУ при подготовке ребенка к детскому саду [Текст] // Научно-практический журнал "Управление ДОУ"- 2005. - №8. – с.46-49.
18. Кирюхина, Н.В. Организация и содержание работы по адаптации детей в ДОУ: практ. пособие [Текст] / Н.В. Кирюхина. – М.: Айрис-пресс, 2005. – 112 с.
19. Козлова, С.А. Дошкольная педагогика [Текст] / С.А. Козлова. – М.: Академия, 2000.
20. Кузнецова, Л.В. Основы специальной психологии: Учеб. пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений [Текст] / Л. В. Кузнецова, Л. И. Переслени, Л. И. Солнцева и др.; Под ред. Л. В. Кузнецовой. — М.: Издательский центр "Академия", 2002. — 480 с.
21. Лисина, М.И. Формирование личности ребенка в общении. В книге "Психология дошкольника. Хрестоматия" [Текст] / М.И. Лисина. - М., Академия, 2000.
22. Лурия, А.Р. Развитие речи и формирование психических процессов: Психологическая наука в СССР. [Текст] / А.Р. Лурия. Т.1. – М., 1959.
23. Лурия, А.Р. Речь и развитие психических процессов ребенка [Текст] / А.Р. Лурия, Ф.А. Юдович. – М., 1956.
24. Люблинская, А.Л. Воспитателю о развитии ребенка [Текст] / А.Л. Люблинская. - 2 изд. - М.: Просвещение, 1972.
25. Лямина, Г.М. В группу поступил новый ребенок. "Воспитание и развитие детей раннего возраста": Пособие для воспитателей дет. садов [Текст] / Г.М. Лямина. - М.: Просвещение, 1981.
26. Макаренко, А. С. Книга для родителей [Текст] / А.С. Макаренко. - М.: Просвещение, 1969.
27. Мельникова, Н. Адаптация малышей к детскому саду [Текст] // Дошкольное образование. – 2002. - № 5 (77).
28. Обухова, Л.Ф. Детская психология: теории, факты, проблемы [Текст] / Л.Ф. Обухова. – М.: Тривола, 1996.
29. Павлов, И.П. Полное собрание сочинений [Текст] / И.П. Павлов. - Т. 3, кн.2. – М., 1991.
30. Психолог в детском саду [Текст] / Под ред. П.Д. Романенко. – М., 1995.
31. Психологический словарь [Текст] / Под ред. В.В. Давыдова и др. - М., 1983.
32. Психология: Словарь [Текст] / Под ред. А.В. Петровского. - М., 1990.
33. Смирнова, Е.О. Становление межличностных отношений в раннем онтогенезе // Вопросы психологии. - 1994. - № 6.
34. Семейное воспитание: Краткий словарь [Текст] / Сост. И.В. Гребенников, Л.В. Ковинько. - М., 1990.
35. Социальная дезадаптация: нарушения поведения у детей и подростков: Материалы российской научно-практической конф. [Текст] / (Москва, 26-28 ноября 1996 г.). - М., 1996.
36. Социальная адаптация детей в дошкольных учреждениях [Текст] / Под ред. Р. В. Тонковой-Ямпольской, Е. Шмидт-Кольмер, А. Атанасовой-Буковой.— М., 1980.
37. Стребелева, Е.А. Ранняя диагностика умственного развития [Текст] / Е.А. Стребелева. - М.: компания Петит, 1994.
38. Функциональные системы организма [Текст] / Под ред. К.В. Судакова. - М., 1987.
39. Целуйко, В. М. Вы и ваши дети. Психология семьи [Текст] / В.М. Целуйко. – Ростов н/Д, 2004.
40. Эльконин, Д. Б. Детская психология [Текст] / Д.Б. Эльконин. – М., 1960.
41. Эльконин, Д.Б. Избранные психологические труды [Текст] / Д.Б. Эльконин. - М.: Педагогика, 1989.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 1**

**Лист наблюдений за ребенком в период адаптации**

Лист должен быть оформлен на каждого ребенка, заполняется в период адаптации.

Ф. И. ребенка

Дата рожденияВозраст

Дата поступления в ДОУ

|  |  |
| --- | --- |
| Адаптационные данные | Дни наблюдений |
| 1-й | 2-й | 3-й | 4-й | 8-й | 16-й | 32-й | 64-й | 128-й |
| Настроение: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Аппетит: завтрак, обед, полдник |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Сон: засыпание, длительность |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Активность: в игре, в речи |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Взаимоотношения с детьми |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Взаимоотношения со взрослыми |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Оценка адаптации определяется:

- по ее длительности;

- по количеству показателей, имеющих отклонение от возрастных норм;

- по глубине отклонений в поведении; по заболеваемости;

- по проявлению невротических реакций.

Обозначения в листах наблюдений в период адаптации:

хорошо - "+";

неустойчиво "- +";

плохо - "-";

дома - "Д";

болезнь - "Б".

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2**

**АНКЕТА ДЛЯ МАТЕРЕЙ**

1. Каким бы Вы хотели видеть своего ребенка прежде всего?

2. Что Вы будете делать в ситуации, когда Ваш ребенок требует вещь, которая может быть для него опасной?

3. Когда Вы занимаетесь с ребенком, Вы предпочитаете

4. Что Вы делаете, когда Ваш ребенок капризничает без особого повода?

5. Больше всего Вас огорчает когда Ваш ребенок:

6. Как Вы поступите в том случае, если Ваш ребенок отказывается выполнять то, что Вы его просите сделать?

