



Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті
Казахский национальный педагогический университет имени Абая

ХАБАРШЫ ВЕСТНИК

*«Арнайы педагогика» сериясы.
Серия «Специальная педагогика»
№ 3 (22), 2010*



Алматы

Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті
Казахский национальный педагогический университет имени Абая



ХАБАРШЫ ВЕСТНИК

*«Арнайы педагогика» сериясы.
Серия «Специальная педагогика»
№ 3 (22)*

Алматы, 2010

Хабаршы. «Арнайы педагогика» сериясы.¹ - Алматы: Абай атындағы ҚазҰПУ. - 2010. - № 3 (22). - 64-бет.

Вестник. Серия «Специальная педагогика».² - Алматы: КазНПУ им.Абая. - 2010. - № 3 (22). - 64с.

Бас редактор

п.ғ.к., профессор Қ.Қ.ӨМІРБЕКОВА

Редакция алқасы:

п.ғ.д. Р.А.Сүлейменова,

м.ғ.д., профессор А.А.Тайжан,

п.ғ.к., профессор Г.М.Коржова,

психол.ғ.к., доцент Л.Х.Макина (жауапты хатшы)

Главный редактор

к.п.н., профессор К.К.ОМИРБЕКОВА

Редакционная коллегия:

д.п.н. Р.А.Сүлейменова,

д.м.н., профессор А.А.Тайжан,

к.п.н., профессор Г.М.Коржова,

к.психол.н., доцент Л.Х.Макина (ответ.секретарь)

© Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық университеті, 2010

¹ Қазақстан Республикасы Білім және ғылым министрлігінің Білім және ғылым саласындағы бақылау Комитеті алқасының (2008 жылғы 23 сәуірдегі №6) шешімі негізінде Абай атындағы ҚазҰПУ-дың Хабаршысы, «Арнайы педагогика» сериясы педагогика ғылымдары бойынша диссертациялардың негізгі ғылыми нәтижелерін жариялайтын басылымдар Тізбесіне енгізілген.

² На основании решения коллегии Комитета по контролю в сфере образования и науки Министерства образования и науки Республики Казахстан (№ 6 от 23 апреля 2008 г.) Вестник КазНПУ им.Абая, серия «Специальная педагогика» внесен в перечень изданий для публикации основных научных результатов диссертаций по педагогическим наукам.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛЬНЫХ ПЕДАГОГОВ В ВУЗЕ

- С.Ж. Пралиев** – д.п.н., академик, ректор КазНПУ им. Абая,
Б.А. Тургунбаева – д.п.н., профессор, зав.кафедрой психолого-педагогических специальностей ИМиД КазНПУ им. Абая,
Г.М. Коржова – к.п.н., профессор кафедры психолого-педагогических специальностей ИМиД
З.А. Мовкебаева – к.п.н., доцент кафедры психолого-педагогических специальностей ИМиД

В период интенсивного развития международного образовательного пространства практически все страны проводят различные по глубине и своим масштабам реформы национальных систем образования, что обретает статус государственной политики. Общеизвестным стал факт, что именно уровень высшего образования в стране полностью предопределяет ее будущее развитие. До сегодняшнего дня реформы образовательной системы касались, главным образом, общих традиционных вопросов, связанных с ростом числа вузов, увеличением контингента обучающихся, новыми функциями высшей школы, уровнем образовательных услуг, количественным ростом информации, распространением новых информационных технологий и пр.

Реформирование системы высшего образования в Республике Казахстан, как и в других странах ближнего и дальнего зарубежья, характеризуется поисками качественно новых инновационных путей, что связано с входением в мировое образовательное пространство. Стратегическими направлениями модернизации образовательной системы в Казахстане являются следующие направления: развитие многоуровневой системы образования, обеспечивающей более широкую мобильность в темпах обучения и в выборе будущей специальности; расширение информационной сети и интенсивное развитие инновационных форм обучения; интеграция учебных заведений страны с ведущими университетами мира; обновление содержания высшего профессионального образования, внедрение новых образовательных технологий с учетом требований мировых стандартов.

В процессе модернизации подготовки специалистов-дефектологов в высших учебных заведениях ведущее место занимает качество профессионального образования. Качество профессионального образования рассматривается как основной фактор современной подготовки специалистов в условиях модернизации образования. Уровень профессиональной подготовки специальных педагогов новой формации в значительной степени зависит от многих составляющих, способствующих повышению эффективности профессиональной подготовки. К числу таких составляющих следует отнести изменение самого взгляда на миссию вуза, обусловленное

осознанием новых ценностей образовательной системы, новым пониманием места и роли образования в обществе.

Цель современного вуза должна быть связана с формированием у будущих специалистов-дефектологов способности к самоопределению и саморазвитию личности. Это становится возможным лишь при высоком качестве образовательных услуг. В настоящее время существует множество определений понятия «качество». Как философская категория данное понятие представляет собой выражение определенности объекта (предмета, явления, процесса), без которой не может быть и содержания. Благодаря качеству объект через свое индивидуальное содержание приобретает определенность и устойчивость. Таким образом, под качеством понимается целостная, интегральная характеристика объекта в системе его связей и взаимоотношений с другими объектами.

Качество образования по специальности «Дефектология» в высшем учебном заведении непосредственно связано с состоянием системы управления качеством подготовки специалистов. Существует ряд исследований, в которых проблемы качества образования в высшей школе рассматриваются с точки зрения современных управленческих позиций (В.А.Бордовский, Н.Н.Булынский, З.Д.Жуковская, Н.А.Селезнева, Г.Н.Сериков, А.В.Усова и др.). Среди составляющих качественной подготовки специалистов, авторы выделяют качество управления. Нет сомнения в том, что совершенствование существующей системы управления качеством подготовки кадров обеспечит повышение уровня образования на всех его этапах.

Необходимость в разработке эффективной системы управления качеством подготовки специальных педагогов продиктована современными потребностями общества, государства, человека. Процесс подготовки специальных педагогов состоит из разнообразия компонентов, среди которых основными являются обучающиеся и организаторы обучения, различные формы проявления их деятельности и др. Управление качеством подготовки специальных педагогов на научно обоснованном уровне предполагает способность руководителя представлять целостный состав управляемой системы, устанавливать взаимосвязи между ее отдельными компонентами.

В основу управления качеством подготовки специалистов должен быть заложен принцип системной организации профессионального образования, посредством которого будет определяться познательность профессиональной подготовки. Правильное определение этапов профессионального образования обеспечит становление и развитие личности специалиста на основе углубления различных компонентов целевой структуры. Сказанное дает основание для вывода о том, что управленческая система может быть разработана лишь как процесс последовательного введения студентов в различные уровни профессиональной деятельности.

Система управления качеством профессионального образования – это динамичная структура организации управленческой деятельности, а также

отношений между руководителями подразделений вуза. Чтобы быть эффективным, управление должно опираться на качественно новые методы реализации управленческих задач. Новый стиль управления соответствует современной образовательной парадигме образования, предполагающей его гуманизацию через культурно-ценностный потенциал человеческой общности. В связи с этим, управление качеством специальных педагогов на любом уровне должно быть направлено на качественное преобразование обучения, на реализацию общей цели образования, на успешное достижение предвосхищенного в сознании субъектов конечного результата.

Именно такой стиль управления качеством подготовки будущих кадров для системы специального образования поможет выявить и привлечь не используемый ранее потенциал, поднять имеющиеся ресурсы на уровень, соответствующий мировым стандартам. Современный уровень управления предполагает, таким образом, деловое партнерство, сотрудничество, содействие, что соответствует принципу человекоцентризма. Если традиционное управление ориентировало на оценку качества знаний обучающихся, состоянии учебной, методической, научной работы и др., то при современной системе управления подготовки специальных педагогов подлежит оценке, главным образом, потенциал среды и его достаточность для достижения цели образования, заключающейся в подготовке конкурентоспособного специалиста, способного на высоком уровне реализовать свои профессиональные функции. На всех ступенях управления качеством образования устанавливается соотношение между имеющимся и возможным уровнем образования. Это дает возможность для соотнесения связей между результатом и способами его достижения, выявления имеющихся проблем и их своевременного и корректного устранения.

Современная система управления качеством подготовки специальных педагогов воздействует на объекты управления с целью их качественного совершенствования, перевода на более эффективные пути развития. Эффективная система управления качеством образования будущих специалистов-дефектологов позволит реализовать цели педагогической деятельности через рациональное использование всех ресурсов. Выделение основных объектов управления позволит их текущее состояние привести в соответствие с заданным. Основными объектами руководства и управления являются следующие объекты: профессорско-преподавательский состав, студенты, выпускники, учебно-методическая система, материально-техническая база и др.

Для экспертизы состояния и функционирования объектов управления следует опираться на соответствующие критерии. *Критерии оценки профессорско-преподавательского состава, обеспечивающего образовательный процесс:* качество подбора кадрового состава кафедры, уровень острепенности профессорско-преподавательского состава, его профессиональная компетентность, повышение квалификации, владение интерактивными методами, инновационными педагогическими

технологиями, новыми стилями общения, уровень мотивации к образовательной деятельности и самообразованию.

Критерии оценки подсистем – студенты, выпускники: уровень подготовки абитуриентов, мотивационная готовность к учебной, научной и другим видам деятельности, качество самостоятельной работы, наличие комфортных условий для обучения (самостоятельное определение студентом своей позиции и стилей адекватного поведения в ситуациях взаимодействия, стимулирование процесса самопознания, наличие ситуаций успеха и др.); мониторинг профессиональных успехов молодых специалистов, продолжение обучения в магистратуре и др.

Критерии оценки учебно-методической системы: оснащение современной научной, учебно-методической литературой, обеспечение студентов учебно-методическими комплексами, творческое использование в учебном процессе традиционных и инновационных образовательных технологий и др.

Критерии оценки материально-технической базы: оснащение современным учебным и лабораторным оборудованием, интерактивной, компьютерной техникой, наличие санитарно-гигиенических условий для организации образовательного процесса, материальное стимулирование преподавателей и студентов и др.

Опора на обозначенные и другие критерии оценки состояния основных подсистем (объектов) управления позволит выявить соотношение между реальным и необходимым уровнем их функционирования, создаст возможности для повышения качества, своевременного устранения возможных недостатков, внесения корректив.

Рассматриваемая система управления качеством подготовки специалистов новой формации направлена на решение следующих задач: организации функционирования подсистем, регулирования и стимулирования их деятельности, экспертизы и управления, проведения корректирующих действий, анализа образовательного процесса, мониторинга, прогнозирования результатов функционирования подсистем и их компонентного состава и др. Основными характеристиками системы управления качеством образования будущих специалистов-дефектологов являются: целостность и динамичность системы управления, стабильность, объективность, адаптивность, интерактивность, педагогическая целесообразность, компонентный состав, его структурированность.

Современная система управления качеством подготовки специальных педагогов должна основываться на следующих принципах и положениях:

- учет основных направлений Государственной политики Республики Казахстан в области специального образования;

- учет имеющегося позитивного опыта специального образования, как в Казахстане, так и за его пределами;

- совершенствование и обновление всех аспектов образовательной деятельности по подготовке специальных педагогов (управленческого,

научного, учебно-методического, воспитательного, материально-технического и др.); -логизация и фундаментализация содержания высшего образования; проблемно-творческое обучение студентов и др.

Функционирующая на отмеченных принципах система управления качеством подготовки специальных педагогов новой формации будет способствовать качественным преобразованиям в общей системе их профессиональной подготовки.

Тўйин

Мақала кәсіби білімді жетілдіру арқылы арнайы педагогтарды дайындаудың өзекті мәселелеріне арналады. Жоғары білім беру жүйесін модернизациялауды басқарудың тетіктері мен бағалау өлшемдері жайында баяндалады.

Summary

In this article are presented the perspective directions of the problems of the philosophy of modern education the students on the speciality «defectology» in the highest school. One of actual directions at the present stage is transformation of the maintenance of the highest education in the competence approach context in modern educational environment conditions.

О КОНКРЕТИЗАЦИИ РЕЧИ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ ЗРЕНИЯ

М.Ю. Аюпова, Н.З. Абидова -

ТГПУ им. Низами

г. Ташкент

Учителями начальных классов школ для детей с нарушениями зрения неоднократно подчеркиваются трудности, возникающие у слепых детей в понимании и трактовке слов, а также пересказе текстов, связанных с описанием конкретных предметов, явлений и их свойств.

Слепые дети могут оперировать усвоенными в ходе речевого общения словами, долгое время не имея представления об обозначаемых ими предметах, что является причиной формальных, недостаточно осмысленных знаний, и затрудняет речевое развитие.

Немало работ посвящено проблеме конкретизации речи учащихся школ для слепых.

Тифлопедагоги XIX-XX в.в. учитывая и полагая, что сохранность речи у слепых может служить усвоению ими элементарных знаний, и в обучении слепых опирались в основном на словесные методы. Следует также отметить, что известные тифлопедагоги того времени находили возможным, корректировать определенной степени вербализм слепых, связывая речь с конкретными представлениями об окружающих их предметах.

Особо ярко выражены эти взгляды у немецких тифлопедагогов, стремившихся ввести наглядное обучение в школу для слепых. В частности, И.В.Клайн предложил для систематического обследования коллекцию моделей предметов, малодоступных для осязания.

Значительных успехов в использовании специальных методов для конкретизации речи слепых детей добился русский тифлопедагог А.И. Скребицкий. Специалист, придававший огромное значение наглядности в формировании речи слепого ребенка отмечал, что наглядное обучение является в школе для слепых еще более важным коррективом, чем в школе зрячих. Однако осуществить его на практике в первой труднее, чем в последней.

П.Г.Мельников подчеркивал что, принцип конкретизации речи должен пронизывать все школьное обучение слепых детей³. Он весьма удачно сочетал способы конкретизации незнакомого материала с приемами словесного его объяснения.

Наиболее типичным сочетанием такого рода является описанная им словарная работа на уроках родного языка. При конкретизации незнакомых слов и фраз учащихся знакомят с незнакомым предметом или его моделью. Мысленно сопоставляют по аналогии знакомый предмет с незнакомым, воспроизводят имеющиеся представления, объясняют значения слова, заменяя его другим. Автор раскрывает значение таких средств обогащения и активизации устной речи, как беседа, воспитательные сборы, декламация, инсценировка, характеризует их применение в работе со слепыми. Все эти формы работы тесно взаимодействуют с процессом восприятия действительности.

Б.И.Коваленко, опираясь на методологические основы тифлопедагогтики и обобщения передового опыта учителей школ для слепых, предложил комплекс методов, направленных на развитие речи слепых учащихся младшего школьного возраста. Автор отмечает, что значение множества слов осмысливается с помощью речи, однако этого не всегда достаточно.

Нужно конкретно знакомить (слепых детей – А.Н.) с предметами и явлениями, чтобы они были основой для правильного понимания значения слов, обозначающих как отдельные предметы, так и родовые понятия.

Под руководством учителя школьники знакомятся с внешним видом предмета, его существенными признаками, формой, размерами, характерным для него действием. Для этого в школе слепых собирают коллекции предметов и их моделей.

Б.И.Коваленко приводит примерный перечень объектов, подлежащих обследованию учащимися слепыми в начальной школе. Автор указывает на различные связи, устанавливаемые между словом и предметом в учебном процессе. Он подчеркивает, что иногда восприятие предмета предшествует беседе о нем, например: при изучении животного, растения и др.

Ю.А.Кулагин отводит особое место экскурсиям и практическим работам, как средство конкретизации знаний учащихся о сложных явлениях природы, и приводит характеристику особенностей словесного объяснения, сопровождающего восприятие учащимися предметов.

В целях организации мыслительной деятельности учащихся и повышения их активности в роли дидактических средств может быть использовано воспроизведение предметов и явлений в лепке, в рельефном рисовании, в различных иллюстрациях, в работе с песком, в вырезании и т.п. все это служит обогащению предметных представлений, образного мышления и речи детей.

Сегодня на практику школ для слепых включены учебные дисциплины как рельефное рисование, труд, широко практикуются предметные уроки и экскурсии, формы внеклассной работы: игры (ролевые, дидактические), моделирование, лепка. Все они служат обогащению конкретных представлений детей о предметах и явлениях окружающих их, способствуя общему развитию и подготовке детей к жизни.

Учебники, напечатанные шрифтом Брайля, иллюстрируются рельефными рисунками, облегчающими для детей понимание прочитанного. Много учебных пособий: рельефных карт, макетов, приборов для черчения, измерения и др., способствующих конкретизации речи учащихся школ для слепых.

Важным условием конкретизации речи является соответствие её формы и содержания. Речь должна выражать мысли, и отнюдь не ограничиваться подражанием форме, как бы изящна она ни была. Детей следует учить излагать свои мысли вполне понятной для других форме.

Коллективные формы работы, такие как беседа, игра, экскурсия в сад, в огород, во двор и др. должны сопровождаться речевым общением: рассказами, вопросами; движением, непосредственным обследованием, фиксацией личных представлений в форме лепки, моделирования и т.д. важно разнообразить тематику этих занятий в связи с прорабатываемым в классе материалом. Такие занятия:

- вызывают у детей интерес ко всему окружающему;
- «развязывают язык» слепым, обогащая их новыми понятиями и словами;
- способствуют прояснению и расширению представлений детей, конкретизируя их речь.

Конкретизацию речи слепых учащихся можно осуществлять посредством воспроизведения предмета в виде лепки, моделирования, рельефного рисования, что очень эффективно при проверке точности и закрепления, сложившихся у детей представлений.

Для облегчения для детей понимания содержания прочитанного эффективны аудиозаписи, с воспроизведением отрывков из учебной и художественной литературы. Прослушивание дает учащимся возможность не только усвоения содержания, но запечатлеть её выразительность,

эмоциональную окраску, правильную интонацию и т.п. естественно, все это осознается учащимися, лишь в случае, когда учитель соответствующим образом направит их внимание на данные аспекты речи. Изучение литературы, посвященной принципу конкретизации речи слепых школьников, позволяет сделать следующие выводы:

1. В период становления тифлопедагогической науки и практики приемы конкретизации речи рассматривались как частичная коррекция дефектов речи слепого, не обеспечивающая полноценности речи и знаний.

2. В современной тифлопедагогике имеет место принципиально иной подход к проблеме и методам развития речи учащихся - слепых. Разрабатывается и внедряется система конкретизирующих средств, богатых и разнообразных по своему содержанию, объему и характеру применения. Средства эти служат приоритетной задаче образовательного процесса - всестороннему развитию слепых учащихся, реализуемой посредством различных практических форм: наблюдений, экскурсий, практических работ и т.п.

1. *Воспитание ребенка с нарушением зрения в семье/ под ред. В.П. Ермакова, А.А. Щегловой. - М., 1979.*

2. *Коррекционно-воспитательная работа со слабовидящими детьми дошкольного возраста/ А.И. Назаренко, Т.П. Свиридюк - Киев, 1984.*

3. *Развитие, обучение и воспитание детей с нарушениями зрения/ В.П. Ермаков, Г.А. Якунин - М.: Просвещение, 1990.*

4. *Практикум по тифлопсихологии. А.Г. Литвак, В.М. Сорокин, Т.П. Головина - 1989.*

Тўйин

Мақалада тифлопедагогика ғылымның негізгі мәселерінің бірі - көруі бузылған балалардың сөйлеу тілін нақтылау әдістеріне арналған.

Summary

This article is dedicated to the one of actual problem of tyftopedagogical science and practice-summarizing speech of blind students. Short review of works devoted to the concerning problem and conclusions are giving in this article. The methods and forms of works on summarizing the speech of works blind students are revealed.

КАК НУЖНО ВОСПИТЫВАТЬ ГЛУХОНЕМОГО РЕБЕНКА В СЕМЬЕ

М.У. Хамидова -
ТГПУ им. Низами
г.Ташкент

Если ваш ребенок к 5—6 месяцам после рождения не начинает сопровождать «гуленье» разнообразной интонацией, если он не оборачивается на ваш зов, а в возрасте 7—8 месяцев не начинает искать глазами предметы, которые вы называете — обратитесь для проверки

состояния его слуха к врачу-отоларингологу. Если врач установит, что ребенок не слышит вовсе или, имеет сильное понижение слуха, вам не следует предаваться отчаянью, вы должны сделать все возможное для того, чтобы он с раннего возраста получил правильное воспитание. Помните, что будущее вашего ребенка зависит от вас, от вашего умелого подхода к его воспитанию, от настойчивого желания компенсировать недостаток слуха. И это в ваших силах.

Многие родители, своевременно занявшись специальным воспитанием потерявших слух детей, спасли их от немоты и открыли им путь к труду и учению. Особенно многого можно добиться путем систематических занятий с детьми, которые начинали говорить или говорили до потери слуха.

Родители должны помнить, что общее и речевое воспитание глухонемого ребенка в семье потребует от вас большой выдержки, терпения, постоянного напряжения, может быть вам иногда будет казаться, что ваш труд бесполезен, нужно верить в то, что вы можете многое сделать для своего ребенка, что и он сможет получить образование и найдет свое прочное место в жизни.

