

сическая оценка осталась ведущей, однако в некоторых сочинениях используется словообразовательная и синтаксическая оценка, а также фразеологизмы.

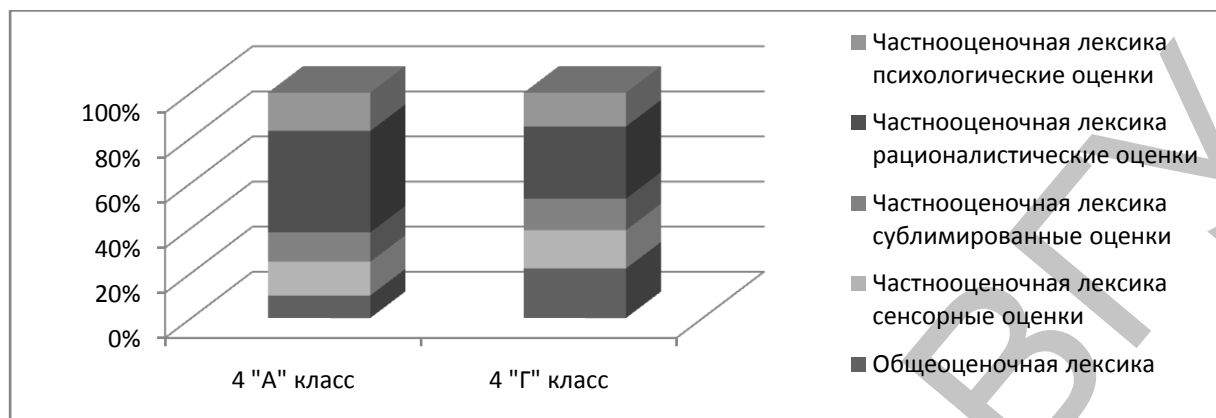


Рисунок 2 - Типы оценок в речи детей младшего школьного возраста на контрольном этапе педагогического эксперимента (в %)

Заключение. Технология продуктивного чтения с использованием системы заданий и упражнений, направленных на обогащение речи младших школьников языковыми средствами категории оценки, показала свою эффективность: количество оценок увеличилось, улучшилось их качество, обучающиеся чаще начали создавать развернутые аргументированные оценочные высказывания, использовать разные типы оценок и различные уровни выражения оценки (лексический, синтаксический, словообразовательный, фразеологический).

1. Бархерит, Г.Я. Оценочные суждения: качество и объективность оценивания деятельности школьников / Г.Я. Бархерит // Народная асвета. – 2012. – № 11. – С. 20-24.
2. Светловская, Н.Н. Обучение чтению и законы формирования читателя / Н.Н. Светловская // Начальная школа. – 2003. – № 1. – С. 11-18

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ СТОМАТОФОБИИ У ДЕТЕЙ МЛАДШЕГО ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА

*С.И. Михайлов, Ж.Н. Федюкович
Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова*

Детский страх перед стоматологом (стоматофобия) как широко распространенное в современном обществе явление, имеет достаточно тяжелые последствия в различных аспектах жизни человека: ухудшается состояние его здоровья, так как визиты к врачу (не только стоматологу) постоянно откладываются, ведь человек занимается самолечением; затрудняется трудоустройство вследствие плохого самочувствия и наличия хронических заболеваний, затрудняющих либо препятствующих профессиональной деятельности; значительно сужается круг социального общения вследствие частых соматических расстройств; расширяется спектр фобий, чаще всего имеющих под собой психологическую основу на уровне установок и умозаключений самого человека. Следовательно, человек, страдающий стоматофобией, подверженный страхам перед врачами вообще, не может быть полноценным членом общества, так как не в состоянии в полном объеме реализовать свои социальные функции (быть полноценным работником, общественным деятелем, другом, семьянином).

В связи с этим, представляется актуальным максимально раннее распознавание и устранение данного вида боязни у детей любого возраста, однако сензитивным возрастом для эффективной профилактики и борьбы с детской дентофобией является младший школьный возраст (7-10 лет), ввиду понимания ребенком взрослых и его стремления стать частью «взрослого мира».

