

УДК: 376.

ЛОГОПЕДАГОГІЧНИЙ СУПРОВІД СІМ'Ї, ЩО ВИХОВУЄ ДИТИНУ З ВНГП

Конопляста С.Ю.,

доктор педагогічних наук, професор

Кисличенко В.А.,

кандидат педагогічних наук

Практика соціалізації, результати наукових досліджень і досвід, накопичений загальною та корекційною педагогікою, психологією та соціологією сприяли значній зміні поглядів на проблему навчання та виховання дітей з відхиленнями у розвитку.

Народжуваність дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння (ВНГП) за останні роки має стійку тенденцію до збільшення як в усьому світі, так і в Україні зокрема, де щорічно показник становить більше 500 осіб. За даними медичних досліджень Г.С.Волкової, А.В.Гулюк, С.В.Дьякової, А.А.Мамедова, Л.В.Харькова, J.W.Folkins, J.D.Clark, B.J.Williams та ін., прогнози щодо зменшення кількості народження дітей із ВНГП несприятливі.

Сучасний етап розвитку корекційної педагогіки і психології внаслідок постійного збільшення дітей з фізичними і психічними недоліками, характеризується пошуком нових шляхів їх соціальної адаптації. Ми переконані, що соціалізація дитини з особливими потребами не може бути досягнута без залучення до цього процесу сім'ї, і в першу чергу, батьків.

Досвід дитини, за науковими даними [1] в перші 2-3 роки життя має вирішальне значення для розвитку мозку, інтелекту, ставлення до людей, формування особистості. Провідними спеціалістами в галузі дефектології доведено (О.Б.Половинкіна, І.І.Мамайчук, О.М. Мастюкова О.М.Вінарська В.І.Козьявкін), що якомога ранній початок корекційної роботи, безперечно, сприяє повноцінному руховому, мовленнєвому, інтелектуальному, особистісному розвитку дитини. Як відомо, діти від народження до 3 років не здатні до довільної самоорганізації поведінки. Тому саме сім'я має розглядатися як основний стабілізуючий фактор соціальної адаптації дитини.

З цієї точки зору на сьогоднішній день надзвичайно актуальним є питання логопедичного супроводу сім'ї дитини з відхиленнями у розвитку. З цієї проблемою корелює проблема раннього корекційного впливу на дітей з ВНГП.

Незрощення губи і піднебіння виступає фактором, що несприятливо впливає на організм дитини і викликає в ньому грубі функціональні і морфологічні зміни, обумовлює цілий ряд соматичних розладів, що призводить до порушень росту і нормального розвитку дитячого організму, а спотворена зовнішність обумовлює соціальну невпевненість дитини в дошкільному і шкільному колективах, конфліктну напруженість і негативний психологічний фон в сім'ї. [2].

Аналіз анамнестичних, клінічних і рентгенографічних даних (F. Sokolowski, 1976; Д.О. Мініцаєв, 1980) свідчить про суттєві порушення соматичного розвитку цих дітей. Встановлено строки виникнення супутніх захворювань у даної категорії дітей. В перші роки життя дитини розвиваються захворювання, пов'язані з порушеннями годування. Захворювання дихальних шляхів частіше зустрічаються у віці 2 – 5 років, ЛОР-органів 5 – 10 років. Частота та тяжкість супутніх захворювань прямо залежить від ступеня складності дефекту.

За даними Т.Н. Селезньової (1985 – 1987) у 35,5% дошкільників з незрощеннями піднебіння показники фізичного розвитку значно нижчі за середні. Хронічні осередки інфекції, які часто супроводжують ВНГП є постійним джерелом інтоксикації дитячого організму. За даними Н.С. Кузнецової захворюваність дітей на хронічну пневмонію в 4 – 5 разів вища, ніж у дітей, що не мають даного дефекту. За даними Н.Б. Грасманіса (1983) окрім хірургічного лікування, 84,8% дітей потребують ортодонтичного лікування. 58,3% – лікування у ЛОР спеціалістів, 24 – 33% – допомоги психоневролога, 20% – лікування у офтальмолога.