Если вы по каким-нибудь причинам не имели возможности своевременно устроить ребенка в специальное учреждение для детей с недостатками слуха — организуйте воспитание вашего ребенка в семье.

Для этой цели необходимо:

- 1) обеспечить ребенку хорошее физическое развитие и преобладание бодрого, жизнерадостного состояния;
- 2) развивать мышление и речь, внимание, память;
- 3) воспитывать у ребенка потребность в общении с окружающими;
- 4) воспитывать волю, правдивость, смелость, чувство товарищества;
- 5) прививать ребенку ряд элементарных культурно-гигиенических навыков и приучать его к самообслуживанию.

Что же нужно сделать для осуществления этого?

Прежде всего вам необходимо организовать быт ребенка. Надо установить режим, соответствующий его возрасту. Следить за тем, чтобы ребенок спал, бодрствовал, ел и играл к строго установленные часы (согласно указаниям врача детской поликлиник), чтобы в достаточной мере был на свежем воздухе.

Нужно приучать ребенка к чистоплотности — мыть руки перед едой, после игры, знать свое полотенце, свои носовой платок, уметь им пользоваться, быть аккуратным во время еды и т. п.

Большое внимание нужно уделить воспитанию движений ребенка. Особенно это необходимо детям, потерявшим слух после менингита, так как у них в результате перенесенного заболевания иногда резко нарушается походка: ребенок легко теряет равновесие, неустойчив на ногах. Приучайте вашего ребенка лазить, прыгать, бегать, ходить по начерченной на полу линии, кругу, квадрату, ловить, бросать мяч, маршировать. Соединяйте

маршировку с движениями рук вверх, вбок, на бедра, вперед и т. п. Следует делать и обычную физкульт.зарядку из самых примитивных движений. Все действия ребенок должен выполнять по вашему речевому сигналу, который он постепенно научится понимать по движению ваших губ.

Такие занятия помогут ребенку восстановить нормальную походку, укрепить и организовать движения.

Следует проводить специальные предупредительные меры (профилактику) против заболеваний, в частности инфекционных. С этой целью регулярно нужно показывать ребенка врачу и выполнять его назначения, т.к. полноценное физическое состояние ребенка способствует его умственному развитию и положительно отражается на его поведении и характере.

Разумно выполняя указания, изложенные в специальной литературе правильно организовав воспитание ребенка в семье, можно сделать очень многое в деле умственного и речевого развития своего ребенка до его поступления в школу.

Обращаясь к ребенку в любые моменты его бодрствования, не прибегайте к жестам — говорите с ним, как обыкновенно говорят со слышащими детьми того же возраста, но говорите громко, отчетливо, прямо в лицо ребенка, чтобы он мог видеть обращенную к нему речь, чтобы он постепенно привыкал сосредоточивать свое внимание на выражении вашего лица, на движениях ваших губ. Не разделяйте слова на слоги, говорите целой фразой, сохраняя естественный ритм, чтобы ребенок мог впоследствии правильно подражать вам.

Говорить громко и отчетливо необходимо и потому, что, если у ребенка есть остаток слуха, громкая речь будет способствовать развитию слухового восприятия ребенка.

Маленькие дети легко и охотно подражают. Слышащие дети подражают речи окружающих, воспринимая ее на слух, глухие дети воспринимают ее зрительно, подражают видимым движениям губ и языка говорящих с ними. И те и другие дети вначале научаются только понимать речь, а потом уже пользоваться ею.

Если вы всегда будете говорить с ребенком лицом к лицу и ежедневно, по несколько раз в день повторять одни и те же обиходные слова, фразы, задавать вопросы, непосредственно касающиеся интересов и переживаний самого ребенка, он постепенно научится понимать речь по движению губ, а потом начнет и сам воспроизводить эти движения, т. е. говорить. Конечно, «говоренье» глухого ребенка будет вначале невнятное, лепетное, понятное, может быть, только вам самим, но со временем этот лепет при специальном педагогическом воздействии будет оформляться во все более и более понятное слово.

Важно, чтобы у ребенка возможно раньше развилась привычка всматриваться в лицо говорящего, чтобы у него возникло желание воспроизводить речь окружающих.

Понимать речь окружающих по движению губ — это первое, что необходимо ребенку для его речевого развития.

Очень важно также, чтобы дома, в семье, ребенок получал правильное общее воспитание. Не следует баловать ребенка, чтобы воспитать в нем самостоятельность, чаще давать ему исполнять мелкие поручения по дому, например: позвать кого-либо, убрать кровать, отнести, поставить посуду и т. п., приучайте его самостоятельно одеваться и раздеваться.

Все поручения сопровождайте устным словом, говорите не спеша, терпеливо, добываясь, чтобы ребенок понял и действительно выполнил ваше поручение. Если ребенок не понял вас, возьмитесь вместе с ним за дело, покажите, как надо сделать.

Будьте всегда справедливы к ребенку, не наказывайте его, так как ребенок не слушается часто потому, что не понимает, что от него хотят.

Если ваш ребенок упрям и непослушен, можно отвлечь его от каприза каким-нибудь интересным для него занятием. Чтобы отучить ребенка навязчиво требовать от вас что-нибудь в то время, когда вы заняты и не можете оторваться от дела, приучайте его понимать слово «потом», которое объяснит ему, что он не должен мешать вам в данную минуту. Когда вы освободитесь, вы должны исполнить то, о чем он просил, и ребенок будет знать: «потом» он получит то, что ему нужно.

Свое обещание надо исполнять, иначе будет подорвано доверие ребенка к вашим словам.

Будьте с ребенком всегда ровными и спокойными.

Очень важно постепенно приучать ребенка владеть карандашом и ножницами, давая ему свободно рисовать и вырезать. Приучайте его лепить из пластилина. Всегда сначала показывайте ребенку на примере, как можно рисовать, лепить, вырезать. Чтобы его труд был целенаправлен, сохраняйте его работы, это вызовет у него большой интерес к творческой деятельности.

1. Кардаш Я.А Педагогическое взаимодействие коррекционного учреждения и семьи в реабилитации детей с нарушениями слуха. – Екатеринбург, 2005.

2. Мостюкова Е.М., Московкина А. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии. – М.: ВЛАДОС, 2004.

3. Мостюкова Е.М. Они ждут нашей помощи – М.: Педагогика, 1991.

Түйін

Мақалада естімейтін балаларды жанұяда тәрбиелеу әдістері мен жұмыс түрлерін қолдануға бағытталған нұсқау, кеңестер қарастырылады.

Summary

This article is dedicated to the one of actual problem of syrdopedagogical science and practice-summarizing speech of blind students. Short review of works devoted to the concerning problem and conclusions are giving in this article. The methods and forms of works on teaching of deaf children.

ДИНАМИКА НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ НАРУШЕНИЙ У ДЕТЕЙ С ВРОЖДЕННОЙ МИКСТИНФЕКЦИЕЙ

А.А.Тайжан, Н.С.Божбанбаева, И.Е.Сулейменова, Л.Н.Манжуова -
КазНПУ им. Абая,
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

В настоящее время отмечается тенденция к росту сочетанных инфекций. Высокая частота микстинфицирования связана, прежде всего, с особенностями иммунологической реактивности матери и плода, включающей механизмы физиологической иммуносупрессии [1]. Известно, что сочетание даже двух инфекций потенцирует клеточную иммунологическую недостаточность, является ее индикатором и характеризуется полиорганными поражениями [2].

Обращает на себя внимание более глубокое поражение ЦНС у детей с микстинфекцией.

Учитывая высокую частоту герпесвирусных инфекций, целью наших исследований явилось изучение характера и динамики неврологических нарушений у 16 детей, перенесших острое течение внутриутробной сочетанной цитомегаловирусной инфекции (ЦМВИ) и инфекции, вызванной вирусом простого герпеса (ВПГ).

Для оценки глубины поражения головного мозга, мы определяли активность нейроспецифической енолазы и тестов второго уровня (провоспалительных цитокинов) у детей с микстинфекцией (1 подгруппа) и моноЦМВ-инфекцией (2 подгруппа).

Верификация ЦМВИ, ВПГ проводилась методами ИФА с определением авидности антител и ПЦР. Концентрации цитокинов и интерферона (TNF α , INF γ) определяли с помощью соответствующих наборов реагентов для иммуноферментного анализа производства ЗАО "Вектор-Бест" (г. Новосибирск).

Количественное определение нейроспецифической енолазы проводилось методом иммуноферментного анализа. Использовался твердофазный неконкурентный метод. Уровень оценивался в пкг/мл.

Для выявления структурных изменений в головном мозге осуществлялось ультразвуковое исследование на приборе Fukuda Denshi UF-750 ХТ с частотой колебаний датчика 5 и 7,5 МГц. При судорожном синдроме, для функциональной оценки состояния головного мозга, проводилась электроэнцефалография и определялись вызванные потенциалы. Регистрацию ЭЭГ проводили как в состоянии сна, так и в состоянии бодрствования. В тяжелых случаях с целью выявления структурных повреждений, врожденной патологии осуществлялись нейрорадиологические исследования - компьютерная томография головного мозга, ЯМР. Нервно-психическое развитие детей первых трех лет жизни мы оценивали согласно возрастным нормативам для каждого возрастного

периода жизни. Дети с задержкой развития направлялись в медико-педагогическую консультацию, где проводилось комплексное обследование, в том числе и консультация дефектолога. Дополнительно проводилась оценка нервно-психического развития с помощью комплексного анкетирования родителей согласно шкале «Kazakh KIDS», разработанной Жалмухамедовой А.К., на основании чего составлялся профиль нервно-психического развития ребенка, который представлен в виде графика.

Сравнение анамнестических данных у женщин, родивших детей с микстинфекцией с матерями детей с моноцитомегаловирусной инфекцией позволило выявить в первой подгруппе достоверно высокую частоту анемии (81,2%, $p < 0,05$), хронической фетоплацентарной недостаточности (68,8%, $p < 0,05$), задержки внутриутробного развития плода (43,7%, $p < 0,05$), экстренных оперативных родов (37,5%, $p < 0,05$).

Частота синдромов церебральных изменений не различалась в обеих подгруппах, однако у детей со смешанной инфекцией неврологические нарушения протекали тяжелее (таблицы 1, 2).

Таблица 1.

Неврологические нарушения у детей с микстинфекцией в восстановительном периоде

Синдромы поражения ЦНС	1 подгруппа n=16		2 подгруппа n=52	
	Абс.	%	Абс.	%
Гидроцефальный синдром	8	50,0±12,5	24	46,1±6,9
Судорожный синдром	9	56,2±12,4	20	38,5±6,7
Синдром двигательных нарушений	9	56,2±12,4	26	50,0±6,9
Синдром вегетативно-висцеральных нарушений	9	56,2±12,4	30	57,7±6,8
Синдром гипервозбудимости	9	56,2±12,4	30	57,7±6,8
Задержка психомоторного и доречевого развития	14	87,5±8,3 *	28	53,8±6,9
* - $p < 0,05$ - выделены статистически значимые различия в сравниваемых группах				

Так, особенностью судорожного синдрома являлась его стойкость, торпидность к противосудорожной терапии. Задержка психомоторного и доречевого развития статистически чаще отмечена у больных с сочетанной инфекцией ($p < 0,05$) с нередким формированием выраженного отставания по сравнению с группой детей с моноЦМВИ.

Таблица 2.

Результаты нейросонографического обследования у детей с микстинфекцией

Данные нейросонографии	1 подгруппа n=16		2 подгруппа n=52	
	Абс.	%	Абс.	%
Расширение желудочковой системы головного мозга	14	87,5±8,3 *	36	69,2±6,4
Сочетанные ишемически-геморрагические поражения	5	31,3±11,6	11	21,1±5,6
Кровоизлияния	11	68,7±12,1*	24	46,1±6,9
ВЖК 1 степени	2	18,2%	9	37,5
ВЖК 2 степени	3	27,3	6	25,0
ВЖК 3 степени	4	36,4	5	20,8
САК	2	18,2	3	12,5
Наличие кист	5	31,2±11,6	8	15,4±5,0
Кальцификаты	3	18,7±9,7	4	7,7±3,7
Гидроцефалия	5	31,2±11,6	10	19,2±5,5

*p < 0,05 - выделены статистически значимые различия в сравниваемых группах;

При сравнительном анализе данных ультразвукового исследования головного мозга выявлены статистически значимые различия в группе больных с сочетанной инфекцией по частоте расширения желудочковой системы головного мозга ($p < 0,05$), кровоизлияний ($p < 0,01$). В структуре внутричерепных кровоизлияний в первой подгруппе чаще регистрировались внутрижелудочковые кровоизлияния третьей степени, однако достоверных различий по сравнению с группой детей с моноинфекцией мы не выявили. Исходом ВЖК II, III степени у 19,2% детей с микстинфекцией явилась постгеморрагическая гидроцефалия. Кисты, кальцификаты отмечались в 2 раза чаще у детей первой подгруппы, нежели второй подгруппы, но без достоверных различий. Таким образом, особенностью поражения головного мозга при микстинфекции явилась высокая частота ишемически-геморрагических поражений головного мозга. В отличие от моноинфекции, мы не выявили на нейросонографии изолированных гипоксически-ишемических изменений.

На ЯМР у 7 (43,7%) больных первой подгруппы регистрировались атрофические процессы в лобной, лобнотеменной, лобнотеменнозатылочной областях, в 31,2% - окклюзионная гидроцефалия.

Сравнительная оценка активности нейронеолазы и тестов второго уровня в сыворотке крови у новорожденных с моно-ЦМВИ и микстинфицированием представлена на рисунке 1.

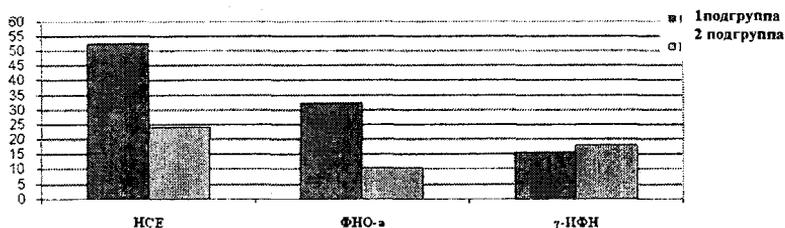


Рисунок 1 - Показатели активности НСЕ и провоспалительных цитокинов у детей с моноЦМВИ и микстинфекцией

Уровень сывороточной енолазы и фактора некроза опухолей у детей с сочетанной инфекцией достоверно выше, чем у больных с моноинфекцией ($p < 0,05$), что можно объяснить более тяжелым характером деструкций нервной ткани и дополнительной вирусной нагрузкой на иммунную систему ассоциацией герпесвирусов. Отсутствие статистических различий по содержанию интерферона в обеих подгруппах свидетельствует о снижении способности клеток к продукции интерферона, независимо от количества возбудителей.

Результаты исследований цитокинового, интерферонового статуса, уровня енолазы в динамике приведены на рисунке 2. В первой подгруппе наблюдается достоверное повышение значения активности нейронеолазы по сравнению со второй подгруппой ($p < 0,05$).

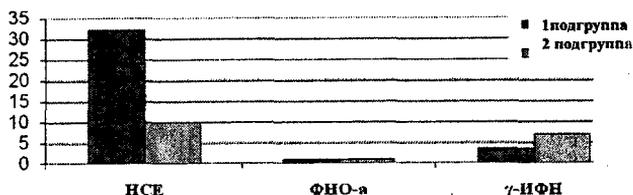


Рисунок 2 - Показатели НСЕ, цитокинов в динамике (3 мес.)

Снижение уровня интерферона в обеих подгруппах, особенно при микстинфекции указывает на угнетение его синтеза при хроническом персистирующем течении заболевания. Таким образом, сохраняющаяся высокая активность енолазы в динамике заболевания отражает более

глубокие морфологические изменения в головном мозге у детей с микстинфицированием.

В динамике заболевания, у 50% больных с микстинфекцией на первом году жизни отмечено ухудшение неврологической симптоматики, проявившейся увеличением размеров желудочков, формированием постгеморрагической гидроцефалии, эпилепсии, задержки моторного, речевого развития (таблица 3).

Таблица 3.

Неврологические нарушения у детей с микстинфекцией (1 год)

Нозология	1 подгруппа n=16		2 подгруппа n=52	
	Абс.	%	Абс.	%
1	2	3	4	5
Гидроцефалия	5	31,2±11,6	12	23,0±6,7
Микроцефалия	3	18,7±9,7	4	7,7±3,7
Эпилепсия	7	43,7±12,4 *	8	15,4±5,0
ДЦП	5	31,2±11,6	8	15,4±5,0
Атрофия зрительного нерва	3	18,7±9,7	6	11,5±4,4
Нейросенсорная тугоухость	2	12,5±8,3	4	7,7±3,7
Церебрастенический синдром	11	68,7±11,6*	22	42,3±6,8
Задержка психомоторного развития	11	68,7±11,6**	14	26,9±6,1
Задержка речевого развития	9	56,2±12,4*	16	30,7±6,4
* - $p < 0,05$ - выделены статистически значимые различия в сравниваемых группах;				

У всех у них серологическое обследование позволило констатировать превышение титров специфических IgG антител в 6 и более раз от уровня критической плотности. Прогрессирование неврологической симптоматики на фоне нарастания титров IgG обусловлено нейротропным влиянием обеих герпесвирусов. В 42,3% случаев церебральные нарушения удерживались с неонатального периода и на протяжении первого года жизни. При этом в ИФА зафиксировано 4-х- 6-и кратное повышение титров антител. Результаты ПЦР во всех случаях были положительными с равной детекцией ампликонов вируса в моче или слюне. Выздоровление имело место у 2-х (7,7%) детей с низким титром антител и отрицательными результатами ПЦР.

К первому году жизни у детей с микстинфекцией по сравнению с моноинфекцией регистрировались достоверно часто следующие нозологические формы: эпилепсия ($p < 0,05$), церебрастенический синдром ($p < 0,05$), задержка психомоторного и речевого развития ($p < 0,05$), отражающих глубину и тяжесть поражения ЦНС ассоциацией герпесвирусов.

Изменения органов чувств отмечены у 31,2% детей, у одного из которых выявлена врожденная катаракта.

Таким образом, неблагоприятные последствия поражения ЦНС у детей с герпесвирусными инфекциями могут быть разделены на 2 группы: 1. Остаточные явления церебральных нарушений, возникших в перинатальном периоде 2. Исходы, связанные с хроническим рецидивирующим прогрессирующим течением процесса. Микстинфекции отличаются, прежде всего, тяжелыми неврологическими нарушениями, нередко приводящими к инвалидности детей. В пользу этого говорят результаты исследования активности енолазы, более выраженные изменения которой имели место у больных с микстинфекцией ($p < 0,05$).

1. Шабалов Н.П. Неонатология // МЕДпресс-информ: В 2 т. – М., 2004. – Т. 2. – 640 с.

2. Безнощенко Г.Б., Долгих Т.И., Кривчик Г.В. Внутриутробные инфекции. - Н. Новгород: Издательство НГМА, 2006. – 86 с.

Түйін

Мақалада перинатальды кезеңде біріккен құрсақшілік герпестік және цитомегаловирустық жұқпалы аурулармен ауырған балалардың неврологиялық бұзылыстарын зерттеулерінің нәтижелері қарастырылған. Микстжұқпалардың мүгедектікке әкелетін күрделі неврологиялық бұзылыстармен сипатталуы көрсетілген.

Summary

The article reveals the data of the comparative study of neurological disorders in children who underwent concomitant intrauterine herpes and cytomegalovirus infection in the perinatal period. It is shown that mixed infection characterized by severe neurological disorders often leads to disability of children.

МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ ҚОХЛЕАРЛЫ ИМПЛАНТТАЛҒАН БАЛАЛАРДЫҢ СӨЙЛЕУ ТІЛІН ДАМУДАҒЫ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

А.Н. Аутаева - психол. ғыл. к., доценті,

Абай атындағы ҚазҰПУ

Л.А. Бутабаева –

II курс магистранты

Мектеп жасына дейінгі балаларға айналадағы дүниені еркін танытудың, ұлттық салт-дәстүр, әдет-дағдылармен сусындатудың, жалпы рухани толысуымыздың кілті ана тілінде екенін біле тұрсақ та, елімізде есту қабілеті зақымдалған балаларды ана тілінде оқыту, ана тілінде тілдерін дамыту мәселесі өзекті болып отыр.

Кохлеарлы имплантталған (КИ) баланың сөйлеуінің дамуы, есту аппаратын тиімді қолданып жүрген нашар еститін баланың дамуымен ұқсас болып келеді. Дегенмен, кохлеарлы имплантталған балалардың сөйлеуін дамытудың бірқатар маңызды ерекшеліктері бар және олар КИ балалар мен жүргізілетін жұмыстың ерекшелігін анықтайды.

