Введение

Тема этой дипломной работы «Влияние хронических соматических заболеваний на психическое развитие подростков (особенности мыслительной деятельности)», выбрана не случайно. В настоящие время количество детей, имеющих хронические соматические заболевания, с каждым годом увеличивается. Эта проблема становится социально-экономической, не только в нашей стране, но и в других странах мира. Болезнь вносит свои коррективы в жизнь ребенка, влияет на его качество жизни и психическое развитие. Психическое развитие и становление личности тесно связаны с самосознанием, а наиболее явно самосознание проявляется в самооценке, в том, как ребенок оценивает себя, свои качества, свои возможности, свои успехи и неудачи. Исходя из этого, важным является подход к детям, имеющих хронические соматические заболевания, помощь им должна быть комплексной, т.е. направленной не только на устранение заболевания, но и на последствия, связанные с заболеванием. Последствиями заболеваний у детей могут быть нарушение таких психических процессов, как память, внимание, мышление. В этой дипломной работе будут представлены методики на обследование и развитие мышления.

Мышлением – называется психический процесс, характеризующийся отражением связей и отношений между предметами и явлениями действительности, ведущие к получению новых знаний.

Мышление может быть: наглядно-действенным, при котором решение задач включает внешние двигательные пробы; наглядно-образным, при котором решаются задачи, но действия выполняются в уме при помощи образов; логическое мышление, при котором мышление осуществляется с помощью рассуждений. Это значит связывать между собой разные знания для того, чтобы в итоге получить ответ на стоящей перед нами вопрос, решить мыслительную задачу.

Цель: Выявить с помощью исследований влияние хронических соматических заболеваний на мышление детей.

Задачи: 1) Провести исследования на оценку мышления детей 12-14 летнего возраста.

2) Провести игровые упражнения с детьми на развитие мышления.

3) Оценка результатов проведенного эксперимента.

Дело в том, что эти трудности могут иметь одинаковые внешние проявления, отражающиеся в поведении ребенка, его успеваемости, отношением в коллективе и т.п., но их причины, физиологические и психологические механизмы, их этиология могут быть совершенно различными. Поэтому и помощь ребенку в каждом отдельном случае должна быть направлена не на изменения поведения как такового, а на устранение нежелательных причин. Такой причиной может быть состояние здоровья. Дети, о которых будет описано в этой дипломной работе, имеют следующие хронические заболевания: бронхит, гайморит, мастоидит, бронхиальная астма, атопический дерматит, аллергический ринит. Эти дети постоянно находятся в больнице на стационарном лечении по нескольку раз за год. Пребывание в больнице затягивается на длительный срок. Они состоят на диспансерном учете у аллергологов, лор-врачей, невропатологов, проходят лечение не только в период болезни, но и при ремиссии, чтобы продлить период ослабления болезни, т.е. провести профилактику заболевания. Из-за систематических пропусков школы дети отстают в учебной программе. Конечно, эти дети не всегда отстают по всем предметам в школе, но те предметы, которые требуют от детей мыслительных рассуждений, неординарного анализа, даются им с большим усилием.

В понятии педагогики дети, часто болеющие и пропускающие школу, относятся к детям с соматогенной задержкой, т.е. дети у которых замедлен темп развития из-за стойкой астении, снижающий не только общий, но и психический тонус. Нередко у этих детей имеет место и задержка эмоционального развития (соматогенный инфантилизм), обусловленное рядом невротических наслоений: неуверенностью, боязливостью, которые связаны с ощущениями неполноценности. При соматогенной задержке ребенок утрачивает ранее приобретенные навыки, возвращается к формам поведения, свойственным более раннему календарному возрасту. Частые соматические заболевания влияют на нервную систему, приводя ее к истощаемости. Повторяющийся госпитализм развивает явления сенсорной депривации, когда активные реакции протеста по поводу отрыва от условий реальной жизни, сменяется пассивным апатичным состоянием. Эти дети считают свой стиль жизни «нормальным», т.к. за время болезни привыкают к тем коррективам, которые внесла в их жизнь болезнь. Память у этих детей нарушена незначительно. Преобладают игровые интересы, занижена самооценка, нарушена мыслительная деятельность гибкость, скорость, активность мышления. В плане оказания помощи ребенку следует обеспечить положительные эмоциональные стимулы, развивающие и обучающие воздействие. Поэтому важно обеспечить этим детям медико-педагогическое воздействие, т.е. лучше всего это проводить во время лечения ребенка в больнице. Здесь должны работать с детьми не только медицинские работники, но и педагоги-психологи. Ведь ребенок во время лечения получает много всяких болезненных и неприятных процедур, после которых общение с другими детьми затруднено, не хочет общаться с окружающими, не говоря уже о занятиях и учебе. Поэтому нужно, чтобы педагог-психолог работал с такими детьми, помогал им справиться со страхами, связанными с заболеванием, с трудностями в общении со сверстниками, в учебе. Занятия с психологом помогали бы детям самореализоваться, не относиться к себе пассивно, а помогали бы ему двигаться вперед. Занимаясь с педагогом детям было бы легче нагонять отставания в учебе. Немаловажную роль бы играла работа педагога-психолога с родителями. Надо объяснить родителям, что они должны помогать детям не только в плане физического здоровья, но и психического здоровья, чтобы они от постоянной гиперопеки и сочувствия, перешли к участию и помощи своему ребенку, в преодалении тех сложностей, которые вызывает у него заболевание. Важно, чтобы эта помощь была систематической, целенаправленной, чтобы в каждом конкретном случае знали, что эффективнее, правильнее, доступнее.

Вся важность и актуальность данной дипломной работы состоит в том, что, обнаружив у этих детей нарушение развития психических процессов, должна проводится помощь этим детям, и лучше если эта помощь будет проводиться во время пребывания их на лечение в больнице, в то время когда ребенок более уязвим и дезадаптирован. Помогая ребенку в стационаре, мы даем возможность развивать уже имеющиеся у него навыки, поддерживать умственный и психологический потенциал. В свою очередь всё это будет способствовать нормализации физического и психического здоровья.

1. Влияние хронических соматических заболеваний на психическое развитие ребенка и успеваемость в школе

Проблема трудностей обучения в школе одна из самых сложных недостаточно изученных специалистами. Эта проблема неуспеваемости детей начинается ещё в начальной школе, и поэтому если мы не обращаем внимания на это, то эти дети в последствии начинают отставать от учебы, затем это может усугубиться ещё и возрастными отклонениями в психическом развитии, таких как: память, мышление, внимание.

Следует отметить, что практически никогда не удается выделить одну отдельно взятую причину, будь то состояние здоровья, неблагоприятные социально-бытовые условия, дефекты воспитания, недостаточная готовность к обучению, индивидуальные особенности развития.

Можно проанализировать трудности обучения исходя из каждой отдельной причины, а можно отталкиваться от характера того, что «не дается», и затем разобрать, что их вызывает. Сложности в том, что при одних и тех же трудностях у разных детей причины могут быть многовариантными.