Дефекти мовлення, обумовлені незрощеннями твердого і м'якого піднебіння складають самостійне мовленнєве порушення – ринолалію, що обумовлено рядом причин, існуючих з самого народження. Забезпечення життєво важливих функцій дихання і харчування призводять до специфічного положення язика в ротовій порожнині. Виникає гіпертрофія кореня язика і різко обмежується рухливість кінчика язика. Таке положення язика викликає порушення його функціональних можливостей, і призводить до дефектної компенсації порушення. У дітей з незрощенням піднебіння відмічається формування атипового специфічного дихання, розвиток гіперназалізації і дефектної артикуляції звуків. За даними Г.І. Семенченко, Л.Я. Деробалюк загальний недорозвиток мовлення (різних рівнів) до уранопластики відмічається у 90% обстежених. При ВНГП виявлено комплекс синдромів, що характеризують мовленнєвий розвиток 82% дітей із ВНГП дошкільного віку: 1) синдром порушень семіотичної підсистеми ФСММ (симптомокомплекси: сенсомоторних та артикуляційних розладів,

порушень мовленнєвого дихання, порушень голосу, ритміко-мелодико-інтонаційної організації мовлення); 2) синдром порушень функцій програмування та інтерпритації мовленнєвих актів; 3) синдром порушень функцій регуляції та контролю мовленнєвої діяльності.

Виділено лінгвопатологічні симптоми, які є узагальнюючими і входять в усі зазначені вище синдроми: а) порушення загально-нормативного темпу мовленнєвого онтогенезу; б) ускладнений з різних причин процес породження мовлення; в) порушення сприймання та розуміння мовлення у зв'язку зі зниженням фізіологічного та тонального слуху; г) загальна інактивність та скутість мовлення [2].

Специфічний розвиток мовлення зумовлює своєрідне формування і розвиток інших вищих психічних функцій. Недорозвинення однієї чи кількох функцій мовлення (комунікативної, пізнавальної, регуляторної) негативно впливає на розуміння та засвоєння нової інформації, на здатність до саморегуляції власної поведінки (С.Ю. Конопляста, 2001, Н.В. Левонтіна, 2001, І.В. Рівна). Одержані дані свідчать про особливості психічного онтогенезу дитини із ВНГП, які часто межують з різними варіантами психічного дизонтогенезу.

Довільність психічної активності як реалізація регуляторного фактору розвитку стоїть на першому місці у процесі гетерохронного формування усіх психічних сфер дитини, зокрема пізнавальної діяльності та емоційно-вольової сфери. Аналіз рухової активності як основи «розгортання» психічного розвитку в цілому, яка «втягає» у ранньому віці і когнітивну, і емоційну сфери показав значні темпові та змістові відставання у формуванні так званих наскрізних базових компонентів психічного розвитку в 49% обстежених малюків із ВНГП. Це означає, що у ранньому віці у половини дітей із ВНГП сенсомоторна активність невчасно «включається» в ієрархічну структуру довольної активності, що уповільнює у майбутньому регуляцію психічних процесів, власних емоцій і, як результат, поведінки взагалі.[2].

Дослідження стану сформованості довольної регуляції рухової активності засвідчують уповільнений темп розвитку психомоторики у 77% обстежених дітей до 3 років, у половини з яких рівень сформованості загальних, дрібних рухів та їх координованості відповідав показникам низького та вкрай низького рівня. Для 36% малюків прості проби на динамічний праксис виявилися взагалі недоступними. Зафіксовано темпові відставання від норми на 1-4 місяці мовнорухової активності, які у свою чергу гальмують прояви ранніх форм мовленнєвого спілкування.

У більшості малюків із ВНГП у перші місяці життя спостерігався дефіцит емоційної інформації, яку малюк «адресує» дорослому. Одна з причин цього – недостатня емоційна сензитивність матері, яка у цей період розвитку дитини є емоційно спустошеною, з переважанням негативних переживань з приводу народження дитини із ВНГП, страхів за її майбутнє.

