

МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ им. В.П. АСТАФЬЕВА
(КГПУ им. В.П. Астафьева)

Институт психолого-педагогического образования
Кафедра психологии и педагогики детства

БОГДАШКИНА АЛЕНА ВЛАДИМИРОВНА

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

**ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО РАЗВИТИЮ
НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОГО МЫШЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ
ДЕТЕЙ 4-5 ЛЕТ С УЧЕТОМ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ**

Направление подготовки 44.03.01 Педагогическое образование

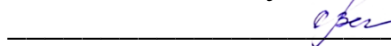
Направленность (профиль) образовательной программы
Дошкольное образование

ДОПУСКАЮ К ЗАЩИТЕ

Заведующий кафедрой
канд. психол. наук, доцент Груздева О.В.



Научный руководитель
канд. биолог. наук, доцент Вербианова О.М.



Дата защиты

Обучающийся
Богдашкина А.В.



Оценка

Красноярск 2020

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПЕЦИФИКИ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОГО МЫШЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 4–5 ЛЕТ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К НИМ...	6
1.1. Психологическая характеристика часто болеющих детей, особенности их развития.....	6
1.2. Особенности наглядно-образного мышления часто болеющих детей.....	9
1.3. Возможности развития наглядно-образного мышления часто болеющих детей педагогическими средствами	13
Выводы по главе 1.....	19
ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОГО МЫШЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 4–5 ЛЕТ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К НИМ	21
2.1. Организация и методы исследования	21
2.2. Результаты констатирующего исследования.....	26
2.3. Разработка и апробация программы психолого-педагогической работы по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет на основе изучения родительского отношения.....	34
2.4. Результаты контрольного исследования.....	44
Выводы по главе 2.....	52
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	52
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ	58
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	63

ВВЕДЕНИЕ

Психическое развитие детей дошкольного возраста осуществляется под влиянием множества факторов: это и наследственные факторы, и факторы среды (тип семьи по степени благополучия, условия воспитания и обучения и пр.), а также можно выделить фактор здоровья. На стыке психологии и медицины выделяется категория «часто болеющих детей» – детей дошкольного возраста, которые болеют различными респираторными заболеваниями более четырех раз в году.

Помимо объективно-медицинских характеристик такой категории детей: «заболеваемость респираторными заболеваниями более четырех раз в году», специфичны и многие психологические характеристики детей – их познавательное развитие, эмоциональное развитие, коммуникативное развитие и пр. В структуре познавательного развития особое значение имеет проблема мышления – на этапе среднего дошкольного возраста начинает развиваться наглядно-образное мышление, которое позволяет наметить возможный способ действия, исходя из особенностей конкретной ситуации и являющаяся обязательным условием формирования высших видов мышления. При этом у часто болеющих детей наглядно-образное мышление сформировано недостаточно [21].

В этой связи актуальной и практически значимой становится работа по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей. Мы полагаем, что в ней важно задействовать не только психологические средства, ибо практически все исследования развития часто болеющих детей происходят в психологическом подходе (Л.В. Доманецкая, Е.Ю. Дубовик, Ж.Г. Дусказиева, В.А. Ковалевский, Т.Ю. Сидоркина и пр. [14–16; 22; 39]), а педагогические средства работы с детьми анализируются слабо. Нами определены противоречия между педагогической поддержкой как одной из форм реализации личностно-ориентированного подхода в обучении и воспитании детей дошкольного возраста и отсутствием системы

педагогической поддержки развития часто болеющего ребенка в дошкольных учреждениях – в том числе в отношении развития познавательной сферы.

Цель исследования: обосновать и организовать психолого-педагогическую работу по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет.

Для достижения поставленной цели необходимо решить следующие задачи.

1. Дать психологическую характеристику часто болеющих детей, их развития.

2. Описать особенности наглядно-образного мышления часто болеющих детей среднего дошкольного возраста.

3. Проанализировать возможности развития наглядно-образного мышления часто болеющих детей педагогическими средствами.

4. Дать характеристику испытуемых и обосновать выбор диагностических методик для исследования.

5. Организовать и провести исследование особенностей наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет, а также родительского отношения их родителей.

6. Разработать и организовать психолого-педагогическую работу по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет с учетом особенностей родительского отношения.

Объект исследования: наглядно-образное мышление часто болеющих детей 4–5 лет.

Предмет исследования: эффективность специально организованной работы по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет с учетом родительского отношения.

Гипотеза исследования: предполагается, что психолого-педагогическая работа по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет с учетом специфики родительского отношения будет эффективна при соблюдении следующих условий.

1. Оснащение предметно-пространственной среды группы материалами, способствующими развитию наглядно-образного мышления детей.

2. Систематичность в работе по развитию наглядно-образного мышления детей на основе организации игровой и продуктивных видов деятельности.

3. Обеспечение преемственности в развитии наглядно-образного мышления через взаимодействие с родителями часто болеющих детей 4–5 лет.

База для проведения эмпирического исследования: дошкольное образовательное учреждение № XX ЗАТО пос. Солнечный.

Методы исследования:

– теоретические: анализ, синтез, обобщение литературных сведений по проблематике педагогической работы по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет;

– эмпирические: методы психологической диагностики (методика «Разрезные картинки», «Сложи круг», опросник родительского отношения Варга-Столина);

– методы обработки результатов: качественный и количественный анализ.

Выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованных источников, включающего 50 наименований, 4 приложений; в работе представлено 11 рисунков и 14 таблиц. Объем работы – 70 страниц.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ СПЕЦИФИКИ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОГО МЫШЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 4–5 ЛЕТ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К НИМ

1.1. Психологическая характеристика часто болеющих детей, особенности их развития

«Часто болеющие дети» как категория детей имела первоначально медицинскую трактовку, со временем приобретая психолого-педагогические характеристики. «Часто болеющий ребенок» – это ребенок с повторной или рецидивирующей респираторной вирусной, бактериальной или патологией ЛОР-органов, верхних и нижних дыхательных путей на фоне дисфункции иммунитета и/или неадекватного лечения заболевания [38]. Ребенок считается часто болеющим, когда его повышенная подверженность к респираторным и острым заболеваниям не связана с наследственными или приобретенными патологическими состояниями. В литературе указывает такие данные о распространенности феномена «часто болеющие дети»: 15-40 % детей болеют острыми респираторными инфекциями значительно чаще и тяжелее, чем их сверстники, на их долю приходится до 75 % всех случаев.

А.А. Баранов и В.Ю. Альбицкий говорят о том, что категорию часто болеющих детей не нужно определять как нозологическую форму заболевания и как диагноз, поскольку практикующий врач имеет дело с клинически здоровым ребенком, который подвержен периодическим заболеваниям из-за временных отклонений в защитных системах организма и не имеет стойких органических нарушений в них [39]. Впрочем, у такой «частой заболеваемости» ребенка есть свои психолого-педагогические последствия.

Психологическими характеристиками часто болеющего ребенка, особенностями его развития являются:

– особая социальная ситуация развития, характеризующаяся ограничением внутренней и внешней активности ребенка и прерывистостью его социальных отношений вне семьи [22; 29];

– дефицитарные условия развития ребенка, вследствие которых ребенок становится чрезмерно зависим от взрослого, психологически инфантилен, имеет трудности в реализации способов и средств общения с окружающими;

– выраженная тревожность, боязливость, неуверенность в себе, быстрая утомляемость, зависимость от мнения окружающих [37].

Вышесказанное во многом становится одновременно причиной и следствием особого родительского отношения к часто болеющему дошкольнику. Под таковым понимается целостная система разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера ребенка, его поступков; система, или совокупность, родительского, эмоционального отношения к ребенку, восприятие ребенка родителем и способов поведения с ним [8]. Исследования [2; 19] показывают, что около 80 % родителей соматически больных детей придерживаются стиля семейного воспитания по типу гиперопеки – проявляют чрезмерное внимание, удовлетворяют все желания ребенка и пр. Нередки случаи симбиотической связи больного ребенка с матерью, что оказывает существенное влияние на его развитие – ребенок не набирает собственный опыт взаимодействия с людьми, нивелируется стремление к самостоятельности.

Существуют и более современные исследования родительского отношения часто болеющих детей. Например, исследование Л.В. Доманецкой показало, что в семьях часто болеющих детей родители матери нередко стремятся к симбиотической связи с ребенком, а отцы имеют более выраженные показатели по авторитарной гиперсоциализации и инфантилизации. Родители часто болеющих детей менее чувствительны, у них меньше показатели эмоционального принятия и встречаются

неадекватные поведенческие проявления, что становится условием появления препятствий для конструктивного взаимодействия часто болеющих детей и их родителей [14].

Специфичной является познавательная деятельность часто болеющих дошкольников – ее характеризуют [44]:

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

Все вышесказанное определяет своеобразие педагогических характеристик часто болеющих детей (отметим, что в исследования часто болеющих детей их педагогические характеристики упоминаются значимо реже, нежели психологические): им труднее усваивать образовательный материал, они менее продуктивны в образовательной деятельности по причине сниженных показателей познавательной сферы, что сказывается как на актуальном уровне развития, так и потенциальном – вероятнее всего, им сложнее будет даваться адаптация к школьному обучению, могут быть трудности с успеваемостью и пр.

Итак, часто болеющий ребенок – ребенок, у которого острые респираторные заболевания возникают 4 раза в год и более. Распространенность феномена «часто болеющие дети» в детской популяции зависима, с одной стороны, от возраста, с другой – от эпидемиологических и социальных условий: составляет от 5 до 50 % среди различных групп детей – так, наибольший процент детей из такой категории встречается в дошкольном возрасте. В ходе анализа литературы нами определены

психологические характеристики часто болеющих детей: они обладают недостаточным уровнем развития внимания, снижением объема памяти, повышенной утомляемостью и истощаемостью психических процессов, что, безусловно, сказывается на успешности их образовательной деятельности.

1.2. Особенности наглядно-образного мышления часто болеющих детей

Как было отмечено в предыдущем параграфе, психическое развитие часто болеющих детей имеет своеобразные черты, в т.ч. это касается и процесса мышления. Мышление в современной науке описывается как высший познавательный процесс, представляющий собой форму творческого отражения человеком действительности, порождающую такой результат, которого в самой действительности или у субъекта на данный момент времени не существует [35]. Существуют различные классификации видов мышления, отраженные в таблице 1:

Таблица 1

Классификации видов мышления и операций мышления

Классификации видов мышления		
№	критерий для классификации	виды мышления
1	Время возникновения в онтогенезе	- предметно-действенное, - наглядно-образное, - словесно-логическое
2	Тип результирующего продукта	- творческое (продуктивное), - репродуктивное (воспроизводящее)
3	Тип, лежащий в основе принципа обобщения	- теоретическое, - эмпирическое

В психологии и педагогике детского развития основной акцент делается на первых трех видах мышления (рисунок 1). Впереди идет развитие наглядно-действенного мышления, вслед за ним формируется наглядно-образное и, наконец, словесно-логическое мышление.



Рисунок 1. Виды мышления

В рамках выпускной квалификационной работы будет уделяться внимание наглядно-образному мышлению. Наглядно-образное мышление – это мышление, которое опирается именно на образ как целостное представление о предмете или явлении и оперирует, прежде всего, образами, совокупность способов и процессов образного решения задач, предполагающих зрительное представление ситуации и оперирование образами составляющих ее предметов, без выполнения реальных практических действий с ними. Важной особенностью является установление непривычных сочетаний предметов и их свойств [6]. В отличие от наглядно-действенного мышления в наглядно-образном мышлении ситуация преобразуется лишь в плане образа.

Наглядно-образное мышление как бы «надстраивается» над наглядно-действенным мышлением и предваряет словесно-логическое мышление. Данный вид мышления осуществляется на основе преобразования образов восприятия в образы представления, дальнейшего изменения, преобразования и обобщения предметного содержания представлений, формирующих отражения реальности в образно-концептуальной форме. В образе может быть зафиксировано одновременно видение предмета с нескольких точек зрения [41].

Наглядно-образное мышление имеет особое значение для детей дошкольного возраста: особая форма мышления, сохраняющаяся в течение всей жизни человека и перестраивающаяся в высшие виды мышления. Наглядно-образное мышление позволяет наметить возможный способ действия, исходя из особенностей конкретной ситуации.

В среднем дошкольном возрасте у детей возрастает произвольность, преднамеренность, целенаправленность психических процессов, что свидетельствует об увеличении участия воли в процессах восприятия, памяти, внимания. Средний дошкольник осваивает приемы активного познания свойств предметов: измерение, сравнение путем наложения, прикладывания предметов друг к другу и т.п. В процессе познания ребенок знакомится с различными свойствами окружающего мира: цветом, формой, величиной, предметов, характеристиками времени, пространства, вкуса, запаха, звука, качества поверхности. Он учится воспринимать их проявления, различать оттенки и особенности, осваивает способы обнаружения, запоминает названия.

На этапе среднего дошкольного возраста намечается переход от наглядно-действенного к наглядно-образному мышлению. Л.А. Венгер и В.С. Мухина говорят о том, что способность к использованию модельных образов начинает складываться у ребенка уже с трех-четырёх лет (т.е. с младшего дошкольного возраста), на протяжении всего дошкольного возраста специфицируется и усложняется, а в старшем дошкольном возрасте она делает возможным усвоение обобщенных знаний и применение их при решении мыслительных задач. Эта способность характеризуется тем, что ребенок легко понимает схематические изображения, пользуется ими при решении задач [9; 28].

Наглядно-образное мышление формируется по мере развития речи и накопления опыта ребенка. Также у ребенка должно быть сформировано умение различать план реальных объектов и план образов и моделей,

отражающих данные объекты, умение оперировать образами предметов или их частей.

Исследований, конкретизирующих особенности развития наглядно-образного мышления у часто болеющих детей в среднем дошкольном возрасте, практически нами не обнаружено. Исследователи, как правило, обозначают данный возраст как стартовый для развития наглядно-образного мышления, а потому можно предположить, что высокий уровень данного вида мышления у детей 4–5 лет встречается нечасто. Что касается наглядно-образного мышления, то исследователями [21] отмечается его недостаточная сформированность. У часто болеющих детей в связи с астеническим синдромом происходит замедленное развитие психических новообразований возраста, т.е. позднее, чем у здоровых детей, формирование произвольных регуляций и эмоционально-волевой сферы.