Почти все трудности, возникающие у детей, учитель связывает главным образом с успеваемостью. При этом оценка ребенка укладывается, как правило, в типичную схему: отличник – значит, хороший ученик, получает двойки - значит, плохой. Соответствуют этой схеме и применяемые меры. В лучшем случае в школу вызываются родители, которым раздраженный педагог предъявляет претензии, что они плохо смотрят за сыном (или дочерью), плохо его воспитывают, мало с ним занимаются. В худшем, вернее, совершенно не допустимом случае учитель при всем классе, не стесняясь и не задумываясь о последствиях, в повышенном тоне оскорбляет и унижает ребенка. Большинство даже самых опытных педагогов связывают неуспеваемость ученика с его ленью, нерадивостью, невоспитанностью. Вспомните, цифру 80% учителей считают, что успешность обучения определяется трудолюбием, прилежанием, отношением к порученному делу. Значительно реже учитель задумывается об истинных причинах неуспеваемости, естественно, о необходимости соответствующих мер по их устранению.

Поэтому необходимо подробно рассмотреть особенности адаптации и трудности обучения детей, связанными с различными нарушениями состояния здоровья.

Все они должны привыкнуть к школе, урокам, переменам, классному коллективу, Дисциплине и тому, что теперь они будут не только играть как раньше, но и учиться. Безусловно, возникнут трудности, и учитель должен быть готов к ним.

Трудности у этих детей будут различными, будет нарушено внимание, память, восприятие окружающего мира, могу иметься и нарушения со стороны эмоционально-волевой сферы.

В первое время поведение и самочувствие детей меняется в худшую сторону. Это замечают и учителя, и родители. Некоторые дети становятся беспокойными или наоборот вялыми, сонливыми, плаксивыми, раздражительными, жалуются, что «болит головка», плохо едят, с трудом засыпают. Все это пока объяснимо: ведь происходит приспособление ребенка к новым условиям обучения и воспитания, и, конечно это не происходит бесследно для самочувствия. Но проходит один-два месяца - и большинство ребят становятся более спокойными и дисциплинированными, чувствуют себя уже школьниками, успешно усваивают программу.

Но не всегда все бывает так благополучно. Уже в начале года становится ясно, что не всем детям по силам учеба. Некоторые, по-видимому, очень быстро устают и не оправдывают тех надежд, которые подавали в первые дни. Появились слабоуспевающие ученики, некоторые совсем не усваивают программу. Многие часто болеют, пропускают занятия, отстают. Эти дети тихие, неактивные, вид болезненный, дисциплину не нарушают, а спросишь их – как-будто просыпаются, отвечают невпопад. И ошибки появляются какие-то нелепые: то все хорошо, то вдруг с простейшим примером не могут справиться. Уже после первого урока устают, ложатся на парту и на следующих уроках совсем не могут работать. К середине года становятся очень рассеянными, все забывают. Сделаешь замечание - плачут. Постоянно жалуются на своё самочувствие, часто нервничают, удручены какими-то проблемами.

Нервно-психическая сфера ребенка очень чувствительна к различным неблагоприятным воздействиям. Перенесенные заболевания, тем более повторные, психические переживания, непосильные эмоциональные, умственные, физические нагрузки, могут явиться причиной резкого ослабления функционального состояния нервной системы, привести к ухудшению психического здоровья, развитию так называемого астенического состояния.

Каждому учителю знакомы эти рассеянные, забывчивые ученики с очень не устойчивой работоспособностью. Усталость у них возникает уже на первом уроке. Они с трудом понимают изъяснения учителя, сидят с безучастным взглядом, ложатся на парту. Уроки им кажутся непомерно длинными. Нередко такие дети жалуются на головные боли, головокружение. Утомление у них выражается резко сниженной умственной работоспособностью, замедленным темпом деятельности. Как правило, они не успевают выполнить задание со всем классом. Во время урока такие ученики отвлекаются на любой внешний раздражитель, плаксивы, небрежны в работе. При чтении они часто теряют строку, не делают смысловых ударений, в письме не дописывают слова, пропускают буквы, слоги. Иногда ребенок старательно готовит дома какой-нибудь урок, но в классе, у доски, теряется, пугается, как будто совсем не учил урока. У таких детей нарушается память, они не могут заучить простого стихотворения, делают ошибки при чтении и письме. Сегодня выполнят задание хорошо, а завтра совсем не справляются. Чаще всего дети жалуются на то, что очень устают, хотят спать. Но в тоже время обращает на себя внимание медленный темп деятельности, низкий уровень и резкое снижение работоспособности. Буквально через десять минут не могут выполнить самое простое задание, сидят вялые, безразличные.

Необходимо ясно представлять себе, что лежит в основе нарушений, которые называют астеническим состоянием, и какие меры можем и должны принять мы, что можем сделать, чтобы помочь ребенку. Надо вовремя уловить ту грань, когда надо бить тревогу, когда становятся необходимыми педагогическая коррекция и медицинская помощь.

Нужно помнить, что в основе нарушений познавательной деятельности, а значит, и снижении успеваемости при астеническом состоянии лежит ослабление умственной работоспособности, а не истинная интеллектуальная недостаточность. Ребенок вовсе не глуп, как чаще всего считают, - просто темп деятельности, скорость усвоения материала, память снижены из-за общей ослабленности организма.

Обучение затрудняется, на первый план выступают быстрое снижение работоспособности, сужение объема материала, который воспринимается, трудности распределения и переключения внимания, неспособность к длительному умственному напряжению.

У этих детей резко отличная от здоровых учащихся динамика работоспособности в процессе учебных занятий: нет подъема после первого урока (врабатывания), фазы устойчивой работоспособности и фазы спада от оптимума к исходному уровню или несколько ниже его. При астеническом состоянии работоспособность детей уже до начала занятий крайне низка и неустойчива. Все ее показатели то сразу снижаются уже к концу первого урока, то резко, но на короткое время повышаются и столь же резко падают. Характерно, что в подобных случаях интенсивность работы бывает на 33 – 77%, а качество на 33 – 98% ниже, чем у здоровых сверстников. Утомление наступает раньше и более выражено.

Астенические состояния (слабость, раздражительность, плаксивость, повышенная утомляемость и т.п.), трудности поведения, могу возникнуть у детей, перенесших различные инфекционные заболевания (грипп, корь, скарлатина и т.д.). Особенно неблагоприятно сказывается на состоянии нервной системы ребенка несколько заболеваний, перенесенных подряд. У этих детей в течение довольно длительного времени после заболевания отмечается низкая работоспособность, повышенная утомляемость, плаксивость, раздражительность, снижается успеваемость. Здесь особенно важна правильная тактика педагога. К сожалению, на практике мы встречаем это не так часто.

Учителя часто жалуются на таких учеников. Обвиняют их в лени неорганизованности. Родители, выслушивав мнения учителя, заставляют ребенка заниматься дополнительно, также, не выяснив причину его неуспеваемости. Дети, видя напор со стороны взрослых, становятся раздражительными, плаксивыми, отказываются заниматься. В дальнейшем всё это приводит к тому, что у ребенка на фоне постоянного стрессового состояния развивается нервное истощение и тогда уже требуется помощь врача-психоневролога.

