

*Бахарева Светлана Афанасьевна*

педагог-психолог

МБДОУ №14 «Брусничка»

г. Сургут, ХМАО – ЮГРА

## **УКРЕПЛЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ДОУ**

*Аннотация:* статья посвящена вопросам целесообразности раннего выявления психологического неблагополучия детей старшего дошкольного возраста. Автором предлагается методический комплекс для количественной оценки уровней психологического здоровья детей, раскрываются подходы к организации адресной психолого-педагогической помощи в зависимости от уровня психологического здоровья.

*Ключевые слова:* психологическое здоровье детей, минимальные мозговые дисфункции, энергетический баланс, индекс тревожности, уровень внимания.

Сегодня здоровье детей как цель профессиональной деятельности объединяет разных специалистов. Ученые отмечают, что система образования может и должна явиться не менее важным фактором здравоохранения, чем медицина [4]. Анализируя современное состояние здоровья школьников В.А. Ананьев отмечает, что особое место в структуре детской патологии занимают заболевания нервной системы и психической сферы. Он указывает, что около 7,5 млн детей России страдают заболеваниями нервно-психической сферы [1].

Практика свидетельствует, что наиболее распространенными нарушениями в старшем дошкольном возрасте являются минимальные мозговые дисфункции (ММД) – легкие формы церебральной патологии, возникающие вследствие самых разнообразных причин, но имеющие однотипную, невыраженную, стертую неврологическую, симптоматику и проявляющиеся в виде функциональных нарушений, обратимых и нормализуемых по мере роста и созревания мозга. По

мнению Л.А. Ясюковой незнание того, что у ребенка старшего дошкольного возраста есть функциональные отклонения в работе мозга, и неумение создать ему соответствующий режим обучения и жизни в

целом, порождает обвальное нарастание проблем в начальной школе [6]. По мнению автора, попытки как-то поправить ситуацию обычно начинаются только после того, как психологическая дефективность ребенка становится вполне очевидной. Осуществляемая в дальнейшем психолого-педагогическая коррекция, понимаемая как метод исправления дефекта и преодоления ЗПР и потому проводимая в виде различных занятий, направленных на тренировку неразвитых процессов, редко бывает успешной. В качестве фактора риска О.В. Хухлаева отмечает дисбаланс в развитии детей, обусловленный стремлением взрослых дать им как можно больше знаний в ущерб формированию интуиции, фантазии, творческих способностей [5]. По мнению исследователя, работа, связанная с сохранением психологического здоровья, должна включать в себя несколько этапов (рис. 1.).



Рис. 1. Структура работы, связанной с сохранением психологического здоровья детей

Ученые выделяют три уровня психологического здоровья детей [1; 5]: *высокий (креативный), средний (адаптивный), низкий (деадаптивный)*, указывая,

что *высокого* уровня психологического здоровья достигают дети с устойчивой адаптацией к среде, они имеют резерв сил для преодоления стрессовых ситуаций и активно творчески относятся к окружающей действительности. Таким детям требуется помощь лишь профилактической направленности. На *среднем* уровне находятся дети, в целом адаптированные к социуму. По результатам диагностических методик они проявляют лишь отдельные признаки дезадаптации и несколько повышенную тревожность.

Такие дети составляют группу риска, поскольку не имеют запаса прочности психологического здоровья и требуют групповых занятий профилактически – развивающей направленности. К *низкому* уровню отнесены дети с выраженной дезадаптацией, которая проявляется в отсутствии внутренней и внешней гармонии. Таким детям требуется коррекционно-развивающая помощь. Эти уровни послужить для нас ориентиром для организации диагностической и коррекционно-развивающей работы с детьми при подготовке детей старшего дошкольного возраста к обучению в школе.

С помощью комплекса диагностических методик (табл. 1) нами было исследовано состояние психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста (по 22 ребенка в экспериментальной и контрольной группе).

Таблица 1

*Комплекс диагностических методик для оценки психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста*

<i>Критерии</i>	<i>Диагностические методики</i>	<i>Уровень</i>
Внимание (умственная работоспособность)	Тест Тулуз-Пьерона – Методическое руководство «Иматон», 1999.	Средний, слабый, патология.
Энергетический баланс	Цветовой психодиагностический тест» М. Люшера, – Методическое руководство «Иматон», 1999.	Оптимальный, перевозбуждение, истощение
Тревожность	«Тест тревожности» Р. Теммл, В. Дорки, М. Амен. – Методическое руководство «Иматон», 1999.	Оптимальный, повышенный, высокий

К креативному уровню были отнесены дети с низким и средним индексом тревожности, имеющие оптимальный энергетический баланс. Эти дети не имели

выраженных нарушений внимания. К адаптивному уровню нему были отнесены дети с повышенным индексом тревожности, с преобладанием компенсируемого чувства усталости, с показателем внимательности в зоне слабой возрастной нормы. В дезадаптивный уровень вошли дети с повышенным и высоким индексом тревожности, имеющие и энергетическое перевозбуждение и истощение. Значения точности и скорости внимания находились в зоне патологии.