В среднем дошкольном возрасте ребенок уже способен мыслить образно, однако он еще не приобрел взрослой логики рассуждений. Своеобразная детская логика не мешает, впрочем, способности дошкольников к рассуждениям. Верные ответы от них можно получить при определенных условиях. Прежде всего, ребенку нужно успеть запомнить саму задачу. Кроме того, условия задачи он должен представить себе, а для этого – понять их.

В среднем дошкольном возрасте у детей появляется способность оперирования конкретными образами предметов. К концу обучения в средней группе детского сада наглядно-образное мышление, впрочем, может достигать весьма высокого уровня, опираться на модели, схемы, на словесно зафиксированные эталонные образы, связи и отношения, между объектами действия.

В 4–5 лет ребенок способен мыслить о предметах даже тогда, когда их непосредственно не воспринимает. Сам процесс отвлечения может возникнуть под влиянием соответствующих словесных описаний, объяснений и т.д. Но описания будут ребенком поняты только в том случае,

если они опираются на сходные воспринимаемые ими представления предмета и явления, то есть существуют в наглядно-образном плане.

Итак, на этапе среднего дошкольного возраста намечается переход от наглядно-действенного к наглядно-образному мышлению. Средний дошкольник мыслить о предметах образно, отвлеченно. Сам процесс отвлечения может возникнуть под влиянием соответствующих словесных описаний, объяснений и пр. Но описания будут ребенком поняты только в том случае, если они опираются на сходные воспринимаемые ими представления предмета и явления, то есть существуют в наглядно-образном плане.

1.3. Возможности развития наглядно-образного мышления часто болеющих детей педагогическими средствами

Анализ проблематики часто болеющих детей показал, что в ней превалирует психологический подход к работе с ними, а педагогические средства освещаются слабо. Это видится нам существенным упущением современной науки и практики, поскольку потенциал педагогических средств в решении психолого-педагогических проблем достаточно высок.

С педагогической точки зрения важна организация образовательного пространства, способствующая развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет [26]. Речь идет о предметно-пространственной среде группового помещения, под которой понимается система материальных объектов деятельности ребенка, функционально моделирующая содержание его духовного и физического развития [30]. В такой среде необходимо использовать наглядный материал, который будет отражать конкретные предметы, процессы, действия, способствующие развитию наглядно-образного мышления детей [42], безусловно, соответствующие тематике образовательной, игровой, режимной и прочих видов детской деятельности. Предметную среду следует оснастить

атрибутами для рисования, конструкторами, механическими игрушками, простыми головоломками, активизирующими процесс развития наглядно-образного мышления, пр.

В предметно-пространственной среде, способствующей развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей, должны быть и знакомые им предметы, и новые, чтобы дать простор фантазии детей, создать условия для формирования новых образов. Предметная среда должна помогать ребенку накапливать впечатления, расширять чувственный опыт, учить ориентироваться в окружающем мире через организацию и упорядочение, что, в свою очередь, зависимо от взрослого, который руководит отбором содержания, материала и методов развития детской деятельности.

Педагогическая работа по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей может выражаться в их образовательной деятельности. Разработка системы работы с детьми возможна при опоре на принципы поэтапного формирования умственных действий, учета индивидуальных особенностей. Уровень сформированности наглядно-образного мышления определяется главным образом развитием зрительного восприятия, кратковременной и долговременной памяти [28]. В систематической педагогической работе важно развивать:

- способности детей обозначать отдельные предметы, анализировать их и воссоздавать;
- пространственное мышление детей;
- умение создавать новые образы;
- умение предварительно планировать свои действия в умственном плане.

Целесообразно учитывать основные типы оперирования образами, обозначенные в исследованиях Т.В. Кудрявцева, И.С. Якиманской: мысленное воспроизведение объектов в различных пространственных положениях, умение представлять объекты в различном положении в

пространстве, умение представлять предметы в различных пространственных положениях [49].

Занятия следует проводить 2-3 раза в неделю в подгрупповой и групповой форме в первую (в случае включения в структуру познавательного занятия) и вторую половину дня (как самостоятельные игры и упражнения). В частности, полезно проводить игры на активизацию эмоционально-мотивационной сферы; развитие умения пользоваться планом, схемой, выделения пространственных отношений и развитие способности создавать простые схематические изображения различных объектов, манипулировать образами в умственном плане. Можно проводить занятия с детьми рисованием, прохождением лабиринтов, конструированием (причем не только по наглядному образцу, но и по словесной инструкции, а также по собственному замыслу ребенка, а также конструирование по моделям) [45]. Можно говорить о том, что наиболее значимы для развития наглядно-образного мышления детей 4–5 лет продуктивные виды детской деятельности: конструирование, рисование, лепка, аппликация и пр.

В п. 1.1 было отмечено, что в семьях с часто болеющими детьми зачастую складывается своеобразный характер родительского отношения, что в совокупности с развивающим потенциалом семьи обращает внимание к проблеме взаимодействия дошкольного учреждения с семьей и обеспечение преемственности между их воздействиями. Иначе говоря, важно задействовать семью в процесс развития наглядно-образного мышления и сделать этот процесс единым, целостным, непротиворечивым.

На современном этапе педагогической науки и практики формы взаимодействия детского сада и семьи крайне разнообразны. Обеспечению преемственности между дошкольным учреждением и семьей в работе по развитию наглядно-образного мышления детей будут эффективны такие формы:

1. Вовлечение родителей в педагогический процесс – в общем смысле под таковой формой, как правило, понимается задействование родителей в

праздниках, развлечениях, иных зрелищных мероприятиях, при работе в центрах активности, совместное создание проектов для изучения детьми и пр.

2. Консультативно-просветительская работа с родителями – в частности следующие формы.

2.1. Групповые, подгрупповые и индивидуальные консультации.

2.2. Выпуск информационных бюллетеней (тематических, проблемных).

2.3. Использование тренинговых технологий.

2.4. Групповые собрания и мини-собрания (с просветительской целью, для изучения семейного опыта).

2.5. Совместные развлечения и пр.

Выше описаны традиционные формы взаимодействия дошкольного учреждения с семьей. Однако педагогической практикой уже накоплено многообразие нетрадиционных форм. Т.В. Кротова предлагает следующую классификацию нетрадиционных форм взаимодействия с родителями, представленную в таблице 2 [40].

Таблица 2

Нетрадиционные формы организации общения педагогов и родителей (по Т.В. Кротовой)

Наименование	Цель использования	Формы проведения общения
1	2	3
Информационно-аналитические	Выявление интересов, потребностей, запросов родителей, уровня их педагогической грамотности	Проведение социологических срезов, опросов «Почтовый ящик» Индивидуальные блокноты
	Ознакомление родителей с возрастными и психологическими особенностями детей дошкольного возраста	Семинары-практикумы Тренинги Проведение собраний, консультаций в нетрадиционной форме

1	2	3
Познавательные	Формирование у родителей практических навыков воспитания детей	Мини-собрания Педагогический брифинг Педагогическая гостиная Устные педагогические журналы Игры с педагогическим содержанием Педагогическая библиотека для родителей Исследовательско-проектные, ролевые, имитационные и деловые игры
Досуговые	Установление эмоционального контакта между педагогами, родителями детьми	Совместные досуги, праздники Выставки работ родителей и детей Кружки и секции Клубы отцов, бабушек
Наглядно-информационные	Ознакомление родителей с работой дошкольного учреждения, особенностями воспитания детей	Информационные проспекты для родителей Альманахи Журналы и газеты, издаваемые ДООУ для родителей Дни (недели) открытых дверей Открытые просмотры занятий и других видов деятельности детей Выпуск стенгазет
	Формирование у родителей знаний о воспитании и развитии детей	

При организации работы с родителями часто болеющих детей важно учитывать, на наш взгляд, специфику их родительского отношения, выражаемую в склонности к гиперопеке, симбиотичным отношениям с ребенком, вследствие чего ребенок ограничен в познании окружающего мира, не набирает собственный опыт взаимодействия с людьми, нивелируется стремление к самостоятельности, что является препятствием для развития наглядно-образного мышления.

Важно, с одной стороны, корректировать родительское отношение к ребенку, с другой – дать рекомендации по развитию наглядно-образного мышления.

Итак, на основе проведенного анализа возможностей развития наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет педагогическими средствами нами определены три психолого-педагогических условия организации такой работы:

1. Оснащение предметно-пространственной среды группы материалами, способствующими развитию наглядно-образного мышления детей.

2. Систематическая педагогическая работа по развитию наглядно-образного мышления детей, включающая в себя занятия продуктивными видами детской деятельности и дидактические игры.

3. Обеспечение преемственности в развитии наглядно-образного мышления через взаимодействие с родителями часто болеющих детей 4–5 лет.

Выводы по главе 1

Внимание к проблеме часто болеющих детей не угасает. Рядом современных исследователей изучены психологические аспекты их развития, а особенности педагогической работы в научной литературе практически не освещены. В теоретической главе была предпринята попытка совмещения данных подходов. В ходе анализа литературы были определены психолого-педагогические характеристики часто болеющих детей: они обладают недостаточным уровнем развития внимания, снижением объема памяти, повышенной утомляемостью и истощаемостью психических процессов, что, безусловно, сказывается на успешности их образовательной деятельности.

Было акцентировано внимание на характеристиках наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет. Под наглядно-образным мышлением понимается мышление, которое опирается именно на образ как целостное представление о предмете или явлении и оперирует, прежде всего, образами. Средний дошкольник может мыслить о предметах образно, отвлеченно. Однако, безусловно, этот процесс может быть зависим от ряда факторов – в т.ч. и от здоровья ребенка. Так, исследователями отмечается недостаточная сформированность наглядно-образного мышления у часто болеющих детей.

Соответственно вышесказанному, становится значимой работа по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет, которая может быть реализована педагогическими средствами, в педагогических условиях. Был сделан вывод о том, что психолого-педагогическая работа по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет с учетом специфики родительского отношения будет результативна при соблюдении следующих условий.

1. Оснащение предметно-пространственной среды группы материалами, способствующими развитию наглядно-образного мышления детей.

2. Систематичность в работе по развитию наглядно-образного мышления детей на основе организации игровой и продуктивных видов деятельности.

3. Обеспечение преемственности в развитии наглядно-образного мышления через взаимодействие с родителями часто болеющих детей 4–5 лет.

Данный вывод будет выступать гипотезой исследования, которая будет проверена в экспериментальном исследовании.

ГЛАВА 2. ЭМПИРИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ ПО РАЗВИТИЮ НАГЛЯДНО-ОБРАЗНОГО МЫШЛЕНИЯ ЧАСТО БОЛЕЮЩИХ ДЕТЕЙ 4–5 ЛЕТ НА ОСНОВЕ ИЗУЧЕНИЯ РОДИТЕЛЬСКОГО ОТНОШЕНИЯ К НИМ

2.1. Организация и методы исследования

В ходе теоретического этапа работы была сформулирована гипотеза, проверка которой будет осуществляться в условиях психолого-педагогического эксперимента, традиционно включающего в себя констатирующий, формирующий и контрольные этапы.

В эмпирическом исследовании приняло участие 12 часто болеющих детей 4–5 лет, 12 здоровых детей 4–5 лет, а также их родителей, т.е. в общем, в исследовании приняли участие 48 человек (24 ребенка и 24 родителя). Отметим, что часто болеющие дети с медицинской точки зрения (исследование Н.Г. Веселова [10]) – это дети, болеющие 4-7 раз в год (заболевания: ОРВИ, ОРЗ, хронический бронхит и пр.). Нами собраны данные о возрасте, семьях детей (структура), о частоте заболеваний. Сравнительный анализ показал, что выборки детей отличаются по частоте заболеваемости.

На диагностических этапах исследования необходимо оценить:

- уровень наглядно-образного мышления детей 4–5 лет (часто болеющих и здоровых);
- тип родительского отношения родителей детей 4–5 лет (часто болеющих и здоровых).

Для диагностики наглядно-образного мышления детей среднего дошкольного возраста были выбраны следующие методики.

1. Методика «Разрезные картинки» [37]: цель – изучение уровня и особенностей сформированности наглядно-действенно-образного мышления, способности к переносу действия в новые более сложные условия при решении наглядно-действенных задач; выявление возможностей к

перцептивному моделированию, способностей к соотнесению частей и целого и их пространственного расположения.

Стимульный материал: предметные картинки, разрезанные на несколько частей (2–6): мяч из двух частей, домик из трех частей, мишка из четырех частей, машинка из пяти частей, чайник из шести частей; аналогичные цельные предметные картинки, картинки-трафареты (Стимульный материал методики представлен в Приложении А).

Ход диагностики: взрослый показывает ребенку части разрезанной картинки и просит сложить целую картинку. Инструкция: «Посмотри внимательно на эти карточки. Как ты думаешь, что это такое? Какой предмет на них изображен? А теперь сложи эти карточки так, чтобы получился названный тобой предмет». Разрезные картинки разложены таким образом: их нужно не просто сдвинуть, а предварительно придать им необходимое положение.

Особенности выполнения задания ребенком позволяет определять уровень:

- первый уровень: действия по складыванию картинки носят непродуктивный хаотичный характер;
- второй уровень: ребенок складывает картинку, активно пользуясь методом проб;
- третий уровень: ребенок собирает картинку, действуя на уровне зрительного соотнесения.

Виды помощи:

- демонстрация конечного результата (соответствующей целой картинки) для актуализации зрительного образа;
- применение трафарета (накладывание деталей картинки на целую картинку), позволяющего зафиксировать складывание частей изображения;
- предъявление частей картинок в ракурсе, не требующем их переориентации в пространстве.

Если ребенок действует путем зрительного соотнесения, адекватно выполняет задание на сложение частей картинки в целое, его результат оценивается в зависимости от того, из скольких частей состоит разрезная картинка. Сложенная картинка из двух частей оценивается в 2 балла, из трех – в 3, из четырех – в 4, из пяти – в 5, из шести – в 6 баллов.

Максимальное количество баллов за сложение всех картинок – 20. В случае использования проб результат выполнения снижается на 0,5 балла, использование помощи экспериментатора также уменьшает результат на 0,5 балла за каждый вид помощи.

2. Методика «Сложи круг» (автор – Л. Фатихова) [43]. Цель – выявление уровня и особенностей сформированности наглядно-образного мышления; способности к переносу действия в новые условия при решении наглядно-действенных задач более сложного уровня.

Стимульный материал: цельный круг-образец (диаметр 10 см) нейтрального серо-голубого цвета; круги-трафареты, разделенные линиями на две, три, четыре, пять, шесть частей разной формы; части кругов, разрезанные по этим линиям.