Можно на основе изложенного сделать вывод: причиной астенического состояния ребенка, являются частые заболевания. Они ослабляют организм, снижают его сопротивляемость. Новое заболевание приводит к повышенной утомляемости, низкой и неустойчивой работоспособности. Фактически у такого ребенка нет сил для серьёзной и напряженной учебной работы. Нарушение режима, дополнительные учебные и внеучебные нагрузки, психоэмоциональное напряжение, связанное с конфликтной ситуацией в отношениях с учителем, родителями и собственной неудовлетворенностью, усугубляют трудности обучения, ухудшают функциональное и психическое состояние. Чем больше такой ребенок занимается, чем больше старается и переживает, тем хуже здоровье и меньше успехи.

Главной помощью для таких детей является организация щадящего режима, полноценного сна и отдыха на воздухе, снижение учебной нагрузки, рациональная организация домашних учебных заданий (10 – 15 минут работы, 10 – 15 минут отдыха, лучше под музыку немного попрыгать, потанцевать). Не следует требовать от ребенка выполнения задания «в один присест». Эти дети не для «продленки», кроме того, по рекомендации врача целесообразно организовать «разгрузочный» день.

Совершенно недопустимо, когда родители в наказание за плохую успеваемость лишают детей прогулки, отдыха, активно выражают своё недовольство, а тем более «учат» ремнем. В таких случаях необходимо направить на консультацию к врачу – психоневрологу, решить вопрос о мерах коррекции, лечении или направлении в санитарно – лесную школу. Своевременно принятые меры, как правило, способствуют улучшению состояния здоровья ученика.

1.1 Соматические заболевания. Этиология. Клиника

Среди имеющихся соматических заболеваний можно выделить следующие: аллергический ринит (круглогодичный), атопический дерматит, бронхиальная астма, хронический бронхит, гайморит, мастоидит.

Аллергический ринит – это аллергическое воспаление слизистой носа.

Круглогодичный аллергический ринит вызывают в основном аллергены домашней пыли (бытовые аллергены) и перхоть животных (эпидермальные аллергены), с которыми ребенок обычно контактирует постоянно в течение всего дня. Домашняя пыль представлена в основном клещами, которые питаются омертвевшим слущивающимся эпителием человека, присутствующем на матрацах, подушках, коврах. Действительным аллергеном являются не сами клещи, а продукты их жизнедеятельности в частности, пищеварительные ферменты и содержащиеся в них пептиды.

Аллергический ринит характеризуется типичным набором основных симптомов, таких как:

- заложенность носа;

- ринорея (выделение из носа);

- чихание;

- зуд в носу;

- глазные симптомы (конъюнктивиты и слезотечением)

Кроме того, могут наблюдаться головная боль, неприятные ощущения в области пазух, боль в ушах и выделения из носоглотки.

Ввиду того, что ринит является заболеванием затрагивающем часть дыхательной системы, воздействующим на дыхание больного ребенка могут присутствовать дополнительные жалобы в виде:

- сухости во рту;

- ночного кашля;

- храпа;

- плохого сна;

- чувства усталости.

Дети, страдающие аллергическим ринитом, могут описывать свои симптомы по-разному:

- как легкую степень;

- средней тяжести;

- тяжелую степень.

Несмотря на то, что эти симптомы не угрожают жизни ребенка, они очень неприятны и могут заметно снизить качество жизни.

Аллергический ринит делится на сезонный и постоянный.

Постоянный ринит развивается часто на протяжении всего года в ответ на воздействие экзогенных неинфекционных аллергенов (эпидермально-бытовых, пищевых и др.).

Атопический дерматит – это аллергическое воспалительное заболевание кожи, вызванное генетически обусловленным IgE- зависимым ответом на сочетанное воздействием генетических факторов и факторов внешней среды.

Причинами вызывающими атопический дерматит является пищевая аллергия, которая вызывается широким спектром аллергенов, которые делятся на облигатные и факультативные. А также нарушение сложнейшей взаимосвязи между общей и местной иммунной реакцией, функциональным состоянием слизистой оболочки кишечника и кожи.

Основными симптомами атопического дерматита является:

1) Воспалительные проявления на коже.

2) Интенсивный зуд.

3) Увеличение периферических лимфоузлов.

4) Частота обострения кожного процесса в течение года.

5) Длительность ремиссии.

В свою очередь клиника атопического дерматита делится по течению болезни на:

Легкая степень:

1) На коже высыпания в виде легкой гиперемии, экссудацией, шелушением.

2) Слабый зуд кожных покровов.

3) Увеличение периферических лимфоузлов до размеров «горошины».

4) Обострение болезни 1-2 раза в год.

5) Продолжительность ремиссии 6-8 месяцев.

Среднетяжелая степень:

1) На коже множественные поражения с экссудацией или инфильтрацией, экскориациями и корками.

2) Зуд умеренный или сильный.

3) Лимфоузлы увеличены до размеров «лесного ореха» и «фасоли».

4) Обострение болезни 3-4 раза в год.

5) Длительность ремиссии 2-3 месяца.

Тяжелая степень:

1) На коже множественные очаги поражения с выраженной экссудацией, с глубокими трещинами и эрозиями.

2) Зуд сильный, «пульсирующий» или постоянный.

3) Увеличение большого количества лимфоузлов до «лесного» или «грецкого орехов».

4) Обострение болезни до 5 и более раз в год.

5) Длительность ремиссии 1-1,5 месяца.

Атопический дерматит у детей подразделяется на распространенную и локальную форму.

Распространенная форма – это наличие высыпаний на лице, туловище, конечностях, кистях, стопах.

Локальная форма – это наличие высыпаний только в области лица, либо только в областях сгибов, крупных и средних суставов.

Атопический дерматит у подростков носит диффузный характер и сопровождается более выраженной сухостью и шелушением кожи. Отмечается выраженный и интенсивный зуд кожи, который ведет к астенизации организма и сопровождается изменениями со стороны нервной системы в виде различных нарушений психоэмоционального характера.

Бронхиальная астма – это заболевание легких проявляющиеся периодически повторяющимися приступами удушья с затрудненным выдохом, который развивается в результате нарушения бронхиальной проходимости, в основе чего лежит: бронхоспазм, отёк слизистой бронхов, повышенное образование слизи.

В этиологии бронхиальной астмы основную роль играют аллергены, которые бывают инфекционной и неинфекционной природы.

Неинфекционные:

1. бытовые – домашняя пыль, библиотечная пыль, перо подушек. Активный компонент аллергена из домашней пыли – дерматофагоидный клещ, который обитает в пастельном белье.

2. растительного и животного происхождения – аквариумные корм, шерсть животных, сено.

3. продукты – яйца, цитрусовые, рыба, мясо, клубника, шоколад.

4. лекарственные препараты – это большинство антибиотиков и витаминов.

5. продукты химического производства – пыль (хлопковая, металлическая, древесная, селекатная, химическая).

6. физические и метеорологические факторы – магнитное поле земли, влажность земли, температура воздуха.

Инфекционные – это различные бактерии, вирусы, грибы, а так же патогенные и не патогенные грибки, гельминты.

Способствующими факторами в возникновении бронхиальной астмы являются: наследственная предрасположенность лица с хроническим бронхитом, с астматическим компонентом (предастма), лица с аллергической риносинусопатией (хронический насморк, полипы носа).

Клиника делится на атопическую, инфекционную, иммунологическую бронхиальную астму.