КИ процессорын іске қосып түзеткен соң, баланың есту табалдырығы 25-40 Дб, демек, I деңгейдегі нашар естушілікке сай келеді. Мектепке дейінгі I деңгейдегі нашар еститін баланың қандай екенін кез келген маман біледі. Егер қосымша ауытқулары жоқ болса, қалыпты дамып келе жатқан бала. Ол айтқан сөздерді жақсы түсінеді, сәл кешеуілдеп болса да, фразалық сөйлеуі дамиды. Дауысы анық, жарқын және мәнері қалыпты болып келеді. Бұндай балалардың есту қабілеті зақымдалғанын кейде байқамай, көбіне логопедиялық бақшаларға барады. Логопедиялық түзету жұмысының арқасында бұл балалардың сөйлеуі қалыпқа келіп, кейін жалпы білім беретін мектепте оқып, оны да жақсы бітіріп шығуы мүмкін. Тек аз ғана ана тілінің грамматикасынан қиналуы мүмкін.

КИ алғашқы айларда қолданған бала біз жоғары да айтқан балаға мүлде ұқсамайды. Дегенмен, екеуінің де есту табалдырығы бірдей. Сөйлеуді түсінуі мен өзбетімен сөйлеу тілінің жағдайы естімейтін балаға ұқсас болады. Біз зерттеу жұмысымыз кезінде, имплантация жасатқан мектепке дейінгі балаларды бақылағанда, олардың өздеріне айтылған сөзді түсінбейтінін, мүлде сөйлемейтінін және сөйлесе де аз ғана сөздерді өте дәрекі бұзып айтатынын байқадық. Имплантацияға дейін сөйлетіп үйреткен балаларда, естімейтін балаларға тән мыңқылдап сөйлеу, күшеніп сөйлеу байқалды. Кейбір балалар ересектердің артикуляциясына еліктейді, бірақ бұл дыбыссыз еліктеулер. Дауыстары айқайлағанда ғана шығады. Бірақ прогрессивті есту қабілетін жоғалтқан балалар(2-3 жасында есту қабілетін жоғалтқан балалар) мен 6 айдан бастап есту аппаратын тағып жұмыс істеген балаларда бұндай кемшіліктер байқалмайды /1/.

КИ процессорын іске қосып түзеткеннен кейін, балаларды тыныш салдырмен шығатын және сыбырлап айтылған дыбыстарға(4-6 метрден [с], [ш], [ц] дыбыстарын) шартты реакциясын қалыптастырамыз. Бірақ, өте тыныш жерде өзінің атын да ажырата алмайды және қоршаған орта дыбыстарын танымайды. 1-3 ай өткен соң, қоршаған орта дыбыстарына назар аудара бастайды және естіген сөзін қайталауы мүмкін. Бұл дегеніміз мамандарды таң қалаларлық жағдайда қалдырады /2/. Олар көбіне: «Қалай сонда, бала естиді, сыбырлап айтқанды қайталайды, ал менің қалыпты дауыспен айтқан сөзімді түсінбейді?» деген ойға келеді.

Бұны түсіну үшін мынадай қарапайым аналогияны келтірейік. Нашар көретін оқи алмайтын, испан тілін білмейтін адамға испанша кітап және көзілдірік беріп, кітапты оқуын сұрайық. Ол көзілдірікті киіп, әріптерді көреді, бірақ оны түсінбейді. Ол әріптер ол адам үшін жай ғана қара сызықтар ол қалай оны оқып береді? Ол әріптерді білмейді, оларды қосып сөз бен сөйлем де құрай алмайды. Ол әріптерді тез үйреніп алуы мүмкін.

Бірақ, оқығанын түсіну үшін, өте көп уақыт керек. Немесе жапон тілін білмейтін адамды жапондардың арасына апарып тастаса, ол бәрін естиді, бірақ түсінбейді. Ал жапонша түсініп, өз бетімен сөйлеуі үшін оған біршама уақыт керек.

Міне КИ бала осындай жағдайда. Ол әртүрлі дыбыстарды ести бастайды, бірақ бастапқы кезде олардың мағынасын түсінбейді. Мектепке дейінгі бала кейбір сөздерді заттық мағынасымен сәйкестендіруді тез үйреніп алуы мүмкін, бірақ сөйлеуді түсінбейді. Себебі, оның жадында сөздердің мағынасы, олардың өзгеруі мен сөйлемдерде байланысуы жайлы ақпараттар жоқ немесе өте аз.

Көптеген сурдопедагогтардың КИ балалармен кішкене жұмыс істегеннен кейін, ата – аналарына: «Неменеге КИ жасаттыңдар, ол сол естімейтін қалпынан түк өзгерген жоқ» деп айтқандарын талай рет тәжірибеде көрдік. Бұндай жағдай көбінесе, операцияға дейін қалдық естуін дамытпаған балаларда кездеседі. Өкінішке орай, бала есту аппаратын бақшада түске дейін ғана тағып, ал үйде «бәрібір естімейді» деп мүлде тақпайтын жағдайлармен жиі кездесеміз. Осындай жағдайда, бала өзінде бар қалдық естуін қолданбай, нәтижесінде есту орталықтары дамымайды. Ол тек сабақта ғана естиді! КИ процессорын қосқаннан кейін, баланың назарын, қызығушылығын қоршаған дыбыстарға аудару жұмысы 2-3 ай бойы мақсатты бағытталған түрде жүруі керек. Бала өз бетімен қоршаған дыбыстарға назарын аударып, таныс дыбыстарды білгенше жалғасады.

Міне, осы кезде кез келген сурдопедагог КИ баламен есту аппаратын таққан естімейтін баланың сөйлеуін дамытудың айырмашылығын түсінеді. Есту аппаратын таққан естімейтін балаға қарағанда, кохлеарлы имплантталған баланың есту дағдылары спонтанды тез дамып, сосын айтқан сөзді түсінуі және өзінің сөйлеуі тез дамиды /3/. Спонтанды дамуы деп, біз балаға сөздер мен грамматикалық ережелерді мақсатты бағыттап оқытпай – ақ, қоршаған адамдардың сөздерін ести жүре, өз бетімен үйреніп алуын айтамыз. Естімейтін бала сабақта үйреткен сөзді немесе бір дыбысты есінде сақтап, кейін сол сөзді күнделікті тұрмыс жағдайында естіп тануы қандай қиын екенін және оған қанша көп уақыт керек екенін кез келген маман біледі. Баланың грамматикалық ережелерді меңгеруі одан да қиынға соғады, мысалы, септелуі немесе жіктелуіне байланысты сөздердің өзгеруі. Естімейтін бала естіп көру арқылы ғана меңгере алады, оның өзінде бұл материалды әр сабақта кіргізіп, сөздерді дұрыс қолдануын әр уақытта бақылап отыру керек. Олай болмаған жағдайда, бала бәрін ұмытып қалады. Ал енді үш жасар есту аппаратын таққан естімейтін бала анасына келіп, теледидардан естіп «Комедия деген не?» деп сұрайды, немесе аулада ойнап жүріп, балалардан естіген сөзін келіп, анасынан сұрайды деп ойлайсыз ба?

Ерте жастан, екі жасқа дейін кохлеарлы имплантация жасалған балаларда, ешқандай қосымша ауытқулары болмаса, дыбыстық сигналдарды талдау және сөйлеуді қабылдауын дамытудың негізгі үрдістерін

калыптастырғаннан кейін, өз сөйлеу тілі мен қоршаған дыбыстарды қабылдауы спонтанды жүзеге асады.

Кохлеарлы имплантация екі жастан асып кеткенде жасалса, онда сөйлеуді түсінуі мен өз сөйлеу тілінің спонтанды даму үрдісі кеш жүреді. Бұл үрдістің дамуы, баланың имплантацияға дейін қалдық естуінің, ауызша сөйлеу дағдыларының дамуына және қосымша ауытқуларының бар болуын байланысты /4/. Егер бала 6-8 айында есту аппаратын тағып, қалдық естуін дамытса және былдырдың даму кезеңдерін өтіп, алғашқы сөздері мен қарапайым фразаларды қолданса, онда сөйлеу процессорын қосқаннан кейін 1-2 айдан соң, сөйлеуді түсінуі мен өзінің сөйлеуі спонтанды дами бастайды.

Ешқандай нашар еститін немесе естімейтін бала өздерінің есту сезімталдығы бойынша, бастапқы кезеңдегі кохлеарлы импланталған балаға ұқсамайды. Сол себептен де, көптеген сурдопедагогтарға КИ балалармен жұмыс істеудің ерекшелігі мен мәселелерін бастапқы кезде түсіну өте қиын. Туғаннан естімейтін кішкентай бала, дәл сенсорлы алалияның (дәлірек айтсақ, сенсомоторлы) үлгісі болып көрінеді. Бастапқы кезде бала бәрін естиді, бірақ көбіне назар аудармайды. Ол сабақ кезінде сыбырлап айтқанды естіп, шарикті қорапшаға сал деген тапсырманы оңай орындап шығады, ал сабақтан тыс уақытта артынан атын атап айқайлағанда назар аудармайды. Сосын ол, барлық дыбыстар мен сөздерді естиді, бірақ олардың қай затқа қатысты екенін білмейді, сөзді түсінбейді, бірақ қайталайды. Сондай – ақ, екі жастан асып кеткен балаға имплантация жасалғанда олардың ұзақ уақыт есте сақтаулары нашар екені анықталған /3/. Бала сабақ кезінде жаңа сөзді тез ұғып алады, кейін ол сол сөзді тек қайталайды, сәйкес келетін суретті немесе затты көрсете алмайды және өзінің сөйлеуінде қолданбайды. Бұдан мынадай қортынды жасауға болады: КИ бала дыбыстар мен сөздерді дыбыстық сигнал ретінде есту арқылы тез талдайды, ал сөздерді лингвистикалық сигнал ретінде талдау үрдісі баяу қалыптасады. Сонымен қатар, сөздердің есту бейнесі мен оның мағынасы арасындағы байланыстың қалыптасуы да осыған жатады. Яғни бас ми қабығының есту орталықтарының дамуының және осы орталықтардың көру және қозғалыс орталықтарымен байланысы қалыптасуының бұзылғанын көрсетеді /2/.

Бұл дегеніміз бала алғашқы 12-18 ай бойы естімеген, нәтижесінде есту орталықтары дамымаған. Көптеген зерттеулер көрсеткендей, дәл осы кезеңде ми қабығының түрлі орталықтары арасында анатомиялық (нейрондық деңгейде) және функционалдық байланыстар қалыптасады. Көру және есту бейнелері арасындағы байланыстар да қалыптасады. Есту орталықтарына дыбыстық сигналдардың, көру орталықтарына көру сигналдарының бір уақытта келуі арқылы жүзеге асады. Бала сылдырмақтың дыбысын естиді, оны көреді және қолымен ұстайды дауысын шығарып өзі сылдырлатады. Бала сылдырмақтың дауысын көру арқылы алған бейнелерімен және тактильді сезімдерімен байланыстырады. Ал кейін, бала сылдырмақты көрмей – ақ, оның даусын естігенде, сылдырмақ екенін біліп іздейді. Тапқан соң қолына алып, өзі сылдырлатады. Міне, осылай балада заттың күрделі

полиmodalды (есту–көру–тактильді) бейнесі қалыптасып, өмір бойына есінде сақталады /5/.

Ал енді, біз сылдырмақтың сылдырын естідік делік. Бірден жадымызда сылдырмақтың бейнесі келеді, тіпті оның жұмыр пластмассасын да сеземіз, оның сылдырлағандағы қозғалысын, вибрациясын сеземіз. Сондай – ақ, ойымызға «сылдырмақ» сөзі келеді. Осының бәрі, мидың әртүрлі орталықтары арасындағы байланыстың арқасында болады, есту, көру және сенсомоторлы ақпараттар өңделеді.

Сөзбен де дәл осылай жүреді. Анасы баласына ойыншық күшікті бере отырып, «аф-аф» деп атайды. Ойыншықтың көру – тактильді бейнесіне, оның белгісі – сөз қосылады, оны бала есту арқылы есту арқылы есте сақтап қалады, кейін анасының артикуляциясына қарап, еліктеп өзі сол сөзді айтады. Басында баланың айтқаны ересектің сөзіне мүлде ұқсамайды. Бірақ, кейін көп қайталағанның арқасында артикуляциясы нақтыланып, естіген сөзіне ұқсатып айтады. Осы кезде баланың миында есту – сөйлеу және сөйлеу – қозғалыс орталықтары арасында байланыс қалыптасады.

Туғаннан естімейтін балалар есту аппаратын тағып, 10-12 айында түзету жұмысын жүргізсе де, есту-сөйлеу және сөйлеу-қозғалыс орталықтарының дамуы үшін сезімтал кезеңнің көп бөлігін жоғалтып алады. Демек, осы жасқа дейін қалыпты балаларда ана тілінің фонетико-фонематикалық жүйесі қалыптасып, негізгі есту-сөйлеу-қозғалыс бағдарлауы дамиды. Бала ана тіліне тән дыбыстарды айта бастайды. Сырт қарағанда, баланың тілі бір жастан асқанда ғана шығатын сияқты болып көрінеді. Бірақ, осы кезде баланың миы есту арқылы және қоршаған адамдармен қарым – қатынас нәтижесінде сөйлеуінің дамуына қажетті көп ақпарат жинап дами бастайды. Бұл осы жастағы баланың миының даму ерекшелігімен анықталады /6/.

Баланың – ата анасы, тіпті мамандардың өздері – кохлеарлы имплантация жасалғаннан кейін бала сөйлеп кетеді деп ойлайды. Бәрі баланың алғашқы сөздерді айтқанын күтеді. Бірақ, бала сөйлеп және сөйлеу арқылы қарым-қатынас жасауы үшін, әртүрлі сөздерді естіп танығаны жеткіліксіз болады. Ол үшін тағы да екі маңызды жағдайды ескеру қажет.

Біріншіден, қалыпты сөйлегенде дыбыстар тез-тез алмасып, сөздер мен сөйлемдер пайда болады. Осыған байланысты бала да дыбыстарды тез-тез айта білуі керек. Бұл икемділік, артикуляция, дауыс шығару мүшелерінің және тыныс жүйесінің жұмысын бағдарлау және басқаруының дамуымен байланысты /7/.

Қалыпты балаларда сөйлеу дағдылары 2-4 айында гуілдеу кезінен басталады. Дауыс қатпарларының тербелісі мен тынысты бағдарлау қалыптаса бастағанда, бала ересектің мәнері мен артикуляциясына еліктей бастайды. 4-6 айында балада былдыр пайда болады (дауыссыз және дауысты дыбыстардың тіркесі), ал жасқа келгенде алғашқы сөздері пайда болады. Ана тілінің дыбыстарын айтуының қалыптасуы 5-6 жасқа келгенде аяқталады /7/. Қалыпты балаларда сөйлеу кезіндегі артикуляция мен дауыс шығару және

тыныс жүйесі жұмысының бағдарын қамтамасыз ететін мидың әртүрлі орталықтарының өзара байланысы, бала өмірінің алғышқа екі жылында қалыптасады.

Естімейтін балаларда туа пайда болған қозғалыс реакциясы ретінде гуілдеу мен ерте былдыр пайда болады. Естудің жоқтығынан, былдыр дамымайды, 6-8 айында есту аппаратын тағып, түзету жұмысын жүргізбесе, 1,5 жасында бала мүлде сөйлемейді. Ал егер бала сөйлемесе, мидағы тыныс, дауыс шығару және артикуляция орталықтарының арасындағы байланыстың дамуының сезімтал кезеңі өтіп кетеді, осы мүшелер мен жүйелерді бағдарлап басқару да қалыптаспайды. Сол себептен, имплантацияға дейін естімейтін баланың сөйлеу-қозғалыс және естумоторлық бағдарлауының дамуын көп көңіл бөлу керек. Бала сөйлемей қалмауы керек! Бала сөйлемей қалса, кейін қалыпты сөйлеуін қалыптастыру өте қиын болады.

Екіншіден, бала өзінің дауысын, тіпті анық сөзі жоқ болса да, гуілін, былдырын қарым – қатынас құралы ретінде қолдану икемділігін қалыптастыру керек.

Үшіншіден, бала сөйлеуі үшін, не айту керек екенін білу керек. Бала көптеген сөздердің мағынасын, оларды қалай өзгертетінін және сөйлемде байланыстыра білуі керек. Бұл баланың жадында енжар (импрессивті) сөздігі мен грамматика жайлы білімінің жиналуымен байланысты. Егер біз баланы дыбыстарды дұрыс айтуға және сөздерді қайталауға үйретіп, бірақ айтып отырған сөзі немесе сөйлемі нені білдіретінін түсінбесе, онда ол бала өз бетімен ешқашан сөйлемейді. Егер бала сөздердің мағынасы білсе, оларды қолданып сөйлем құраса, онда қоршаған адамдармен сөйлеу арқылы қарым – қатынас жасайды. Міне, ең маңыздысы осы. Тіпті ол айтқан сөздері немесе сөйлемдері түсініксіз болса да. Бұны мынадай жағдаймен салыстыруға болады: бізге тілін білмейтін шетелдікпен сөйлесу керек. Біз оның айтқан сөздерін, асықпай айтса сөйлемдерін де қайталап бере аламыз. Бірақ бірде бір сөзін түсінбейміз және не жауап берерімізді білмейміз. Ал егер біз оның тілін білсек, онда одан сұрап немесе жауап беріп, сөйлесеміз.

Егер бала педагогпен және ата – анасымен жүйелі жұмыс істеген болса, онда балада бірлесіп жұмыс істеу дағдысы жақсы қалыптасқан: ересектің әрекетін бақылап оған еліктеуге тырысады, өзінен нені қалап тұрғанын түсінуге тырысады, сөйлескен кезде кезектілікті сақтайды, өз әрекетін бағалағанын күтеді. Бұл дағдылардың болуы операциядан кейін баламен коррекциялық жұмысты тиімді жүргізуге мүмкіндік береді, дыбыстарға деген қызығушылығы пайда болып, оның өмірдегі мәнін түсінуге, КИ процессорын оптималды түзетуге мүмкіндік береді. Осы және тағы басқа да факторлар реабилитацияның тез өтуіне және өте жоғары нәтижеге қол жеткізуге мүмкіндік береді.

Ерте естімей қалған мектепке дейінгі кохлеарлы имплантталған балалардың сөйлеу тілінің дамуы үшін, көптеген факторлардың әсер ететінін анықталған /3/. Бірақ, сөйлеудің дамуының сензитивті кезеңінің өтіп кеткенін ескеру керек. Сондықтан да кохлеарлы имплантталған балалардың

сөйлеуінің дамуын бағалау кезінде, балада бар сөйлеу дағдыларының даму деңгейін маңызды көрсеткіш ретінде пайдалану керек.

Біздің кохлеарлы имплантталған балаларды бақылауымыздың нәтижесінде олардың сөйлеу тілдерінде мынадай қателіктер болатынын анықтадық:

1. Дыбысталуы мен айтылуы ұқсас дыбыстарды өз сөйлеуінде шатастыруы. («балық» орнына «палық», «сағат» орнына «зағат», т.б.) көбінесе, қатаң және ұяң жұп дыбыстарды шатастырады.

2. Сөздің дыбыстық-буындық құрамының бұзылуы, дыбыстарды немесе буындарды тастап кету, сөздің аяғын айтпау, дыбыстар мен буындарды алмастырып қою. Бұндай қателіктер көбінесе, ұзын сөздер мен дыбыстық – буындық құрамы күрделі сөздерді айтқанда («қауын» орнына «қан», т.б.) кездеседі. Буындар мен дыбыстарды сөздерде алмастыруы сөйлеу қозғалыс және сөйлеу есту анализаторларының өзара әрекеттестіктерінің бұзылуы салдарынан болады. Сөйлеудің бұндай бұзылысы баланың сөзін түсініксіз қылады.

3. Сөйлеудің интонациялық жағының бұзылуы.

- Әртүрлі эмоциялық сөздерді айта алмау (сөйлеуінің монотонды болуы);

- Сөйлеу мәнерін қолданып сөйлей алмау (лепті, сұраулы және хабарлы сөйлемдерді ажыратып айта алмау).

4. Лексика-грамматикалық категорияларды қолданудың бұзылысы.

- Жұрнақтар мен жалғуларды мүлде қолданбау («терезе(нің) алдында гүл тұр», «үй(ге) бар»);

- Сан есіммен зат есімнің сәйкес келмеуі (үш үстелдер, алты орындықтар);

- Септік және көптік жалғауларды шатастыру («Айналар (айнаның) кітабы», «Үймен (үйге) бар»).

5. Сөйлем құраудағы қателіктер: тұрлаулы немесе тұрлаусыз мүшелерді тастап кету («Алмас ... ұстады», «...шаңғы тепті»).