7. Свою родительскую задачу Вы видите в том, чтобы:

8. Как Вы поступите, если ребенок отказывается есть?

9. Вы больше всего радуетесь, когда Ваш ребенок

10. Что Вы делаете, когда Ваш ребенок Вас не слушается?

11. Как Вы поступите, если ребенок испортил ценную вещь?

12. В отношениях с Вашим ребенком Вам не хватает:

13. Что Вы предпримите, если ребенок отказывается спать?

14. Вам хотелось бы, чтобы Ваш ребенок стал более

15. Как Вы поступите в ситуации, если ребенок навязчиво пристает и мешает?

16. Вам не нравится когда Ваш ребенок

17. Как Вы поступите, если ребенок нарушил Ваш запрет?

18. В Вашем ребенке Вы больше всего цените:

19. Как Вы поступите, если Ваш ребенок обидел другого ребенка?

20 Что Вы предпримите в ситуации, когда Ваш ребенок взял чужую вещь без спроса?

21. Какие качества, на Ваш взгляд, надо развивать в первую очередь у ребенка в этом возрасте?

22. Что Вы предпримите, если ребенок отказывается идти в ясли?

*Сообщите, пожалуйста, некоторые сведения о себе.*

23. Пол М Ж

24. Пол ребенка М Д

25.Ваш возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

26. Возраст ребенка

27. Каков состав Вашей семьи? (нужное подчеркнуть)

Отец - мать - дети (1-2-3 - более 3-х \_\_\_\_) - другие родственники

28. Ваше образование

А) среднее в) незаконченное высшее

Б) среднее специальное г) высшее

**БОЛЬШОЕ СПАСИБО**

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3**

**ДИАГНОСТИКА УМСТВЕННОГО РАЗВИТИЯ**

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Название  | Баллы  |
| 1.  | Лови шарик  | 1 2 3 4  |
| 2.  | Спрячь шарик  | 1 2 3 4  |
| 3.  | Разборка и складывание матрешки  | 1 2 3 4  |
| 4.  | Разборка и складывание пирамидки  | 1 2 3 4  |
| 5.  | Парные картинки  | 1 2 3 4  |
| 6.  | Цветные кубики  | 1 2 3 4  |
| 7.  | Разрезные картинки  | 1 2 3 4  |
| 8.  | Конструирование из палочек  | 1 2 3 4  |
| 9.  | Достань тележку  | 1 2 3 4  |
| 10.  | Нарисуй  | 1 2 3 4  |

Сумма

**НЕЗНАКОМЫЙ ПРЕДМЕТ**

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Интерес к незнакомому предмету | Включенность в деятельность | Инициативное обращение ко взрослому | Внимание и точность воспр. образца | Настойчивость |
| 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| 2 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| 3 | 3 | 3 | 3 | 3 |

**ОБЩЕНИЕ И РЕЧЬ**

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатели общения | Баллы  | Среднее  | Примечание  |
| Проба 1 | Проба 2 | Проба 3 |
|  Инициативность |  |  |  |  |  |
| Чувствительность к воздействиям взрослого |  |  |  |  |  |
| Стремление действовать по образцу |  |  |  |  |  |
| Чувствительность к оценке |  |  |  |  |  |
| Средства общения экспрессивно-мимические предметно-действенные речь |  |  |  |  |  |
| Активная речь |  |  |  |  |  |
| Понимание речи |  |  |  |  |  |
| Выполнение речевых инструкций |  |  |  |  |  |

**ПРОЦЕССУАЛЬНАЯ ИГРА**

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметры игры  | Показатели игры  | Баллы  |
| 1. Потребность в игре  | Длительность  |  |
| Эмоциональность  |  |
| Самостоятельность  |  |
| Сумма  |  |
| 2. Владение игровыми навыками | Умение совершать игровые действия Кол-во игровых действий  |  |
| Вариативность игровых действий  |  |
| Речевая активность  |  |
| Сумма |  |
| 3. Воображение | Самостоятельность в использовании заместителей  |  |
| Сумма (1-3) |  |
| 4. ЗБР | Принятие игровой инициативы  |  |
| Принятие замещений  |  |
| Сумма |  |
| Общая сумма |  |

**ЦЕЛЕНАПРАВЛЕННОСТЬ И САМОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ**

Имя\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Дата\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |
| --- | --- |
| Пробы | Параметры наблюдений |
|  | Принятие задачи | Вовле-чение в дет-ть | Хаар-р деят-ти | Само-стоятель-ность | Само-оценка  | Поиск оценки | Отно-шение к оценке | Сумма  |
| Пирамидка | 01234 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 |
| Грузовик | 01234 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 |
| Домик | 01234 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 | 0123 |

**ПРИЛОЖЕНИЕ 5**

Памятка родителям по сопровождению процесса адаптации ребенка

Как вести себя с ребенком:

—показать ребенку его новый статус (он стал большим);

* не оставлять его в детском саду на длительные сроки в первые дни;
* обратить внимание на положительный климат в семье;
* следует снизить нервно-психическую нагрузку;
* сообщить заинтересованным специалистам о личностных особенностях ребенка, специфике режимных моментов и т.д.;
* при выраженных невротических реакциях не посещать учреждение несколько дней.

Как не надо:

* отрицательно отзываться об учреждении, его специалистах;
* не обращать внимания на видимые отклонения в поведении ребенка;
* препятствовать контактам с другими детьми;
* увеличивать нагрузку на нервную систему;
* одевать ребенка не по сезону;
* конфликтовать дома, наказывать ребенка за капризы.