Так само із відставанням у строках формувалася друга лінія розвитку – оволодіння просторовими уявленнями, оскільки майже у 50% обстежених малюків було зафіксовано відставання у строках засвоєння вертикальної площини, що гальмувало засвоєння «цілісного» простору.

Для половини дітей із ВНГП перший рік життя характеризувався своєрідністю формування лінії афективної регуляції. У подальшому це ускладнювало формування пізнавальної діяльності та афективно-емоційної сфери, «проростаючи» і в особистісну сферу. 95% дітей із ВНГП до одного року (зокрема, усі діти-сироти) перебували у так званому стані емоційної депривації, переживали дефіцит позитивних емоцій. Більше того, у зв'язку з наявністю дефекту, частою госпіталізацією, зниженням емоційного фону у сім'ї, недостатнім усвідомленням батьками необхідності цілеспрямованого розвитку когнітивної сфери, більшість дітей відчували недостатність спільної діяльності з дорослими або спільних ігрових дій, що гальмує формування психофізіологічної основи базових структур функціональної системи мови та мовлення, комунікативної поведінки взагалі. При цьому спостерігався феномен «снігової кулі» - з віком у багатьох дітей із ВНГП зазначені особливості не зникали самостійно, а нашаровувалися, взаємно обтяжуючи одна одну, уповільнюючи загальний темп і погіршуючи якість психічного розвитку такої дитини [2].

Доведено, що відсутність адекватної корекційно-розвивальної роботи з раннього віку ускладнює формування та функціонування базових складових психічного розвитку у подальшому.

Агреговані результати свідчать про негативний вплив недостатньої регуляції так званих нижчих рухових функцій (загальної, дрібної та артикуляційної моторики) у 89% дітей із ВНГП дошкільного віку на стан рухів вищого рівня – мовнорухового у 78% дошкільників [2]. Узагальнені дані вказують на темпову незрілість або парціальну несформованість регуляторного компонента рухової діяльності, пов'язану в основному із психосоматичною та неврологічною симптоматикою у 78% дітей раннього та дошкільного віку із ВНГП.

Результати сформованості довольної регуляції рухової сфери взагалі, враховуючи лінгвопатологічну симптоматику, корелюють із даними про рівень розвитку складових функціональної системи мови та мовлення у різних клініко-логопедичних групах.

Проте досягнення сучасної медицини своєчасного виконання ураностафілопластики забезпечують повний цикл комплексного лікування таких дітей і сприяють повноцінному розвитку дитини. В останні десятиріччя

перевага часто надається більш ранньому хірургічному впливу (до 2х – 3х років, на відміну від 5 – 8 річного віку).

Загально визнано, що подолати наслідки даної патології лише хірургічним втручанням неможливо (Л.В.Харьков, 1972, 1988, Л.М. Яковенко 1985, В.І. Титарев). Питання подолання мовленнєвих порушень при ринолалії розглядалися визнаними авторитетами в області логопедії : І.І. Єрмаковою 1984, А.Т. Іполітовою 1952-1983, Н.І. Серебровою 1969, Чиркіною 1967-1975 тощо. Запропоновані ними методики формування і розвитку мовлення в до – та післяопераційний період дають можливість проведення ефективної корекційної роботи.

Ці методики орієнтовані на дітей старшого дошкільного віку, а частіше – молодшого шкільного віку, що було пов'язано з більш пізніми строками хірургічного впливу. Персонал медичних центрів для надання допомоги дітям з вродженими і набутими захворюваннями щелепно-лицьової ділянки намагається надати батькам допомогу стосовно логопедичного впливу, але ця допомога носить епізодичний характер. Тобто, діти, що отримали медичну допомогу в більш ранньому віці, залишаються без корекційного, логопедичного впливу протягом дуже важливого з точки зору сензитивності періоду формування мовлення.