Результаты констатирующего эксперимента свидетельствуют о том, что на креативном уровне психологического здоровья находится только 27% детей (табл. 2).

Таблица 2

*Результаты изучения уровня психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста (констатирующий эксперимент)*

<i>Группы</i>	<i>Уровень психологического здоровья</i>		
	<i>Креативный (высокий)</i>	<i>Адаптивный (средний)</i>	<i>Дезадаптивный (низкий)</i>
Экспериментальная	27%	50%	23%
Контрольная	27%	41%	32%

Учебные нагрузки соответствуют их возможностям. С детьми этого уровня можно проводить дополнительные занятия и кружковую работу.

Большинство детей (41–50%) находятся на адаптивном уровне психологического здоровья. Для этих детей необходимо минимизировать их общую загруженность. Пока не восстановится оптимальный энергетический баланс, следует чаще устраивать перерывы для отдыха, а продолжительность работы не должна превышать 10–15 минут. Повышенная тревожность таких детей свидетельствует о постоянном присутствии какого-то беспокоящего фактора, которому ребёнок вынужден противостоять. Оптимизировать состояние и работоспособность ребёнка можно за счёт нормализации отношения к нему стороны взрослых (коррекция стиля воспитания) и общего режима его жизнедеятельности без снижения нагрузок.

На дезадаптивном уровне психологического здоровья находятся 23–32% детей. Для них характерна низкая и малопродуктивная умственная работоспособность. Слабый уровень внимания может свидетельствовать о проблемах в созревании нервной системы. Им необходима консультация невролога и назначение реабилитационного медикаментозного курса. Высокая тревожность свидетельствует о том, что дети не могут адекватно справляться с возникающими жизненными трудностями. Для них свойственно хроническое переутомление, что является результатом работы на пределе своих возможностей, а не в оптимальном режиме. Детям этого уровня необходимо срочно оптимизировать нагрузки и режим, что обязательно должно сочетаться с их медикаментозным лечением.

Таким образом, для укрепления психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста необходимо создавать определенные условия, которые должны быть адресными для каждого уровня. Для того, чтобы решить проблему подготовки детей старшего дошкольного возраста к обучению в школе без ущерба для их психологического здоровья нами подготовлен курс занимательной деятельности «Лесная школа». В основу курса положены методические рекомендации Н.Ю. Куражевой и И.А. Козловой [3] касающиеся психического развития ребенка старшего дошкольного возраста. Содержание курса дополняется упражнениями, играми и физкультминутками из других источников. Встречи с детьми имеют определенную структуру, включают в себя определенные ритуалы, которые не меняются на протяжении всего времени. Это позволяет тревожным и ригидным детям быстрее адаптироваться к условиям занятия и свободно включаться в работу. Встречи проводятся с подгруппами детей по 6–8 человек 1 раз в неделю. Продолжительность их постепенно увеличивается с 20 минут до 25 минут.

Структура занятий с детьми всех уровней психологического здоровья одина, но практические задания были направлены на развитие различных психологических функций (табл. 3).

## Структура занятий

№	Этапы занятия	Время	Цели, задачи и содержание этапов
I	Приветствие	2 мин.	Формирование ритуала, позволяющего детям легко и свободно переключаться от пережитых ранее событий (в повседневной ситуации) к получению новой информации и опыта на занятии.
II	Рассказывание и инсценирование сказки	5–8 мин.	Получение информации и опыта для развития эмоциональной и когнитивной сферы.
III	Физкультминутка	2 мин	Снятие мышечного напряжения
IV	Выполнение практических заданий	8–10 мин.	<i>Серии:</i> а) с группой детей креативного уровня - развитие творческого мышления; б) с группой детей адаптивного уровня – профилактика нарушений психо-эмоционального состояния; в) с детьми дезадаптивного уровня - развитие и коррекция дефицитных психологических функций (внимание, мышление и т.д.)
V	Прощание	2–3 мин.	Формирование ритуала, позволяющего детям легко и свободно переключаться по окончании определенного вида деятельности, обучение навыкам переключения внимания, структурирования и организации своей деятельности.
Общая продолжительность занятия: 22–25 мин.			