В клинике основным симптомом является приступ удушья. При атопической бронхиальной астме приступ внезапный с заложенностью носа, стеснения в груди, надсадного кашля.

При инфекционной – постепенно ухудшаются симптомы бронхита, пневмонии, на фоне которого возникла бронхиальная астма. Во время приступа резко затруднен выдох, дыхание шумное, сопровождается свистом и шумом. Больной находится в вынужденном положении.

Приступы бронхиальной астмы могут иногда затянуться и привести к астматическому статусу, не смотря на проводимую терапию. При астматическом статусе происходит полная закупорка бронхов (обструкция), за счет скопления и задержки в бронхах трудноотделяемой, вязкой мокроты. смерть больного может наступить при несвоевременной терапии астматического статуса.

Хронический бронхит - это диффузное длительно протекающие необратимое воспаление слизистой оболочки бронхов, захватывающие более глубокие слои, стенки бронхов.

Хронический бронхит чаще появляется на фоне острого бронхита или воспалении легких, а также длительном вдыхании химических веществ и пыли, в городах с сырым климатом и резкой переменой погоды. Большую роль играет курение.

В клинике в период обострения у больного наблюдается кашель, мокрота, отдышка. Кашель имеет различный характер, и изменяется от времени года, погоды. Летом кашля почти нет. Осенью и зимой кашель усиливается, у больного отделяется вязкая, гнойная мокрота. Отдышка имеет чаще смешанный характер. В начале заболевания отдышка только при физической нагрузке, а затем она и в покое. Температура у больного повышается редко. Несвоевременное лечение, запускание болезни может привести к различным осложнениям типа эмфиземы лёгких, пневмосклероза.

Гайморит – это острое или хроническое воспаление верхнечелюстной пазухи носа.

Причиной гайморита могут быть острые затянувшиеся воспаления пазух носа, анатомические особенности самой верхнее челюстной пазухи, так и патологические изменения в полости носа (искривление носовой перегородки, врожденная узость носовых ходов, гипертрофия и полипы в среднем носовом ходе). Причиной гайморита может послужить воспалительные процессы зубного происхождения. Гаймориты так же могут развиться при ранениях, особенно в тех случаях, когда в пазухи попадают инородные тела, костные осколки.

Основными симптомами гайморита являются – это длительный одно – или двусторонний насморк, гнойное, вязкое, отделяемое из носа. Затруднение носового дыхания из-за плохого оттока слизи. Головные боли, имеют разлитой, неопределённый характер, но могут локализоваться на стороне поражения – в области челюстной пазухи, в вике или глазнице, реже в области лба – или иметь характер невралгии тройничного нерва. При этом больные не редко жалуются на ослабление памяти, быструю утомляемость при умственной нагрузке.

Мастоидит – это воспаление костной ткани сосцевидного отростка.

Важной причиной при возникновении мастоидита является отягощение или осложнение течения хронического среднего гнойного отита, а так же играет роль задержка оттока воспалительного экссудата из полостей среднего уха. Благоприятными факторами в возникновении мастоидита служит пожилой и ранний детский возраст в сочетании с определенной инфекцией, пониженная общая и местная сопротивляемость организма при сахарном диабете и нефрите и др.

В клинике мастоидита различают как местные, так и общи симптомы. Общие это повышение температуры до субфебрильных цифр и выше. Местные симптомы – это боль при надавливании на сосцевидный отросток. Наличие пульсации и ли пульсирующего шума в глубине уха. Характерна головная боль, особенно ночью. Для мастоидита характерно профузное гноетечение, часто сливкообразное, с заполнением слухового прохода сразу после очистки. Так же присутствуют жалобы на плохой слух, больного уха.

Все эти заболевания естественно влияют не только на физическое, но и психическое развитие ребенка, которое в дальнейшем может привести к необратимым последствиям в его будущей жизни.

1.2 Психологические особенности ребенка, имеющего соматические заболевания

Заболевший ребенок, как правило отличатся от здорового. у него меняется настроение он может стать подавленным, раздражительным, плаксивым, тревожным, беспокойным и реже беспечно – благодушным. Однако может расстраиваться не только эмоциональное состояние. Иногда появляются и упорствуют мысли о тяжести заболевания, о его исключительности, о невозможности излечения или, напротив, о его незначительности и несерьёзности. В связи с этим отношение к лечению оказывается либо адекватным, и даже зависимым, либо пренебрежительным и отвергающем процедуре, манипуляции и медикаменты. У многих детей нарушается поведение. Они перестают играть, утрачивается непосредственное общение, с взрослыми и детьми. Дети не получают радости от совместных игр и развлечений. Иногда происходят и более выраженные нарушения контактов, что приводит к уединению больных детей, не стремящихся более к обществу сверстников и старших. Они могут тяготиться теми ограничениями, которые на них налагает болезнь. Нередко дети отказываются от выполнения режима, не подчиняются старшим, упрямятся. Рисунок их поведения нарушается шалостями, а иногда неожиданными, неуместными поступками.

Описанные переживания и нарушения поведения у больных детей – своеобразное проявление реакции детской личности на возникшую болезнь.

Болезнь, пришедшая в дом, меняет не только установленный порядок жизни, отношение взрослых, меняет и самого ребенка. К сожалению, не всем удается правильно и своевременно отметить, что изменения происходят не только в теле, во внутренних органах, но и его психике, настроением, поведением. В то же время многие знают, что если от заболевания внутренних органов зависит душевное состояние ребенка, то и последние может повлиять на ход выздоровления. Заболевшие дети различно переносят свою болезнь, но нет ни одного ребенка, у которого бы на нее не возникла та или иная реакция. Эта реакция даже маленького ребенка достаточно сложна. Она складывается из оценки и переживания множества местных, болезненных ощущений, общего самочувствия, самонаблюдения, представления о своей болезни и её причинах. В связи со сложностью, эта реакция личности больного на заболевание, получила название внутренний картины болезни. Её формирование у детей отличается от такового у взрослых тем значительнее, чем младше ребенок. Внутренняя картина болезни в зависимости от ее содержания, может действовать и положительно, и отрицательно, она влияет на проявление и течение заболевания, на отношение в семье, на успеваемость. В некоторых случаях она оказывается причиной серьёзных заболеваний, иногда приводящих к развитию невротических расстройств.

 Как уже было сказано, внутренняя картина болезни детей формируется иначе, чем у взрослых. Эта зависит от ряда особенностей. Прежде всего, на оценку и переживания своей болезни влияют умственные способности ребенка. Понимание происходящего в организме и представление о болезненных процессах зависит от уровня развития мышления и поэтому, как правило, связано с возрастом. Возможность оценки болезненных переживаний зависит также от представлений о своём теле. Если что-нибудь помешает этому, например, перенесенное заболевание центральной нервной системы, неправильное воспитание, то это послужит препятствием к правильной оценке болезненных ощущений. Необходимо уметь систематизировать и объяснять свои впечатления и переживания, связанные с болезнью. Отсутствие или недостаток таких способностей приводит к тому, что будет создана искаженная внутренняя картина болезни. Требуются также значительные волевые усилия. Без них невозможно сосредоточиться на своих переживаниях, сопоставить их с пережитым в прошлом, т.е. дать им оценку.