Результати корекційно-розвивальної експериментальної роботи довели ефективність цілеспрямованої корекційної роботи з перших місяців життя у межах авторських корекційно-розвивальних програм.[2] Включення дітей раннього віку у спеціально організований спільно з батьками корекційно-розвивальний простір забезпечує підвищення енергетичного, емоційного та сенсомоторного потенціалу, розширення сенсорного досвіду. Суттєво (на 58%) зменшилася кількість малюків потенційної «групи логопедичного ризику». Правильність обраної стратегії раннього впливу підтвердили узагальнені показники зростання рівня психомоторного розвитку дітей експериментальної групи на 60 %, навіть у дітей до трьох років із неврологічною симптоматикою показники загального психомоторного розвитку покращилися на 46 %.

Психологічні особливості дитини раннього віку істотно впливають на стиль і методи корекційної роботи. Як відомо, діти від народження до 3 років не здатні до довільної самоорганізації поведінки, засвоюють матеріал за допомогою мимовільного запам'ятовування, розуміють мовлення фрагментарно, з опорою на невербальний контекст. Головною мотивацією до освоєння нових мовних одиниць і правил є комунікативна потреба. Тому лише при високому рівні комунікативної мотивованості дитина включається в корекційні ігри - заняття. Значна частина мовленнєвого матеріалу засвоюється в так званих "режимних моментах" і у вільній комунікації вдома або поза ним [1]. Характер стосунків, що склався в діаді мати-дитя, тип прихильності дитини значно впливають на її комунікативну поведінку. Багато в чому це залежить від двох якостей матері : а) рівня сензитивності та б) рівня реактивності. Рівень сензитивності означає чуйність, сприйнятливність матері по відношенню до будь-яких проявів активності дитини. Реактивність матері означає схильність реагувати комунікативно на прояви активності (чи неблагополуччя) з боку дитини. Ця якість має когнітивну і емоційну складову. Когнітивна складова є усвідомленою позицією, уявлення про здатність дитини розуміти звернення матері до неї, про її потребу в спілкуванні. Великий вплив на комунікативну поведінку дитини має здатність матері до "емоційного приєднання". Це означає специфічну здатність підлаштування матері до немовляти в процесі спілкування з ним. Це робить спілкування з матір'ю надзвичайно комфортним для немовляти, забезпечує налаштування комунікативної активності матері, манери її комунікативної поведінки в оптимальному для немовляти режимі [1].

Та саме реакція матері, сім'ї дитини з ВНГП на такий дефект розвитку завжди трагічна та неоднозначна, виникає довготривала травмуюча ситуація, подолати яку необхідно та можливо за умови своєчасної допомоги фахівців [2].

Народження дитини з незарощенням верхньої губи та піднебіння завдає значну психологічну травму батькам та їх сім'ям. За даними Л.В.Харькова [2]. у 11% опитаних в сім'ї склалося важка обстановка (скандали, взаємні докори). причому в 2% випадків це призвело до розлучень. У 62% матерів з'явилася дратівливість, нервозність, почуття безвиході, що несприятливо вплинуло на догляд за дитиною. У 5% матерів ставлення до батька дитини стало негативним через звинувачення з його боку. У зв'язку зі сформованою ситуацією тільки 29% матерів висловилися позитивно на питання про бажання ще мати дітей. У 39% матерів відзначено страх народити таку ж дитину, 6% матерів «відчували свою провину» в народженні дитини з незрощенням, 50% батьків «соромилися» свою дитину, 7% батьків думали відмовитися від дитини.

Розроблена нами програма неперервного логопедичного супроводу сім'ї надає можливість ранньої логоінтервенції у процес формування мовлення дитини, що має вирішальне значення у випадку ВНГП.