Бұндай қателердің кездесуі мына себептерге байланысты:

- Фонематикалық есту қабілетінің жеткілікті деңгейде қалыптаспағаны;

- Кохлеарлы импланттың техникалық сипаттарының ерекшелігіне байланысты кері есту байланысының дұрыс болмауы;

- Тілдің лексикалық және грамматикалық компоненттерінің дамуындағы қиындықтар.

Бес жасқа дейін балада сөздің дыбыстық және морфологиялық құрамы қалыптасып қояды және ол сауатты жазу дағдысының қалыптасуына дайындайды. Сол себепті, сөйлеу тілінің өте қатты кемшіліктері болашақта сауатты жазу дағдысының қалыптасуына кері әсерін тигізеді.

1. *Berliner K., Eisenberg L. Methods and issues in the cochlear implantation of children: an overview // Ear and Hearing. – 1985. – 6.*

2. Пудов В.И., Петров С.М., Зонтова О.В. Особенности настройки речевого процессора у детей с КИ // *Рос. оториналар.* 2003. №2. 110-112.
3. Королева И.В. *Кохлеарная имплантация.* – СПб., 2008. 751с.
4. Королева И.В. «Отбор кандидатов на КИ: диагностическое обследование и оценка перспективности использования КИ» СПб., 2008.
5. Носуленко В.Н. *Психология слухового восприятия.* – М., 1988.
6. Шматко Н.Д. *Если малыш не слышит.* – М.: 2003.
7. Лева А. *Развитие слуха у неслышащих детей: История. Методы. Возможности / Пер. с нем.* – М., 2003.
8. Пиаже Ж. *Речь и мышление ребенка.* – М.: Педагогика-Пресс, 1999. 528с.

Резюме

В данной статье рассмотрены особенности развития речи у детей с кохлеарными имплантами.

Summary

The peculiarities of development of speech for children with cochlear implant are considered in this article.

НАРУШЕНИЯ ЦНС У ДЕТЕЙ С ЗАДЕРЖКОЙ ВНУТРИУТРОБНОГО РАЗВИТИЯ

Т.Ш.Мустафазаде -
КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова

Задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плода ведет к нарушению неонатальной адаптации, определяя подавляющее большинство заболеваний детей в неонатальном периоде и различные отклонения их здоровья в последующие годы жизни. По мнению многих авторов, ЗВУР служит фактором, обуславливающим и предрасполагающим к развитию у детей психо-неврологических, соматических, эндокринных и других нарушений, нередко приводящих их к инвалидизации и значительному снижению качества жизни. Инвалидность, обусловленная незрелостью и тяжелым поражением ЦНС, наблюдается у 10-12% детей с задержкой внутриутробного развития к возрасту 6 лет.

Целью наших исследований явилось изучение характера характера неврологических нарушений у детей с различными клиническими вариантами задержки внутриутробного развития.

Всего обследованы 328 новорожденных детей, родившихся при сроке беременности 38-40 недель гестации. Из них в основную группу вошли - 234 ребенка с признаками задержки внутриутробного развития

плода при рождении. Группа сравнения включала 94 ребенка без задержки внутриутробного развития. Мальчиков было 190 (58%) и девочек - 138 (42 %). Дети были переведены из родильных домов города в возрасте от 3 до 11-ти дней жизни. Возраст при госпитализации у 173 детей был от 2-до 5 дней и у 56 - больше 6-ти дней жизни. При рождении признаки, свидетельствующие о хронической внутриутробной гипоксии, отмечены у всех детей с ЗВУР и у детей группы сравнения.

Критериями включения в основную группу были признаки задержки внутриутробного развития у детей при рождении, т.е. дети, имеющие массу тела ниже 10% центиля по отношению к их гестационному возрасту и (или) морфологический индекс зрелости, отстающий на 2 и более недель от истинного гестационного возраста.

Новорожденные дети основной группы были распределены на следующие подгруппы:

1 подгруппа (гипотрофический вариант ЗВУР) была сформирована из 90 (38,5 %) новорожденных, имеющих при рождении дефицит в массе тела при нормальных или незначительно сниженных показателях длины тела и окружности головы для данного гестационного возраста. Вторую подгруппу составили 96 (41 %) детей с гипопластическим вариантом ЗВУР, у которых отмечалось симметричное отставание всех антропометрических параметров, поэтому дети выглядели пропорционально сложенными, но маленькими, соотношение между окружностями головы и груди не было нарушено.

В третью подгруппу были включены 48 (20,5 %) детей с диспластическим вариантом ЗВУР. У этой подгруппы детей мы выявили диспропорциональность телосложения, врожденные пороки развития и наличие различной степени выраженности стигм дисэмбриогенеза.

В результате проведенных исследований, у всех наблюдаемых новорожденных, как основной, так и контрольной группы, регистрировались различной степени выраженности неврологические нарушения, характеризующие уровень неонатальной адаптации. У детей группы сравнения характер нарушений ЦНС в подавляющем большинстве случаев (75%) соответствовал церебральной ишемии 1 степени. В то время как, у новорожденных с ЗВУР, нарушения со стороны ЦНС проявлялись в виде признаков церебральной ишемии II-III степени (76,1%). В основной группе процент выраженных нарушений ЦНС (церебральная ишемия III степени) был выше у новорожденных III и II подгрупп - 79,2% и 72,9% соответственно, по сравнению с детьми I подгруппы - 44,4%

Типичные симптомы гипоксически-ишемической энцефалопатии почти с одинаковой частотой были диагностированы у всех наблюдаемых детей с ЗВУР (75,2%) и группы сравнения - 88,3%. Гипоксически - геморрагическая энцефалопатия достоверно чаще регистрировалась у детей с ЗВУР - 24,8% по сравнению с детьми без ЗВУР - 11,7%.

В клинике гипоксически-ишемической энцефалопатии у пациентов основной группы, наибольшую частоту имел синдром угнетения (46,4%),

который доминировал у детей II (54,2%) и III (43,7%) подгруппы. Синдром угнетения проявлялся вялостью, сонливостью, гиподинамией, резким снижением сосательного и глотательного рефлексов. В группе детей без ЗВУР указанный синдром встречался значительно реже (17,1 %).

Вторым по частоте синдромом поражения ЦНС в группе детей с ЗВУР являлся гипертензионно-гидроцефальный синдром, который встречался в 41,9% случаев, что в 2 раза превышает частоту в группе сравнения (21,3%). Данный синдром достоверно чаще наблюдался в третьей подгруппе (66,7%) по сравнению с первой (35,5%) и третьей (35,4%) подгруппами.

Кроме того, в основной группе обращало на себя внимание высокая частота синдрома вегетативно-висцеральных дисфункций - 40,2%, судорожного синдрома - 12,8% (в контрольной группе соответственно 12,7% и 6,4%). Статистически значимых различий в обеих сравниваемых группах мы не обнаружили лишь по частоте синдрома повышенной нервно-рефлекторной возбудимости, основными проявлениями которого были усиление спонтанной двигательной активности, периодически общее беспокойство, оживление врожденных и сухожильных рефлексов, спонтанный рефлекс Моро. Частота этого синдрома превалировала в подгруппе пациентов с гипотрофическим вариантом - 48,8% по сравнению с детьми с гипопластическим - 22,9% и диспластическим вариантами - 25% ЗВУР. Синдром вегетативно-висцеральных дисфункций достоверно чаще отмечался во второй подгруппе - 45,8%. Среди детей с ЗВУР синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости в 29,9% случаев сопровождался гипертензионно - гидроцефальным синдромом, с характерными признаками: напряжение большого родничка, расхождение сагиттального шва, развитая сеть вен в лобной и теменной области.

У большинства наблюдаемых детей регистрировалось сочетание двух и более синдромов нарушения ЦНС. Так, сочетание двух синдромов наблюдалось у всех новорожденных, независимо от варианта и степени тяжести ЗВУР, особенно у детей с диспластическим (50%) и гипопластическим (48,5%) вариантами. Сочетание трех синдромов нарушения ЦНС выявлено у каждого четвертого ребенка третьей подгруппы (в первой и во второй подгруппах 6,7% и 10,4% соответственно). В группе детей без ЗВУР сочетание двух синдромов регистрировалось в 18,5% случаев, сочетание трех синдромов не выявлено ни у одного ребенка.

При нейросонографическом обследовании, признаки гипоксии головного мозга в виде гипоксически-ишемических изменений (перивентрикулярная ишемия, локальный или диффузный отек в перивентрикулярной области) были обнаружены почти у всех больных с ЗВУР. Очаги повышенной эхоплотности в паренхиме вокруг боковых желудочков с различной степенью выраженности были диагностированы сонографически у детей с ЗВУР в 75% случаев (в контрольной группе - 40,4%). В свою очередь, в основной группе гиперэхогенные очаги выявлены почти у каждого ребенка с диспластическим вариантом ЗВУР (95,8%), у

большинства пациентов с гипопластическим – 78,1%, несколько реже (66,6%) - гипотрофическом варианте, что являлось показателем длительного внутриутробного воздействия патологических факторов на головной мозг плода (гипоксия, инфекция). В дальнейшем, усиление экзогенности необходимо было дифференцировать между проявлением перивентрикулярного отека или перивентрикулярной лейкомаляцией. И тот и другой патологические процессы являлись следствием тяжелой гипоксии головного мозга, что согласуется с литературными данными. Гиперэхогенные включения в паренхиме мозга были обнаружены у 12,5% детей с гипопластическим и 18,7% - с диспластическим вариантами ЗВУР.

Почти у каждого (24,8%) четвертого ребенка основной группы на нейросонографии были обнаружены внутрочерепные геморрагии в желудочковую систему и субарахноидальное пространство, причем несколько чаще во второй подгруппе (25%). Кроме того, у последних мы выявили более тяжелое кровоизлияние в желудочковую систему головного мозга в виде ВЖК 2-й степени (20,8 %) (в третьей подгруппе - 8,3 %; в первой подгруппе - 4,4%). Геморрагии в сосудистое сплетение в виде перивентрикулярного кровоизлияния или ВЖК 1 степени диагностировано в 29,2% случаях при диспластическом варианте ЗВУР против 14,6% и 15,6% гипопластическом и гипотрофическом вариантах. Субарахноидальное кровоизлияние отмечалось лишь у 6,7% детей первой подгруппы. Расширение передних рогов боковых желудочков (вентрикуломегалия), которое часто встречается при длительной гипоксии и может сопутствовать перивентрикулярным кровоизлияниям II и III степени, обнаружено у 33,3 % новорожденных с диспластическим, 31,1% - гипопластическим и 23,3% - гипотрофическим вариантами ЗВУР.

Патологические нейросонографические признаки в изолированной форме встречались редко, в основном, наблюдались множественные структурные изменения мозговой ткани, но очаги ишемии в перивентрикулярной области встречались значительно больше.

Таким образом, все обследованные дети имели разной степени выраженности неврологические нарушения. Высокий процент ранних церебральных изменений, как в основной группе, так и в контрольной группе, подтверждает наличие перенесенной внутриутробной гипоксии. По мнению ряда авторов, гипоксия, при которой развивались дети с ЗВУР, даже не вызывающая срыва ауторегуляции мозгового кровотока и снижения его до критического уровня, способна оставить в головном мозге определенно серьезный структурный след. Повреждающее действие внутриутробной гипоксии у детей с задержкой внутриутробного развития, по-видимому, усугубляется незрелостью и неготовностью к адаптации еще в антенатальном периоде в отличие от группы сравнения. Высокая частота выраженных неврологических нарушений у детей основной группы, возможно, связана с наслоением интранатальной асфиксии, усугубившей изменения, обусловленные внутриутробной гипоксией и повлекшими за

собой ряд других нарушений, как слабость родовой деятельности - (52,9%) у матерей детей с ЗВУР и (36,2%) матерей контрольной группы; неправильное предлежание плода во время родов (9,4% и 8,5%) и обвитие пуповины вокруг шеи (18,2% и 12,4%). Кроме того, в третьей подгруппе тяжесть нарушений ЦНС могла быть обусловлена врожденной патологией на фоне хронической внутриутробной инфекции.

1. Чувакова Т.К. *Здравоохранение Казахстана*. - Алматы, 2005.

2. Божбанбаева Н.С., Тайжан А.А., Манжуова Л.Н. *Поражение ЦНС у детей первого года жизни, перенесших острое течение внутриутробной цитомегаловирусной инфекции*. - Алматы: КазНПУ им. Абая, вестник сер. Спец. педагогика, №2 (21), 2010. стр. 20-28.

Түйін

Перинаталді энцефалопатиясы бар 328 нәрестенің 234-інде ұрықтың құрсақшілік дамуының тежелуі анықталған, неврологиялық және нейросонографиялық зерттеулер арқылы олардың неврологиялық статусы бағаланды. ОНЖ бұзылыстары II-III дәрежелі церебралді ишемиямен көрінген құрсақшілік дамуы бар 76,1% балаларда, ал III дәрежелі церебралді ишемия 79,2% ҚІДТ диспластикалық және 72,9% гипопластикалық варианттары бар балаларда анықталды. Неврологиялық бұзылыстар клиникасында жиі кездескен тежелу синдромы (46,4%) және гипертензионды-гидроцефалды синдром (41,9%), ҚІДТ жоқ балаларда (7,1% и 21,3%).

Summary

In 328 infants with perinatal encephalopathy, of 234 were signs of intrauterine growth retardation, with the help of neurological and neurosonographic study assessed the neurological status. It was established that violations of the CNS the form of signs of cerebral ischemia, II-III degree manifested in 76.1% of children with intrauterine growth retardation, and cerebral ischemia III level was higher in dysplastic - 79,2% and hypoplastic - 72,9% intrauterine growth retardation options. In clinical neurological disorders had the highest frequency syndrome, depression (46,4%) and hypertension-hydrocephalic (41,9%) syndrome in children without intrauterine growth retardation (7,1% and 21,3%).

ЖҮРЕК - ҚАН ТАМЫРЛАРЫ АУРУЛАРЫН АЛДЫН - АЛУДЫҢ ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ

Л.Қ. Макина – психол. ғыл. к., доцент,

Г.Ә. Сексенбаева, А.Ә. Рысдәулетова, Г.К. Нүсіпжанова -
Педиатрия және Балалар Хирургиясы Ғылыми Орталығы

Жүрек-қан тамырлары аурулары (ЖҚА) индустриалды дамыған елдерде өлімге алып келетін ең жиі дерт түрі болып саналады. Сонымен бірге бұл дерт – тұрғындардың уақытша және мүлдем жұмысқа жарамсыз болып қалуының басты факторы.

ЖҚА күрес жаңа медикаментоздық құралдарды ойлап табумен қатар ауырдың табиғаты мен даму себептері туралы ғылыми негізге сүйенген тиімді алдын-алу шараларын қолдануды талап етеді. Олардың санатына «қауіп факторы» деп аталатын гипотеза да жатады, оның басым болуы ЖҚА пайда болуы мен даму мүмкіндігін арттырады. Қауіп факторларының арасында гиперхолестеринемияға, қан қысымының жоғары болуына, артық салмаққа, гиподинамияға, шылым шегуге және эмоциональдық стресске айрықша мән беріледі.

Қауіп факторының басым көпшілігі балалық шақта-ақ анықталады. Кейбір мәліметтер бойынша жасөспірімдердің 50%-да кем дегенде бір қауіп факторы болады екен. 12-13 жастағы жасөспірімдерде қан қысымы жоғары болатындығы жиі кездеседі, олардың 30%-да 18 жасқа дейін қан қысымы жоғары болады. Мектеп оқушыларының басым көбі гиподинамия дертіне шалдыққан, әрі есейген сайын дерттің өршуі айқындалған. 12-13 жаста ер балалардың 7%, ал 14 жаста—30%, 16 жаста- 40% шылым шегеді, жоғары сыныпта қыз балаларда шылым шегуді бастайды.

Ұсынылған мәліметтер ең алдымен балалар мен жасөспірімдер арасында алдын алу жұмыстарын жүргізу қажеттігін көрсетеді. ЖҚА бастапқы кезеңінде алдын-алу міндетін шешу, негізінен осы дертке жетелейтін – қауіп факторларымен мақсатты күресуді қажет етеді.

Қауіп факторын шартты түрде екі топқа бөлуге болады: «физиологиялық», яғни олардың бар болуы функционалды ауытқулардың (гипертензия, гиперхолестеринемия, семіру) бар екендігін айқындайды және «мінез-құлықтық» ағза саулығының күйін тікелей көрсетпейтін, бірақ дерттің мінез-құлықтық, әлеуметтік және психологиялық (шылым шегу, дене қозғалысының аздығы, дұрыс тамақтанбау, стресс) даму шарттарын сипаттайды. Алайда, біздің елімізде және шет елдерде жүргізілген көптеген зерттеулер қауіп факторының кез-келген түрінің, яғни ол «физиологиялық» немесе «мінез-құлықтық» болсын, оның әлеуметтік-психологиялық түп-тамыры бар екендігін анықтады. Мысалы, қан қысымының жоғары болуы немесе семіру тұқым қуалау арқылы берілумен қатар өмірдегі стрестік жағдайлармен (әлеуметтік жағдайдың нашарлығы, жұмыстың аса көп әрі ауыр болуы, жеке адамдар арасындағы шиеленістер және т.с.с.) және

адамның жеке қабылдауын арттыратын әрі сырттан кері әсер ететін (мазасыздық, агрессия, ашушандық және т.с.с.) жеке сипаттамалармен байланысты болады. Қатердің шылым шегу, гиподинамия және дұрыс тамақтанбау, стресс сияқты мінез-құлықтық факторларының пайда болуы өз кезегінде индивидтің жеке тұлғалық ерекшеліктерімен, сондай-ақ әлеуметтік ортаның әр алуан талаптары мен шарттарына бейімделу процесімен байланысты.

Қауіп факторларының пайда болу себептері мен даму шарттарын іздестіру – ғылыми негізделген алдын-алу шараларын талқылау мен ендірудің басты кезеңі болып табылады. Мұндай міндет зерттеушіні ең алдымен адамның өмір стилін бағалауды, яғни басқа сөзбен айтқанда оның мінез-құлқының өмірдің шынайы шарттары мен дерттің дамуына ықпал ететін ерекшеліктерін анықтауға бағыттайды.

«Өмір стилі» түсінігі философия, социология, психология және басқа ғылымдар аясында талқыланады. Адам өмірінің стилі оның өмірлік іс-әрекеті процесінде қалыптасады. Оның өмірінің өзгермелі шарттары әрі адамның қоршаған ортаға және өз-өзіне деген қарым-қатынасын бейнелейтін субъективті «өмірлік ұстанымы» осы шарттарға байланысты қалыптасатындығы айтпаса да түсінікті. Субъектінің өмірлік стилінің қалыптасуы ерте балалық шақтан басталады және оның жеке тұлға ретінде қалыптасу процесімен бір тұтас. Бұл қандай да бір өмір стилі қалай және неліктен қалыптасады деген сұраққа жауап ретінде баланың жеке тұлғасының қалыптасу жолы мен шарттарын сараптау қажеттілігін білдіреді. Мұндай талдауды баланың бастапқы іс-әрекет түрлерінің алмасуына негізделген әлеуметтену процесінің жалпы заңдылықтары мен нақты ерекшеліктерін игерген соң жүргізу мақсатты болмақ. Баланың әлеуметтік ортасы: отбасының, қатарластарының, ересектердің әр алуан элементтері оның жеке тұлғасының даму шарттары болып табылады. Әрі қандайда бір элемент дамуының әр кезеңінде әртүлі мәнге ие. Аталмыш кезеңде бала үшін қандай іс-әрекет негізгі болып саналса, дамуы да соған байланысты болады.

Баланың жеке тұлғасының қалыптасуы, оның өмірлік іс-әрекеттерінің негізгі мазмұны ата-анасымен қарым-қатынас құрайтын кезеңнен басталады. Алғашқы балалық шақта баланың әдеттері мен дағдыларының негізі қаланады. Олардың қалыптасуына отбасылық әдеттер мен дәстүрлер ықпал етеді. Мысалы, шылым шегетіндердің көбі ата-анасының біреуі немесе екеуі де шылым шегетін отбасында тәрбиеленген. Отбасылық әдеттердің қатарынан дұрыс тамақтанбау, дене қозғалысының мүлде аздығы және т.б. денсаулыққа кері әсері көп әдеттерді жиі кездестіреміз. Алайда, бір қарағанда қарапайым көрінетін әдеттердің қалыптасу механизмі жеткілікті деңгейде күрделі. Бір жағынан, балалар отбасылық әдеттерді еш саралаусыз бірден қабылдап қана қоймай, сонымен бірге өздері ата-аналарына ұқсағылары келеді. Екінші жағынан, бала қабылдап алған қандайда бір әдет көбіне оның ата анасымен қарым-қатынасының, олардың талаптарына, отбасының өмірлік стиліне жалпы бейімделудің қажетті шартының өзіндік құралына айналады.