Без знаний о том, как ребенок относится к своему здоровью, т.е. без понимания его внутренний картины здоровья, невозможно составить представление о внутренней картине болезни. Таким образом, необходимость изучения психологии здоровья диктуется тем, что без проникновения в ее суть невозможно сформировать адекватное представление о реакциях личности ребенка на болезнь, а потому, и нельзя создать больному необходимую психотерапевтическую поддержку. Оценка психологии здоровья складывается из наблюдения за настроением, поведением, реакции ребенка на те или иные изменения окружающей среды и из его рассказов о своем самочувствии. Состояние отражает истинное положение дел в организме и его функциях. Самочувствие субъективно, но не всегда точно. Оно выражает чувства и настроения, испытываемые человеком. Для ребенка здоровье приобретает смысл тогда, когда он начинает понимать его значение для эффективного выполнения той или иной деятельности в игре или учебе. В создании внутренней картины здоровья принимает участие вся личность в целом. Чем сложнее психика, старше ребенок, многообразные мотивы деятельности, тем большее значение для ребенка имеет его физическое состояние.

Отношение ребенка к здоровью является частью его самопознания или, точнее частью его образа «Я». Образ самого себя складывается из восприятия своего внешнего облика, своего поведения, своих качеств. С возрастом возникает идеальный образ себя и появляется желание стать похожим на него. Оценка ребенком самого себя определяется степенью его удовлетворенности собой и оказывается значимой для поведения и переживаний. Мера удовлетворенности собой и, в конечном счете, своим здоровьем оказывается связанной с числом положительных и отрицательных оценок окружающих (родителей, взрослых, старших сверстников). На удовлетворенность своим здоровьем может повлиять различие между тем, каким ребенок воспринимает себя и тем, каким бы он хотел быть.

На формирование отношения к болезни оказывают влияние переживаемые ребенком во время болезни сопутствующие психотравмирующие обстоятельства. К их числу, в первую очередь, относится направление в больницу, которое сопровождается отрывом от родителей, сверстников, учебных или иных занятий, ограничением подвижности, утратой перспективы, переживанием разочарования. У детей до 11-12 лет сама госпитализация, даже без связанных с болезнью и лечением переживаний, возбуждает такой страх, что он нередко вытесняет полученную перед болезнью подготовку. Причина этого страха в отрыве ребенка от людей, к которым он наиболее привязан. При этом, чем самостоятельнее ребенок, тем выше его способность быть одному, вдали от близких. Прекращение посещения детского сада или школы, нарушение обычного ежедневного режима – всё это вместе с отрывом от родителей, братьев и сестер, товарищей по играм и учебе, от привычных вещей и занятий, нарушает у ребенка чувство безопасности и уверенности в своем благополучии. Реакция ребенка на помещение в больницу зависит от возраста, семейных отношений, продолжительности госпитализации, числа и характера предшествующих поступлений в больницу, природы заболевания, подготовки перед направлением в стационар, посещение родителей, проводимых лечебных процедур, средств, используемых для ослабления тревожности у ребенка, реакции родителей, восприятие ребенком госпитализации.

После выписки 1/5 детей обнаруживает трудности приспособления, нарушение поведения, раздражительность, непослушание, расстройство сна, реже – непроизвольное мочеиспускание, эмоциональную взрывчатость, расстройства аппетита, речевые дефекты.

Чтобы уменьшить психическую травму в связи с госпитализацией, в процессе подготовки к ней ребенку следует по возможности понятно объяснить всё, что с ним произойдет в больнице, тогда и внутренняя картина болезни будет более адекватной. Значительно уменьшает тревожное напряжение ребенка в больнице посещение родителей и близких.

Создание благоприятной окружающей среды, привлечение персонала, других детей, родителей к созданию игровых программ, уголков для игр, красочному оформлению интерьеров медицинских учреждений, ослабляет тревожное беспокойство маленьких пациентов и тем самым создает адекватное отношение к болезни и лечению, а также и адаптации больного ребенка к окружающей его обстановке.

2. Экспериментальное исследование: влияния хронических соматических заболеваний на особенности мыслительной деятельности подростков

В этой дипломной работе будем проводить два вида эксперимента, констатирующий и обучающий. Экспериментальное исследование будет проводиться в Коммунальном Государственном Казенном Предприятии «Детский стационар № 3» с детьми, имеющими хронические заболевания: бронхит, аллергический ринит, атопический дерматит, бронхиальная астма, гайморит, мастоидит, и находящимися здесь на лечении. Это дети в возрасте от 12- до 14 лет. Все они часто находятся на лечении в больнице и даже по несколько раз в год, пребывание их в стационаре порой затягивается до месяца. Они все как выяснилось, имеют проблемы с обучением в школе, т.е. отстают от учебных программ, после долгого пребывания в больнице имеют проблемы в общении с одноклассниками и сверстниками. Многие из них из-за тяжести заболевания ведут мало активный образ жизни, не посещают ни каких дополнительных занятий, кружков, не имеют увлечений чем-либо, или хобби. Эмоциональный фон этих детей неразнообразен, они часто замкнуты в себе, думают о своей болезни, боятся рецидива заболевания. Внимание и память у них нарушены незначительно, но все же и здесь наблюдаются отклонения. При выполнении, каких либо заданий или упражнений у них проявляются ошибки характерные для рассеянности внимания, а при сравнении каких-либо заданий или упражнений они не могут вспомнить, когда они выполняли подобное задание или упражнение. Часто у них возникают и трудности с самими заданиями или упражнениями, хотя они уже это проходили в школе на уроках. Поэтому, взвесив все эти факты, мы решили свое экспериментальное исследование провести на оценку развития мыслительной деятельности этих детей и найти пути коррекции и помощи этим детям для лучшего развития мыслительной деятельности.

2.1 Констатирующий эксперимент

Проводился с детьми, находящимися на лечении в больнице. Экспериментальное исследование проходили дети в возрасте 12-14 лет. Количество обследуемых детей составляло 30 человек. Обследуемые дети имели такие диагнозы:

8 детей – бронхиальная астма,

6 детей – атопический дерматит,

5 детей – хронический гайморит,

4 детей – хронический бронхит,

4 детей – хронический мастоидит,

3 детей – аллергический ринит.

Исследование проводилось по группам, в группе было по 6-10 детей. Время проводимых тестов составляло в среднем 15-20 минут. Тестирование проходило в течение 5 дней.

 Констатирующий эксперимент включал тесты и задания на активность, быстроту, гибкость мышления, умение детей проводить синтез и анализ своих действий, проверить умение детей логически мыслить, оценить их умственные способности.

Методика исследования активности мышления

Описание методики

Направленность методики. Данная методика базируется на таком понятии как активность мышления. По мнению автора этой разработки, И.М. Лущихиной, активность мышления является такой характеристикой, которая показывает способность индивида использовать свой интеллектуальный потенциал, свои мыслительные способности для достижения конкретных целей, задач. Таким образом, уровень развития активности мышления отражает способность решать интеллектуальные задачи, при этом во внимание берутся не интеллектуальные способности, а скорее динамические характеристики особенностей протекания мыслительных процессов: беглость и гибкость.