Важливою складовою частиною програми логопедичного супроводу сімей є консультування матерів, як форма превентивної роботи з широким колом сімей у період очікування та раннього віку дитини. Основним завданням і метою такого консультування є формування у матері високого рівня сензитивності і оптимального рівня реактивності, здатності до приєднання в процесі спілкування або гри з дитиною. У випадку ВНГП батьки повинні знати, що в переважній більшості випадків при своєчасній медико-логопедичній допомозі вдається створити всі необхідні умови для повноцінного фізичного і психічного розвитку дитини. При цьому багатьма вітчизняними та зарубіжними фахівцями наголошується, що одним з найважливіших факторів для кінцевого позитивного ефекту корекції є участь батьків та їх стиль поведінки в складній життєвій ситуації.

У програмі логопедичного супроводу крім консультування батьків передбачено їх інформування. Під логоінформуванням ми розуміємо надання батькам інформації щодо закономірностей типового та нетипового мовленнєвого розвитку, причин та наслідків мовленнєвих порушень, проявів порушень мовлення.

Особливо значущими в контексті проблеми ВНГП є перші два періоди роботи з батьками: I – період очікування та II – період від народження до 3-х років дитини.

Змістом роботи логопеда з батьками в періоді очікування дитини є інформування майбутніх матерів про важливість домовленнєвого періода, закономірності його перебігу, фактори ризику та способи активізації розвитку мовлення.

Для дитини з ВНГП період лепету та початок мовлення проходить в особливих умовах. Вона чує добре, активно спілкується, починає розуміти слова, які до неї звернені. Але вся голосова продукція має носовий резонанс, і артикуляція більшості приголосних нереалізована. У таких анатомічних умовах дитина залишається до операції та не може засвоювати мовлення шляхом наслідування, як це відбувається в нормі.

Повсякденний обов'язок батьків - заохочувати будь-які спроби голосової та звукової продукції, намагатися розуміти навіть ледь оформлене мовлення. Дуже важливо підтримувати будь-які спроби белькотіння - створювати тишу, щоб дитина могла почути свою звукову продукцію; активізувати слухову увагу дитини, наспівуючи дитячі пісеньки, використовуючи звукові іграшки тощо; розвивати зорову увагу. Дуже корисні звуконаслідувальні гри. Потрібно бути уважним до того, що "вимовляє" дитина і показувати, що її мовлення розуміють та всіляко підтримувати мовленнєву активність.

Превентивно-консультативний характер роботи в перші періоди забезпечує ґрунт для ефективного подолання проблем у мовленнєвому розвитку дитини.

Зміст роботи логопеда з батьками дитини у II періоді (від народження до 3-х років) визначений блоками формувальних впливів (інформаційний, діагностичний, консультативний) й спрямований викликати у батьків бажання встановити стан мовленнєвого розвитку дитини та знайти шляхи вирішення проблеми :

Інформаційний блок в II -у періоді включає інформування батьків дітей від народження до 3-х років щодо норм мовного розвитку, причин і наслідків мовленнєвих порушень, стратегій опанування дитиною мовленням, шляхів інтенсифікації розвитку мовлення.

Діагностичний блок передбачає діагностування відповідності індивідуального мовленнєвого розвитку дитини мовним нормам;

Консультативний блок: консультування сімей відносно можливих шляхів вирішення проблеми; призначення консультацій інших фахівців;

Батьки повинні отримати розгорнуту консультацію логопеда і зрозуміти, в чому полягають основні перешкоди для оволодіння нормальною вимовою. Це, перш за все - відсутність достатнього ротового струменя повітря, необхідного для утворення звуків (особливо для вибухових звуків - Б, Д, та ін), недостатня активність язика, губ (особливо при наявності незрощення губи, навіть у післяопераційний період). Крім того, у дітей знижено слуховий контроль за своїм мовленням, вони повільно вводять у самостійне мовлення навіть виправлені звуки, тому необхідна значна робота з автоматизації тих навичок, які сформує логопед на заняттях, у вільному самостійному мовленні. Отже роль батьків особливо значуща - вони повинні стати постійними помічниками логопеда і підтримувати досягнутий рівень мовлення вдома, відзначаючи і заохочуючи досягнення [3].