С детьми креативного уровня в экспериментальной группе проводилась работа по развитию компонентов творческого мышления (серия *а*). За основу был взят курс развития творческого мышления Ю. Гатанова, включающий альбом заданий [2]. Нами использован и адаптирован первый выпуск – «Курс развития творческого мышления для детей 6(5) – 8 лет». В ходе работы с детьми креативного уровня было замечено, что дети отличались хорошей работоспособностью, выраженным интересом к заданиям творческого характера, доброжелательным отношениям к сверстникам. С детьми адаптивного уровня (экспериментальная группа) психологического здоровья упор делался на отработку конструктивного взаимодействия со сверстниками и взрослыми (серия *б*). Основной целью таких

занятий являлось снижение тревожности детей и профилактика психо-эмоциональных нарушений. Занятия с ними периодически осложнялись проявлениями эмоциональной нестабильности детей (обидчивость, конфликтность и др.). С детьми дезадаптивного уровня (экспериментальная группа) проводилась работа, направленная на коррекцию эмоциональных нарушений и развития внимания, памяти, мышления (серия в). Оптимизация энергетического баланса у этих детей возможна только тогда, когда умственные нагрузки чередуются с физическими, учитывается повышенная утомляемость этих детей. Работа с детьми этого уровня предполагала индивидуальную форму проведения из-за повышенной утомляемости и рассеянности внимания. Кроме того, родителям были рекомендованы консультации детского невролога для назначения соответствующей медикаментозной поддержки ребёнка.

Продолжительность формирующего этапа экспериментальной работы составила один учебный год. Для проверки эффективности проведенной работы по укреплению психологического здоровья был организован контрольный эксперимент, который проводился в соответствии с диагностическими методиками, используемыми на этапе констатирующего эксперимента.

Анализ полученных данных позволяет судить о существенных различиях в состоянии психологического здоровья детей в контрольной и экспериментальной группе (табл. 4).

Таблица 4

*Сравнительные результаты изучения психологического здоровья детей старшего дошкольного возраста*

Группа детей, этап исследования		Уровни психологического здоровья		
		Высокий (креативный)	Средний (адаптивный)	Низкий (дезадаптивный)
экспериментальная группа	констатирующий	27%	50%	23%
	контрольный	68%	32%	0%
контрольная группа	констатирующий	27%	41%	32%
	контрольный	32%	45%	23%

Количество детей с креативным уровнем психологического здоровья в экспериментальной группе увеличилось до 15 (68%) человек, в контрольной - до 7 (32%) человек. Адаптивный уровень был выявлен у 7 (32%) человек в экспериментальной группе и у 10 (45%) человек в контрольной группе. Детей с дезадаптивным уровнем в экспериментальной группе не выявлено, в контрольной группе выявлено 5 (23%) человек (гистограммы 1, 2).