Баланың мінез-құлқының және жеке тұлғасының қалыптасуында ата-анасының бір-біріне деген қарым-қатынасының сипаты мен балаға деген қарым-қатынасы ерекше рөлге ие. Сонымен, жаман әдеттердің пайда болуы ата-аналардың баланы тәрбиелеу жолымен өздерінің жеке мәселелерін шешумен шарттасуы мүмкін. Мысалы, әкесіз өскен баланы тым артық тамақтандыру «гиперпротекция» тәрбиелеудің негативті элементтерінің біріне айналуы мүмкін. Бала салмағының артық болуы ата-анасының «қиялдық» (витаальдық) қажеттіліктерін қанағаттандырудағы гипертрофиялық ұмтылысының айғағы болуы мүмкін. Ал негізінде бұл баланың рухани сұраныстарына шынайы назардың болмауының орнын толықтыру, баламен эмоциялық байланыстан қашқақтау болуы ғажап емес.

Бала әдеті сияқты өмір стилінің сыртқы көріністерінің артында, негізінен басқа тұлғаларға және өз-өзіне деген қарым-қатынасын бейнелейтін жеке тұлғалық бағыттылық тұр. Мұндай бағыттылық әрбір нақты жағдайдағы мінез-құлқы тәсілдерін анықтайды және өз кезегінде баланың бойындағы басты себептердің мазмұнын сипаттайды. Тіпті ерте балалық шақта – ақ тәрбиелеудің ықпалымен мазмұны өздігінен патогенді болатын, баланы социум талаптарымен үнемі қақтығыстарға итермелейтін, дамудың келесі кезеңіне өтуді күрделендіретін қажеттіліктер қалыптасуы мүмкін. Бұған субъективті стрестің, созылмалы психикалық шиеленісушіліктің дамуының субъективті алғышарттарын құрайтын тұрақты себептердің қалыптасуы мысал бола алады.

Жетістіктердің себебі балалық шақта пайда болуы мүмкін және оның қалыптасуындағы маңызды шарттардың бірі баланың өзіндік бағалауының сипаты болып табылады. Өзіндік бағалаудың шынайы мүмкіндігі және қабілетімен сәйкестігі адамның жеке тұлғасының жемісті жетілуі үшін өте маңызды. Өзіндік бағалау баланың ең алдымен ата-анасымен шынайы өзара іс-әрекетінде қалыптасады және нақты бір жағдайға байланысты жоғары және төмен болуы мүмкін. Баланың өзіндік бағалауы оның шынайы мүмкіндіктерімен сәйкес болмауы оның алдына әлеуметтену процесімен байланысты бір қатар мәселелерді қояды. Өзіндік бағалау баланың мінез-құлқын оның айналасындағылардың бағалауына байланысты қалыптасады. Баланы отбасында үнемі шамадан тыс мақтау оның бойында тым жоғары өзіндік бағалауды, ал онымен бірге жетістік және мақтауға деген өте-мөте қажеттілікті қалыптастырады. Сондықтан да, бала өзінің жеке тұлғасына деген басқа бір бағалауға тап болған сәтте, ол өзіндік бағалауын сақтап қалуға ұмтылып, айналасындағылармен қақтығыстарға тап болуы мүмкін.

Басқа бір жағдайда, туысқандарының тарапынан үнемі қатаң қазымырлық, баланың шынайы қол жеткізген жетістіктерін елемей оның бойында өзіне деген төмен бағалауды туындатады. Бұл мазасыздыққа, жасқаншақтыққа, тұйықтыққа, күмәншылдыққа, өзінің жеке тұлғасының құндылығы мен маңыздылығына деген үнемі күдіктенуге жетелеуі мүмкін.

Баланың шынайы мүмкіндіктерін талаптану денгейіне сәйкестендірмеу жеке дара бағыттылығымен байланысты қақтығыстық «барабар еместіктің»

созылмалы аффектісіне және соңында ЖҚА факторларының бірі болып табылатын эмоциялық стрестің дамуына жетелеуі мүмкін.

Сонымен, баланың жеке әдеттерді, дағдыларды меңгеруінде, мектепке дейінгі жастағы өмір стилінің қалыптасуында отбасының қандай маңызды рөл атқаратындығын байқадық. Дамудың бұл кезеңінде бала оның әлеуметтік ортасының ерекшелігін тікелей бейнелейтін өмір стилін игереді. Сондықтан да баланың өмір стилін зерттеу оның «отбасылық жағдайының» шынайы шарттарын меңгеруді қосуы қажет. Баланың отбасылық тәрбиелену процесіндегі жеке даралық бағыттылығы қандай түрде екендігін анықтау үшін баланың басты себептері, сол себептерді қандай жолдармен жүзеге асырмақ екендігі жөнінде ақпаратпен толықтырылуы қажет.

Баланың мектеп табалдырығын аттауы оның өміріндегі жаңа кезең. Төменгі сынып оқушысының басты іс-әрекеті – оқу. Оның бұған дейін қалыптасқан қатынас дағдылары жаңа әлеуметтік ортаның күрделенген талаптарына сәйкес жүзеге асырылады.

Оқу іс-әрекеті процесінде бала ойлаудың жаңа формаларын игереді. Ол оқу қабілеттілігі мен теориялық білімді қабылдау қабілеттілігін меңгереді. Осы кезеңдегі баланың психикалық дамуына тән сипат ғылыми түсініктер жүйесінің қалыптасуы болып саналады. Бұл дәйекті балалармен алдын-алу жұмыстарын жүргізу кезінде ескерген жөн, өйткені бұл кезеңде игерген білім «тұрмыстық себептер» болуы мүмкін. Сонымен бірге, оқу іс-әрекетін игеру процесінде балада өзінің мінез-құлқына деген саналы қатынасы, яғни рефлексия пайда болады. Сондай-ақ, өзінің іс-әрекеттерін жоспарлау мен болжам жасау қабілеті де жетіледі. Егер де, баланың жетілуінің бұған дейінгі кезеңінде қалыптасқан өзіндік бағалаудың сипаты немесе жеке даралық бағыттылық оған әлеуметтік орта тарапынан ұсынылатын барабар емес талаптар болса, бұл қатарластарымен, ұстаздармен қақтығыстарға жетелеп, жалпы білімге теріс қатынасын қалыптастырып, бұның соңы созылмалы психикалық шиеленісушілікке әкелуі мүмкін.

Баланың жасөспірімдік шаққа өтуі – оның жеке тұлғасының дамуындағы, оның өмір стилінің қалыптасуындағы тағы бір кезең. Жасөспірімнің қызығушылық ауқымының кеңеюі, сыртқы ортамен қарым-қатынасының өзгеруі оның алдына бірқатар өзекті мәселелерді қояды. Бала үшін өз қатарластарының референттік топ иерархиясында өз орнын табуға ұмтылысы, басқа адамдармен қарым-қатынаста өзінің жеке тұлғасының рөлі мен маңызын анықтау басты рөл атқарады.

Бұл кезеңде жасөспірімнің санасында болашақ өмір стилінің үлгісі қалыптаса бастайды. Оны жүзеге асыру үшін қандай да бір құралдарды таңдауы қажет. Әдетте мұндай құралдар ретінде жасөспірім өз отбасының өмір стилін пайдаланып, ұстанады. Ескеретін бір жайт, егер баланың өмір стилінің қалыптасуының бастапқы кезеңінде отбасы басты рөл атқарған болса, ал жасөспірімдік кезеңде жетекші іс-әрекетінің мәні оның өз қатарластарымен жақын жеке-дара қатынасы болады. Бұл рөл ұжымға, қатарластарының референттік тобына жүктеледі. Мысалы, жасөспірімдер

арасында шылым тартуға деген әуестікке тек қана отбасылық қалыптасқан әдет ғана емес, сондай-ақ бұл әуестіктің сынып ұжымында, әсіресе жасөспірімге шылым тартуға деген референттік топтағы қарым-қатынас та ықпал етеді. Егер де, сыныпта шылым шегу жайлы топтық оң пікір болса, сол зиянды әдеттің алдын-алу үшін осы топқа ықпал ету ұстанымдары арқылы жойылады.

Баланың жеке тұлғасының дамуының негізгі кезеңдерінде, оның өмір стилінің қалыптасуының объективті және субъективті факторларының рөлі қалай өзгертіндігіне қарап, аталмыш кезеңде қандай іс-әрекет ол үшін басты екендігі анықтау қиын емес.

Егерде балалық шақта баланың өмір стилі оның «отбасылық жағдайының» ерекшеліктерімен тікелей анықталатын болса, ал пәндік – тәжірибелік іс-әрекет саласына енумен шарттасатын (мектептегі білім) оның қоршаған ортамен байланысы, одан әрі өз қатарластарымен жақын қатынасы кеңейген сайын баланың өмір стиліне оның шынайы қоршаған ортасының ықпал етуі де күрделене түседі. Бұл дегеніміз, баланың отбасымен қатар басқа да референттік тұлғалар (достары, сыныптастары, ұстаздар және т.б.) енетін әлеуметтік қоршаған ортаның ықпалы баланың даму процесінде қалыптасатын және әлеуметтену процесінде жетіліп әрі сипаты өзгертін өмірлік ұстанымымен анықталатын жеке тұлғалық ерекшеліктеріне де әсері зор.

Сонымен, егерде балалық шақта баланың өмір стилі оның жақын әлеуметтік қоршаған ортасының (отбасының) өмір стилімен теңессе және әдеттер мен мінез-құлықтық қағидалардың белгілі бір жиынтығымен сипатталса, ал жасөспірімдік шақта ол қомақты өзгеріске ұшырайды. Оның өмір стилі «объективтендіріле түседі», яғни онда әлеуметтік қоршаған ортаны шынайы түрде күрделендіретін әралуан қасиеттер бейнеленеді. Ал, екінші жағынан «жеке даралау» баланың психикалық даму деңгейін оның өмірлік іс-әрекетінің басты себептерінің қалыптасуын, бойына бітетін құндылықтарды, мүдделерді, дағдыларды яғни баланың қоршаған орта мен ондағы өз орны жайлы түсінігінің қалыптасуының барлық процесін айқындай отыра жеке тұлғалық рең қалыптасады. Жасөспірім шақта негізінен субъектінің мінез-құлықтық және қатынастағы әлеуметтік типтендірілген, рухани, айрықша диалектикалық біртұтастықты білдіретін өмір стилінің қалыптасуы аяқталады деп айтуға болады.

Жалпы өмір стилінің басты атрибуттары туралы және балалық шақтан бастау алатын оның қалыптасу процесінің заңдылықтары жайлы айтылған теориялық түсініктер ЖҚА алдын-алуға дифференциалдық жол болып табылады. Баланың өмір стилін сапалы бағалау оның жеке тұлғалық жетілуінің дәрежесін, оның психикалық дамуының аталмыш кезеңінде көшбасшы болатын қандай да бір іс-әрекеттің мазмұнын ескеру қажет.

Баланың өмірлік іс-әрекетінің негізгі мазмұны - ата-анамен қарым-қатынасы, отбасының өмір стилі, яғни денсаулық үшін зиянды әдеттері, ата-аналарының дағдылары (шылым шегу, дұрыс тамақтанбау, дене қимылының

аздығы және т.б.), сондай-ақ, баланың өмірлік ұстанымдарды, әлеуметтік қоршаған ортаның күрделенген талаптарына психикалық бейімделуін қиындататын өзіне тән жеке тұлғалық басымдылықтың жетілуіне «сер ететін отбасылық тәрбиелеудің ерекшеліктерін меңгеруі болады.

Баланың басты іс-әрекеті оқу болып табылатын бұл кезеңде психологиялық талдаудың міндеті пәндік-тәжірибелік іс-әрекет саласындағы жетекші себептерді жүзеге асыруды қиындататын әлеуметтік-психологиялық шарттарды анықтау болмақ. Мұндай шарттар ретінде аталмыш саладағы әртүрлі «қайшылықтар аймағы» (мысалы мұғаліммен сөзге келу) болуы мүмкін. Екінші жағынан, мұндай түрдегі өте-мөте психологиялық себепке баланың жеке тұлғалық өзіне ғана тән ерекшеліктерін жатқызуға болады. Жеке тұлғалық бағыттылықтың сапасы маңызды рөл атқарады. Баланың өмір стиліне теріс әсерлер оның толықтай жетілуіне және созылмалы эмоциялық шиеленісушіліктің алды болатын психикалық өзіндік реттелуіне ерекшеліктер енгізуі мүмкін (өзіне баурау деңгейінің барабар еместігі немесе суыққандылық, бағалаудың «шынайы болмауы», барабар емес аффекті және т.б.) Баланың негізгі іс-әрекеті қатарластарымен жақын қатынаста болатын өмір кезеңінде жетекші себептердің мазмұны оның қатарластары арасындағы беделін, сондай-ақ жасөспірімнің референттік қоршаған ортасындағы әлеуметтік танылуы үшін пайдаланатын құралдарды зерттеумен толықтырылуы керек. Бұл жаста қзінің қажеттіліктерін жүзеге асыра отырып жасөспірім әлеуметтік құпталмайтын құралдарға жиі назар бөледі (мысалы ересек болып көрінуге ұмтылу, қатарластарының арасында жоғары беделге ие болу үшін көбіне шылым шегуше, шімдік ішуге, мінез-құлықтың асоциалды түрлерімен әуестенеді және т.б.)

Өмір стилінің теріс түрінің қалыптасуы әлеуметтік-психологиялық шарттар ерте қалыптасқаннан болуы мүмкін екендігін атап кеткен жөн. Балалық шақта-ақ қалыптасқан сәтсіз «отбасылық жағдай» баланың бойында барабар емес әдеттер мен мінез-құлықтың теріс формаларын қалыптастырып қана қоймайды, сонымен бірге психикалық дезадаптацияның алдыңғы шарттарын құрайды. Сонымен, баланың психикалық дамуының әр кезеңінде өмір стилінің қалыптасуындағы зиянды әлеуметтік-психологиялық себептер мен шарттарды алдын-ала анықтау балаларда ЖҚА қауіп факторының алдын-алу үшін дайындықтың негізгі ұстанымдары болып табылады. Аталмыш ұстанымды жүзеге асыру, алдын-алудың мазмұны мен құрылымын ғылыми негіздеуге мүмкіндік береді. Ең алдымен бұл, алдын-ала ықпал ету бір мезетте бірнеше каналдармен және баланың әрбір өмір стилінің әлеуметтік-психологиялық сипаттамасының ерекшеліктеріне байланысты әртүрлі құралдарымен бағытталуы тиіс. Ол үшін ата-анамен әңгімелесу, пәндік-тәжірибелік ілім немесе қатарластарымен қарым-қатынастың қайсысы олар үшін жетекші болып табылатындығын алдын-ала бағалау қажет. Мектеп жасына дейінгі жаста алдын-алу шаралары ең алдымен отбасына бағытталып, ата-ананың өмір стилін өзгертуге бағытталуы қажет, яғни жаман әдеттерімен күрес, отбасындағы патогендік тәрбиелеудің стилін түзету оң нәтиже береді.

Аталмыш тәсіл араласудың нақты құралдарын анықтауды да білдіреді. Мұндай құралдардың бірі – қандайда бір әдеттер, олардың бала денсаулығымен байланысы, олармен күрестің барабар әдістері, аталмыш жастағы балалардың жеке тұлғалық ерекшеліктері жайлы ата-ананы хабардар етіп, тәрбиелеу процесінде есте ұстаған жөн.

Төмен сыныптағы мектеп жасындағы балалардың арасында психопрофилактикалық шаралар ата-аналармен жұмыста ғана емес (жоғарыда сипатталған ұстанымдар бойынша) сондай-ақ баланың өзіне де бағытталуы тиіс, әрі әсер етудің мұндай түріне айрықша мән беру керек. Салауатты өмір салтымен, барабар әдеттермен және мінез-құлық түрлерімен ақпараттық таныстыру осы жастағы балалармен жүргізетін жұмыс құралы болмақ. Алайда ақпараттандыру қандай да бір жастағы балалардың бойындағы базалық білім есебімен жүргізілуі тиіс. Өкініштісі, мектеп бағдарламасының құрылымы төменгі сынып оқушыларында салауатты өмір салты туралы жеткілікті базалық біліммен қамтамасыз етпейді, бұл осы кезеңде алдын-алу шараларын жүргізуді біршама күрделендіреді. Адам анатомиясы мен физиологиясын тексеру 8 сыныпта басталады. Бұл ағзаның құрылымы және қызметі туралы ғылыми түсінік жасөспірімдердің бойында бірқатар теріс әдеттер қалыптасып болғаннан соң қалыптасатындығын білдіеді (бастапқыда атап кеткендей 8-10 сыныптарда ер балалардың 30-40% - ы шылым шегеді). Бұл балалық шақтағы балаларда ағза қызметі жайлы арнайы түсінікті қалыптастыру қажеттілігін, сонымен бірге басқа да жаратылыс ғылымдарының элементтерін енгізуді білдіреді.

Жасөспірімдерге ақпараттық ықпал етудің жалпы құрылымын келесі жолмен көрсетуге болады: 1) ағзаның қызметі жайлы түсінікті қалыптастыру (базалық ілім); 2) адамның өзінің ағзасына ықпал ету мүмкіндіктері – тамақтану есебінен салмақ қосу немесе азайту, тұрақты дене жаттығуларының арқасында өкпенің ауқымдылығын арттыру және жүрек бұлшықеттерін шынықтыру және т.б. туралы түсінік құрау (оң ниеттегі ақпарат); 3) кейбір әдеттердің адам ағзасына зиянды әсері туралы түсінік қалыптастыру (тамақты шамадан артық қабылдау, шылым шегу, өте аз қимылдау, негативті ақпараттар және т.с.с.) Ақпаратты беру кезінде баланың психологиялық ерекшелігін ескеретін байланыстық әсер етудің барабар жолын таңдау маңызды.

Ақпараттандыруды бір жағынан, мектептік дәстүрлі ілім берудің көмегіне жүгіне, екінші жағынан, мектеп бағдарламасында насихатталатын ілімнің жаңа элементтерін қоса жүргізу мақсатқа сәйкес болады. Салауатты өмір стилі жайлы ақпараттандыруды мектеп сағаттарын және мектеп сағаттарынан тыс шараларды пайдалана ойын формасында (ойынға үйрету) беруге болады. Психотерапевтік түзетудің негізінде баланың «патогенді» жеке тұлғалық ерекшеліктері (жекеше бағыттылығының, талаптанудың барабар емес деңгейі, аса жоғары немесе тым төмендетілген өзіндік бағалау) болатын тәртібі нашар балалармен жеке жұмыс аса маңызды болып

табылады. Жеке психотерапевтік жұмысты ұйымдастыру штаттық кестеге мектеп психологын арнайы ендіруді талап етеді.

Жасөспірімдер арасында ЖҚА психологиялық алдын-алу үш канал бойынша ықпал етуді білдіреді. Біріншісі, жасөспірімдердің ата-аналарымен жұмыс (оларды ақпараттандыру, ал қажет болған жағдайда отбасылық психотерапия). Екінші канал, жасөспіріммен жеке жұмыс (жасөспірімнің бойында теріс қылықты өмір стилі басым болған жағдайда жеке дара психотерапия). Алайда негізгі жұмыс жасөспірімнің ұжымымен, онда қалыптасқан шынайы өзара қарым-қатынас есебімен жүргізілуі қажет. Мұндай тәсіл салауатты өмір стиліне жаппай оқытуды жасөспірімдердің жетекші іс-әрекеті – қатарластарымен сырлас жеке-даралық қатынасты қамтамасыз етеді. Мұндай жағдайда топтық ақпараттандыру және оқыту (топтық пікірталастар, рөлдік ойындар және т.б.) пайдаланған нәтижелі.

Психопрофилактикалық араласуды ерте кезден, бала мектеп табалдырығын аттамас бұрын бастаған жөн. Тек осы жағдайда ғана теріс өмір салты қалыптасуының алдын-алу міндеттері толығымен шешілмек. Сонымен қатар, ЖҚА алдын-алуды ерте бастау аса рентабельді. Өйткені тек қана ата-аналармен ақпараттық жұмыс немесе отбасылық психотерапиямен шектелуі мүмкін. Баланың психикалық дамуының аса кеш кезеңінде тым кең тараған және күрделі ықпал ету құралдарын қолдануды қажет етеді.

Аталған үш бағыттағы іс-әрекет ұзақ мерзімді алдын-алу әсер етуінің кешенді бағдарламасын талқылауды талап етеді. Мұндай бағдарламаны жасау кезінде баланың жас ерекшеліктері мен жеке тұлғалық ерекшеліктерін, сондай-ақ оның жақын әлеуметтік қоршаған ортасының шарттарының өзіндік ерекшелігін ескеру қажет. Бұл бағдарламаның негізгі бөлімдерінің кезенділігін, сабақтастығын байланыстырады. Профилактикалық араласудың кешенді бағдарламасын құрастырудың негізгі ұстанымдарына келесілер жатады:

Алдын-алу. Профилактикалық жұмыс ЖҚА қауіп факторын анықтағанға дейін басталуы және жалпы салауатты өмір салтыш қалыптастыруға бағытталуы тиіс.