Методика предусматривает последовательное усложнение заданий на комбинирование за счет увеличения количества частей в круге (от двух до шести) и вариативности их пространственного расположения. Материал представлен кругами с традиционными разрезами.

Ход диагностики: Ориентируясь на лежащий перед ребенком круг (образец), он должен сложить такой же сначала из двух частей, затем из трех, из четырех, из пяти, из шести (по два круга). Все круги складываются последовательно.

Оценка результатов:

– первый уровень – ребенок не понимает стоящей перед ним задачи, не может осмыслить инструкцию, хаотично манипулирует частями фигуры либо вообще не приступает к выполнению задания;

– второй уровень – ребенок понимает инструкцию, пытается сложить фигуру, однако действует непродуктивно, использует нерациональные приемы;

– третий уровень – ребенок выполняет задание адекватно поставленной задаче, при этом в наглядно- действенном плане, применяя метод проб;

– четвертый уровень – ребенок выполняет задание на уровне зрительного соотнесения (наглядно- образного мышления).

Оценка результатов производится исходя из уровня сложности разреза для ребенка. Задание 2б оценивается в 1 балл. Круги 3а, 4а, 5а, 6а имеют привычный для ребенка разрез (оценивается в 2 балла). Круги 3б, 4б, 5б, 6б более сложны для синтезирования, их сложение оценивается в 3 балла. Максимальное количество баллов – 21.

Если испытуемый действовал на основе зрительного соотнесения (четвертый уровень выполнения задания), количество баллов не уменьшается. Использование проб понижает результат – за каждый синтезированный круг на 0,5 балла. За помощь количество баллов также уменьшается на 0,5 балла за круг. Когда ни один из видов помощи не приводит к положительному результату, ставит 0 баллов.

Для диагностики родительского отношения здоровых и часто болеющих детей нами использовалась методика «Опросник родительского отношения» (авторы: А.Я. Варга, В.В. Столин) [8]. Авторы опросника определяют родительское отношение как систему разнообразных чувств по отношению к ребенку, поведенческих стереотипов, практикуемых в общении с ним, особенностей восприятия и понимания характера личности ребенка, его поступков.

Методом опросника исследуются такие параметры родительского отношения.

1. «Принятие-отвержение»: интегральное эмоциональное отношение к ребенку. Принятие родителем ребенка характеризуется уважением индивидуальности ребенка, симпатизированием ему, стремлением проводить

много времени вместе с ребенком, одобрением его интересов и планов. Отвержение родителем ребенка характеризуется восприятием своего ребенка плохим, неприспособленным, неудачливым, эмоциями – злость, досада, раздражение, обида.

2. «Кооперация»: социально желательный образ родительского отношения. Кооперация характеризуется заинтересованностью родителя в делах и планах ребенка, желанием во всем помочь ребенку, сочувствием ему. Родитель высоко оценивает интеллектуальные и творческие способности ребенка, испытывает чувство гордости за него, поощряет инициативу и самостоятельность ребенка, стирается быть с ним на равных.

3. «Симбиоз»: отражение межличностной дистанции в общении с ребенком. Высокие баллы по шкале говорят о стремлении родителя к симбиотическим отношениям с ребенком (ощущение родителем себя с ребенком единым целым, стремление удовлетворить все потребности ребенка, оградить его от трудностей и неприятностей жизни, тревога за ребенка).

4. «Авторитарная гиперсоциализация»: отражение формы и направления контроля за поведением ребенка. Высокие баллы по шкале говорят об авторитаризме, требовании от ребенка безоговорочного послушания и дисциплины, стремлении навязать ребенку во всем свою волю, неспособность встать на его точку зрения.

5. «Маленький неудачник»: отражение особенностей восприятия и понимания ребенка родителем. Высокие баллы по шкале говорят о стремлении родителя инфантилизировать ребенка, приписать ему личную и социальную несостоятельность. Ребенок представляется не приспособленным, не успешным, открытым для дурных влияний.

Опросник включает в себя 61 утверждение, которое необходимо оценить. Результаты диагностики обрабатываются согласно ключу.

1. «Принятие-отвержение»: «нет» 3, 20, 27, 37, 38, 43, 45, 53, 56; «да» 4, 8, 10, 12, 14, 15, 16, 18, 23, 24, 26, 29, 39, 40, 42, 44, 46, 47, 49, 51, 52, 55, 60

(при этом высокие показатели шкалы говорят об отвержении ребенка (23-32 балла), низкие – о принятии (0-8 баллов)).

2. «Образ социальной желательности поведения»: «да» 6, 9, 21, 25, 31, 33, 34, 35, 36.

3. «Симбиоз»: «да» 1, 5, 7, 28, 32, 41, 58.

4. «Авторитарная гиперсоциализация»: «да» 2, 19, 30, 48, 50, 57, 59.

5. «Маленький неудачник»: «да» 9, 11, 13, 17, 22, 28, 54, 61.

Выбранные методики отвечают цели эмпирического исследования.

2.2. Результаты констатирующего исследования

Результаты диагностики особенностей наглядно-образного мышления часто болеющих и здоровых детей 4–5 лет по методике «Разрезные картинки» представлены в таблицах 3 и 4.

Таблица 3

Результаты диагностики особенностей наглядно-образного мышления здоровых детей 4–5 лет по методике «Разрезные картинки»

№ п/п	Имя Ф. ребенка	2с/к	3с/к	4с/к	5с/к	6с/к	Общее количество баллов	Уровень развития наглядного мышления
1	М. Д.	2	3	3	4	4	16	2 уровень
2	Я. К.	2	3	4	5	5	19	3 уровень
3	Н. Ш.	2	3	4	5	4,5	18,5	3 уровень
4	В. А.	2	3	4	5	5	19	3 уровень
5	М. К.	2	2,5	3,5	4	5	17	3 уровень
6	С. Ш.	2	3	4	4,5	5	18,5	3 уровень
7	Г. М.	2	3	3	4	5	17	3 уровень
8	С. Н.	2	2	3	3,5	4,5	15	2 уровень
9	Е.Б.	2	3	4	4	5	18	3 уровень
10	Е. В.	2	3	4	5	5	19	3 уровень
11	В. З.	2	3	4	5	4	18	3 уровень
12	Е. З.	2	3	4	4	4	17	3 уровень

Таблица 4

Результаты диагностики особенностей наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Разрезные картинки»

№ п/п	Имя Ф. ребенка	2с/к	3с/к	4с/к	5с/к	6с/к	Общее количество баллов	Уровень развития наглядного мышления
1	М.К.	2	3	3,5	4	4,5	17	3 уровень
2	А. П	2	3	4	4	4	17	3 уровень
3	А. К.	2	2,5	2,5	3,5	4,5	15	2 уровень
4	М. К.	2	3	3	4,5	4,5	17	3 уровень
5	Д. П	2	3	3	4	4,5	17,5	3 уровень
6	Е. Ч.	2	3	3	3,5	4,5	16	2 уровень
7	И. Р.	2	3	4	4	5	18	3 уровень
8	А. С.	2	3	3	4	4	16	2 уровень
9	З. И.	2	3	4	4	4	17	3 уровень
10	А.Д.	2	3	4	3,5	4,5	17	3 уровень
11	Е. Ж.	2	3	4	4,5	4,5	18	3 уровень
12	С. Н.	2	2	3	3,5	4,5	15	2 уровень

Диагностика по методике «Разрезные картинки» показала, что в группе здоровых детей – 83 % детей обладают третьим уровнем развития наглядного мышления, 17 % детей – со вторым уровнем; в группе часто болеющих детей – 67 % детей с третьим уровнем развития наглядного мышления, 33 % детей – со вторым уровнем. В целях улучшения восприятия результатов диагностического исследования первому уровню развитию наглядного мышления присвоено значение «низкий», второму – «средний», третьему – «высокий».

Результаты анализа полученных сведений представлены на рисунке 2.

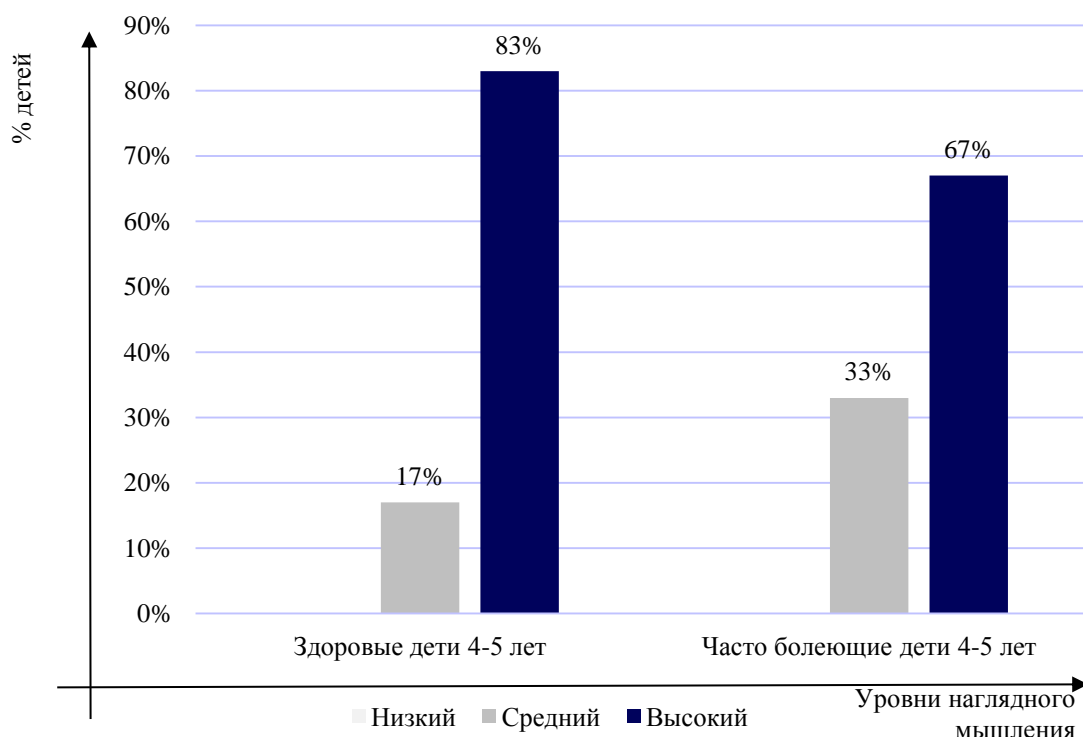


Рисунок 2. Результаты диагностики особенностей наглядно-образного мышления здоровых и часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Разрезные картинки»

Из результатов диагностики видно, что у здоровых детей 4–5 лет доля детей с высоким уровнем развития больше, чем в группе часто болеющих детей 4–5 лет.

Результаты диагностики по методике «Сложи круг» представлены в таблице 5 и 6.

Таблица 5

Результаты диагностики особенностей наглядно-образного мышления здоровых детей 4–5 лет по методике «Сложи круг»

№ п/п	Имя Ф. ребенка	2б	3а	4а	5а	6а	3б	4б	5б	6б	Общее количество баллов	Ур. развития наглядного мышления
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1	М. Д.	1	2	2	1,5	2	2	2,5	2	1,5	16,5	2 уровень

Окончание таблицы 5

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
2	Я. К.	1	2	2	2	2	2,5	2,5	2,5	2	18,5	3 уровень
3	Н.Ш.	1	2	2	2	2	3	2,5	2,5	2,5	19,5	4 уровень
4	В.А.	1	2	2	2	2	3	2,5	2,5	2	18,5	3 уровень
5	М. К.	1	2	2	2	1,5	3	2,5	2,5	2	18,5	3 уровень
6	С. Ш.	1	2	2	2	2	3	2,5	2,5	2	19	3 уровень
7	Г. М.	1	2	2	2	1,5	2,5	2	2	1,5	16,5	2 уровень
8	С. Н.	1	2	2	1,5	1,5	2,5	2	1,5	1,5	15,5	2 уровень
9	Е.Б.	1	2	2	2	2	2,5	2,5	2,5	2	18,5	3 уровень
10	Е. В.	1	2	2	2	2	3	3	2,5	2,5	20	4 уровень
11	В. З.	1	2	2	2	2	2,5	2,5	2	2	18	3 уровень
12	Е. З.	1	2	2	2	1,5	2,5	2,5	2	1,5	17	3 уровень

Таблица 6

Результаты диагностики особенностей наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Сложи круг»

№ п/п	Имя Ф. ребенка	2б	3а	4а	5а	6а	3б	4б	5б	6б	Общее количество баллов	Уровень развития наглядного мышления
1	М.К.	1	2	2	1,5	1,5	2,5	2,5	2	1,5	16,5	3 уровень
2	А. П	1	2	2	2	2	2	2	2	2	17	3 уровень
3	А. К.	1	2	2	1,5	1,5	2	2	2	1,5	15,5	2 уровень
4	М. К.	1	2	2	2	2	2	2	2	1,5	17,5	3 уровень
5	Д. П	1	2	2	2	1,5	2,5	2,5	2	2	17,5	3 уровень
6	Е. Ч.	1	2	2	1,5	1,5	2,5	2	2	1,5	16	2 уровень
7	И. Р.	1	2	2	2	2	3	2,5	2,5	2	19	3 уровень
8	А. С.	1	2	2	1,5	2	2	2	2	1,5	16	2 уровень
9	З. И.	1	2	2	2	2	3	2,5	2	2	18,5	3 уровень
10	А.Д.	1	2	2	2	2	2,5	2,5	2	2	18	3 уровень
11	Е. Ж.	1	2	2	2	2	3	2,5	2,5	2	19	3 уровень
12	С. Н.	1	2	2	1,5	1,5	2	2	1,5	1,5	15	2 уровень

Диагностика по методике «Сложи круг» показала, что в группе здоровых детей – 17 % детей с четвертым уровнем развития наглядного мышления, 58 % детей – с третьим уровнем, 25 % детей – со вторым уровнем; в группе часто болеющих детей – 67 % детей с третьим уровнем

развития наглядного мышления, 33 % детей – со вторым уровнем. В целях улучшения восприятия результатов диагностического исследования первому уровню развитию наглядного мышления присвоено значение «очень низкий», второму – «низкий», третьему – «средний», четвертому – «высокий».

Результаты анализа полученных сведений представлены на рисунке 3.