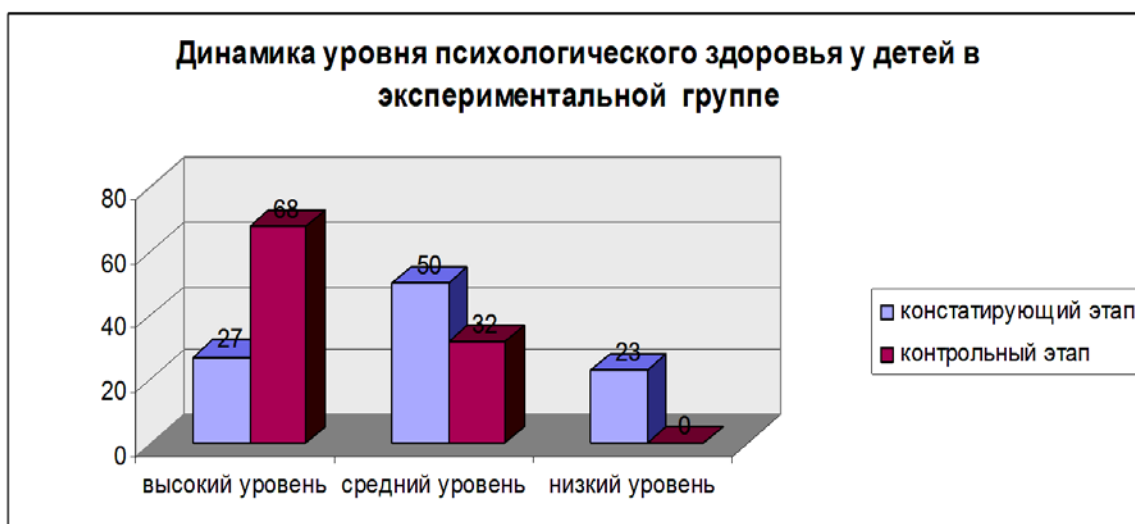


Рис. 2. Гистограмма 1

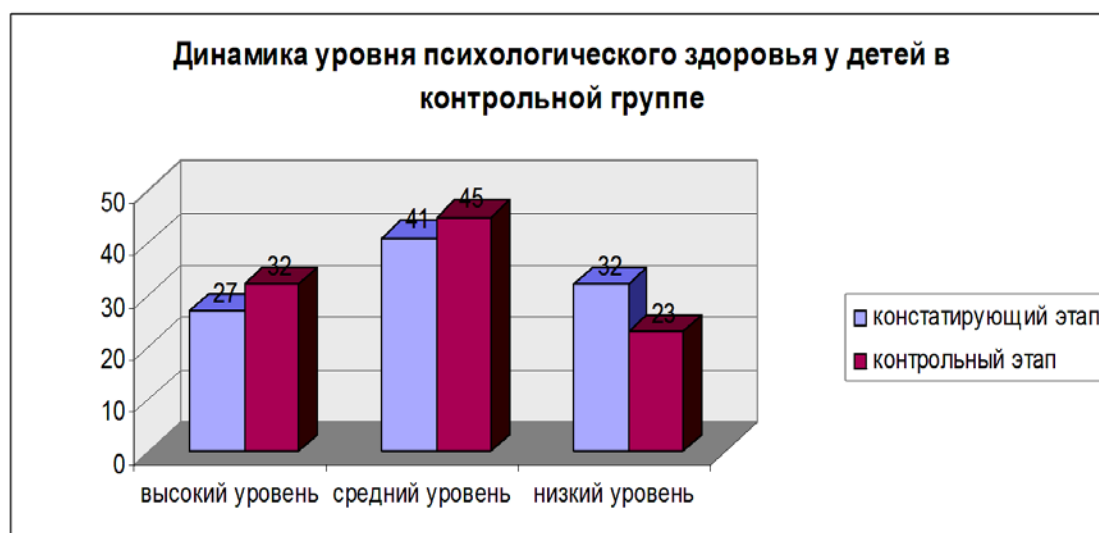


Рис. 3. Гистограмма 2

Для подтверждения наличия или отсутствия различий в исследуемых группах мы использовали t-критерий Стьюдента (с целью выявления различий между



контрольной и экспериментальной группой до и после формирующего эксперимента). Анализ результатов был проведен с помощью компьютерной программы SPSS statistics 20.0.

Применение указанного критерия показало отсутствие значимых различий в показателях психологического здоровья в экспериментальной и контрольной группе на этапе констатирующего эксперимента (значение t- критерия Стьюдента равно 0,4 при уровне значимости = 0,7). Поскольку величина уровня значимости меньше 0,05 мы можем быть уверены в достоверности вывода о том, что значимых различий между указанными группами испытуемых нет.

При последующем применении t-критерия для экспериментальной и контрольной группы на этапе контрольного эксперимента его величина равна 3,1 при уровне значимости 0,001. В связи с тем, что величина уровня значимости меньше 0,05, мы можем говорить о наличии значимых достоверных различий между показателями психологического здоровья между контрольной и экспериментальной группой на этапе контрольного эксперимента.

Таким образом, полученные данные дают основание предполагать, что у детей старшего дошкольного возраста можно не только сохранять психологическое здоровье, но и укреплять его. Укрепление психологического здоровья старших дошкольников становится возможным во многом благодаря тому, что у детей 6–7 лет при благоприятных условиях в организации учебно-воспитательного процесса происходит физиологическая компенсация ММД (минимальных мозговых дисфункций) и их внимание улучшается до уровня возрастной нормы, нормализуется энергетический баланс, снижается тревожность, обусловленная предстоящим обучением в школе.

Результаты начальной и итоговой диагностики, их сравнительный анализ позволяет утверждать о целесообразности раннего выявления психологического неблагополучия детей и организации им своевременной адресной помощи в зависимости от уровня психологического здоровья.

### *Список литературы*

1. Ананьев В.А. Практикум по психологии здоровья. Методическое пособие по первичной специфической и неспецифической профилактике / В.А. Ананьев. – СПб.: Речь, 2007. – 320с.
2. Гатанов Ю.Б. Курс развития творческого мышления / Ю.Б. Гатанов. – СПб., 1999.
3. Куражева Н.Ю. Приключения будущих первоклассников: психологические занятия с детьми 6–7 лет / Н.Ю. Куражева, И.А. Козлова. – СПб.: Речь, 2007. – 240 с.
4. Пахальян В.Э. Развитие и психологическое здоровье. Дошкольный и школьный возраст / В.Э. Пахальян. – СПб.: Питер, 2006. – 240 с.
5. Хухлаева О.В. Коррекция нарушений психологического здоровья дошкольников и младших школьников: Учебное пособие для студ. выс. пед. заведений / О.В. Хухлаева. – М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 184 с.
6. Ясюкова Л. А. Оптимизация обучения и развития детей с ММД. Диагностика и компенсация минимальных мозговых дисфункций Методическое руководство / Л.А. Ясюкова. – СПб.: ГП «ИМАТОН», 1997. – 80 с.