Под беглостью понимается способность человека решать интеллектуальные задачи, используя метод перебора: то есть нахождения правильного ответа, варианта решения путем отсеивания неправильных ответов, неподходящих вариантов решений. Под гибкостью понимается способность человека решать интеллектуальные задачи, используя трансформацию абстрактных объектов (слов, образов) в операбельный вид, нахождение новых ассоциативных связей абстрактных объектов между собой. В зависимости от того, какие объекты перебираются, трансформируются, ассоциируются в слова или образы, говорят о вербальной беглости и гибкости и об образной беглости и гибкости.

В соответствии с этим делением МИАМ (Методика исследования активности мышления) делится на четыре субтеста.

1-й субтест: вербальная беглость. Испытуемого просят за одну минуту написать как можно больше женских имен, начинающихся на "С" (второй вариант - мужские имена на "С"). Имена не должны дублировать друг друга: например как "Саша" и "Саня". Можно использовать редкие и "заграничные" имена. Если экспериментатору какое-либо имя незнакомо - необходимо спросить испытуемого о происхождении этого имени. Нормой является 6-7 написанных имен.

 2-й субтест: образная беглость. Испытуемому предъявляется набор из двенадцати окружностей (диаметром около 2 см.). Перед ним ставится задача, за одну минуту дорисовать как можно, к большему количеству кружков рисунки, тематически связанные с водоемами (другой вариант - с продуктами питания). Рисунок не должен располагаться полностью внутри окружности - окружность должна являться составным элементом рисунка. Сразу после выполнения испытуемым задания необходимо удостовериться, что все рисунки соответствуют требованиям. Если экспериментатору непонятен смысл изображенного, то он спрашивает у испытуемого. Норма: 4 рисунка.

3-й субтест: вербальная гибкость. Испытуемому предъявляется набор из четырех букв: "Я П Т О" (другой вариант - "Д М И Р"). Перед испытуемым стоит задача за одну минуту написать как можно больше предложений по следующим правилам:

- предложение состоит из четырех слов;

 - первое слово начинается на "Я", второе - на "П" и т.д.;

 - слова не должны повторяться;

 - предложение может быть бессмысленным, но слова должны между собой быть связанными. Пример: "Яйцо полетело творить обструкцию". Норма: 4 предложения.

4-й субтест: образная гибкость. Испытуемому предлагается за одну минуту нарисовать как можно больше рисунков с использованием определенных элементов. Данные элементы (либо два крючка, либо "корона") могут быть изменены по размеру, быть повернуты, использоваться в одном рисунке несколько раз, но форма их меняться не должна. Еще одно требование: рисунок должен изображать что-то конкретное, а не являться набором абстрактных линий, фигур. Сразу после выполнения задания экспериментатор должен уточнить возможные неясности: что изображено на рисунке испытуемого, где именно сокрыты задающие элементы. Норма: 4 рисунка.

Продолжительность методики 10 – 15 минут

Оценка результата:

1 – ый субтест норма - 6-7 имен.

2 – ой субтест норма - 4 рисунка

3 – ий субтест норма - 4 предложения

4 – ый субтест норма - 4 рисунка.

По проведенной методике результат детей был таким:

1 – ый субтест:

7детей 6-7 имен – высокий уровень

13 детей 4-5 имен – средний уровень

10 детей 2-3 имени – низкий уровень

2-ой субтест:

6 детей 3-4 рисунка – высокий уровень

15 детей 2-3 рисунка – средний уровень

9 детей 1-2 рисунка.

3-ий субтест:

8 детей 3- 4 предложения – высокий уровень

14 детей 2-3 предложения – средний уровень

8 детей 1-2 предложения – низкий уровень.

4- ый субтест:

5 детей 4рисунка – высокий уровень

17 детей 3 рисунка – средний уровень

8 детей 2 рисунка – низкий уровень.

Методика исследования быстроты мышления

Методика позволяет определить темп выполнения ориентировочных и операциональных компонентов мышления. Может использоваться как индивидуально, так и в группе.

Ход выполнения задания.

Испытуемым предъявляется бланк со словами, в которых пропущены буквы. По сигналу психолога в течение 3 мин. они вписывают недостающие буквы. Каждый прочерк означает одну пропущенную букву. Слова должны быть существительными, нарицательными, в единственном числе.

Образец бланка.

Д-ЛО П-Л-А 3-0-ОК С-Я-О-ТЬ К-ША 0-Р-Ч

К-Н-А К-С-А-НИК С-ДА К-Р-ОН С-Е-ЛО У-И-Е-Ь

В-ЗА 3-Р-О К-Ы-А А-Е-Ь-ИН Н-ГА В-С-ОК

Т-А-А С-А-Ц-Я М-НА С-Г-ОБ К-У-КА Ч-Р-И-А

Д-ЛЯ В-Т-А С-А-КА К-П-С-А К-НО П-Д-АК

С-У-А Т-У-О-ТЬ Б-ДА П-Р-А С-А-А С-Е-О-А

Ч-ДО Б-Л-ОН П-Е-А К-Н-О-А

Обработка результатов.

Подсчитать количество правильно составленных слов в течение 3 мин.

Показателем быстроты мышления и одновременно показателем подвижности нервных процессов (Н.П.) выступает количество правильно составленных слов:

- менее 20 слов из 40 - низкая быстрота мышления и подвижность Н.П.;

- 21-30 слов - средняя быстрота мышления и подвижность Н.П.;

 - 31 и более слов - высокая быстрота мышления и подвижность Н.П.

Оценка результата:

менее 20 слов - низкий уровень

21-30 слов – средний уровень

31 и более слов – высокий уровень

По проведенной методике результаты были такими:

менее 20 слов – 16 детей – низкий уровень

21-30 слов – 12 детей – средний уровень

31 и более слов – 2 детей – высокий уровень.

Методика изучения ригидности мышления

Ригидность - это инертность, негибкость мышления, когда необходимо переключиться на новый способ решения задачи. Инертность мышления и связанная с нею тенденция к предпочтению репродуктивного, к избеганию ситуаций, в которых нужно искать новые решения - важный диагностический показатель и для определения типологических особенностей нервной системы (инертность нервной системы), и для диагностирования особенностей умственного развития ребенка.

Данная методика годится для школьников, начиная, с первого класса и может использоваться как индивидуально, так и в группе. Экспериментальный материал составляют 10 простых арифметических задач. Испытуемые письменно решают задачи, начиная с первой.

Перед выполнением задания педагог обращается к детям со словами:

На бланке имеется десять задач для решения, которых требуется выполнить элементарные арифметические операции. Непосредственно на бланке записывайте их последовательно, примененных вами для решения каждой задачи (от 1 до 10). Время решения ограничено 10-15 минут.

Задачи.

1. Даны три сосуда - 37, 21 и 3 л. Как отмерить ровно 10л воды?

2. Даны три сосуда - 37. 24 и 2 л. Как отмерить ровно 9 л воды?

3. Даны три сосуда - 39, 22 и 2 л. Как отмерить ровно 13 л воды?

4. Даны три сосуда - 38, 25 и 2 л. Как отмерить ровно 9 л воды?

5. Даны три сосуда - 29, 14 и 2 л. Как отмерить ровно 11 л воды?

6. Даны три сосуда - 28, 14 и 2 л. Как отмерить ровно 10 л воды?