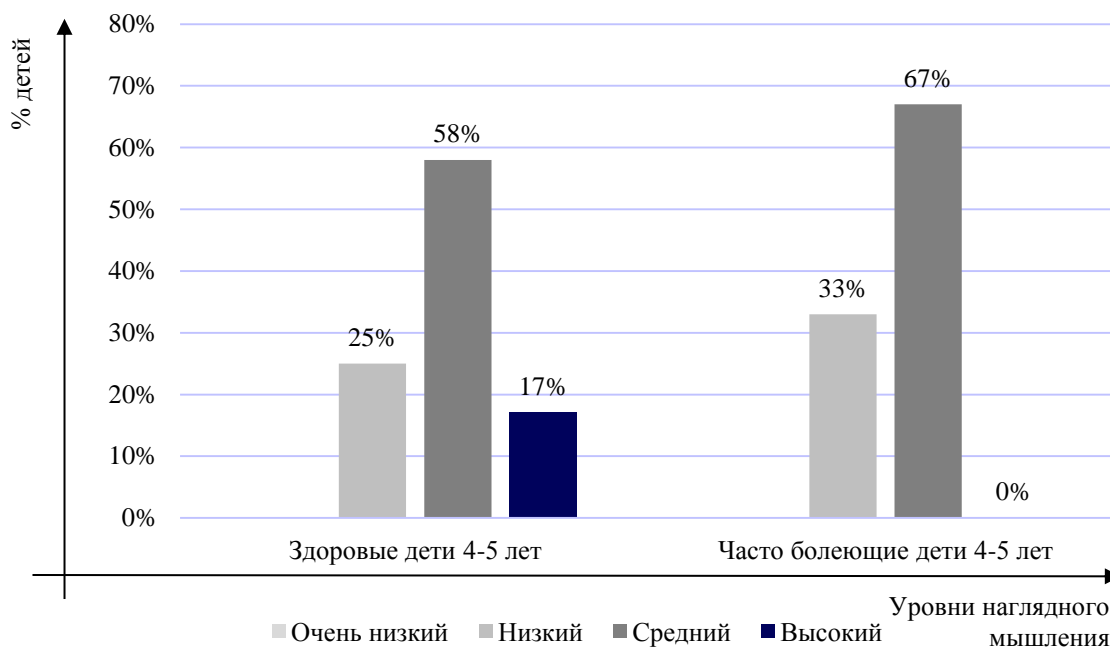


Рисунок 3. Результаты диагностики особенностей наглядно-образного мышления здоровых и часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Сложи круг»

Из результатов диагностики видно, что доля детей с высоким уровнем развития больше, чем в группе часто болеющих детей 4–5 лет.

Итак, диагностика уровня развития наглядно-образного мышления здоровых и часто болеющих детей 4–5 лет по методикам «Разрезные картинки» и «Сложи круг» показала, что доля детей с высоким уровнем развития больше, чем в группе часто болеющих детей 4–5 лет.

Полученные результаты исследования соотносятся с результатами исследований А.В. Катасоновой, Н.А. Кравцовой, Ю.Г. Потребич [19],

М.В. Цыгановской [40], в которых отмечаются сниженные показатели познавательной сферы часто болеющих дошкольников и младших школьников.

Дополнительно было проведено исследование родительского отношения к часто болеющим детям 4–5 лет. Результаты диагностики представлены в таблице 1 Приложения Б. Используемая методика позволяет определить уровень развития того или иного типа родительского отношения, а потому балловые значения по каждому из показателей переведены в качественные данные, что отражено в таблице 7.

Таблица 7

Качественные результаты исследования родительского отношения к часто болеющим детям 4–5 лет

№ п/п	Имя Ф. ребенка	«Принятие – отвержение»	«Кооперация»	«Симбиоз»	«Контроль»	«Маленький неудачник»	Вывод о преобладающем РО
1	2	3	4	5	6	7	8
1	М.К.	С	С	В	В	С	Симбиоз Контроль
2	А. П	С	С	С	С	С	Нет преобладания
3	А. К.	С	С	С	С	Н	Нет преобладания
4	М. К.	Н (отвержение)	С	Н	С	С	Отвержение
5	Д. П	С	С	С	С	С	Нет преобладания
6	Е. Ч.	С	С	С	В	С	Контроль
7	И. Р.	С	С	С	С	С	Нет преобладания
8	А. С.	С	Н	С	С	С	Нет преобладания
9	З. И.	С	В	В	С	В	Кооперация Симбиоз Маленький неудачник

1	2	3	4	5	6	7	8
10	А.Д.	С	С	С	С	Н	Нет преобладания
11	Е. Ж.	С	С	В	В	С	Симбиоз Контроль
12	С. Н.	С	С	С	С	С	Нет преобладания
Итого по группе		С – 92 %; Н – 8 %	В – 8 %; С – 84 %; Н – 8 %	В – 25 %; С – 67 %; Н – 8 %	В – 25 %; %; С – 75 %	В – 8 %; С – 76 %; Н – 16 %	

Диагностика показала следующее.

1. По шкале «принятие-отвержение» преобладают средние значения, лишь у 8 % матерей часто болеющих детей отмечено отвержение. Такие матери испытывают по отношению к ребенку в основном отрицательные чувства: раздражение, злость, досаду, ненависть. Такие взрослые считает ребенка неудачником, не верят в его будущее, низко оценивают его способности и нередко третируют ребенка.

2. По шкале «кооперация» также преобладают средние значения, лишь у 8 % матерей часто болеющих детей отмечен высокий уровень кооперации: они проявляют искренний интерес к тому, что интересует их ребенка, высоко оценивают способности ребенка, поощряют самостоятельность и инициативу, стараются быть на равных с ребенком; а у 8 % матерей часто болеющих детей отмечен низкий уровень кооперации: она занимает по отношению к ребенку противоположную позицию и не может претендовать на роль хорошего педагога.

3. По шкале «симбиоз» вновь преобладают средние значения, лишь у 25 % матерей часто болеющих детей отмечен высокий уровень симбиотических отношений: такие взрослые не устанавливают психологическую дистанцию между собой и ребенком, стараются всегда быть ближе к нему, удовлетворять его основные разумные потребности; а у 8 % матерей часто болеющих детей отмечен низкий уровень симбиоза: она,

напротив, устанавливает значительную психологическую дистанцию между собой и ребенком, мало о нем заботится.

4. По шкале «контроль» традиционно преобладают средние значения, лишь у 25 % матерей часто болеющих детей отмечен высокий уровень контроля в родительском отношении: такие взрослые ведут себя слишком авторитарно по отношению к ребенку, требуя от него безоговорочного послушания и задавая строгие дисциплинарные рамки. Почти во всем они навязывают ребенку свою волю.

5. По шкале «маленький неудачник» преобладают средние значения, у 16 % матерей часто болеющих детей отмечен низкий уровень по данной шкале: такие взрослые считают неудачи ребенка случайными и верят в него; а у 8 % матерей часто болеющих детей отмечен высокий уровень: такая мать считает ребенка маленьким неудачником и относится к нему как к несмышленому существу. Интересы, увлечения, мысли и чувства ребенка кажутся ей несерьезными, и она их игнорирует.

Наиболее выраженными типами родительского отношения (т.е. чаще встречаются высокие значения) оказались «симбиоз» и «контроль».

Таким образом, существуют особенности родительского отношения к часто болеющим дошкольникам: родители таких детей в большей степени склонны контролировать ребенка, инфантилизировать в собственных глазах своего ребенка, приписывать неудачи. Данные результаты исследования подтверждают, к примеру, исследования Л.В. Доманецкой [13]. Мы полагаем, что выводы исследования следует учитывать в педагогической работе по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет.

2.3. Разработка и апробация программы психолого- педагогической работы по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет на основе изучения родительского отношения

В ходе теоретического анализа литературы были определены условия эффективности психолого-педагогической работы по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет с учетом родительского отношения.

1. Оснащение предметно-пространственной среды группы материалами, способствующими развитию наглядно-образного мышления детей.

2. Систематичность в работе по развитию наглядно-образного мышления детей на основе организации игровой и продуктивных видов деятельности.

3. Обеспечение преемственности в развитии наглядно-образного мышления через взаимодействие с родителями часто болеющих детей 4–5 лет.

Соответственно выделенным условиям строилась психолого-педагогическая работа с часто болеющими детьми (ее планирование отражено в таблице 8). Следует отметить, что оснащенность среды материалами для развития наглядно-образного мышления распространялась на всех детей группы. Занятия с детьми проводились во второй половине дня, как альтернатива кружковой работы или самостоятельной деятельности (в зависимости от дня недели) – всех часто болеющих детей мы вовлекли в совместную работу согласно плану.

Условия и мероприятия, обеспечивающие эффективность психолого-педагогической работы по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет

Условие	Реализация условия
1. Оснащение предметно-пространственной среды группы материалами, способствующими развитию наглядно-образного мышления детей.	<ul style="list-style-type: none"> – Оснащение предметной среды атрибутами для рисования, конструкторами, механическими игрушками, простыми головоломками, активизирующими процесс развития наглядно-образного мышления, пр. – Создание наглядных путеводителей для работы в центрах активности и помещениях группы (например, «Полив цветов» в уголке природы, «Дежурство по кухне» и пр.)
2. Систематическая педагогическая работа по развитию наглядно-образного мышления детей на основе организации игровой и продуктивных видов деятельности.	<ul style="list-style-type: none"> – Серия занятий продуктивными видами деятельности (лепка, аппликация, конструирование, рисование) – 8 занятий (таблица 9) – Дидактические игры, направленные на развитие наглядно-образного мышления: «Собери семейку фруктов и овощей», «Любимая еда», «Да-нет»
3. Обеспечение преемственности в развитии наглядно-образного мышления через взаимодействие с родителями часто болеющих детей 4–5 лет.	<ul style="list-style-type: none"> – Разработка и презентация рекомендаций по развитию наглядно-образного мышления – Разработка и презентация рекомендаций по формированию оптимального типа родительского отношения – Тренинг по коррекции родительского отношения

Для реализации первого условия была проведена работа по оснащению предметной среды. В среде представлены атрибуты для рисования, конструкторы, механические игрушки, простые головоломки, активизирующими процесс развития наглядно-образного мышления, пр., которые, безусловно, привлекают внимание детей. Также для обеспечения наглядности были созданы путеводители для центра активности и помещений группы («Полив цветов» в уголке природы, «Дежурство по кухне», «Мытье рук» – Приложение В) и размещены в соответствующих

локациях – дети обращали на них внимание, руководствовались в ситуации неуверенности – например, забыли, как начать дежурство по кухне.

В реализации данного направления педагогической работы использовались результаты диагностики особенностей родительского отношения часто болеющих детей среднего дошкольного возраста: родители часто болеющих детей в большей степени склонны контролировать ребенка, чем родители здоровых детей, а также инфантилизировать в собственных глазах своего ребенка, приписывать неудачи, чем родители здоровых детей. В этой связи мы старались формировать самостоятельность часто болеющих детей. Мы говорили детям и родителям о том, как важно быть самостоятельным, не бояться бытовых трудностей.

Для реализации второго условия были разработаны и реализованы занятия по художественно-творческой деятельности (лепка, аппликация, конструирование, рисование.) Занятия проводились в течение четырех недель. Тематический план занятий представлен в таблице 9.

Таблица 9

Тематический план занятий художественно-творческой деятельности с целью развития наглядно-образного мышления часто болеющих детей

4–5 лет

№ занятия	Неделя, тема	Тип продуктивной деятельности	Занятие
1	2	3	4
1	1 неделя марта «Мамин праздник»	Изобразительная деятельность	«Открытка маме»
2		Аппликация	«Красивый букет маме»
3	2 неделя марта «Весна пришла, весне дорогу!»	Изобразительная деятельность	«Пришла весна» (нетрадиционные техники рисования – вилки, ватные палочки)
4		Лепка	«Веточка вербы»
5	3 неделя марта «В гостях у сказки»	Изобразительная деятельность	«Раскрасим героев сказки»

1	2	3	4
6		Конструирование	«Построим лисичке избушку» (по мотивам сказки «Заюшкина избушка»)
7	4 неделя марта «Театральная весна»	Изобразительная деятельность	«Билет в театр»
8		Конструирование	«Построим театр»

Дети с интересом включились в продуктивную деятельность, взаимодействовали между собой и педагогом. Наблюдалось эмоциональное оживление при выполнении работы. На первых занятиях принимали помощь педагога, но чаще пытались выполнить задание без посторонней помощи.

Для развития наглядно-образного мышления в рамках занятий продуктивными видами деятельности мы:

- придерживались принципов наглядности и выразительности – осуществляли показ ярких и доступных иллюстраций, которые отражают все признаки предметов, помогают детям понимать и различать различные понятия, использовали загадки, стихотворения и пр.;

- активизировали мыслительную деятельность при опоре на представления;

- создавали проблемную ситуацию (дети должны были выделить наиболее существенные для решения проблемы стороны действительности и установить между ними определенные связи и отношения – например, перед детьми была поставлена задача – нарисовать такой букет, чтобы мама поняла, что он предназначается ей (например, нарисовать любимый цветок, букет в любимом цвете и пр.);

- обогащали чувственный опыт дошкольников взаимодействием с различным материалом, задействованным в создание творческого продукта (различные виды красок, кистей, цветная бумага, картон, нетрадиционный материал – пластиковые вилки, ватные палочки и пр.).

В работе также учитывали особенности родительского отношения часто болеющих детей среднего дошкольного возраста: родители часто болеющих детей в большей степени инфантилизировать в собственных глазах своего ребенка, приписывать неудачи. Поэтому мы создавали ситуации, когда дошкольники чувствовали себя успешными (т.н. «ситуации успеха»). Использовались приемы авансирования успешного результата («У вас обязательно получится создать красивый букет для мамы. Вот она обрадуется! Но давайте подумаем, как ваша мама поймет, что этот букет от вас? Как мы можем дополнить букет?», «Я даже не сомневаюсь в успешном результате – Лисичке понравится ее новый дом», скрытого инструктирования ребенка в способах и формах совершения деятельности («Возможно, лучше всего начать с...»), «Выполняя рисунок, не забудьте о...»), внесения мотива («Нужно порадовать маму в ее праздник!»), мобилизации активности или педагогического внушения («Нам уже не терпится начать работу...», «Так хочется поскорее увидеть, какой получится билет в театр»), высокой оценки детали («Тебе особенно удалось изобразить этот цветочек», «Больше всего мне в твоей работе понравилось...»), «Наивысшей похвалы заслуживает эта часть твоей работы») и пр.