Батькам необхідно пояснити, що оперативне лікування саме по собі не забезпечує нормального мовлення, а тільки створює повноцінні анатоμο-фізіологічні умови для виховання правильної вимови. Значна та інтенсивна робота повинна проводитись у доопераційний період, що сприяє кращому результату операції і скорочує терміни післяопераційної логопедичної роботи. Батькам необхідно надати логопедичний висновок, результати якого повинні бути проінтерпретовані в доступній формі, враховуючи, що батьки - неоднорідна група в соціокультурному відношенні, їх можливості участі в корекційному процесі різні.

Таким чином, після всебічного обстеження дитини, консультацій у лікарів-фахівців і визначення актуального рівня мовленнєвого розвитку, зони найближчого мовленнєвого розвитку, батькам пропонується індивідуальна програма мовленнєвого розвитку дитини в домашніх умовах.

Основними напрямками логопедичного впливу є вирішення двох взаємопов'язаних завдань: нормалізація "ротового видиху", тобто виховання тривалого ротового струменя при вимові всіх звуків мови, крім носових; оволодіння артикуляцією всіх звуків мови. "Домовленнєвий" етап вправ включає такі типи: 1) дихальні вправи; 2) артикуляційну гімнастику; 3) артикуляцію ізольованих звуків за ступенем їх складності для вимови; 4) силабні вправи. На цьому етапі відбувається в основному навчання моторним навичкам.

До операції, як правило, вирішуються наступні завдання: звільнити від компенсаторних рухів лицьових м'язів; підготувати правильну вимову голосних звуків; підготувати правильну артикуляцію доступних приголосних звуків.

Після операції корекційні завдання значно ускладнюються. Необхідно: розвинути рухливість м'якого

піднебіння; усунути неправильний уклад органів артикуляції при вимові звуків; відпрацювати вимову всіх звуків мовлення без назального відтінку (за винятком носових звуків М і Н). Незважаючи на наявність специфічних вправ, які проводить тільки логопед (масаж м'якого піднебіння (в післяопераційний період); гімнастика м'якого піднебіння і задньої стінки глотки; артикуляційна гімнастика; голосові вправи), сім'я повинна бути залучена в корекційний процес, підтримувати досягнення дітей, використовувати аудіозаписи їх мовлення, стежити за виконанням завдань логопеда.

При складанні індивідуального плану роботи з дитиною з ВНГП, логопед виокремлює два напрямки: нормалізацію звукової сторони мовлення і усунення лексико-граматичного недорозвинення, яке може бути виявлене при обстеженні.

Для корекції процесу мовленнєвого розвитку дитини частота консультативних занять визначається індивідуально і залежить від віку дитини, рівня мовленнєвого розвитку, сімейних обставин, темпу засвоєння матеріалу. Багатьом дітям з ринолалією, як правило, рекомендується навчання і виховання в умовах логопедичного дитячого садка.

Впровадження корекційно-розвивальних програм, починаючи від народження дитини із ВНГП до повноліття, забезпечує нормалізацію мовленнєвого та психічного розвитку, повноцінне включення родини у спільний корекційно-розвивальний процес, підвищує рівень обізнаності батьків у питаннях психомовленнєвого розвитку дитини, формує готовність до розуміння і підтримки своєї дитини, відкриту позицію у спілкуванні та впевненість у її майбутньому.

Таким чином в результаті роботи за програмою логопедичного супроводу батьки засвоюють систему знань необхідних для співпраці і через навчання, організоване логопедом, переносять її в план своєї індивідуальної свідомості, щоб застосовувати в процесі виховання своєї дитини.

Персонально-особистісний підхід у взаємодії дорослого та дитини забезпечує відчуття успіху та самоповаги, оптимізацію психофізичного розвитку, закладає підвалини формування особистісно-орієнтованої моделі спілкування дитини із ВНГП у майбутньому.