7. Даны три сосуда - 26, 10 и 3 л. Как отмерить ровно 10 л воды?

8. Даны три сосуда - 27, 12 и 3 л. Как отмерить ровно 9 л воды?

9. Даны три сосуда - 30, 12 и 2 л. Как отмерить ровно 15 л воды?

10. Даны три сосуда - 28, 7 и 5 л. Как отмерить ровно 12л воды?

Обработка результатов.

Задачи 1-15 могут быть решены только путем последовательного вычитания обоих меньших чисел из большего. Например: 37-21-3-3= 10 (первая задача) или 37-24-2-2=9 (вторая задача) и др. Они имеют только одно решение (т.е. решение их всегда рационально).

Критерием же рациональности решения задач 6-10 является использование минимального числа арифметических действий - двух, одного или никакого (т.е. сразу дается ответ).

Эти задачи могут быть решены каким-нибудь другим, более простым способом. Задача 6 может быть решена так: 14-2-2=10. Решение задачи 7 вообще не требует вычислений, так как для того, чтобы отмерить 10 л воды, достаточно воспользоваться имеющимся сосудом в 10 л. Задача 8 допускает и такое решение: 12-3=9. Задача 9 может быть решена и путем сложения:

12+3=15.

И, наконец, задача 10 допускает только одно, но иное решение:

7+5=12, чем в 1-5 задачах.

Оценка результата:

8-10 задач – высокий уровень

5-7 задач – средний уровень

2-4 задачи - низкий уровень

Оценка детей по проведенной методике:

8-10 задач 14 детей – высокий уровень

5-7 задач 10 детей – средний уровень

2-4 задачи 6 детей – низкий уровень

Методика "Определение понятий"

Ребенку предлагают следующие наборы слов:

1. Велосипед, гвоздь, газета, зонтик, мех, герой, качаться, соединять, кусать, острый.

2. Самолет, кнопка, книжка, плащ, перья, друг, двигаться, объединять, бить, тупой.

3. Автомобиль, шуруп, журнал, сапоги, чешуя, трус, бежать, связывать, щипать, колючий.

4. Автобус, скрепка, письмо, шляпа, пух, ябеда, вертеться, складывать, толкать, режущий.

5. Мотоцикл, прищепка, афиша, ботинки, шкура, враг, спотыкаться, собирать, ударять, шершавый.

Перед началом диагностики ребенку предлагается следующая инструкция:

"Перед тобой несколько разных наборов слов. Представь себе, что ты встретился с человеком, который не знает значения ни одного из этих слов. Ты должен постараться объяснить этому человеку, что означает каждое слово, например слово "велосипед". Как бы ты объяснил это?"

Далее ребенку предлагается дать определения последовательности слов, выбранной наугад из пяти предложенных наборов, к примеру, такой: автомобиль, гвоздь, газета, зонтик, чешуя, герой, связывать, щипать, шершавый, вертеться. За каждое правильно данное определение слова ребенок получает по 1 баллу. На то, чтобы дать определение каждого слова, отводится, по 30 сек. Если в течение этого времени ребенок не смог дать определение предложенного слова, то экспериментатор оставляет его и зачитывает следующее по порядку слово.

Дети могут сами читать стимульные слова, если умеют это делать и если чтение не вызывает у них затруднений. Во всех остальных случаях экспериментатор сам читает ребенку слова.

Перед тем как ребенок попытается дать определение слову, необходимо убедиться в том, что он понимает его. Это можно сделать с помощью следующего вопроса: "Знаешь ли ты это слово?" или "Понимаешь ли ты смысл этого слова?" Если получен со стороны ребенка утвердительный ответ, то после этого экспериментатор предлагает ребенку самостоятельно дать определение этого слова и засекает отводимое на это время.

Если предложенное ребенком определение слова оказалось не достаточно точным, то за данное определение ребенок получает промежуточную оценку - 0,5 балла. При совершенно неточном определении - 0 баллов. За правильное определение слова 1 балл за каждое слово.

Оценка результатов

Максимальное количество баллов, которое может ребенок получить за выполнение этого задания, равно 10, минимальное - 0. В итоге проведения эксперимента подсчитывается сумма баллов, полученных ребенком за определения всех 10 слов из выбранного набора. При повторном проведении психодиагностики одного и того же ребенка при помощи данной методики рекомендуется пользоваться разными наборами слов, так как ранее данные определения могут запоминаться и затем воспроизводиться по памяти.

Выводы об уровне развития:

8-10 баллов – высокий уровень

4-7 баллов – средний уровень

2-3 балла – низкий уровень

 Оценка результата:

По проведенной методике оценка детей такова:

8-10 баллов 10 детей – высокий уровень

4-7 баллов 15 детей – средний уровень

2-3 балла 5детей – низкий уровень

Методика "Сравнение понятий"

Цель: исследование операций сравнения, анализа и синтеза в мышлении подростков.

Материал: несколько пар слов для сравнения, отпечатанных на листе бумаги.

Ход выполнения: испытуемый читает или слушает заданные пары слов и отвечает относительно каждой пары на вопрос: «Чем они похожи?», а затем на вопрос: "Чем они отличаются?". Все его ответы полностью записываются в протокол.

Исследователь на первых примерах может разъяснить испытуемому непонятные ему моменты, а также должен настаивать на соблюдении испытуемым последовательности выполнения задания: вначале описание сходства, а потом различий.

Анализ результатов.

Учитывается то, насколько испытуемый может выделять существенные признаки сходства и различия понятий. Неумение выделять эти признаки свидетельствуют о слабости обобщений и склонности к конкретному мышлению.

Кроме того, исследователю надо обратить внимание на то, как испытуемый выполняет требования, касающиеся заданной последовательности.

При выполнении заданий, что ему дается легче - нахождение сходств или различий.

Дошкольники и младшие школьники вместо выделения общего обычно указывают на различия объектов, поскольку за операцией различия стоит наглядно-действенное и наглядно-образное мышление. За указанием на общее кроется операция введения в отвлеченную категорию. Таким образом, тот факт, что раньше созревает различие, а затем обобщение, свидетельствует о смене психологических операций, о переходе от наглядных форм мышления к словесно-логическому обобщению. Поэтому для школьников особенно трудными будут задачи таких категорий:

например, "ворона - рыба", - слова, у которых трудно найти общее.

У младших школьников возникает операция обобщения, которая принимает форму выделения общих признаков, но очень часто за ней кроется еще наглядное сравнение или введение предметов в общую наглядную ситуацию, для них трудны задачи категории, например, "всадник - лошадь", слова находятся в условиях конфликта, их очень трудно сравнивать.

Оценивается также логичность хода высказываний испытуемого. Имея инертное, вязкое мышление, испытуемый соскальзывает при сравнении слов со сходств на различия или наоборот, отвлекаясь на незначительные, второстепенные моменты, уделяя им большое внимание, может терять нить рассуждений и т.д.

 Материал к методике:

Утро-вечер; корова-лошадь; летчик-танкист; лыжи-коньки; трамвай-автобус; река-озеро; велосипед- мотоцикл; собака-кошка; ворона-рыба; лев-тигр; поезд-самолет; обман-ошибка; ботинок-карандаш; яблоко-вишня; лев-собака; ворона-воробей; молоко-вода; золото-серебро; сани-телега; воробей-курица; дуб-береза; сказка-песня; картина-портрет; лошадь-всадник; кошка-яблоко, голод-жажда.