Также были подобраны и реализованы в режимных моментах с детьми игры и упражнения по развитию наглядно-образного мышления. При подборе упражнений и игр в описанных выше целях мы ориентировались на то, что понятие наглядно-образного мышления подразумевает оперирование образами, проведение различных операций (мыслительных) с опорой на представления. Поэтому упражнения и игры должны формировать у детей умение создавать в голове различные образы [34; 45; 46].

В психологической литературе в качестве компонентов наглядно-образного мышления выделяют:

– операции выделения разнообразных свойств, качеств, функций объектов (необходимо развивать у детей способности анализа и синтеза, умение обобщать и делать умозаключения, умение делить целое на части,

устанавливать между ними связь; соединять в единое целое части предмета; умение мысленно устанавливать сходства и различия предметов по существенным признакам);

– операции сравнения и обобщения объектов по существенным признакам (необходимо развивать у детей способности анализа нескольких групп объектов, обобщения и сравнения признаков, свойственных фигурам каждой из групп, осмысливать и закреплять в слове результат своих действий на образец);

– операции классификации и сериации (необходимо развивать у детей развитие умение объединять предметы в группу по их свойствам).

Для создания комплекса игр на развитие наглядно-образного мышления были использованы работы Г.Г. Белецкой [33], И. Журихиной [18] и др. С часто болеющими детьми проводились следующие упражнения и игры на развитие наглядно-образного мышления.

1. Игра «Собери семейку фруктов и овощей». Ребенку предъявляется картинка с изображением различных фруктов и овощей и дается инструкция: «Внимательно рассмотри картинку, и назови все, что ты видишь на ней. Помоги мне найти фрукты, а затем овощи».

2. Игра «Любимая еда»; цель – развитие способности анализа и синтеза, умения обобщать и делать умозаключения у детей 4–5 лет). Подбираются картинки с изображением животных и пищи для этих животных. Перед дошкольниками раскладываются картинки с животными и отдельно картинки с изображением пищи, предлагается каждому животному разложить его любимую еду.

3. Игра «Да-Нет»; цель – развитие способности анализа и синтеза, умения обобщать и делать умозаключения у детей 4–5 лет). Взрослый загадывает объект или прячет картинку. Дети, поочередно задавая однозначные вопросы (предполагающие ответ «да» или «нет») описательного характера, догадываются, что это за объект.

4. Игра «Сюжетные картинки»; цель – формирование умения делить целое на части, устанавливая между ними связь, соединять в единое целое части предмета у детей 4–5 лет). Для игры используются готовые серии сюжетных последовательных картинок. Дошкольникам дают картинки и просят их рассмотреть. Объясняют, что картинки должны быть разложены по порядку развертывания событий. В заключение дети составляют рассказ по картинкам.

5. Игра «Что лишнее»; цель – развитие мыслительных процессов обобщения, отвлечения, выделения существенных признаков у детей 4–5 лет). Взрослый подбирает серию картинок, среди которых три картинки можно объединить в группу по какому-либо общему признаку (животные, транспорт, летает, прыгает, мягкое, холодное и т.п., а четвертая картинка – лишняя. Предложить детям найти лишнюю картинку. Спросить, почему они так думают и чем похожи картинки, которые они оставили.

6. Игра «Кто заблудился?»; цель – формирование умения у детей 4–5 лет определять основание классификации группы объектов и определять тот объект, который не подходит под данную классификацию). Взрослый перечисляет несколько объектов, один в ряду не относится к данной классификационной группе. Тот, кто первым выделил лишний объект, должен объяснить основание классификации.

7. Игра «Когда это бывает?»; цель – развитие способности анализа и синтеза, умения обобщать, классифицировать по признакам и делать умозаключения у детей 4–5 лет). Оборудование: круг с изображением характерных признаков четырех времен года; сюжетные картинки с изображением различных игр и забав детей, а также деятельности людей в различные времена года; фланелеграф. Ход игры: дети сидят за столами, педагог раздает им конверты с картинками, на которых изображены различные времена года. Педагог сообщает детям, что надо внимательно рассмотреть картинки и подложить их к соответствующему времени года. Педагог говорит: «Здесь изображена зима. У кого есть картинки с

изображением зимы, должен подложить ее к зиме». Каждый, кто выходит с картинкой, объясняет, что там изображено. Например: «Дети катаются на санках. Это бывает зимой. Дети лепят снеговика. Это тоже бывает зимой» и т.д. В конце игры педагог обобщает знания детей о временах года: «Какое сейчас время года? А потом какое время года наступит? Сколько всего времен года?».

8. Игра «Что может быть таким?»; цель – развитие способности анализа и синтеза, умения обобщать и делать умозаключения у детей 4–5 лет). Взрослый перечисляет разнообразные признаки одного объекта, дети по характеристике определяют загаданный объект.

9. Упражнение «На что это похоже?»; стимульный материал к упражнению представлен на рисунке 4). Задание: ребенку необходимо придумать ассоциации на каждую картинку. Оценивается количество и качество (оригинальность) образов.

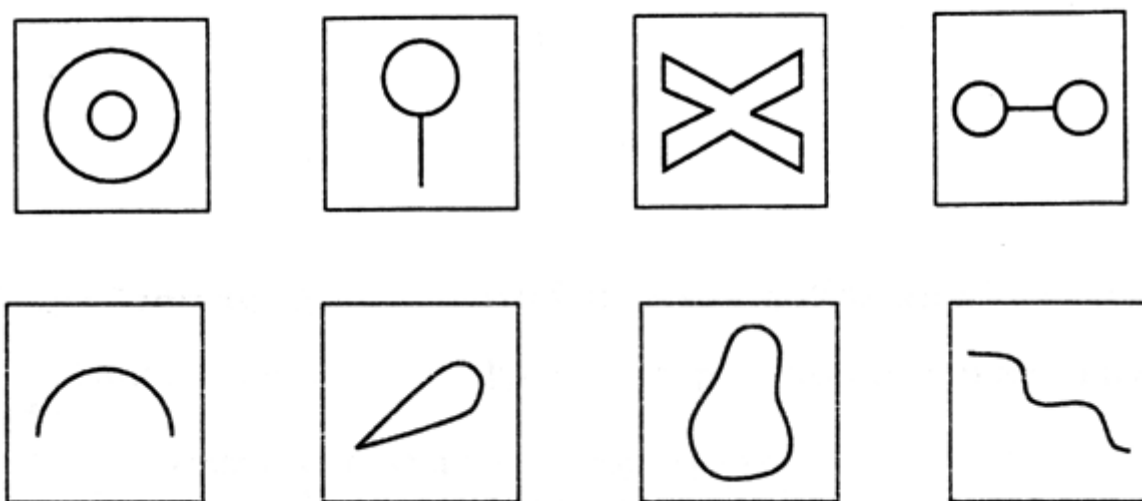


Рисунок 4. Стимульный материал к упражнению «На что это похоже»

Игры проводились коллективно и индивидуально. Дети чувствовали в условиях игровой деятельности достаточно комфортно и уверенно, проявляли интерес к заданиям. Некоторые игры проводились несколько раз

(например, игровое упражнение «На что это похоже?»), и по мере работы с детьми их ответы становились более разнообразными, необычными.

В рамках реализации третьего условия проводилась работа с родителями часто болеющих детей. Результаты исследования особенностей развития наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет стали основанием для разработки рекомендаций родителям по развитию наглядно-образного мышления (Приложение Г). Результаты исследования родительского отношения к часто болеющим детям 4–5 лет стали основанием для разработки рекомендаций родителям по формированию оптимального отношения к часто болеющему ребенку 4–5 лет (Приложение Д). При их разработке мы руководствовались, с одной стороны, конкретными результатами исследования, с другой – трудом Ю.Б. Гиппенрейтер «Общаться с ребенком. Как?», результатами труда И.М. Марковской («Тренинг взаимодействия родителей с детьми») [13; 25]. В целях оптимизации родительского отношения был разработан и проведен соответствующий тренинг. Задачи тренинга были определены из результатов диагностического исследования, которое показало, что родители часто болеющих детей в большей степени склонны контролировать ребенка, чем родители здоровых детей, а также инфантилизировать в собственных глазах своего ребенка, приписывать неудачи, чем родители здоровых детей.

Структура тренинга оптимизации родительского отношения представлена в таблице 10.

Таблица 10

Структура тренинга оптимизации родительского отношения

№	Активность	Задача	Длительность
1	2	3	4
1	Приветствие, определение правил работы в группе Знакомство участников (упражнение «Передаю клубок»)	Знакомство с участниками, конкретизация ожиданий от встречи	10 минут

1	2	3	4
2	Упражнение «Яйцо» (вместе ребенок – игрушечный цыпленок) Обсуждение: «Всегда ли скорлупа должна оберегать цыпленка?»	Активизация эмоционально-телесных связей, чувства безопасности и доверия	15 минут
3	Упражнение «Языки любви»	Формирование умения проявлять чувство принятия и любви к ребенку вербальными и невербальными способами. Осознание чувств ребенка	10 минут
4	Упражнение «Билль о правах».	Осознание разницы между «миром» ребенка и взрослого, что выражается в особенностях восприятия, эмоциональных переживаниях, мотивации поведения и пр.	20 минут
5	Упражнение «Тень»	Развитие способности чувствовать друг друга, приведение к осознанию чувств ребенка, находящегося под «всевидящим оком» родителей.	10 минут
6	Обсуждение «Как нужно относиться к своему ребенку?»	Формирование и закрепление представлений об адекватных типах родительского отношения	25 минут
7	Рефлексия	Подведение итогов работы	10 минут

Каждое из упражнений тренинга было направлено на коррекцию наиболее приоритетных неэффективных типов родительского отношения. Так, в упражнении «Яйцо» мы пытались подвести родителей к мысли о том, что, безусловно, их роль как родителей – защищать и оберегать, однако по мере взросления ребенка они должны позволять ему быть самостоятельным. В упражнении «Языки любви» мы говорили о важности эмоционального принятия своего ребенка. В упражнении «Билль о правах» мы акцентировали внимание на том, что ребенок также имеет свои права – права на интересы, на высказанное мнение и пр. В упражнении «Тень» прорабатывалась проблема симбиотических отношений с ребенком как неэффективная,

негативная для его психического развития и эмоционального самочувствия. В условиях обсуждения и итоговой рефлексии родители делились мыслями, которые связаны с воспитанием и отношением к детям: так, родители приняли для себя мысль о том, что опека ребенка должна иметь границы, равно, как и контроль; симбиотические отношения вредны для ребенка, и пр., что говорит об эффективности проведенных мероприятий с родителями.

Оценка результативности педагогической работы, нацеленной на развитие наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет, будет проведена в рамках контрольного этапа эксперимента.

2.4. Результаты контрольного исследования

Повторная диагностика особенностей наглядно-образного мышления часто болеющих детей и здоровых 4–5 лет была проведена. Результаты диагностики по методике «Разрезные картинки» представлены в таблице 11:

Таблица 11

Результаты повторной диагностики особенностей наглядно-образного мышления здоровых и часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Разрезные картинки»

№ п/п	Имя Ф. ребенка	2с/к	3с/к	4с/к	5с/к	6с/к	Общее количество баллов	Уровень развития наглядного мышления
1	2	3	4	5	6	7	8	9
Здоровые дети								
1	М. Д.	2	3	3	4	4	16	2 уровень
2	Я. К.	2	2,5	4	5	5	18,5	3 уровень
3	Н.Ш.	2	3	4	5	5	19	3 уровень
4	В.А.	2	3	4	4,5	5	18,5	3 уровень
5	М. К.	2	2,5	3,5	4	5	17	3 уровень
6	С. Ш.	2	3	4	4,5	5	18,5	3 уровень
7	Г. М.	2	3	3	4	5	17	3 уровень
8	С. Н.	2	2	3	3,5	4,5	15	2 уровень
9	Е.Б.	2	3	4	4	5	18	3 уровень

1	2	3	4	5	6	7	8	9
10	Е. В.	2	3	4	5	5	19	3 уровень
11	В. З.	2	3	4	5	4	18	3 уровень
12	Е. З.	2	3	4	4,5	4,5	18	3 уровень
Часто болеющие дети								
1	М.К.	2	3	4	4,5	5	18,5	3 уровень
2	А. П	2	3	4	5	5	19	3 уровень
3	А. К.	2	3	3,5	4,5	4,5	17,5	3 уровень (↑)
4	М. К.	2	3	3,5	4,5	5	18	3 уровень
5	Д. П	2	3	4	4,5	5	18,5	3 уровень
6	Е. Ч.	2	3	3	3,5	4,5	16	3 уровень (↑)
7	И. Р.	2	3	4	4	5	18	3 уровень
8	А. С.	2	3	3	4	4	16	2 уровень (↑)
9	З. И.	2	3	4	4	5	18	3 уровень
10	А.Д.	2	3	4	5	5	19	3 уровень
11	Е. Ж.	2	3	4	4,5	5	18,5	3 уровень
12	С. Н.	2	2,5	3	4	4,5	16	2 уровень

Диагностика по методике «Разрезные картинки» показала, что в группе здоровых детей – 10 детей обладают третьим уровнем развития наглядного мышления, 2 ребенка – со вторым уровнем; в группе часто болеющих детей – 11 детей с третьим уровнем развития наглядного мышления, 1 ребенок – со вторым уровнем. В целях улучшения восприятия результатов диагностического исследования первому уровню развитию наглядного мышления присвоено значение «низкий», второму – «средний», третьему – «высокий».

Представим результаты диагностики и в формате диаграммы – на рисунке 5.