Цель исследования: на основе изучения социально-психологических аспектов профилактики детской дентофобии, организовать эмпирическое исследование наличия дентофобии у детей младшего школьного возраста в ЧУМП «Космедент», обобщить и интерпретировать его результаты.

Материал и методы. Исследование проявлений стоматофобии у 20 детей младшего школьного возраста (из них 9 мальчиков и 11 девочек в возрасте от 4 до 14 лет) проводилось нами на базе ЧУМП «Космедент» – лечебно-диагностического стоматологического центра, использующего в своей работе последние достижения современной медицины. Материалом явились результаты исследований О.Г. Авраамовой [1] по определению, причинам и методам профилактики и лечения детской дентофобии, а также учебно-методическая разработка Т.В. Попруженко и Т.Н. Тереховой «Основы управления поведением детей и подростков на стоматологическом приеме» [2], в котором изложены краткие характеристики различных типов личности ребенка, а также методы определения и контроля психоэмоционального состояния детей и подростков во время проведения стоматологических процедур. Методы, использованные в исследовании: рисуночный тест; анкетирование и градация по шкале Франкла.

Результаты и их обсуждение. Исследование по выявлению уровня тревожности маленьких пациентов проводилось с помощью характеристики по шкале Франкла во время стоматологического приема, анализа рисуночных тестов «У стоматолога» (до и после стоматологического приема) в три этапа:

1 этап – воздействие на поведение пациента с помощью средств психологии и медицины (цель: коррекция негативных поведенческих проявлений и закрепления желаемых);

2 этап – организация сотрудничества с родителями посредством анкетирования, предоставление им памятки по обучению ребенка уходу за полостью рта, правильному поведению у стоматолога и адаптации к роли пациента стоматологической клиники. Также родители привлекаются к участию в обеспечении материального «поощрения» своего ребенка за правильное поведение в виде небольших подарков от врача-стоматолога.

3 этап – выявление уровня тревожности маленьких пациентов с помощью характеристики по шкале Франкла и анализа рисуночных тестов «У стоматолога».

К первой группе по шкале Франкла (ребенок отказывается от лечения, громко плачет/кричит, испуган, агрессивен, показывает другие признаки открытого негативизма) отнесено 3 пациента – 2 мальчика и 1 девочка, ко второй (демонстрирует нежелание лечиться и сопротивление, может быть замкнутым и угрюмым, не сотрудничает) отнесено 5 мальчиков, к третьей (принимает лечение, временами настораживается, готов выполнять указания по ходу лечения, может сотрудничать (с некоторыми оговорками)) отнесено 8 пациентов – 2 мальчика и 6 девочек, к четвертой группе (хороший контакт с дантистом и его командой, сотрудничает на всех этапах лечения, смеется, получает удовольствие от ситуации) отнесено 4 девочки. Самым младшим мальчику и девочке по 4 года, самым старшим: девочке – 14 лет, мальчику – 9 лет.

Большинство детей во время стоматологического приема успешно поддавались коррекции поведения при использовании адекватного общения и различных бихевиоральных технологий (чаще всего было достаточно похвалы и техники «рассказываю – показываю – делаю»). Для пациентов второй группы шкалы Франкла совместно с родителями было организовано материальное «поощрение» за желаемое поведение, что позволило быстро наладить контакт с детьми и мотивировать их к адекватному восприятию проводимых процедур. Пациенты первой группы по шкале Франкла нуждаются, прежде всего, в нейтрализации протестного поведения, так как у них сформирована серьезная дентофобия.

Оценка уровня тревожности маленьких пациентов проводилась также с помощью анализа рисуночных тестов «У стоматолога». Детям было предложено изобразить свои ассоциации и впечатления, связанные с посещением стоматолога в клинике «Космедент». Методика анализа и критерии распределения по рейтинговым группам шкалы Франкла были аналогичны работе А.М. Шломиной и А.Г. Махмудовой «Определение уровня дентофобии у детей дошкольного возраста по результатам анализа рисуночных тестов». Все 20 рисунков распределились по шкале Франкла следующим образом. К первой рейтинговой группе можно отнести 3 рисунка с преобладанием красного, черного и синего цветов, указывающих на тревогу и агрессию в данный момент. Вторая группа по шкале Франкла составила 4 рисунка, в которых прослеживается слабый нажим на карандаш, что говорит о быстрой утомляемости и психологической неустойчивости таких детей. Часто встречается штриховка слева направо, что свидетельствует о наличии мотивации. Все остальные рисунки можно отнести к третьей и четвертой рейтинговым группам. Использование широкой цветовой палитры, наличие всевозможных дополнительных деталей (щеток, волшебных палочек, масок и др.), четко прорисованные глаза и реснички ука-

зывают на заинтересованность в проводимых процедурах, кокетливость и желание продемонстрировать себя с лучшей стороны, гиперактивность и демонстративность ребенка.