Баланың психологиялық ерекшеліктері. Жеке тұлғалық дамуының аталмыш кезеңінде ол үшін маңызды болатын іс-әрекеттің өзіндік ерекшеліктерін талдау, баланың денсаулық туралы базалық білім деңгейін зерттеу.

Шағын әлеуметтік ортаның ерекшеліктері. Баланың өмірлік іс-әрекеттері жүзеге асырылатын шарттарды (баланың дамуының бастапқы кезеңіндегі дағдылардың қалыптасуындағы отбасының негізгі рөлі және аса кеш кезеңде қатарластарының референттік тобының үдемелі рөлі) талдау.

Кезеңділік. Алдын-алу бағдарламасы біртұтас бірлік ретінде болуы және алдыңғы кезеңдерде қол жеткізген нәтижелерге сүйенуі қажет.

ЖҚА алдын-алудың тиімді бағдарламасын талқылау психологтар мен дәрігерлердің тығыз әріптестік жолымен қамтамасыз етілуі керек.

Медициналық критерийлер бойынша «қауіп тобына» енген балаларды мұқият психологиялық зерттеу ЖҚА дамуының әлеуметтік-психологиялық шарттарының рөлі жөнінде теоретикалық түсінігін бекемдеуге, сондай-ақ жаңа мәліметтердің есебімен алдын-ала араласуды түзетуге мүмкіндік береді.

Әлеуметтік орта дегенімізде, біз «шағын әлеуметтік ортаны», яғни жеке тұлғаның қалыптасуы мен дамуы жүзеге асатын тікелей әлеуметтік өзара іс-әрекеттің қандай да бір саласын айтамыз.

Әлеуметтену дегеніміз – бір жағынан әлеуметтік ортаға ену жолымен әлеуметтік тәжірибені индивидтің меңгеруі, ал екінші жағынан, оның белсенді іс-әрекетінің «әлеуметтік ортаға» белсенді түрде араласуының есебінен индивидпен әлеуметтік байланысты белсенді түрде жүзеге асыру процесі.

Бала өмірінің бірінші жылдарында сыртқы орта жайлы «алғашқы ақпарат алатын және ары қарай өзінің іс-әрекетін ұйымдастыратын» қандайда бір шағын топ болады. Оны – отбасының ықпалы немесе мектеп жасына дейінгі баланың жеке тұлғасын қалыптастыратын негізгі фактор ретінде атап көрсетуге болады.

1. Айвазян Т.Н. *Психологические соотношения при артериальной гипертензии. – Функциональные психогенные нарушения в клинике внутренних болезней. - М., 1980. 27 – 39 б.*

2. Балин В.Д. *Теория и методология психологического исследования. – СПб., 1989.*

3. Оганов Р.Г., Метелица В.И. *Актуальные проблемы профилактической кардиологии. - М., 5 – 14 б.*

4. Леонтьев А.Н. *Проблемы развития психики. - М., 1981, 509-538 б.*

5. Толстых В.И. *образ жизни: понятие, реальность, проблема. - М., 1975.*

6. Божович Л.И. *Изучение мотивации поведения детей и подростков. - М., 1972, 37-44 б.*

7. Личко А.Е. *Психопатии и акцентуации характера у подростков. - СПб., 1983.*

Резюме

В статье рассматриваются психологические аспекты профилактики сердечно – сосудистых заболеваний у детей.

Summary

In article examines psychological questions of warning heart-blood ill.

К ВОПРОСУ ОБ ИСПОЛЬЗОВАНИИ СОВРЕМЕННЫХ ИНФОРМАЦИОННЫХ ТЕХНОЛОГИЙ В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ С ДЕТЬМИ, ИМЕЮЩИМИ НАРУШЕНИЯ СЛУХА

А.К. Ахметова – магистрант 2 курса,
Г.М. Коржова - к.п.н., профессор КазНПУ имени Абая,
научный руководитель

*Педагогика должна ориентироваться не на вчерашний день,
а на завтрашний день детского развития.*

Обучение только тогда хорошо, когда оно идёт впереди развития.

Л.С. Выготский.

Современная социально-экономическая ситуация в Республике Казахстан характеризуется тем, что многие области человеческой деятельности, в том числе и образование, стремительно развиваются за счет внедрения различных инноваций. В последние годы в Казахстане происходят серьезные преобразования в образовании, усложняется его структура и содержание. В связи с этим к обществу предъявляются все более высокие требования готовности достойно встречать каждую профессиональную ситуацию, быть готовым к переподготовке в быстро меняющихся условиях.

В человеческой культуре любого общества существует специально созданное образовательное пространство, которое включает в себя традиции и научно обоснованные подходы к обучению детей разных возрастов в условиях семьи и образовательных организациях. Первичные нарушения (слуха, зрения, центральной нервной системы и др.) приводят к так называемому «выпадению» [1] ребенка из этого социально и культурно обусловленного образовательного пространства, нарушается связь с социумом, культурой как источником развития. Взрослый человек, как носитель этой культуры, может и не знать, каким образом передать ребенку с нарушениями в развитии тот социальный опыт, который каждый нормально развивающийся ребенок приобретает без специфичных средств, методов обучения. По отношению к детям с нарушениями развития перестают действовать или оказываются не достаточно эффективными традиционные способы решения развивающих и образовательных задач на каждом возрастном этапе.

Социальная недостаточность таких детей непосредственно связана не с первичным нарушением, а с «социальным вывихом» [2], преодолеть который можно средствами специально организованного и особым образом устроенного образования, предусматривающего «обходные пути» [3], специальные методы и средства решения тех развивающих и образовательных задач, которые в условиях нормы достигаются традиционными способами. Особенно остро встает эта задача в случае наличия у детей отклонений в развитии. Известно, что нарушение функции слухового анализатора приводит к затруднению в развитии речи, и без

целенаправленного педагогического воздействия она не формируется. В результате создаются неблагоприятные условия общения неслышащих со слышащими, затрудняется их социальная адаптация.

Возросшие требования к образованию детей с нарушенной слуховой функцией в современных социокультурных условиях выявили необходимость модернизации содержания образования в специальных (коррекционных) организациях для детей с нарушениями слуха, обусловили поиск новых педагогических технологий их обучения и развития [4].

Сказанное обусловило необходимость поиска и внедрения новейших методических идей для реализации лично-ориентированного подхода в обучении детей с нарушенным слухом. Одной из этих идей является использование компьютерных технологий.

Сегодня использование инновационных технологий находит свое отражение в общеобразовательных школах. Компьютерные новшества, учителя общеобразовательных школ используют как на предметных уроках, так и на специальных предметах, таких как информатика.

Включение компьютерных технологий специалистами-дефектологами в различные содержательные области специального образования, начиная с первых лет школьного обучения, позволит использовать их в качестве инструмента учебной деятельности, отвечающей возрасту, уровню развития, этапным задачам коррекционного обучения каждого ребенка. Компьютерные технологии, по сравнению с другими средствами создают реальную возможность индивидуализации коррекционного обучения в условиях класса, обеспечения каждому ребенку адекватных, лично для него, темпа и способа усвоения знаний, предоставления возможности самостоятельной продуктивной деятельности, обеспеченной градуированной системой помощи.

Сделаем небольшой экскурс в историю проникновения информационных технологий в область специального образования.

В конце 1970-х - начале 1980-х гг. страны Западной Европы и США переходят к строительству открытого гражданского информационного общества. Под влиянием новых социо - культурных изменений, происходящих в этих странах, осуществляется эволюционный переход систем специального образования на качественно новый (третий, по периодизации Н.Н. Малофеева) этап своего развития, ведущей тенденцией которого становится интеграция [5, 6], а атрибутом и важнейшим инструментом - компьютер.

С конца 1970-х гг. западные специалисты ведут интенсивный поиск способов применения в специальном образовании тех уникальных возможностей информационных технологий, которых не существовало на предшествующем этапе развития общества и соответствующем ему этапе развития образовательной системы. Их поиски подчинены, прежде всего, задачам социальной и образовательной интеграции детей, изучению путей расширения "компенсаторного фонда" и созданию функциональных

“протезов” новейшего времени [7]. Основная идея этих технологий состоит в том, чтобы “компенсировать” и “сверхкомпенсировать” [7] за счет компьютера имеющийся недостаток развития ребенка, и, таким образом, облегчить или открыть ему возможность интеграции в общество и доступ к нормальному образованию и, в конечном итоге, достигнуть социальной полноценности.

На сегодняшний день в России заложена научно-практическая база в области применения информационных технологий в обучении детей с особыми образовательными потребностями. В стране активно разрабатывается концепция национального программного обеспечения для сферы специального образования и создан ряд программ, которые активно внедряются в специальных школах [8 - 9].

Основная цель обучения в начальной школе – научить каждого ребёнка за короткий промежуток времени осваивать, преобразовывать и использовать в практической деятельности огромные массивы информации. Помочь учителю в решении этой непростой задачи может сочетание традиционных методов обучения и современных информационных технологий, в том числе и компьютерных, так как использование компьютера на уроке позволяет сделать процесс обучения мобильным, строго дифференцированным и индивидуальным, что особенно важно для коррекционной работы [10].

Необходимо отметить несколько важных причин необходимости применения компьютера на уроках в начальном звене специальной школы [11]:

Во-первых, организация процесса обучения в соответствии с психоэмоциональными и физиологическими особенностями детей с нарушенным слухом младшего школьного возраста.

Психологами доказано, что престижная работа, успешная карьера для семилетнего ребёнка не являются актуальными. Детям младшего школьного возраста трудно ставить перед собой дальние цели, стимулирующие его активное участие в учебном процессе. В связи с этим, традиционно учителями для повышения мотивации используются близкие цели: научиться читать быстрее соседа по парте, не огорчать маму и т.д. Недостаток такого подхода заключается в том, что дети становятся всё более и более инфантильными.

Учитывая, что основным видом деятельности детей семи-девяти лет является игра, можно утверждать, что именно компьютер с его широким спектром возможностей интерактивного взаимодействия помогает решить обозначенную выше проблему. Одним из преимуществ специализированных компьютерных средств обучения является то, что они позволяют значительно повысить мотивационную готовность детей с нарушенным слухом к проведению коррекционных занятий путем моделирования коррекционно-развивающей компьютерной среды. В ее рамках ребенок самостоятельно осуществляет свою деятельность, тем самым, развивая способность принимать решения, учится доводить начатое дело до конца. Общение с

компьютером вызывает у школьников живой интерес, сначала как игровая, а затем и как учебная деятельность. Этот интерес и лежит в основе формирования таких важных структур, как познавательная мотивация, произвольные память и внимание, а именно эти качества обеспечивают психологическую готовность ребенка к обучению в школе.

Во-вторых, создается реальная возможность технологизировать процесс индивидуализации и дифференциации обучения в начальной школе для детей с нарушенным слухом, с целью освоения программного материала в полном объеме каждым ребёнком, учитывая разный уровень подготовки школьников, различия в развитии памяти, мышления. Это позволяет решить проблемы, возникающие с обучением школьников, имеющих более высокий, либо низкий уровень мыслительной деятельности, а также пропустивших занятия по болезни. Учащиеся с высоким уровнем мыслительной деятельности могут при помощи компьютера знакомиться с новым материалом, получая новые сведения, углублять свои знания, выполнять упражнения повышенной сложности. Учащиеся с более низким уровнем могут работать с компьютером в индивидуальном темпе, не замедляя продвижения класса по программе. Дети, пропустившие занятия, могут ликвидировать пробелы в своих знаниях на отдельных этапах урока либо во внеурочное время.

В-третьих, применение на занятии компьютерных тестов и диагностических комплексов позволяет учителю за короткое время получать объективную картину уровня усвоения изучаемого материала и своевременно его скорректировать.

Как отмечают многие авторы, применение компьютерной техники позволяет оптимизировать педагогический процесс, индивидуализировать обучение детей с нарушениями развития и значительно повысить эффективность любой деятельности [12, 13, 14, 15].

Анализ литературных источников показывает, что компьютерные средства представляют для специального педагога не часть содержания коррекционного обучения, а дополнительный набор возможностей коррекции отклонений в развитии ребенка.

Сурдопедагогу, применяющему в работе компьютерную технику, необходимо решить две основные задачи специального обучения: сформировать у детей умения пользоваться компьютером и применять компьютерные технологии для их развития и коррекции психофизиологических нарушений.

Коррекционно-воспитательная работа с детьми, имеющими отклонения в развитии, предполагает использование специализированных или адаптированных компьютерных программ (главным образом, обучающих, диагностических и развивающих). Эффект их применения зависит от профессиональной компетенции педагога, умения использовать новые возможности, включать новые информационные технологии в систему обучения каждого ребенка, создавая большую мотивацию и психологический

комфорт, а также предоставляя воспитаннику свободу выбора форм и средств деятельности. Приоритетная задача применения новых информационных технологий в специальной педагогике состоит не в обучении детей адаптированным основам информатики и вычислительной техники, а в комплексном преобразовании их жизнедеятельности, создании новых научно обоснованных средств развития активной творческой деятельности.

Эффективность обучения детей с различными нарушениями, в том числе и детей с нарушенным слухом, во многом зависит от степени готовности специальных педагогов к работе с компьютерными программами. Изучение специальной литературы показывает, что большинство имеющихся разработок по данной проблеме фрагментарно и раскрывает лишь некоторые стороны внедрения новых информационных технологий в коррекционный процесс. Для школьников компьютерные технологии приобретают ценность не только как предмет изучения, но и как мощное и эффективное средство коррекционного воздействия. Именно поэтому в современных условиях коррекционные занятия уже немыслимы без применения новых компьютерных технологий.

Оптимальное сочетание использования компьютерных методов с традиционными определяют эффективность использования новых информационных технологий в коррекционной работе. Надо отметить, что в последнее время на рынке программных продуктов появилось большое количество компьютерных программ, которые могут с успехом использоваться в учебной и коррекционной деятельности, а также для психологической поддержки школьников.

Информационные технологии открывают новые еще малоисследованные технологические варианты обучения, связанные с уникальными возможностями современных компьютеров и телекоммуникаций. Практика показывает, что компьютерные программы имеют немало преимуществ перед традиционными методами обучения. Они обеспечивают [8, 16]:

- большую информационную емкость (что позволяет представить информационную модель в разных контекстах и коммуникативных ситуациях);

- интенсификацию самостоятельной работы каждого ученика – повышается их работоспособность, активизируется познавательная деятельность;

- создание коммуникативной ситуации, лично значимой для каждого школьника – мотивирование трудных для ребенка видов деятельности;

- создание благоприятного психологического климата - создание правильной реакции на ошибку;

- учет возрастных особенностей учащихся при овладении ими различными языковыми моделями и структурами;

● качественную индивидуализацию (в том числе и в рамках группового обучения), которая заключается в индивидуальном темпе и количестве повторений;

● возможность визуализации скрытых от непосредственного наблюдения явлений процессов и закономерностей;

● изменение ситуации взаимодействия: учитель – ученик, ситуация меняется на: учитель + ученик – компьютер – происходит смена акцента взаимодействия;

● насыщение обучения продуктивными видами деятельности: сравнение, классификация, конструирование, прогнозирование.

Таким образом, предпринятое нами исследование проблемы использования новых информационных технологий в коррекционной работе дает основание для выводов о том, что их применение в коррекционном процессе с детьми, имеющими нарушение слуха, позволяет сочетать коррекционные и учебно-развивающие задачи, учитывать закономерности и особенности психического развития школьников. Использование в коррекционном процессе компьютерной технологии способствует активизации у детей компенсаторных механизмов на основе сохранных видов восприятия.

1. Принципы воспитания физически дефективных детей // Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. – М.: Просвещение, 1995. – С. 41–53

2. Принципы социального воспитания глухонемых детей // Выготский Л.С. Проблемы дефектологии. – М.: Просвещение, 1995. – С. 58–70

3. Выготский Л. С. Дефект и компенсация // Основы дефектологии. Собр. соч.: В 6 т. – М., 1983. – Т. 5. – С. 34–49.

4. Малофеев Н.Н. Реабилитация средствами образования: Социокультурный анализ современных тенденций//Подходы к реабилитации детей с особенностями развития средствами образования// Под ред. В.И. Слободчикова. – М., 1996.

5. Малофеев Н.Н. Западная Европа: эволюция отношения общества государства к лицам с отклонениями в развитии. – М., 2003.

6. Гончарова Е.Л. Опорные таблицы по теме “Социо - культурные контексты психологических исследований отклоняющегося развития”. Методическое пособие к курсу “Специальная психология”. – М., 2002.

7. Выготский Л. С. Основные проблемы современной дефектологии // Основы дефектологии. Собр. соч.: В 6 т. – М., 1983. – Т. 5. – С. 6–33.

8. Кукушкина О. И. Применение информационных технологий в специальном образовании // Специальное образование: состояние, перспективы развития. Тематическое приложение к журналу “Вестник образования”. – 2003. – № 3. – С. 67–76.

9. Малофеев Н.Н. Стратегия и тактика переходного периода в развитии отечественной системы специального образования и

государственной системы помощи детям с особыми проблемами // Дефектология. – 1997. – № 6.

10. Н.Ф.Талызина. Компьютеризации обучения – научную основу // Вестник Московского Университета. Сер.14, Психология. - 1986.

11. О.И. Кукушкина, Е.Л.Гончарова. Реабилитация средствами образования: особые образовательные потребности детей с нарушениями в развитии/ в сб. научных трудов и проектных материалов ИПН РАО. - М.,1996.

12. Абдеев Р.Ф. Философия информационной цивилизации. - М.:ВЛАДОС, 1994. – 125 с.

13. Беспалько В.П. Образование и обучение с участием компьютеров (педагогика третьего тысячелетия). - Москва - Воронеж, Изд-во Моск. псих.-пед. ин-та; Изд-во: НПО «Модэк», 2002.

14. Кукушкина О.И. Компьютер в специальном обучении. Проблемы, поиски, подходы //Дефектология. - 1994. - № 5.

15. Машибиц Е. И. Психолого-педагогические проблемы компьютеризации обучения. - М.: Педагогика. 1988. - 191 с.

16. Зайцева Г. Современные научные подходы к образованию детей с недостатками слуха: основные идеи и перспективы. Бюллетень "Коммуникация". №1. - 2000 (13) "Актуальность".

Түйін

Бұл мақалада нашар естейтін балалармен коррекциалық жұмыс жасауда қазіргі ақпараттық технологиялардың қолданылудың мүмкіншіліктері қарастырылады.

Summary

This article is devoted questions of use modern information to technology in correctional work with children who have hearing impairment.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КАЗАХСКОГО ОРНАМЕНТА В КОРРЕКЦИОННОЙ РАБОТЕ

А.С. Сельханова – магистрант 2 курса,
Г.М. Коржова – к.п.н., профессор КазНПУ имени Абая,
научный руководитель

Современная парадигма образования связана с его гуманизацией, опорой на культурно-ценностный потенциал человеческой общности, что особенно значимо в отношении лиц с ограниченными возможностями развития. Основной задачей в работе с детьми, имеющими особые потребности в обучении является создание условий обеспечивающих их

дальнейшую социализацию в обществе. Приобщение детей к культурному наследию своего народа будет способствовать реализации названной задачи.

В соответствии с требованиями Государственной политики Республики Казахстан в области образования деятельность общественности, семьи, дошкольных и школьных организаций для детей должна быть направлена на выявление яркой и творческой личности с национальной психологией, стремящейся к познанию культурно-исторического наследия своего народа.

В настоящее время народная педагогика является не только объектом научных исследований, но и оказывает определенное влияние на развитие педагогической теории и практики. Исследованием педагогических аспектов этнокультурного образования занимались многие ученые, в Казахстане: С.А. Узакбаева, К.Ж. Кожамбетова, М.Х. Балтабаев, и др., в России М.В. Жуковский, Н.В. Ефремова и др.

Ещё в середине прошлого столетия Иван Васильевич Киреевский (1806-1856) писал: «Уничтожить особенность умственной жизни народной также невозможно, как невозможно уничтожить её историю. Заменить литературными понятиями коренные убеждения народа также легко, как отвлечённою мыслию переменить кости развивающегося организма. Впрочем, если бы мы и могли допустить на минуту, что предложение это может, в самом деле, исполниться, то в таком случае единственный результат его заключался бы не в воспитании и просвещении, а в уничтожении своего народа. Ибо, что такое народ, если не совокупность убеждений, более или менее развитых в его нравах, его обычаях, в его языке, в его религиозных, общественных и личных отношениях, - одним словом, во всей полноте его жизни» /1/.