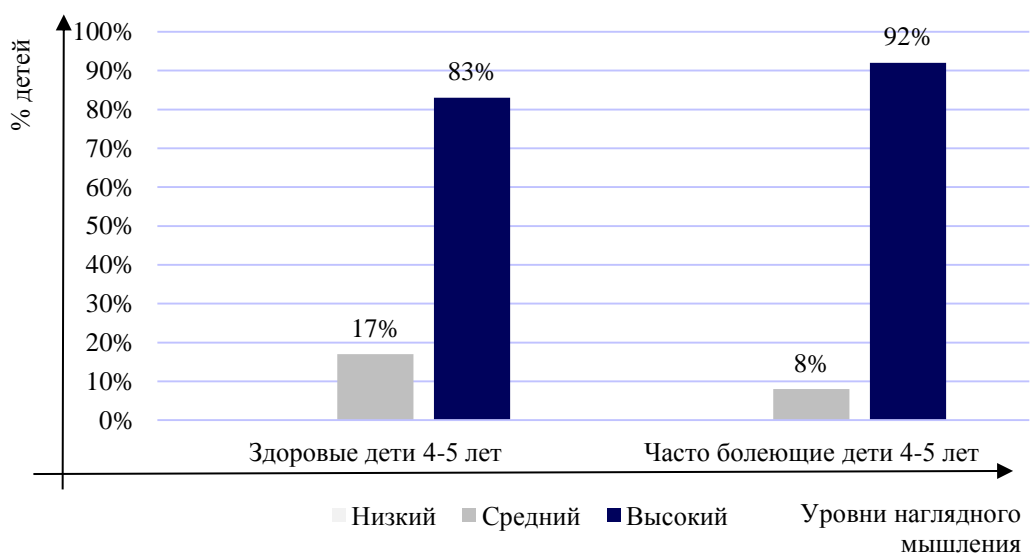


Рисунок 5. Результаты повторной диагностики особенностей наглядно-образного мышления здоровых и часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Разрезные картинки»

Из результатов повторной диагностики мы видим, что в группе здоровых детей 4–5 лет (контрольной группе) наглядно-образное мышление детей осталось на том же уровне, что и на констатирующем этапе, а в группе часто болеющих детей 4–5 лет (в экспериментальной группе) доля детей с высоким уровнем развития наглядно-образного мышления увеличилась в сравнении с констатирующим этапом. Графическое отображение сравнения данных диагностики наглядно-образного мышления в группе часто болеющих детей 4–5 лет представлено на рисунке 6.

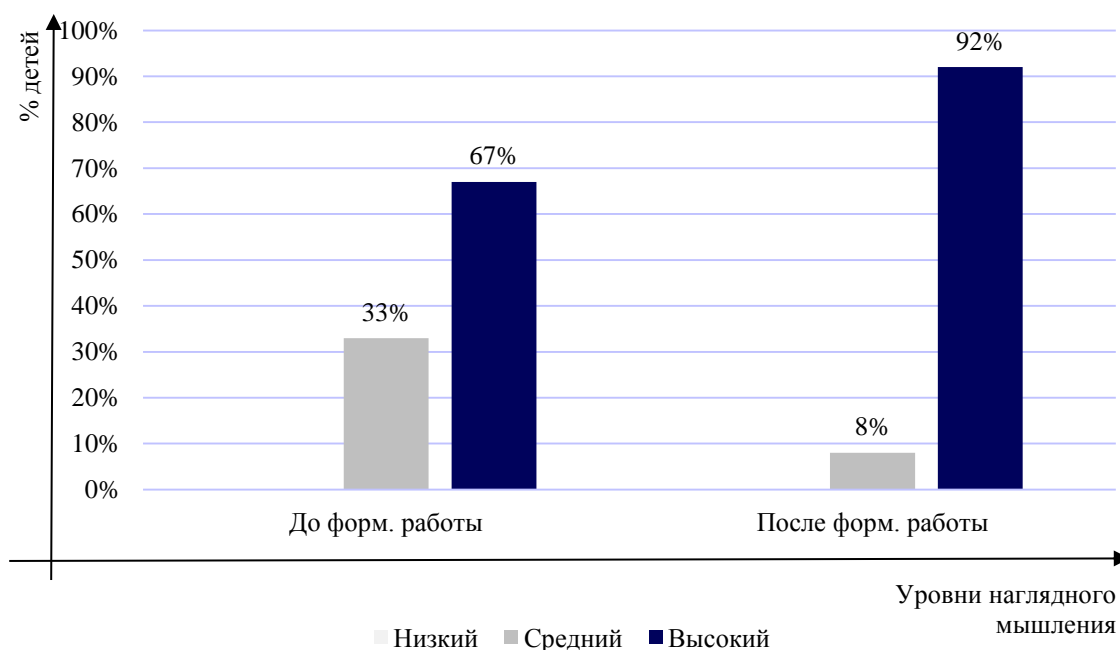


Рисунок 6. Сравнение результатов диагностики наглядно-образного мышления в группе часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Разрезные картинки» до и после формирующей работы

Результаты повторной диагностики по методике «Сложи круг» представлены в таблице 12.

Таблица 12

Результаты повторной диагностики особенностей наглядно-образного мышления здоровых и часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Сложи круг»

№ п/п	Имя Ф. ребенка	2б	3а	4а	5а	6а	3б	4б	5б	6б	Общее количество баллов	Уровень развития наглядного мышления
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Здоровые дети												
1	М. Д.	1	2	2	1,5	2	2	2	2,5	1,5	16,5	2 уровень
2	Я. К.	1	2	2	2	2	2,5	2,5	2	2	18	3 уровень
3	Н.Ш.	1	2	2	2	2	3	2,5	2,5	2	19	4 уровень

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
4	В.А.	1	2	2	2	2	3	2,5	2,5	2,5	19	3 уровень
5	М. К.	1	2	2	2	1,5	3	2,5	2,5	2	18,5	3 уровень
6	С. Ш.	1	2	2	2	2	3	2,5	2,5	2	19	3 уровень
7	Г. М.	1	2	2	2	1,5	2	2	2	1,5	16	2 уровень
8	С. Н.	1	2	2	1,5	1,5	2,5	2	1,5	1,5	15,5	2 уровень
9	Е.Б.	1	2	2	2	2	2,5	2,5	2	2	18	3 уровень
10	Е. В.	1	2	2	2	2	3	3	2,5	3	20,5	4 уровень
11	В. З.	1	2	2	2	2	2,5	2,5	2	2	18	3 уровень
12	Е. З.	1	2	2	2	1,5	2,5	2,5	2	1,5	17	3 уровень
Часто болеющие дети												
1	М.К.	1	2	2	1,5	1,5	3	3	2	2	18	3 уровень
2	А. П	1	2	2	2	2	3	2,5	2	2	18,5	3 уровень
3	А. К.	1	2	2	2	1,5	2,5	2	2	2	17	3 уровень
4	М. К.	1	2	2	2	2	2	2	2	1,5	17,5	3 уровень
5	Д. П	1	2	2	2	2	3	3	2	2	19	3 уровень
6	Е. Ч.	1	2	2	1,5	2	2	2	2	1,5	16	2 уровень
7	И. Р.	1	2	2	2	2	3	3	2,5	2,5	20	4 уровень
8	А. С.	1	2	2	1,5	2	2,5	2	2,5	2	17,5	3 уровень
9	З. И.	1	2	2	2	2	3	3	3	2	20	4 уровень
10	А.Д.	1	2	2	2	2	2,5	2,5	3	2	19	3 уровень
11	Е. Ж.	1	2	2	2	2	3	3	3	2,5	20,5	4 уровень
12	С. Н.	1	2	2	2	2	2	2	2	2	17	3 уровень

Повторная диагностика по методике «Сложи круг» показала, что в группе здоровых детей – 2 ребенка с четвертым уровнем развития наглядного мышления, 7 детей – с третьим уровнем, 3 ребенка – со вторым уровнем; в группе часто болеющих детей – 3 ребенка с четвертым уровнем развития наглядного мышления, 8 детей – с третьим уровнем развития наглядного мышления, 1 ребенок – со вторым уровнем. В целях улучшения восприятия результатов диагностического исследования первому уровню развитию наглядного мышления присвоено значение «очень низкий», второму – «низкий», третьему – «средний», четвертому – «высокий».

Представим результаты диагностики и в формате диаграммы – на рисунке 7.

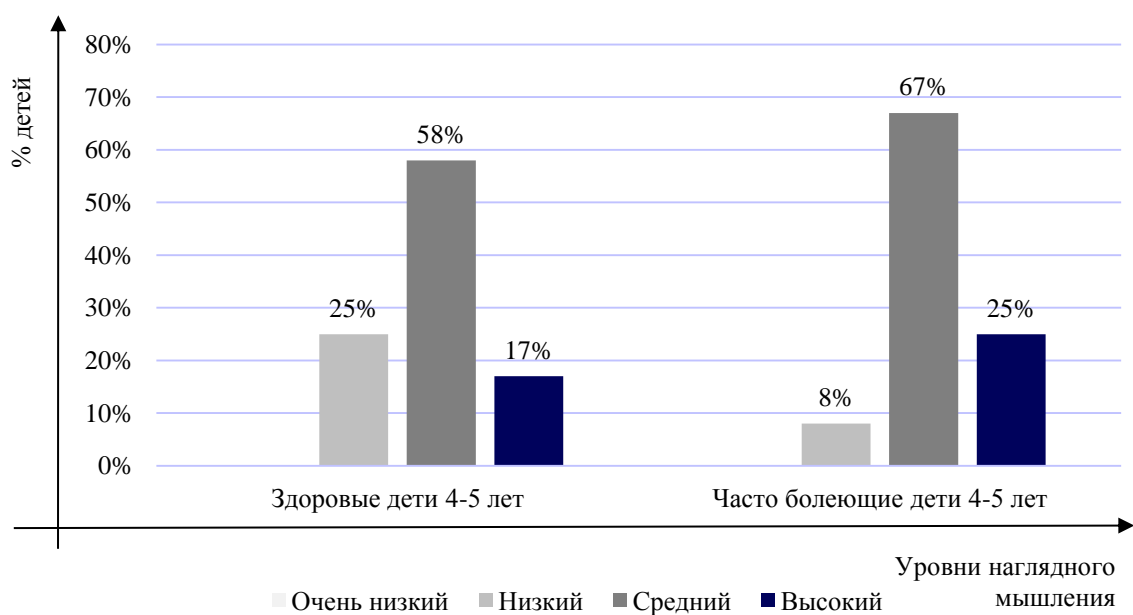


Рисунок 7. Результаты повторной диагностики особенностей наглядно-образного мышления здоровых и часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Сложи круг»

Из результатов повторной диагностики мы видим, что в группе здоровых детей 4–5 лет (контрольной группе) наглядно-образное мышление детей осталось на том же уровне, что и на констатирующем этапе, а в группе часто болеющих детей 4–5 лет (в экспериментальной группе) доля детей с высоким уровнем развития наглядно-образного мышления увеличилась в сравнении с констатирующим этапом. Графическое отображение сравнения данных диагностики наглядно-образного мышления в группе часто болеющих детей 4–5 лет представлено на рисунке 8.

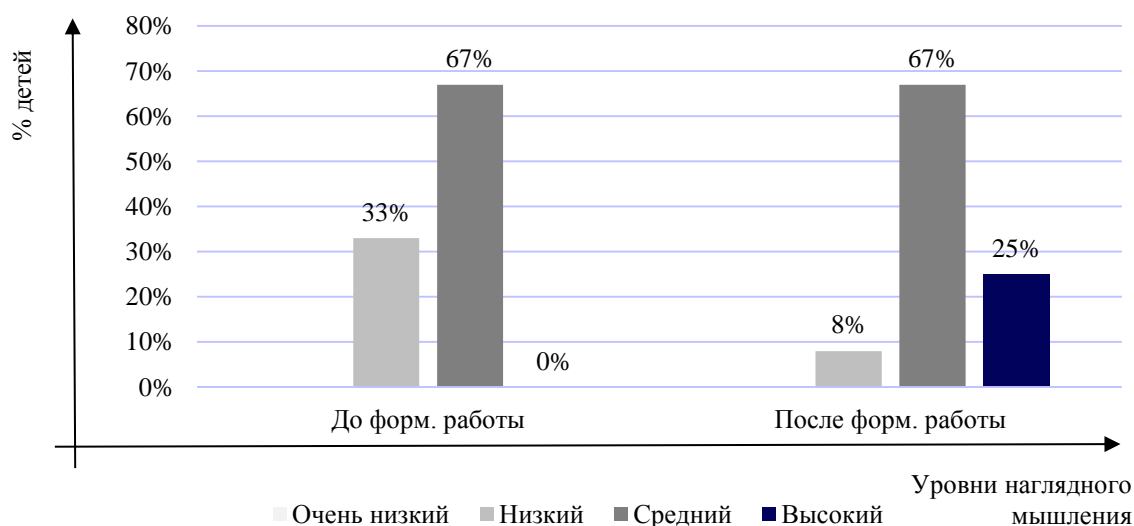


Рисунок 8. Сравнение результатов диагностики наглядно-образного мышления в группе часто болеющих детей 4–5 лет по методике «Сложи круг» до и после формирующей работы

Таким образом, можно сделать выводы о следующем.

1. В группе здоровых детей 4–5 лет (контрольной группе) характеристики наглядно-образного мышления остались на том же уровне, что и на констатирующем этапе.

2. В группе часто болеющих детей 4-5 лет (в экспериментальной группе) доля детей с высоким уровнем развития наглядно-образного мышления увеличилась в сравнении с констатирующим этапом.

В целях определения значимости различий в показателях наглядно-образного мышления здоровых и часто болеющих детей 4–5 лет на констатирующем и контрольном этапах эксперимента был проведен расчет с помощью критерия Мана-Уитни [50], отраженный в таблице 13.

Результаты оценки значимости различий в показателях наглядно-образного мышления здоровых и часто болеющих детей 4–5 лет на констатирующем и контрольном этапах эксперимента (по критерию Манна-Уитни)

Группа	Методика «Разрезные картинки»	Методика «Сложи круг»
Экспериментальная группа (часто болеющие дети 4–5 лет)	UЭмп = 32,5 Полученное эмпирическое значение UЭмп (32,5) находится в зоне неопределенности.	UЭмп = 34,5 Полученное эмпирическое значение UЭмп (34,5) находится в зоне неопределенности.
Контрольная группа (здоровые дети 4–5 лет)	UЭмп = 72 Полученное эмпирическое значение UЭмп (72) находится в зоне незначимости.	UЭмп = 68 Полученное эмпирическое значение UЭмп (68) находится в зоне незначимости.

Таким образом, различия в показателях наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет на констатирующем и контрольном этапах эксперимента значимы на уровне $p \leq 0,05$.

Выводы по главе 2

Вторая глава посвящена проверке гипотезы. В частности, проверке эффективности реализации психолого-педагогических условий для развития наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет с учетом специфики родительского отношения. Предполагалось, что психолого-педагогическая работа по развитию наглядно-образного мышления будет результативна при соблюдении следующих условий.

1. Оснащение предметно-пространственной среды группы материалами, способствующими развитию наглядно-образного мышления детей.

2. Систематическая педагогическая работа по развитию наглядно-образного мышления детей на основе организации игровой и продуктивных видов деятельности.