Інформування та консультування батьків дітей від народження до 3-х років щодо норм мовленнєвого розвитку та адекватних методів корекції відхилень дозволяє попереджати виникнення важких порушень мовлення, ефективніше компенсувати порушення в психофізичному розвитку дитини і тим самим попереджати порушення в її пізнавальній діяльності та емоційно-вольовій сфері.

Література

1. **Кисличенко В.А.** Логопедичний супровід сім'ї, в якій виховується дитина з порушеннями мовлення. : автореф. дис. ... канд. пед. наук : 13.00.03 / В.А. Кисличенко. – К., 2011. – 20 с.; 2.**Конопляста С. Ю.** Психолого-педагогічні основи комплексної корекції мовленнєвого розвитку дітей з ринолалією : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня док.пед. наук : спец. 13.00.03 "Корекційна педагогіка" / С.Ю. Конопляста. – К., 2010. – 46 с.; с.; 3.**Чиркина, Г.В.** Роль сім'ї в корекції вроджених порушень у дітей / Г.В. Чиркина // Дефектологія. - 2004. - № 8.

Конопляста С.Ю., Кисличенко В.А. Логопедическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка с ВНГП

В этой статье рассматривается научно-методическое обеспечение новых форм сотрудничества родителей и логопеда для преодоления тяжелых речевых нарушений у детей раннего дошкольного возраста с врожденными несращениями губы и неба.

В статье представлены результаты анализа многоаспектных данных о речевом развитии детей с ВНГП, начиная с раннего возраста. Установлено, что дети с ВНГП имеют более сложные механизмы нарушения речевой и психической деятельности, чем традиционно считалось в логопедии. Нарушения базовых составляющих фонологической подсистемы функциональной системы языка и речи, подсистем регуляции и программирования речевых актов в период интенсивного развития речевой функции приводит к сложной дезинтеграции и патологии речи в дальнейшем.

Рассмотрена целесообразность перенесения основного содержания коррекционной технологии на ранний и дошкольный возраст, аргументируя ранними сроками хирургического вмешательства, обеспечивающими анатомо-физиологические условия для нормативного развития речи. Использование программы логопедического сопровождения семьи, воспитывающей ребенка с нарушением речи, применительно к проблеме ВНГП, основывается на интеграции нескольких звеньев процесса логопедической помощи и является организованным непрерывным образовательным процессом, основное содержание которого составляет взаимодействие логопеда и семьи.

Наиболее важной составляющей логопедического сопровождения является согласованная работа логопеда и семьи ребенка, начиная с раннего возраста, что позволяет достигать высоких показателей динамического роста уровней психоречевого развития, доказывающих эффективность коррекционной системы.

Ключевые слова: врожденные несращения губы и неба (ВНГП), логопедическое сопровождение, онтогенез речи, механизмы нарушения, комплексный подход, дизонтогенез, коррекционно-развивающие программы.

Konoplyasta S.Y., Kyslychenko V.A.

In this article we consider the necessity of searching for forms of cooperation between parents and speech and language therapists, as well as the necessity of maintaining the scientific methodology to support this cooperation. This should be done for

overcoming the speech defects caused by the inborn cleft palate while working with children under the early school age.

Стаття надійшла до редакції 10.03.2014 р.

Статтю прийнято до друку 30.03.2014 р.

УДК: 376-056.36:331.548

ПРОФОРІЄНТАЦІЙНА РОБОТА ЯК ЗАСІБ ЗБЕРЕЖЕННЯ ПРОФЕСІЙНОГО ІНТЕРЕСУ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ УЧНІВ

Кузнецова Т.Г.

кандидат педагогічних наук, доцент

На сучасному етапі розвитку суспільства важливою проблемою є пошук нових форм підготовки дітей з проблемами у психофізичному розвитку до активного життя, оптимізація процесів їх адаптації та соціалізації. Успішність процесів адаптації та соціалізації залежить від того, як швидко випускник спеціальної школи зможе пристосуватися до вимог суспільства, до умов існування. Гуманізм відносно до таких дітей полягає навчання їх трудової професії, навичкам самообслуговування і налагоджування побуту, формування в них життєво необхідних знань, умінь і навичок.