Эти слова, как нельзя лучше, говорят о том, что народность воспитания подрастающего поколения есть объективная закономерность существования развития любого народа, любого этноса. Этнопедагогика - одно из направлений научной педагогики, исследующее взаимосвязь, взаимовлияние этнографии, фольклористики, педагогики разных народов.

Само время продиктовало необходимость активного и творческого использования материалов этнопедагогика в образовательно-воспитательном процессе. Богатый развивающий потенциал этнического материала открывает широкие перспективы для его применения и в коррекционных целях.

Однако, исследований по проблемам этнокультурного образования в специальной педагогике на сегодняшний день недостаточно, что позволяет говорить об актуальности данной проблемы. Дети с различными отклонениями в развитии, в частности, с тяжёлыми нарушениями речи, являются полноправными членами нашего общества, как и все граждане Республики Казахстан они должны знать и изучать историю, культуру, традиции своего народа.

Обучение детей со специальными нуждами и потребностями включено в единую государственную систему образования Республики Казахстан.

Среди них значительную категорию составляют дети с тяжелыми нарушениями речи, разнообразными по клиническим формам, этиологии, патогенезу, степени выраженности дефекта и структуре нарушенных функций. Многообразие форм речевой патологии требует создания оптимальных условий для образовательной деятельности каждому ребенку, индивидуально-дифференцированного подхода с учетом его потребностей и резервных возможностей, ориентации содержания образования на психофизические особенности развития данной категории детей.

Этнический материал содержит в себе огромный воспитательный и развивающий потенциал, обнаруживает способность оказывать положительное воздействие на нарушенные функции, влиять на формирование личности. Выраженная коррекционная направленность этнического материала дает основание для их активного и широкого применения в работе с детьми, имеющими особые образовательные потребности. Однако, как показывает анализ проблемы использования этнических материалов в практике работы с детьми, имеющими нарушения речи, практические работники (логопеды, учителя, воспитатели) лишь эпизодически пользуются материалами этнопедагогики. Наиболее широко востребованы казахские народные сказки, средства фольклора. Крайне редко практики прибегают к казахскому орнаменту. Основой для таких выводов послужили результаты анкетирования учителей начального обучения, логопедов, воспитателей специальных образовательных организаций г. Алматы. Практические работники нуждаются в специальных подборках этнических материалов с указанием их коррекционной значимости и в методических рекомендациях к их использованию. Учащиеся знакомятся с орнаментальным искусством в основном на уроках трудового обучения. Во внеучебное время, на других уроках, логопедических занятиях орнамент практически не используется.

Данная статья преследует цель освещения коррекционных возможностей казахского орнамента. Известно, что орнамент – это узор, состоящий из различных элементов и их сочетаний. Организованная деятельность детей по выполнению орнамента представляет собой идеальное средство тренировки сохранных и развития нарушенных функций и анализаторов. Сам по себе орнамент привлекает к себе детское внимание, тем самым, обеспечивая занимательность занятий по его изучению и выполнению.

Определение принадлежности орнамента к народности (казахской, русской и др.) по составляющим его элементам – это хорошая интеллектуальная зарядка для детей. Поиск и установление возможных вариантов сбора орнамента из его частей также направлены на развитие мышления ребенка, развитие внимания, наблюдательности и творческих способностей.

Орнамент обладает возможностями совершенствования зрительной и пространственной ориентации детей. С этой целью целесообразно

выполнение таких заданий, как нахождение заданного элемента орнамента, соединение его с другими элементами, правильное расположение в пространстве: сверху, внизу, слева, справа.

Обводка элементов орнамента, рисование орнамента по точкам, самостоятельно, вырезывание его частей, выполнение аппликаций – эти и другие задания можно активно применять для развития тонкой моторики рук, координации движений. Раскрашивание орнамента, украшение орнаментом юрты, сундука, пиалы и других национальных предметов быта раскрывают широкие возможности для эстетического воспитания учащихся.

Называние элементов орнамента, оречевление всех действий с ним, это, пожалуй, одна из ведущих коррекционных задач, реализация которых важна в работе с детьми, имеющими нарушения речи.

Работа с орнаментом расширяет диапазон коррекционного воздействия на нарушенные функции учащихся с речевой патологией. Развитие мыслительных, творческих способностей, зрительного, цветового восприятия, пространственных представлений, тонкой моторики рук, координации движений, совершенствование всех сторон речи (словаря, звукопроизношения, связной речи) – это далеко не полный перечень коррекционных возможностей казахского орнамента. Функциональная направленность казахского орнамента очень широка, кроме коррекционных задач, занятия по изучению орнамента несут в себе выраженную воспитательную нагрузку, формируют познавательные способности школьников, развивают устойчивый интерес к истокам народного творчества, обогащают знания о своей родине и народе. Знание практическими работниками коррекционных возможностей материалов этнопедагогике можно рассматривать как путь более активного и целенаправленного внедрения разнообразных этнических материалов в практику специальных организаций образования для детей с ограниченными возможностями.

Подводя итоги, можно констатировать тот факт, что казахский орнамент является эффективным коррекционным средством, грамотное использование которого в педагогическом процессе способно обеспечить органическое единство образовательного, воспитательного и коррекционного воздействия.

1. *Республиканский научно – методический журнал: «Этнопедагогика в системе образования» 2007/4*

2. *Л.С. Выготский. Сборник сочинений. – Т. 5. – М., 1983.*

Түйін

Бұл мақалада қазақ ою өрнегінің коррекциялық жұмыста қолдану мүмкіндіктері көрсетілді.

Summary

This article explains all the opportunities of kazakh ornaments using in correctional work.

ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОСТРАНСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У ДЕТЕЙ

Г.К. Камбарова - магистрант 2 курса,
Г.М. Коржова - к.п.н., профессор КазНПУ имени Абая,
научный руководитель

Формирование пространственных представлений является одной из важнейших задач учебного процесса, как в массовой, так и в специальной школе. От уровня сформированности пространственных представлений во многом зависит успешность овладения детьми различными видами учебной и трудовой деятельности. Пространственные представления имеют универсальное значение для всех сторон деятельности человека, охватывая различные стороны его взаимодействия с действительностью. Поэтому гармоничное развитие ребенка невозможно без развития у него способности к ориентировке в пространстве. Исследователи, изучавшие данную проблему, установили, что несформированность пространственных представлений к концу дошкольного возраста является одной из причин, вызывающих затруднения при овладении детьми школьными навыками. [1,2]

Решение задач формирования пространственных представлений в начальной школе является одним из главных условий в овладении письмом, математикой, географией, а также в овладении трудовыми навыками. Именно в младшем школьном возрасте создаются благоприятные условия для формирования пространственных представлений и активных способов поведения, способствующих становлению личности.

Данная статья преследует цель освещения теоретических аспектов формирования пространственных представлений у детей с нормальным и отклоняющимся развитием.

Рассмотрим понятие «пространственные представления» с точки зрения психологии. Анализ литературных источников показал, что даются различные формулировки этого понятия. Остановимся на некоторых из них.

Пространственные представления – представления о пространственных и пространственно-временных свойствах и отношениях: величине, форме, относительном расположении объектов, их поступательных и вращательных движений. Пространственные представления — необходимый элемент познания и всей практической деятельности человека. Хорошее развитие пространственных представлений является необходимой предпосылкой любой практической, изобразительно-художественной, спортивной и многих других видов деятельности. Развитие пространственных представлений ребенка начинается с первых месяцев жизни и является важнейшим показателем его умственного и сенсомоторного развития. [3]

Пространственные представления – это образы памяти или образы воображения, в которых представлены по преимуществу пространственные

характеристики объекта: форма, величина, взаимоположение составляющих его частей, расположение его на плоскости или в пространстве. Содержанием пространственного мышления является оперирование пространственными образами в видимом или воображаемом пространстве (на плоскости). Этим пространственное мышление отличается от других форм мышления, где выделение пространственных характеристик не является центральным моментом. [4]

Изучение уровней развития пространственных представлений, даст возможность выяснить некоторые возрастные и индивидуальные закономерности интеллектуального развития учащихся, так как существенную роль в интеллектуальном развитии имеет как практическое овладение пространством, так и теоретическое усвоение знаний о пространственных свойствах и признаках предметов в процессе обучения в школе. Но, в свою очередь, проблема формирования и развития пространственных представлений может быть, решена только в связи с решением более общей теоретической проблемы — проблемы представлений. [5,6]

Таким образом, как видно из приведенных определений рассматриваемого понятия, авторы едины во мнении о том, что пространственные представления служат показателем развития детей, составляющих основу для эффективного обучения. В определении, данном в психологическом словаре [4], обращается внимание на отличие пространственного мышления от других его видов. И, конечно, следует согласиться с авторами Якиманской И.С. [5] и Галкиной О.И. [6] о значимости общей проблемы представлений, позволяющей более детально раскрыть вопросы связанные с развитием и формированием пространственных представлений.

В специальной педагогике и психологии имеется ряд исследований, посвященных проблеме развития пространственных представлений у детей (Бериташвили И.С., Хечинашвили С.Н., Гозова А.П., Ананьев Б.Г., Марциновская Е.Н. Семаго Н.Я., Семаго Н.Н и др.). В работах данных авторов исследуются вопросы формирования и развития пространственных представлений у детей разного возраста в процессе выполнения ими тех или иных видов учебной и практической деятельности. [1,2,7,8].

Изучению особенностей пространственных представлений, формирующихся у незлышащих детей, посвящен ряд работ сурдопедагогов (А.П. Гозова, А.А. Катаева, Е.Н. Марциновская, М.Ю. Рау, Т.В. Розанова, И.М., Соловьев, Н.В. Яшкова, Кукушкина О.И. и др.), в которых указывается на то, что формирование и развитие пространственных представлений у детей с нарушениями слуха происходит со специфическими особенностями. [2,9]

В казахстанской психолого-педагогической науке не достаточно накоплен опыт изучения вопросов формирования и развития, пространственных представлений как у детей в норме, так и детей с

ограниченными возможностями. Вопросы формирования пространственно-графических навыков были отражены в диссертационной работе Мовкебаевой З.А. [10]. Автор указывает на то, что формирование пространственно-графических навыков необходимо осуществлять в различных условиях: в педагогическом процессе дошкольных и школьных организациях, во внеурочное время, в условиях семьи. [10]

По данным литературных источников, в структуре пространственных представлений можно выделить четыре основных уровня, каждый из которых, в свою очередь, состоит из нескольких подуровней. Более глобально последовательность овладения пространственными представлениями в дошкольном детстве можно разделить на два больших блока. [1,11]

1. Пространственные представления о взаимоотношении внешних объектов и тела (по отношению к собственному телу). Это представления о взаимоотношении внешних объектов и тела (о нахождении того или иного предмета, о нахождении предметов с использованием понятий «верх-низ», «с какой стороны», о дальности нахождения предмета); представления о пространственных взаимоотношениях между двумя и более предметами, находящимися в окружающем пространстве. [2,7,8]

2. Вербализация пространственных представлений

Проявление пространственных представлений на вербальном уровне соотносится с законами развития движения в онтогенезе. Предлоги, обозначающие представления об относительном расположении объектов как по отношению к телу, так и по отношению друг к другу (в, над, под, за, перед и т.п.) появляются в речи ребенка позже, чем такие слова, как верх, низ, близко, далеко и т.п. [2,7,8]

В норме все эти речевые определения пространственных отношений формируются к 6-7 годам. [7,8]

По содержанию пространственные представления подразделяются на представления единичных объектов или изображений (образ чертежа) и представления, отражающие общие пространственные зависимости между различными объектами (образ радиотехнической схемы, структурной химической формулы) и т.п. [1,7]

Свободное оперирование пространственными образами является тем фундаментальным умением, которое объединяет разные виды учебной и трудовой деятельности. Оно рассматривается как одно из профессиональных важных качеств. Следует отметить, что среди профессий избираемых, лицами с нарушениями слуха, существенное место занимают те, овладение которыми непосредственно связано с пространственными представлениями (слесарь, токарь, швея, парикмахер, столяр). [2]

Данный вопрос очень важен, так как дети с нарушениями слуха испытывают многочисленные трудности при создании пространственных образов и оперировании ими. Исследования психологической природы пространственного мышления имеет поэтому не только теоретическое, но и

большое практическое значение, так как трудно назвать хотя бы одну область деятельности человека, где бы умение ориентироваться в пространстве не играло бы существенной роли. Данное умение является необходимым условием социального бытия человека, формой отражения окружающего мира, условием успешного познания и активного преобразования действительности.

Развитие пространственных восприятий начинает формироваться у ребенка постепенно. Самым первым и главным этапом в структуре формирования пространственных представлений является восприятие ребенком собственного тела, которое начинается с ощущения напряжения и расслабления мышц, ощущения от взаимодействия тела с внешним пространством, а также от взаимодействия ребенка со взрослым. Между тремя и четырьмя годами у ребенка начинает складываться представление о правом и левом, т.е. формируется и созревает телесная схема. Завершается процесс формирования различения ребенком правой и левой сторон собственного тела примерно к шести годам. Нечетко сформированные представления о правых и левых частях тела зачастую становятся причиной расстройств письменной речи. [1,5,7]

Формирование пространственной ориентировки неразрывно связано с развитием мышления и речи. С появлением в активном словаре дошкольника слов: «влево», «вправо», «вперед», «назад», «близко», «далеко» восприятие пространства поднимается на новый, качественно более высокий уровень - расширяются и углубляются пространственные представления.

Исследователи отмечают, что первые доступные формы овладения пространством связаны с двумя важнейшими типами двигательных навыков:

- формированием произвольных движений, способности принимать специфически человеческое положение для обозрения пространства и передвигаться в нем;
- овладением исследовательскими, предметными действиями, позволяющими практически познавать и изменять пространственные свойства и отношения. [11]

Уже на протяжении первого полугодия жизни ребенка (1 -6 месяцев) в условиях правильно поставленного взаимодействия со взрослыми, которое вызывает и организует у ребенка ориентировку на внешние воздействия, в восприятии происходят значительные изменения. Возникают активные поисковые действия: ребенок смотрит, чтобы видеть, схватывает и ощупывает предметы рукой (3-5 месяцев.). На этой основе возникают интересенсорные связи между ориентировочными реакциями в различных рецепторных системах (зрительной, слуховой, осязательной). [6,7,8]

В возрасте 5-и месяцев восприятие становится предметным. [5,11,12]

Возраст 6-12 месяцев характеризуется быстрым развитием двигательной системы. На основе зрительных стимулов развиваются исследовательские реакции ребенка по отношению к своему телу. Это становится наиболее заметным в возрасте 4-6 месяцев, когда младенец, лежа

на спине, играет руками или пальцами ног, приближая их к лицу и фиксируя взором. К концу первого года жизни подобное исследовательское поведение преобразуется в рассматривание себя в зеркале: дети подолгу целенаправленно играют со своим отражением, фиксируя внимание на изменениях пространства тела, мимики и пытаясь неоднократно их воспроизвести. [5,6,12,12,13]

Характеризуя первый год жизни как переломный в развитии сенсорных способностей, исследователи отмечают, что самый главный момент заключается в овладении ребенком собственными органами чувств — зрением, слухом, осязанием, в переходе от произвольных ориентировочных реакций к первым перцептивным действиям, направленным на обследование действительности и моделирование ее свойств. [12,13]

К 2,5 – 3 годам жизни у ребенка в словаре появляются специальные слова, обозначающие форму, величину, пространственные отношения, что способствует обобщению, дифференцировке и уточнению пространственных представлений. Это помогает ребенку удерживать их в памяти и использовать в мыслительной деятельности. [11,12,13]

Исходным моментом в развитии ориентировки в окружающем пространстве является опознание схемы собственного тела, различение левой и правой его стороны. То есть, ориентировка в окружающем у детей пространстве базируется на ориентировке «на себе».

Между тремя и четырьмя годами у ребенка начинает складываться представление о правом и левом, т.е. формируется и созревает телесная схема. Завершается процесс формирования различения правой и левой сторон собственного тела примерно к шести годам. Нечетко сформированные представления о правых и левых частях тела зачастую становятся причиной расстройств письменной речи. В этот же период начинают складываться временные понятия такие как «день, ночь, утро, вечер», математические представления: «один, много, мало, прямой счет до трех». [12,13]

В возрасте 5-и лет дети абсолютизируют зоны пространства: переднюю, заднюю, правую, левую. В каждой из зон выделяют 2 участка: впереди слева, впереди справа и т.п. Двигательные реакции переходят в разряд умственных действий, а речевые акты переносятся во внутреннюю речь. [1,6,7,11]

Усвоение детьми пространственных предлогов и наречий позволяет более точно осмысливать и оценивать расположение объектов и отношения между ними.

В возрасте 6-7 лет дети в норме должны владеть 20 – 22 предлогами ориентировка в сторонах собственного тела и различение понятий: «высоко-низко», «справа - слева», «далеко-близко», «впереди - сзади». [6,11]

В работе по формированию пространственных представлений необходимо знание возрастных нормативов формирования пространственных представлений у детей в норме.

Чтобы ребенок успешно учился в школе, он должен свободно ориентироваться в пространстве, владеть основными пространственными понятиями. Исследования ученых показали, что, если пространственные представления сформированы у ребенка недостаточно или неточно, это напрямую влияет на уровень его интеллектуального развития: при конструировании ребенку бывает трудно составить целое из частей, воспроизвести заданную форму, у него нарушается графическая деятельность. Кроме того, нередко возникают трудности при овладении чтением и счетом. Поэтому формирование и развитие пространственных представлений является одной из ведущих задач обучения и воспитания детей. [6,13]

Формирование пространственных представлений у детей с нарушениями слуха происходит со своими особенностями в отличие от процесса формирования пространственных представлений у слышащих детей. У ребенка, с нормально развивающимся слухом, формирование пространственных представлений складывается за счет информации получаемой из вне по всем сенсорным каналам и за счет активной речевой деятельности. У детей же нарушения слуха часто сопровождаются нарушениями вестибулярного аппарата, нарушениями речевой деятельности, все это является негативным фактором формирования пространственных представлений у слабослышащих детей. Поэтому задача развития пространственной ориентировки у слабослышащих детей требует учета активности их познавательной деятельности и развития речевых навыков. [2,14]

Однако, как видно, вопросы формирования пространственных представлений у слабослышащих детей младшего школьного возраста не находят достаточного отражения в литературе. Изучение особенностей овладения слабослышащими школьниками пространственными представлениями и понятиями и подбор наиболее эффективных путей их формирования особенно актуальны в младшем школьном возрасте, решение этой проблемы в указанный период является одной из предпосылок успешного обучения детей на всех ступенях школьного образования и их последующей профессиональной подготовки.

Как видно, недостаточность сформированности пространственных представлений у ребенка напрямую влияет на уровень его актуального интеллектуального развития. Подобные недостатки в развитии феноменологически проявляются в нарушениях графической деятельности, при чтении, письме, в овладении математическими операциями и др. Своевременное выявление и изучение их сформированности, выделение ведущих направлений их развития являются важной проблемой процесса обучения. Адекватные, достаточно обобщенные представления о пространстве формируются у школьников с нарушениями слуха лишь в условиях специально организованного обучения.

Таким образом, особенности пространственных представлений неслышащих детей обуславливаются комплексом факторов, основными из которых являются нарушение функции слухового анализатора – первичный сенсорный дефект, и его вторичные проявления – недостаточный уровень речевого развития.

В исследовании А.П. Гозовой, посвященном изучению пространственных представлений неслышащих учащихся среднего и старшего школьного возраста, было показано, что их представления не содержат в себе, по сравнению со слышащими сверстниками, каких-либо существенных особенностей, если судить о них по результатам выполнения несложных заданий, адресованных, главным образом, зрительному узнаванию. Однако при предъявлении более сложных заданий, требующих проведения относительно трудных мыслительных операций, различия в пространственных представлениях неслышащих и слышащих проявляются достаточно отчетливо. [2]

Особенности данного вида познавательной деятельности неслышащих проявляются при воспроизведении ими размеров объектов на основании их изображений. У этой категории школьников более выражены по сравнению со слышащими глазомерные ошибки, для них характерно также преувеличенное подчеркивание отдельных частей объекта, стирание или смещение других. [2]

Таким образом, литературные данные свидетельствуют о том, что пространственные представления учащихся с нарушениями слуха на разных этапах обучения характеризуются определенным своеобразием. [12,13]

Процесс формирования пространственных представлений у учащихся с нарушениями слуха младшего школьного возраста характеризуется несколько замедленной динамикой по сравнению со слышащими сверстниками.

Таким образом, анализ теоретических исследований по проблеме позволяет утверждать, что дети с нарушениями слуха существенно отстают от своих слышащих сверстников в овладении обобщенными, опосредованными словесной речью пространственными представлениями и соответствующими понятиями. Вместе с тем, всеми исследователями отмечается положительная динамика развития познавательной деятельности учащихся с нарушениями слуха, что оказывает влияние на совершенствование их пространственных представлений.