Длительность методики 5-10 минут.

Оценка результата:

21-26 пар слов – высокий уровень

15-20 пар слов – средний уровень

10-15 пар слов - низкий уровень

Оценка детей по проведенной методике:

21-26 пар слов 7 детей – высокий уровень

15-20 пар слов 13 детей – средний уровень

10-15 пар слов 10 детей - низкий уровень.

По проведенному констатирующему эксперименту сделаны такие выводы:

25% детей – имеют высокий уровень развития мышления

45% детей – имеют средний уровень развития мышления

30% детей – имеют низкий уровень развития мышления

2.2 Обучающий эксперимент

Цель: проведение игровых упражнений на развитие мышления у детей.

За время обучающего эксперимента были проведены с детьми игровые упражнения на развитие мышления. Упражнения включали в себя игры на развитие смекалки, на понимание скрытого смысла слова, на развитие интеллекта, художественно-образного, творческого и логического мышления. Упражнения проводились по 45 минут, с перерывом в 15 минут, по группам. В перерывах между играми проводились упражнения для развития правильного дыхания, упражнения для профилактики простудных заболеваний. В ходе эксперимента изучалась возможность сочетания игровых упражнений и заданий на развитие мышления с упражнениями на правильную постановку дыхание, на профилактику простудных заболеваний в условиях лечебного стационара.

1) Игровые упражнения на развитие смекалки:

«Десять слов», «Составь слова».

Эти игры помогают детям проявить скорость своего индивидуального мышления, развивают логику. Игры идеально подходят для того, чтобы растормошить нерасторопных и ленивых ребятишек, заставить их думать, проявлять себя путем проб и ошибок. Таким образом, логические игры на развитие смекалки очень полезны для общего развития детей. Между этими играми проводились упражнения на развитие правильного дыхания: «Петух»; «Кошка – царапушка»; «Гуси летят».

2) Игры на понимание:

«Ромашка», «Догадайся сам».

Эти игры развивают мышление, тренируют ум и сообразительность, вырабатывают реакцию. Подобные игры учат ребенка находить различные ассоциации в окружающем его мире и таким образом лучше понимать его. В перерыве между играми проводилось упражнения для профилактики простудных заболеваний: «Утка и кот».

3) Игры на развитие художественно-образного, творческого мышления:

«Пантомима», «Ассоциации».

Эти игры на развитие у ребенка художественно- образного мышления и памяти. Между этими играми проводились упражнения на развитие правильного дыхания: «Лягушка»; «Поза дерева»; «Березка».

4) Игры на развитие интеллекта:

«Найди пару», «Инструкции».

Эти игры научат детей умение сопоставлять факты, анализировать и находить свои, более простые решения. Между играми проводились упражнения для профилактики простудных заболеваний: «Белый мельник».

5) Игры на перестановку букв в слове:

«Волшебные слова».

Эти игры направлены на то, чтобы как можно лучше развивать у ребенка умение правильно говорить, обогатить его словарный запас. У детей улучшается память, логическое мышление, более точным становится восприятие. Игры развивают сообразительность и скорость мышления. Между играми проводились дыхательные упражнения: «Аромат цветов»; «Ёжик»; «Каша кипит».

6) Игры на логическое мышление:

«Кто сильнее?», «Кто выше?».

Эти игры помогают развитию логического мышления, умелое использование которого приводит к поразительным результатам, совершенствует способность молодых людей сопоставлять разного рода факты и не пренебрегать даже самой незначительной, на первый взгляд, информацией, то есть к осознанию того, что любые сведения в этом мире, если умело к ним подойти, станут ценными. Между этими играми проводилось упражнение для профилактики простудных заболеваний: «Борода».

После проведения обучающего эксперимента, провели повторное тестирование по ранее предъявленным методикам.

Оценка результата:

Методика на активность мышления:

12 детей – высокий уровень

15 детей – средний уровень

3 детей – низкий уровень

Методика на быстроту мышления:

менее 20 слов - 6 детей – низкий уровень

21-30 слов – 17 детей – средний уровень

31 и более слов – 7детей – высокий уровень

Методика на ригидность мышления:

8-10 задач – 16 детей – высокий уровень мышления

5-7 задач – 12 детей – средний уровень

2-4 задачи – 2 детей – низкий уровень мышления

Методика на определение понятий:

8-10 баллов – 14 детей - высокий уровень

4-7 баллов - 13 детей – средний уровень

2-3 балла – 3 детей – низкий уровень

Методика сравнения понятий:

21-26 – 12 детей – высокий уровень

15-20 – 15 детей – средний уровень

10-14 – 3 детей - низкий уровень

Оценка после обучающего эксперимента:

40% детей – высокий уровень мышления

50% детей – средний уровень мышления

10% детей – низкий уровень мышления

Результаты обучающего эксперимента

|  |  |
| --- | --- |
| Уровень развития | Процентное соотношение |
| до обучающего эксперимента | после обучающего эксперимента |
| низкий | 30 % | 10% |
| средний | 45 % | 50 % |
| высокий | 25 % | 40 % |

Заключение

По итогам данной дипломной работы можно сделать следующие выводы:

1) У детей, имеющих хронические соматические заболевания, действительно наблюдаются нарушения в развитии мыслительной деятельности. Нарушено умение объяснять абстрактные понятия, отстаивать свою точу зрения. Имеются недочеты в умении детей размышлять, опираясь, прежде всего на логику, эти недочеты чаще всего связаны с неточностью логического строя мысли. У этих детей занижена скорость и активность мышления.

2) При комплексном медико-педагогическом подходе можно помочь ребенку в развитии и совершенствовании психических процессов. Для этого достаточно было бы в лечебных учреждениях проводить занятия педагога-психолога с детьми. На этих занятиях можно проводить игры и упражнения для развития всех психических процессов. Так же педагог-психолог мог проводить беседы с детьми по интересующим их проблемам, помогал им в усвоении учебной программы, которую они по причине болезни пропустили. Работу проводил бы и с родителями детей, объяснял бы им как правильнее, они могут помочь своему ребенку в занятиях, связанными с учебой в школе, в развитии интеллектуальных и умственных способностей.

По всем этим данным можно дать следующие рекомендации:

- организовать в условиях лечебных стационаров учебные комнаты для занятий с детьми.

- организовать в условиях лечебных стационаров комнату отдыха для игр и развлечений детей.

- разнообразить досуг детей пребывающих на лечении в стационаре различными конкурсами (на лучший рисунок или поделку на память для больницы), устраивать соревнования между детьми по умению игры в настольные игры (шашки, шахматы, домино и т.д.).

- проводить лечебно-профилактическую гимнастику и разног вида упражнения на развитие правильного дыхания, упражнения для глаз, рук, спины, профилактики различных заболеваний.

- ввести в штат работников лечебных учреждений, ставку педагога-психолога.

Принятые в этом направлении соответствующие меры, будут способствовать нормализации физического и психического здоровья детей, находящихся на длительном пребывании в больнице.