3. Обеспечение преемственности в развитии наглядно-образного мышления через взаимодействие с родителями часто болеющих детей 4–5 лет».

В исследовании приняло участие 12 часто болеющих и 12 здоровых детей 4–5 лет, а также их родители. На констатирующем этапе исследования с помощью диагностических методик были изучены показатели уровня развития наглядно-образного мышления у часто болеющих и здоровых детей, а также типы родительских отношений. Диагностика показала следующее.

1. В группе здоровых детей 4–5 лет доля детей с высоким уровнем развития больше, чем в группе часто болеющих детей 4–5 лет. Доля детей с низким и средним уровнем развития мышления выше в группе часто болеющих.

2. Существуют особенности родительского отношения к часто болеющим дошкольникам: родители часто болеющих детей в большей

степени склонны контролировать ребенка, инфантилизировать в собственных глазах своего ребенка, приписывать неудачи.

Содержание формирующей работы было связано с реализацией определенных психолого-педагогических условий: дооснащена предметная среда материалом, активизирующим процесс развития наглядно-образного мышления; созданы и размещены наглядные путеводители для работы в центрах активности и помещениях группы; разработана и реализована серия занятий продуктивными видами деятельности (аппликация, рисование, пр.); подобраны и проведены дидактические игры, направленные на развитие наглядно-образного мышления. Для родителей были разработаны: рекомендации по развитию наглядно-образного мышления; рекомендации и тренинг по оптимизации типа родительского отношения.

Психолого-педагогическая работа с детьми проводилась с учетом результатов по изучению особенностей родительского отношения к часто болеющим детям. В частности, при проведении мероприятий опирались на самостоятельность часто болеющих детей через возможность обращения к путеводителям в ситуации неуверенности, создавали ситуации успеха на занятиях и пр.

Повторная диагностика развития наглядно-образного мышления часто болеющих и здоровых детей показала такие результаты.

В группе здоровых детей 4–5 лет (контрольной группе) наглядно-образное мышление детей осталось на том же уровне, что и на констатирующем этапе. Различия в распределении здоровых детей 4–5 лет по уровням наглядно-образного мышления на констатирующем и контрольном этапах эксперимента не значимы. В группе часто болеющих детей 4–5 лет (в экспериментальной группе) доля детей с высоким уровнем развития наглядно-образного мышления увеличилась в сравнении с констатирующим этапом. Различия в распределении часто болеющих детей 4–5 лет по уровням наглядно-образного мышления на констатирующем и контрольном этапах эксперимента значимы на уровне $p \leq 0,05$.

Таким образом, следует сделать заключение, что гипотеза подтвердилась.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Интерес к проблеме часто болеющих детей проявляет как психология, так и педагогика, при том, что особенности педагогической работы в научной литературе крайне слабо освещены. Психолого-педагогическими характеристиками часто болеющих детей являются сниженные показатели познавательных процессов: они обладают недостаточным уровнем развития внимания, снижением объема памяти, повышенной утомляемостью и истощаемостью психических процессов, что, безусловно, сказывается на успешности их образовательной деятельности.

В данной работе внимание остановлено на характеристиках наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет. Под наглядно-образным мышлением понимается мышление, которое опирается именно на образ как целостное представление о предмете или явлении и оперирует, прежде всего, образами. Средний дошкольник может мыслить о предметах образно, отвлеченно. Однако, безусловно, этот процесс может быть зависим от ряда факторов – в т.ч. и от здоровья ребенка. Так, исследователями отмечается недостаточная сформированность наглядно-образного мышления у часто болеющих детей.

Соответственно вышесказанному, становится значимой работа по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет, которая может быть реализована педагогическими средствами, в педагогических условиях. Нами сделан вывод о том, что психолого-педагогическая работа по развитию наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет с учетом специфики родительского отношения будет результативна при соблюдении следующих условий.

1. Оснащение предметно-пространственной среды группы материалами, способствующими развитию наглядно-образного мышления детей.

2. Систематичность в работе по развитию наглядно-образного мышления детей на основе организации игровой и продуктивных видов деятельности.

3. Обеспечение преемственности в развитии наглядно-образного мышления через взаимодействие с родителями часто болеющих детей 4–5 лет.

Данный вывод выступил гипотезой исследования, которая была проверена в экспериментальном исследовании. В исследовании приняло участие 12 часто болеющих и 12 здоровых детей 4–5 лет, а также их родителей. Исследование было проведено в три этапа: констатирующий, формирующий, контрольный.

На констатирующем этапе исследования были изучены уровни развития наглядно-образного мышления часто болеющих и здоровых детей и типы родительских отношений их родителей с помощью методик «Разрезные картинки», «Сложи круг», «Опросник родительского отношения». Были сделаны такие выводы.

1. В группе здоровых детей 4–5 лет доля детей с высоким уровнем развития больше, чем в группе часто болеющих детей 4–5 лет. У часто болеющих детей уровни развития наглядно-образного мышления – преимущественно низкие и средние.

2. Существуют особенности родительского отношения к часто болеющим дошкольникам: родители часто болеющих детей в большей степени склонны контролировать ребенка, инфантилизировать в собственных глазах своего ребенка, приписывать неудачи.

Формирующий этап исследования соответствовал по содержанию выделенным педагогическим условиям. В целях развития наглядно-образного мышления часто болеющих детей 4–5 лет на основе изучения родительского отношения была:

– дооснащена предметная среда материалом, активизирующим процесс развития наглядно-образного мышления,

– созданы и размещены наглядные путеводители для работы в центрах активности и помещениях группы,

– разработана и реализована серия занятий продуктивными видами деятельности (лепка, аппликация, конструирование, рисование),

– подобраны и проведены дидактические игры, направленные на развитие наглядно-образного мышления;

– разработаны и презентированы рекомендации по развитию наглядно-образного мышления, рекомендации по формированию оптимального типа родительского отношения, тренинг по коррекции родительского отношения.

Как было отмечено, педагогическая работа с детьми проводилась с учетом особенностей родительского отношения к часто болеющим детям: так, мы старались формировать самостоятельность часто болеющих детей через возможность обращения к путеводителям в ситуации неуверенности, создавали ситуации успеха на занятиях и пр.

Повторная диагностика уровней развития наглядно-образного мышления часто болеющих и здоровых детей показала такие результаты.

1. В группе здоровых детей 4–5 лет (контрольной группе) наглядно-образное мышление детей осталось на том же уровне, что и на констатирующем этапе. Различия в распределении здоровых детей 4–5 лет по уровням наглядно-образного мышления на констатирующем и контрольном этапах эксперимента не значимы.

2. В группе часто болеющих детей 4–5 лет (в экспериментальной группе) доля детей с высоким уровнем развития наглядно-образного мышления увеличилась в сравнении с констатирующим этапом. Различия в распределении часто болеющих детей 4–5 лет по уровням наглядно-образного мышления на констатирующем и контрольном этапах эксперимента значимы на уровне $p \leq 0,05$.

Проведенная работа видится нам результативной, а потому гипотезу исследования следует считать доказанной, цель – достигнутой, задачи – решенными.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Авезова Г.С., Косимова С.М. Часто болеющие дети: распространенность и факторы риска // European Research. 2017. № 5 (28). С. 79–80.
2. Аксарина Н.М. Воспитание детей раннего возраста. М., 1977. 453 с.
3. Арон И.С. Факторы формирования личности дошкольника в особой социальной ситуации развития: дис. канд. психол. наук. Казань, 2000. 212 с.
4. Белошистая А. Задания, развивающие образное мышление: для работы со старшими дошкольниками // Дошкольное воспитание. 2010. № 4. С. 44–47.
5. Белькович В.Ю. Системный подход к развитию наглядно-образного мышления младших школьников при ознакомлении с природой: монография. Тюмень: ТОГИРРО, 2010. 122 с.
6. Бойко В.В., Кириллова А.В. Влияние занятий физической культурой на развитие словесно-логического мышления у детей старшего дошкольного возраста // Успехи современного естествознания. 2013. № 10. С. 167–168.
7. Бутенко Н.В. Траектория формирования мышления в дошкольном возрасте // Вестник Челябинского государственного педагогического университета. 2018. № 6. С. 223–238.
8. Варга А.Я. Типы родительских отношений. Самара: СамГПУ, 1997. 88 с.
9. Венгер Л.А., Мухина В.С. Психология. М.: Просвещение, 1988. 335 с.
10. Веселов Н.Г., Кузнецова Ю.Е., Ермакова Г.К. и др. Принципы организации и система оздоровления часто болеющих детей в условиях детских дошкольных учреждений. Л.: 1990. 55 с.

11. Волкова О.Н. Особенности развития личности часто болеющего ребенка // Медицинская психология в России: электронный научный журнал. 2010. № 2. URL: http://mprj.ru/archiv_global/2010_2_3/nomer/nomer10.php (дата обращения: 12.10.2019).
12. Гальперин П.Я. Лекции по психологии: учебное пособие. М.: Книжный дом «Университет», 2011. 397 с.
13. Гиппенрейтер Ю.Б. Общаться с ребенком. Как? М.: АСТ, 2016. 299 с.
14. Доманецкая Л.В. Особенности общения с родителями часто болеющих детей старшего дошкольного возраста // Сибирский вестник специального образования. 2011. № 1. С. 47–53.
15. Дубовик Е.Ю. Особенности проявления тревожности в детско-родительских отношениях часто болеющим ребенком дошкольного возраста // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. 2006. № 1. С. 134–140.
16. Дусказиева Ж.Г. Влияние родительского отношения на тендерные особенности проявления тревожности часто болеющих детей старшего дошкольного возраста // Сибирский педагогический журнал. 2008. № 13. С. 324–334.
17. Еникеев М.И. Психологический энциклопедический словарь. М.: ТК Велби, Издательство Проспект, 2010. 558 с.
18. Журихина И. Картотека дидактических игр по развитию компонентов наглядно-образного мышления у детей 4–5 лет. URL: <https://www.maam.ru/detskijsad/kartoteka-didakticheskikh-igr-po-razvitiyu-komponentov-nagljadno-obraznogo-myshlenija-u-detei-4-5-let.html> (дата обращения: 10.09.2019).
19. Исаев Д.Н. Психопрофилактика в практике педиатра. Л., 1984. 192 с.
20. Капарулина В.Н., Смирнова М.Н., Гордеева Н.О. и др. Психологический словарь. Ростов-н/Д.: Феникс, 2003. 333 с.

21. Катасонова А.В., Кравцова Н.А., Потребич Ю.Г. Развитие высших психических функций у часто болеющих детей младшего школьного возраста // Сибирский психологический журнал. 2008. № 28. С. 81–84.
22. Ковалевский В.А. Развитие соматически больного дошкольника, младшего школьника и подростка. Красноярск, 1997. 122 с.
23. Кожевникова, М.Н. Если ребенок часто болеет: психологическая помощь родителям. СПб.: «Литера», 2013. 48 с.
24. Крушельницкая О.И., Третьякова А.Н. Действие, образ и слово в мышлении // Биология в школе. 2017. № 1. С. 8–14.
25. Марковская И.М. Тренинг взаимодействия родителей с детьми. СПб.: Речь, 2005. 150 с.
26. Микитюк И.В. Педагогическая поддержка развития часто болеющих детей 7-го года жизни в дошкольных образовательных учреждениях: на материале дошкольных образовательных учреждений Приднестровья: автореф. дисс. ... канд. пед. наук. Калуга, 2012. 24 с.
27. Михеева А.А. Психологические особенности часто болеющих детей: дисс. канд. психол. наук. М., 1999. 168 с.
28. Мухина В.С. Возрастная психология: феноменология развития, детство, отрочество: учебник для студентов вузов. М.: Академия, 2012. 294 с.
29. Николаева В.В. Тяжелобольной ребенок. Штрихи к психологическому портрету // Школа здоровья. 1995. № 2. С. 86–96.
30. Новоселова С.Л. Развивающая предметная среда детства. М.: Просвещение, 2001. 89 с.
31. Омолоева Т.С. Часто и длительно болеющие дети – группа диспансерного наблюдения на педиатрическом участке: учебное пособие. Иркутск. ГОБУ ВПО ИГМУ. 2012. 27 с.
32. Поддьяков Н.Н. Мышление дошкольника. М.: Наука, 2012. 618 с.

33. Поддьяков Н.Н. Психическое развитие и саморазвитие ребенка-дошкольника: ближние и дальние горизонты. 2-е изд., доп. М.: Обруч, 2013. 192 с.
34. Полунина Я.И., Иванова В.А. Исследование уровня развития наглядно-образного мышления дошкольников // Актуальные проблемы современного образования: опыт и инновации материалы всероссийской научно-практической конференции (заочной) с международным участием. ответственный редактор А.Ю. Нагорнова. 2016. С. 65–68.
35. Психология. Словарь / Под общ. Ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. 2-е изд., испр. и доп. М.: Политиздат, 1990. 494 с.
36. Развернутое перспективное планирование по программе «Детский сад 2100». Старшая группа / авт.-сост. Г.Г. Белецкая. Волгоград: Учитель, 2012. 117 с.
37. Романцов М.Г., Мельникова И.Ю. Особенности личностного и психического развития часто болеющих детей // Pedagogy & Psychology. Theory and practice. 2016. №. 2. С. 68–71.
38. Савенкова М.С., Савенков М.П., Абрамова Н.А. Опыт лечения часто болеющих детей в условиях поликлиники // Практика педиатра. 2011. № 10. С. 53–58.
39. Сидоркина Т.Ю. Психолого-педагогическое сопровождение адаптации часто болеющих детей к дошкольному образовательному учреждению: учебное пособие. Красноярск, 2013. 92 с.
40. Современные формы работы с родителями в дошкольном учреждении: методические рекомендации / сост. Е.В. Пляскина. с. Троицкое: РМК, 2013. 60 с.
41. Современный словарь по педагогике / сост. Е.С. Рапацевич. Мн.: «Современное слово», 2001. 928 с.
42. Сухонослова А.А. Организация предметно-пространственной среды как средство развития наглядно-образного мышления обучающихся с задержкой психического развития / Изучение и образование детей с

различными формами дизонтогенеза: мат. всерос. науч.-практ. конф. 2018. С. 152–154.

43. Фатихова Л. Диагностика наглядного мышления дошкольников // Научный поиск. 2016. № 8. С. 93–99.

44. Цыгановская М.В., Охочинская Н.С. Психолого-педагогическое сопровождение часто болеющих детей дошкольного возраста: методические рекомендации. Ханты-Мансийск, 2012. 92 с.