1. *Ананьев Б.Г. , Рыбалко Е.Ф. Особенности восприятия пространства у детей. – М.: Просвещение, 1964. – 304 с.*

2. *Гозова А.П., Пространственные представления глухих школьников / В кн: Развитие психики в условиях сенсорных дефектов. - М., 1966, с.- 115-121.*

3. *Психологический словарь. М., Педагогика 1983. // под ред. Давыдова В.В., Запорожец А.В., Лурия А.Р. и др.*

4. Психологический словарь. / Под ред. Давыдова В.В., Зинченко В.П. и др. - М., «Педагогика - Пресс» 1999 с - 279
5. Якиманская И.С. Развитие пространственного мышления школьников. - М.: Просвещение, 1980. - 165 с.
6. Галкина О.И., Развитие пространственных представлений у детей в процессе их начального обучения // В кн: Проблемы восприятия пространства и пространственных представлений. - М., 1961, с. 118-125.
7. Семаго Н.Я. Современные подходы к формированию пространственных представлений у детей как основы компенсации трудностей освоения программы начальной школы. Дефектология, №1., 2000.
8. Семаго Н.Я. Формирование пространственных представлений у детей дошкольного и младшего школьного возраста: методическое пособие и комплект демонстрационных материалов. - М., 2005.
9. Мовкебаева З.А. Формирование пространственно-графических навыков как предпосылка к обучению грамоте. - Алматы - 1999г.
10. Мусейибова Т.А. Развитие пространственной ориентировки у детей дошкольного возраста. Автореферат дисс. на соиск. уч. степ. канд. пед. наук. - Л., 1964г., 19с.
11. Вовчик-Блаkitная М.В. Развитие пространственного различения в дошкольном возрасте / Проблемы восприятия пространства и пространственных представлений. - М.: Изд-во АПН РСФСР, 1961.
12. Кукушкина О.И. Развитие пространственных представлений у глухих школьников. - Л.: ВОГ, 1989. - 42 с.

Түйін

Бұл мақалада есту қабілетінің бұзылысы бар және қалыпты дамыған балалардың кеңістік түсініктерінің дамуы мәселесіне теориялық шолуы көрсетілген.

Summary

This article presents a theoretical overview of the problem of formation and development of spatial representations in children with normal and impaired hearing.

ПСИХИКАЛЫҚ ДАМУЫ ТЕЖЕЛГЕН БАЛАЛАРДЫҢ СӨЙЛЕУ ТІЛІНІҢ ГРАММАТИКАЛЫҚ ЖАҒЫНЫҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Г.Б. Ибатова -

*Абай атындағы ҚазҰПУ «Арнайы педагогика» кафедрасының
аға оқытушысы,*

А.Е. Жанпейсова –

дефектология бөлімінің 4-курс студенті

Тіл - адам қатынасының аса маңызды құралы. Тіл қоғам мүшелері арасында қарым-қатынас жасау үшін қызмет атқарады. Тіл адам ойын сыртқа шығарады, екінші біреуге жеткізеді, себебі; адам ойы сөз арқылы, сөздерді тіркестіру арқылы, сөйлемдер арқылы, яғни тіл арқылы құрастырылып, келесі адамға жеткізіледі. Сондықтан тіл- адамның ойын жарыққа шығаратын құрал.

Арнайы педагогиканың өзекті мәселелерінің бірі психикалық дамуы тежелген балалардың сөйлеу тіл дамуы болып табылады.

Балалардың сөйлеу тілінің грамматикалық мәселесіне XVII-XIX ғасырдың өзінде Ресей авторларының (Т.Е.Сухарева, Т.А.Власова, Н.Р.Певзнер, В.И.Лубовский, В.И.Лебединская) үлкен қызығушылықтары пайда болды. Олардың мәліметтері бойынша ПДТ бастауыш сынып оқушыларының саны - жалпы бастауыш сынып оқушыларынан 5,8 % - 1,7% - шамасына тең болып келеді. ПДТ балалар үлгермейтін оқушылардың негізгі тобын құрайды.

С.Г. Шевченко пікірінше, психикалық дамуы тежелген балалар өз тілдерінде сөзжасам және сөзөзгерту дағдыларын өте сирек пайдаланады. Бұл балалардың грамматикалық жағының аздығын көрсетеді.

В.И Лубовский психикалық дамуы тежелген балалардың грамматикалық құрылымды кезең бойынша меңгереді деп айтқан.

Б. Баймұратова төменгі мектеп жасындағы қазақ балалардың сөйлеудің грамматикалық құрылымын меңгеруін жалпылама түрде зерттеген. Оның мәліметі бойынша төрт жастағы балалар жекеше түрдегі зат есімдерді барлық септіктерді септей алады. Сонымен қатар , балабақшада тәрбиеленетін балалардың 40% және үйде тәрбиеленетін балалардың 15% зат есімді көпше түріне ауыстыра алатындығын көрсеткен.

Т.Т.Аяпованың зерттеулерінде (1988) 1 жастан 4 жасқа дейінгі қазақ балалары синтаксисінің даму ерекшеліктері жан - жақты ашылған. Оның зерттеулері бойынша қазақ балаларында сөйлемнің қалыптасуы 0,1 бастап 1,10 дейін жас аралықта созылып, ана тілінің синтаксисін меңгеруге қажетті түйін болып табылады. Бұл көзқарас көптеген авторлардың жұмыстарында қолдау табады.

Әдебиеттерді талдау барысында ПДТ мектеп жасына дейінгі балаларда сөзжасам және сөзөзгерту дағдыларын қалыптастыру проблемасы бойынша

Ресей зерттеушілерінің жұмыстары бар екендігіне көз жеткіздік. Ал, осындай ПДТ мектеп жасына дейінгі қазақ балаларының сөзжасам және сөзөзгерту дағдыларын қалыптастыру мәселесі бойынша зерттеулер жүргізілмеген.

Біздің мақаланы осы мәселеге арнадық. Төменде мектеп жасына дейінгі ПДТ қазақ балаларының сөзжасам және сөзөзгерту дағдыларын тексеруге арналған әдістемелердің сипаттамасы берілген. Констанциялық эксперимент мектеп жасына дейінгі ПДТ балалардың сөйлеу арқылы және когнитивті іс-әрекетіндегі сөзжасам және сөзөзгерту операцияларының жағдайы туралы толық түсінік алуға болады. Зерттеудің анықтауыш бөлімінің міндеттерін шешу үшін ПДТ балалардың сөзжасам және сөзөзгерту дағдыларын тексеру әдістері 3 сериядан, әр серия 5 тапсырмадан құралған. Ал, әр тапсырмада 10 сұрақтан қарастырылған.

Бірінші серия ПДТ балалардың сөздік морфемдік элементін бөлудегі бағдарлау іс-әрекетінің қалыптасу деңгейін айқындауға бағытталып, түбірлес сөздер қатарын сәйкес суреттермен адекватты түрде сәйкестеуге бағытталған.

Зерттеудің бірінші сериясында мынадай тапсырмалар қарастырылды: зат есімдердің сөзжасамдық аффикстерін бөлу (-ші, -шы жұрнақтары арқылы бір затты немесе адамның іс-әрекетін, мамандығын атау: тігінші, койшы), затты белгілеу үшін, заттық кішірейткіш мәнін білдіретін (-ша, -ше, -шік: көрпеше, жастықша, үйшік) жұрнақтарды қолдану, жұрнақтар (-ғыш) арқылы заттарды сидыратын заттарды атау (қант салғыш, май салғыш).

Екінші сериядағы тапсырмалар ауызша көрнекіліксіз беріледі. Зерттеудің екінші сериясы балалардың бастапқы формасынан туынды сөздерді жасау мүмкіндіктерін айқындауға бағытталды. Бұл сериялар лексикалық материал балаларды суффикстер арқылы зат есімдер жасауға бағыттайтындай тапсырмалардан құралған. Мысалы: туынды зат есім жасауға арналған тапсырма: «Сұрақтарға жауап бер: Сиыр сауатын адамды кім дейміз?».

Үшінші сериядағы тапсырмалар грамматиканың сөзөзгерту дағдыларын анықтауға арналған әдістемелерден құралған, ондағы тапсырмалар мынадай бағытта: көптік, септік, жіктік, тәуелдік жалғауларының қолдануын анықтауға құрастырылған мысалдар ретінде. Мысалы: көптік жалғауларын қолдану дағдыларын анықтауға арналған тапсырма; «заттарға қарап, көпше түрін ата», т.с.с.

Зерттеу өтілген мекеме: Алматы қаласындағы «Түзету үлгісіндегі сөйлеу мүмкіндігі шектеулі балаларға арналған № 66 және №54 балабақша». Мемлекеттік мекемелері. № 18, 9 Жалпы білім беру балалар бақшасы.

Тапсырмалар барлық балаларға бірдей жағдайда берілді. Тапсырмаларды орындау барысында балалардың әрекеттері әртүрлі болды. Яғни балалар кейбір нұсқауды дұрыс түсінбеді немесе мұхият тындамай тапсырманы салғырт орындайды, ал кейбіреулері мүлдем орындамады.

Зерттеу нәтижесі бойынша балалардың тапсырма орындаулары үш нәтижеге бөлінді:

- барлық тапсырмаларды бірден орындағандар 1-ші деңгейге жатқызылды. Бірақ орындау барысында эмоциональді көмекті қажет етті және кейбір тапсырмаларды орындағанда қателерді өздері түзеткені байқалды. Оларға 7-10 баллға дейін берілді.

Кейбір балалар орындау барысында қызығушылық танытты, көп ойланды, көп уақытты талап етті, нұсқауды қайталап айтып түсіндіруге тура келді. Ондай балалар бағдарлаушы көмекті қажет етті. Оларды екінші (тапсырманы орташа орындаған) деңгейге жатқызып, 3-6 аралығындағы балл бердік.

Төменгі деңгейдегі балалар кейбір тапсырмаларды ғана көмекпен орындады.

Оларға орындау барысында көмектің барлық түрлері қолданылса да, барлық тапсырмаларды дұрыс орындамады.

1. жоғары деңгей 7-10 балл

2. орташа деңгей 3-6 балл

3. төменгі деңгей 0-2 балл

ПДТ және қалыпты балалардың сөзсөзгерту дағдыларының қалыптасу деңгейі(%).

Қатысқан топ						
Тапсырмалар	Психикалық дамуы тежелген балалар			Қалыпты дамып келе жатқан балалар		
	Жоғарғы	Орташа	Төменгі	Жоғарғы	Орташа	Төменгі
1	56	16	28	80	12	8
2	20	40	40	60	32	8
3	20	44	36	60	32	8
4	36	24	40	42	36	12
5	20	36	34	44	36	20

Балалар үшінші серияның бірінші тапсырмасы бойынша, көптік жалғауларын жалғауға арналған тапсырмада аса көп қиналған жоқ. Осы сериядағы ең оңай тапсырма яғни, үшінші серияның тапсырмалары болды. -лар, -лер жалғауларын жалғауда көптеген қателер жіберді. Олардың көбі «парталар» сөзін «парта-дар», ал «түлкілер» сөзін «түлкі-дар» деп атады. Олардың ішінде сөз негізіне жалғауларды қоспай, яғни «көгершіндер» сөзін «көп көгершін», «торсықтар» сөзін «көп торсық» деп атағандар да болды. Ал зат есімдерге -тар,-тер жалғауларын жалғауда балалар аса қиналған жоқ, себебі ол көптік жалғауларды күнделікті тұрмыста өмірде пайдаланатын сөздерге көп жалғанатын болғандықтан.

А. Санжар (6 жаста) бұл тапсырманы орындау кезінде аса қиналмады. Зат есімге – тар,-тер жалғауын жалауда сурет арқылы дұрыс жалғай білді.

Ал С. Инкәр (5 жаста) жаста ешбір заттың атауын өз бетімен бірден анықтай алмады. Ол көрнекілікке сүйенгенде де білезік сөзінің көпше түрін білезіктер, ал түлкі сөзін түлкідер деді. Сондықтан оған көмек беруге тура келді. «Түлкі-дер ма, әлде түлкі-лер болама қайсысы дұрыс болады?» деп сұрағанда да «түлкі-дер» деп жауап берді.

Б. Жанель (5 жаста) «Менде гүл бар, сенде нелер бар?» деп көпше түрде сұрағанда да сұраққа түсінбей «гүл» деп жауап берді.

Психикалық дамуы тежелген балалардың ішінен берілген «зат есімді жекешеден көпше түрге айналдыра білу дағдысын анықтау» тапсырмасын өз бетімен ешбір көмексіз, жоғары деңгейде жауап бергендердің саны- 40% бала болды, ал көмекпен, көрнекіліктерді қолдана отырып жауап берген балалар - 16% құрады. Ал тапсырманы түсінбей мүлдем жауап бере алмаған төменгі деңгейдегі балалар -28% жетті. Қалыпты балалар үшін бұл тапсырма еш қиындық туғызбады. Жоғары деңгейде жауап берген балалар -80%, орташа деңгейде -12% , төменгі деңгейде 8% -да қалыпты балалар жауап берді.

Септік жалғауларды дұрыс қолдану дағдыларын анықтауда балалар атау септігін ешбір жалғаулықсыз қолданылатындықтан өте жақсы деңгейде орындады.

Ілік септігінде балалардың көбісі сұраққа дұрыс жауап бере алмады. Мысалы: «Мынау ненің басы?» деген сұраққа: *аю басы*: «мынау кімнің суреті?» деген сұраққа *бала суреті* деген жауаптар алдық. Барыс және табыс септігін балалар орташа деңгейде меңгерген. Балалар шығыс және көмектес септігінің жалғауын зат есімге жалғауда көптеген қателер жіберді. Оның себебі сөз негізінің фонетикалық ерекшеліктеріне байланысты жалғауларының көп және әртүрлілігімен түсіндіруге болады.

Психикалық дамуы тежелген балалардың сөз өзгерту жүйесіндегі септік жалғауларды дұрыс қолдану дағдыларын анықтауда өз бетімен тапсырманы дұрыс, жоғары деңгейде -20% бала орындап шықты, ал орташа деңгейде көмекпен -40% бала, төменгі деңгейде қате жауап бергендер қатарында -40% бала болды. Ал қалыпты балалар бұл тапсырмада жоғарғы деңгейде 60%, орташа деңгейде -32%, төменгі деңгейде -8% бала жауап берді.

Зерттеу барысында алынған мағлұматтарды талдай келе мектеп жасына дейінгі балалардың қазақ тіліндегі септікті қолдана білу іскерліктерінің әлі толық қалыптаспағандығына жоғарыдағы нәтижелер арқылы көзіміз жетіп отыр.

Дәл осы тапсырма негізіндегі үшінші тапсырма сұрақтарына да балалардың берер жауабы осындай болды, тек 1 ғана бала «кімде доп бар?» деген сұраққа көмекпен: «Менде» деп дұрыс жауап беріп, орташа деңгейдің санын арттырды. Сонымен психикалық дамуы тежелген балалар жоғары деңгейде -20% бала, орташа деңгейде -44% бала, төменгі деңгейде -36% бала жауап берді. Қалыпты балалар жоғары деңгейде -60%, орташа деңгейде 32% төменгі деңгейде -8% болды.

Төртінші тапсырма бойынша жіктік жалғауларын қолдану барысында анықтағанымыз балалардың көбісі жіктік жалғауының жекеше түрін дұрыс орындап, көпше түріне келгенде қателеседі. Мысалы: «Сендер ойнайсындар» дегеннің орнына «Сендер ойнайсын» деп жауап береді. Психикалық дамуы тежелген балалардың ішінен сұраққа мүдірместен, жоғары деңгейде -36% бала тапсырманы толық орындап шықты. Ал орташа деңгейде көмекпен

жауап бергендер -24% құрады. Ал төменгі деңгейде мүлдем жауап қайтара алмағандар -40% бала болды. Қалыпты балалар жоғары деңгейде -42%, орташа деңгейде -36%, төменгі деңгейде жауап бергендер -12% құрады. Оларда жіктік жалғау орташа қалыптасқан болып есептеледі.

Бесінші тапсырма бойынша тәуелдік жалғауын дұрыс қолдануын анықтауда балалар қиналып қалды. 25 баланың ішінен 5 бала өз бетімен жауап берді, 9 балаға көмек қажет болды, 11 бала мүлдем жауап бермей, көмекті пайдалана алмады. Мысалы орташа деңгейдегілер тәуелдік жалғауының жекеше түрін айтып, көпше түріне келгенде шатасады. «Сіздердің кітаптарыңыз» дегеннің орнына, «сіздің кітаптар» деп жауап береді. Қалыпты балалар бұл тапсырманы орташа деңгейде орындады. -44% өз бетімен, -36% көмекпен, балалардың -20% жауап бере алмады.

Сонымен, психикалық дамуы тежелген және қалыпты балалар сөйлеу тіліндегі грамматикалық жақтарын, соның ішіндегі сөзжасам және сөзөзгерту дағдыларының ең жеңіл тәсілдерін қолданатынын анықтадық. Балаларға берілген тапсырмалардың ішінен ең қиыны «түбірлес сөзжасам дағдыларын анықтау» болды. Ал, керісінше ең оңай болған тапсырма «көптік жалғауларын жалғау» болды. Мұндай мағыналардың бәрін ескере отырып, қалыпты балаларда сөйлеу тілінің грамматикалық жағының жетілгендігіне, ал ПДТ балаларда мүлдем қалыптаспағандығын назарға алып, алдын-ала қалыптастыру, түзету жұмыстарын алдық. Мұндай балалар мектепте оқыту барысында жазбаша сөйлеу тілінің бұзылуы болуы мүмкін қауіпті топқа жатады.

1. Аяпова Т.Т. Развитие синтаксиса речи детей (на материале казахского языка): Автореф. ... канд.пед.наук. – Алма-ата, 1988.

2. Баймұратова Б. Овладение родной речью детьми-казахами дошкольного возраста. Автореф. ... канд.пед.наук. – Алма-ата, 1970.

3. Зорина С.В. Коррекция нарушений грамматического строя речи у детей с ЗПР. Дис. ... канд.пед.наук. – М., 1998.

4. Ибатова Г.Б. Жалпы білім беретін балалар бақшасындағы балалардың сөйлеу тілінің лексика-грамматикалық жағының ерекшеліктері. // Хабаршы. – 2009. -№4 (16). – 40-43 б.

Резюме

В статье рассматриваются особенности грамматического строя речи детей с задержкой психического развития.

Summary

This article is devoted to problems especially of speech grammatical side of children with psychic undevelop.

Содержание

Пралиев С.Ж., Тургунбаева Б.А., Коржова Г.М., Мовкебаева З.А. Основные направления совершенствования качества подготовки специальных педагогов в вузе.....	3
Аюпова М.Ю., Абидова Н.З. О конкретизации речи детей с нарушениями зрения.....	7
Хамидова М.У. Как нужно воспитывать глухонемого ребенка в семье	10
Тайжан А.А., Божбанбаева Н.С., Сулейменова И.Е., Манжуова Л.Н. Динамика неврологических нарушений у детей с врожденной микстинфекцией.....	14
Аутаева А.Н., Бутабаева Л.А. Мектеп жасына дейінгі кохлеарлы имплантталған балалардың сөйлеу тілін дамытудың ерекшеліктері.....	19
Мустафазаде Т.Ш. Нарушения ЦНС у детей с задержкой внутриутробного развития.....	26
Макина Л.К., Сексенбаева Г.Ә., Рысдәулетова А.Ә., Нүсіпжанова Г.К. Жүрек - қан тамырлары ауруларын алдын - алудың психологиялық аспектілері.....	31
Ахметова А.К., Коржова Г.М. К вопросу об использовании современных информационных технологий в коррекционной работе с детьми, имеющими нарушения слуха.....	40
Сельханова А.С., Коржова Г.М. Использование казахского орнамента в коррекционной работе.....	46
Камбарова Г.К., Коржова Г.М. Теоретические аспекты формирования пространственных представлений у детей.....	50
Ибатова Г.Б., Жанпейсова А.Е. Психикалық дамуы тежелген балалардың сөйлеу тілінің грамматикалық жағының ерекшеліктері.....	58

ХАБАРШЫ. ВЕСТНИК

**«Арнайы педагогика» сериясы
Серия «Специальная педагогика»
№ 3 (22), 2010**

Берілген түпнұсқадан тікелей репродукциялық әдіспен басылады

Қазақстан Республикасының мәдениет
және ақпарат министрлігінде
2009 жылы мамырдың 8-де тіркелген № 10098 – Ж.

Шығару жиілігі – жылына 4 нөмір.
2001 ж. бастап шығады.

Басуға 17.11.2010 жыл қойылды. Пішімі 60x84 1/16.
Көлемі 4,7 е.б.т. Таралымы 300 дана. Тапсырыс 373.

050010, Алматы қаласы, Достық даңғылы, 13.
Абай атындағы ҚазҰПУ.

Абай атындағы Қазақ ұлттық педагогикалық
университетінің өндірістік-жарнама бөлімінің баспаханасы