Заключение. Результаты исследования (полученный рейтинг на основании разработанных и стандартизированных анкет, заполненных нами во время приема ребенка врачом-стоматологом, а также рисуночного теста) дают основание сделать следующие выводы: девочки легче идут на контакт с врачом-стоматологом, обладают большей внушаемостью и коммуникабельностью, чем мальчики; чем старше ребенок, тем адекватнее он воспринимает проделываемые с ним процедуры и легче поддается коррекции поведения; адекватное общение и использование различных бихевиоральных технологий дают вполне удовлетворительные результаты по изменению негативного и закреплению позитивного типов поведения, что делает данные средства воздействия на поведение пациента эффективными приемами борьбы с детской дентофобией.

1. Авраамова, О.Г. Новые возможности снижения дентофобии у детей при использовании Твинки Стар при лечении несложных форм кариеса молочных зубов / О.Г. Авраамова // Белорусский стоматологический портал [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.stom.by>. – Дата доступа: 10.06.2017.
2. Попруженко, Т.В. Основы управления поведением детей и подростков на стоматологическом приеме: учеб.-метод. пособие / Т.В. Попруженко, Т.Н. Терехова. – Минск: БГМУ, 2006. – 76 с.

ОБ ЭФФЕКТИВНОСТИ ВЛИЯНИЯ АРТ-ПЕДАГОГИКИ НА ФОРМИРОВАНИЕ ПОЗНАВАТЕЛЬНОГО ИНТЕРЕСА МЛАДШИХ ШКОЛЬНИКОВ

*И.В. Шаурко
Витебск, ВГУ имени П.М. Машерова*

Одна из основных задач, которая сегодня стоит перед педагогом начальной школы, заключается в формировании познавательного интереса. Это обуславливается тем, что младший школьный возраст, по мнению ряда педагогов-психологов, является наиболее благоприятным периодом для формирования «устойчивого, избирательного отношения личности к познавательной деятельности, к её процессу, способам и результатам в силу личной значимости и эмоциональной привлекательности» [1, 39]. На наш взгляд, одним из средств решения данной задачи может быть арт-педагогика.

Цель исследования – экспериментально проверить эффективность влияния арт-педагогика на формирование познавательного интереса учащихся 4-х классов.

Материал и методы. В исследовании приняли участие 310 учеников четвертых классов (155 экспериментальная группа и 155 контрольная группа) пяти государственных учреждений образования г. Витебска. Основные методы исследования: эксперимент, диагностическое и контрольное анкетирование, анализ, обобщение и сравнение, регистрация.

Результаты и их обсуждение. Опытнo-экспериментальная работа включала несколько этапов. На первом – подготовительном – мы, проанализировав сущность познавательного интереса и особенности его формирования в младшем школьном возрасте, вслед за Е.А. Кувалдиной пришла к выводу о необходимости выделения следующих его показателей [2, 127]:

- *избирательное отношение*, которое определяется через направленность интересов и познавательную мотивацию;
- *личная значимость*, которая проявляется в активности и самостоятельности;
- *углубленность и устойчивость*, как показатели, характеризующие процесс развития познавательного интереса.

Так же была произведена выборка респондентов для участия в эксперименте. Главными требованиями в выборе групп были: желание родителей и учителей повысить уровень познавательного интереса детей и принятие учителем арт-педагогических средств в работе класса. На основе данных, полученных в процессе работы, был подобран инструментарий исследования и разработаны критерии для каждого из трёх традиционно выделяемых уровней развития познавательного интереса [3, 96].

Задачей второго этапа – констатирующего – стало выявление уровня сформированности познавательного интереса у детей младшего школьного возраста в каждой из групп (диаграмма 1).