45. Чикова И.В., Диль-Илларионова Т.В. Особенности развития наглядно-образного мышления у дошкольников и опыт его оптимизации в условиях дошкольного образовательного учреждения // Балтийский гуманитарный журнал. 2016. Т. 5. № 4 (17). С. 340–343.

46. Шарапова В.И., Слюсарская Т.В. Изучение наглядно-образного мышления у детей среднего дошкольного возраста с нарушением зрения // Научный альманах. 2017. № 3-2 (29). С. 388–390.

47. Шеботинова, Е.А. Особенности личности часто болеющих детей / Е.А. Шеботинова // Психология и педагогика: методика и проблемы практического применения. 2016. № 52. С. 46–50.

48. Шпиняк Е.С. Конструирование как развитие наглядно-образного мышления дошкольников // Современные исследования. 2018. № 6 (10). С. 80–82.

49. Якиманская С.И., Столетнев В.С. Возрастные индивидуальные особенности образного мышления. М.: Педагогика, 1989. 252 с.

50. U-критерий Манна-Уитни: автоматический расчет // URL: <https://www.psychol-ok.ru/statistics/mann-whitney/>.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Стимульный материал к методике «Разрезные картинки»

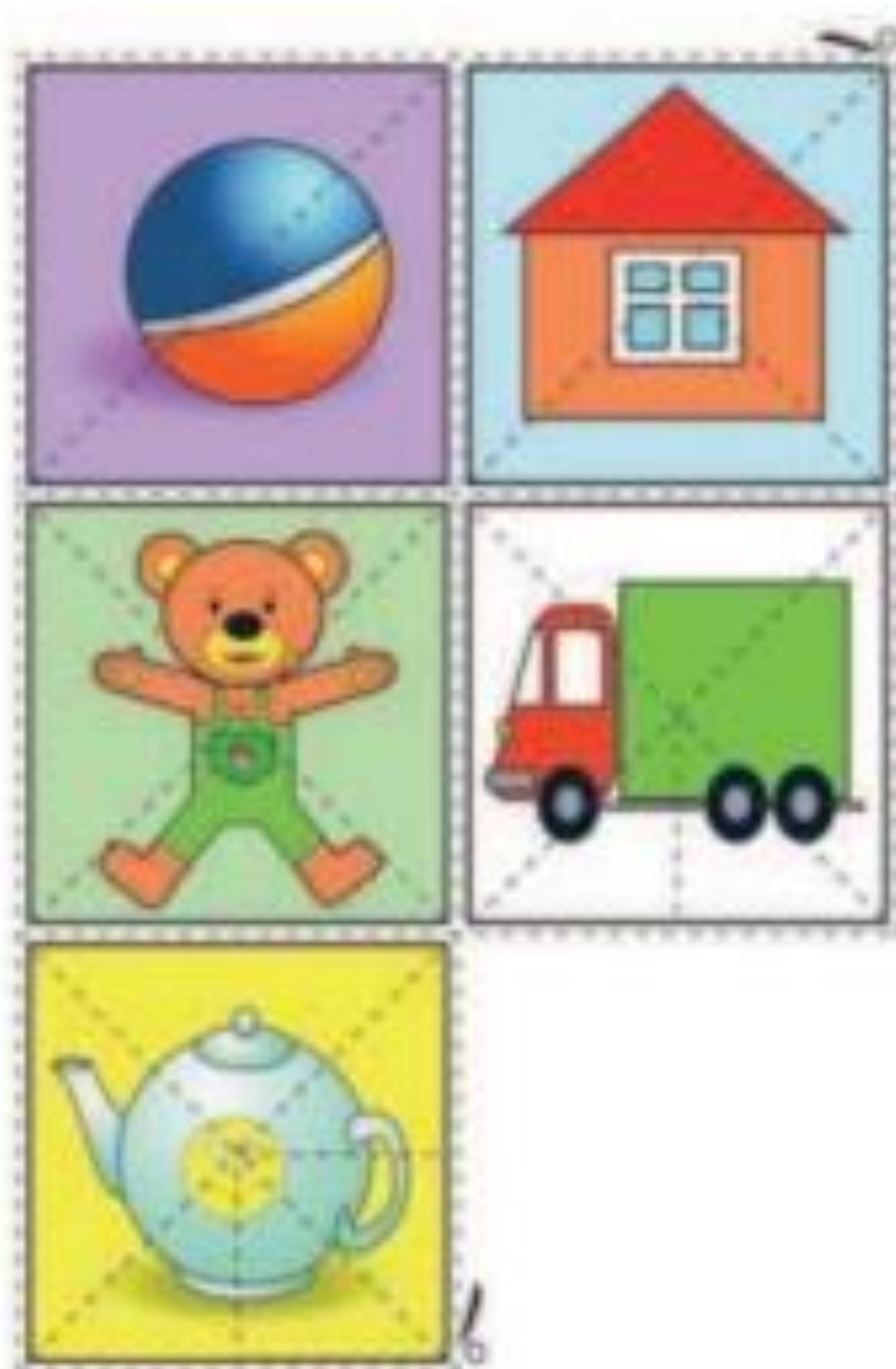


Рисунок 9. Разрезные картинки (на 2–6 частей)

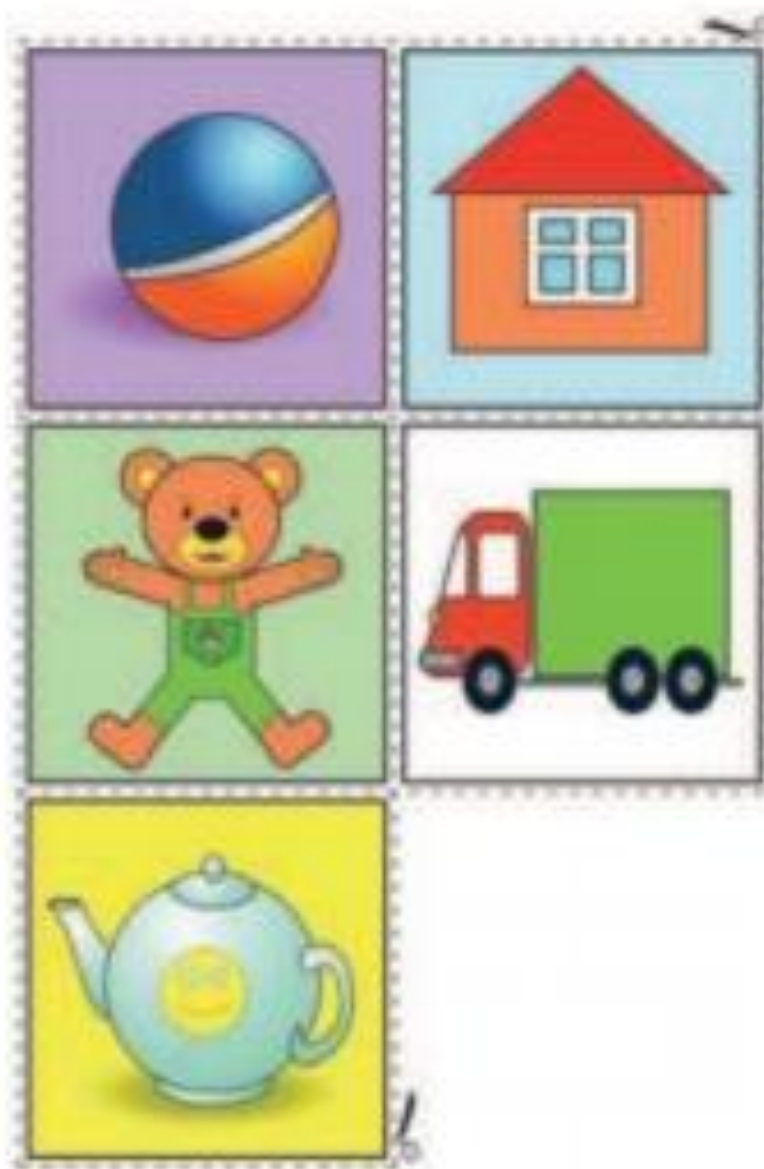


Рисунок 10. Аналогичные цельные картинки



Рисунок 11. Картинки-трафареты

Результаты, полученные при диагностике родителей.

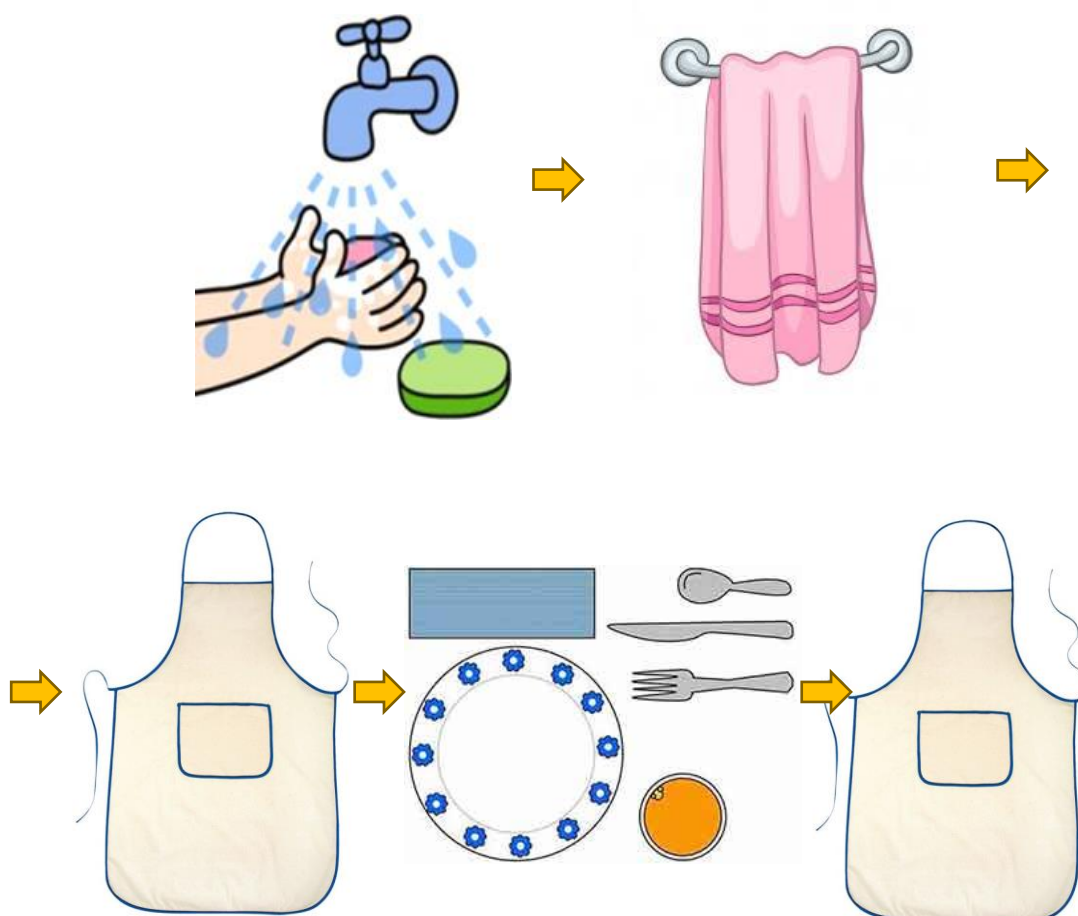
№ п/п	Имя Ф. ребенка	«Принятие – отвержение»	«Кооперация»	«Симбиоз»	«Контроль»	«Маленький неудачник»
Часто болеющие дети						
1	М.К.	15	4	7	6	5
2	А. П	11	4	5	4	3
3	А. К.	13	4	4	4	2
4	М. К.	7	3	2	3	3
5	Д. П	11	4	4	3	5
6	Е. Ч.	13	5	4	6	3
7	И. Р.	17	3	5	5	5
8	А. С.	14	2	3	5	3
9	З. И.	14	7	7	5	7
10	А.Д.	11	4	5	3	2
11	Е. Ж.	17	3	7	7	7
12	С. Н.	10	5	4	4	3

Путеводители

Путеводитель «Полив цветов»



Путеводитель «Дежурство на кухне»



Путеводитель «Мытье рук»



Рекомендации родителям по развитию наглядно-образного мышления часто болеющего ребенка 4–5 лет

1. Обогащайте восприятие ребенка яркими и красочными образами, организуйте взаимодействие ребенка с предметным миром: отмечайте красоту окружающей природе, организуйте семейные походы на различные выставки и пр.

2. Побуждайте творческую активность ребенка – рисуйте вместе с ним (как ведущей, так и не ведущей рукой), изготавливайте поделки из цветного картона, аппликации, организуйте лепку из пластилина, познакомьте ребенка с искусством оригами, пр.

3. Собирайте с детьми пазлы, подходящие по возрасту.

4. Предлагайте детям игры на ассоциацию и визуализацию – например, на прогулке спросите, на что похоже облако, форма лужи и пр. Такую игру можно организовать и в домашних условиях: придумывайте совместно с ребенком на каждую картинку (кружочек, квадрат, треугольник, спираль, или абстрактный рисунок) как можно больше ассоциаций.

Рекомендации родителям по формированию оптимального отношения к
часто болеющему ребенку 4–5 лет

1. Старайтесь безусловно принимать ребенка, любите его за то, что он есть в вашей жизни.

2. Можно быть недовольным ребенком (за какие-то действия), однако недовольство не должно быть систематическим, иначе оно перерастет в неприятие его.

3. Не вмешивайтесь в дело, которым занят ребенок, если он не просит помощи, однако такая помощь необходима, если ребенку трудно, и он готов принять вашу помощь, обязательно помогите ему. Важно понимать, что ваша роль должна быть ограниченной – возьмите на себя только то, что он не может выполнить сам, остальное предоставьте делать ему самому. Поддерживайте успехи ребенка.

4. Проявляйте интерес к жизни и переживаниям ребенка, слушайте его, поощряйте разговоры, выявляйте его потребности. Активно слушайте ребенка, т.е. «возвращайте» ему в беседе то, что он вам поведал, при этом обозначив его чувство.

5. Не запугивайте и не угрожайте ребенку, не прибегайте к насилию.

6. Не оценивайте, не сравнивайте ребенка – принимайте его таким, какой он есть.

7. Используйте в рамках семейного воспитания правила (ограничения, требования, запреты), однако не должно быть слишком много, и они должны быть гибкими. Правила должны быть согласованы взрослыми между собой.

8. Верьте в силы и возможности ребенка, не старайтесь все делать за него.