Дійовим засобом рішення цієї проблеми є профорієнтаційна робота, яка дуже тісно пов'язана з майбутньою долею тих учнів, які навчаються в допоміжній школі, адже після закінчення навчального закладу їхній подальший життєвий шлях залежить від того, наскільки вони адаптуються у сучасному суспільстві та працевлаштуються, щоб приносити користь своїй державі та оточуючим, тобто стати «повноважним» громадянином своєї країни, а не бути відчуженою від соціуму особистістю.

Вплив профорієнтаційної роботи на адаптацію та соціалізацію розумово відсталих учнів розглядалися в працях В.І. Бондара, Т.О. Власової, О.М. Граборова, Г.М. Дульнева, В.Ю. Карвяліса, Є.О. Ковальової, Л.С.Мирського, В.Г. Петрової, К.М. Турчинської, О.П. Хохліної та інших.

У процесі профорієнтаційної роботи в учнів формуються життєво необхідні функції, а саме: пізнавальна діяльність, мотиваційна сфера, комунікативні навички та рухова активність. Ці питання розглядали такі вчені, як Т.О. Власова, Г.М. Дульнев, В.І. Лубовський, Г.М. Мерсіянова, М.С. Певзнер, Б.І. Пінський, Ж.І. Шиф та інші.

В дослідженнях В.І. Бондара, І.М. Бгажнокової, В.В. Злотоверх, В.Ю. Карвяліса, Г.М. Мерсіянової, Г.П.Озерської, К.В. Рейди, І.В. Татьянчикової, В.С. Товстоган, О.П. Хохліної та ін. розглянуті питання здійснення індивідуального підходу у процесі трудового навчання та профорієнтації, концептуальних підходів до визначення корекційного і навчального значення у профорієнтаційній роботі, удосконалення структури професійно-трудової підготовки учнів допоміжної школи та готовність школярів до самостійного життя.

Проте саме у самостійному житті випускники допоміжної школи часто стикаються з проблемами, які їм важко подолати самостійно. Це такі проблеми, як працевлаштування, можливість витримати конкуренцію в умовах ринкової економіки, володіти достатнім рівнем трудових умінь та навичок для утримання на робочому місці і т.п. Тому важливим є питання так організувати профорієнтаційну роботу, щоб сформувати в учнів справжній інтерес до професії, бажання досконалого оволодіння нею, прагнення активно та плідно працювати за цією професією.

Таким чином, актуальність теми дослідження обумовлена як плануванням профорієнтаційної роботи в допоміжній школі, визначенням нових підходів до її змісту й організації, так і формуванням в учнів допоміжної школи позитивного ставлення до професій з якими їх знайомлять.

Метою дослідження є виявлення динаміки зміни інтересу учнів допоміжної школи до професій які вони отримують і визначення ефективних засобів формування та збереження цього інтересу протягом всіх років навчання.

Ми припустили, що система спеціальних заходів, щодо професійної орієнтації учнів допоміжної школи, що ставить за мету не тільки надання інформації про коло професій, але і сприяє особистісному розвитку учнів, формуванню в них здатності співвідносити свої індивідуально-психологічні особливості і можливості з вимогами професій, які зазначені у шкільному навчальному процесі, буде сприяти підвищенню та збереженню інтересів в учнів старших класів до професій, які вони отримують у школі та зробить профорієнтаційну підготовку достатньо ефективною.

З метою вивчення ставлення учнів допоміжної школи до професій і виявлення шляхів формування цього інтересу був проведений констатувальний експеримент, який вирішував наступні завдання:

- визначити особливості організації та проведення профорієнтаційної роботи в допоміжній школі;
- проаналізувати взаємозв'язок різних навчальних предметів з профорієнтаційною роботою в допоміжній школі ;