



МИНИСТЕРСТВО ПРОСВЕЩЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ГУМАНИТАРНО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ «ЮУрГГПУ»)
ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И ПРЕДМЕТНЫХ
МЕТОДИК

Логопедическая коррекция устной речи у ребёнка старшего
дошкольного возраста после кохлеарной имплантации
во взаимодействии с сурдопедагогом

Выпускная квалификационная работа по направлению
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Магистерская программа
«Психолого-педагогическое сопровождение лиц с нарушениями речи»
Форма обучения - очная

Проверка на объем заимствований:	Выполнила:
<u>21,09</u> % авторского текста	Студентка группы ОФ-206-173-2-1
Работа <u>принята</u> к защите	Житенёва Анастасия Александровна
рекомендована/не рекомендована	
<u>«14» 12</u> 20 <u>22</u> г.	Научный руководитель:
зав. кафедрой СПиПМ <u>пр. 25</u>	к.п.н., доцент кафедры СПиПМ
к.п.н., доцент Л.А. Дружинина	Шереметьева Елена Викторовна

Челябинск
2023

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛОГОПЕДА С СУРДОПЕДАГОГОМ ПО ВОПРОСАМ КОРРЕКЦИИ УСТНОЙ РЕЧИ РЕБЁНКА СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.....	8
1.1 Анатомо-физиологический механизм устной речи и её феномен в современном теоретическом исследовании	8
1.2 Речь, как взаимодействие слухового и двигательного анализаторов, согласно речевому онтогенезу	14
1.3 Клинико-психолого-педагогическая характеристика ребёнка старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации и особенности его устной речи	22
1.4 Роль взаимодействия логопеда и сурдопедагога в процессе коррекции устной речи ребёнка старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации	28
Выводы по 1 главе.....	31
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИЗУЧЕНИЮ УСТНОЙ РЕЧИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ.....	33
2.1 Организация и содержание обследования устной речи детей старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации	33
2.2 Особенности состояния устной речи детей старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации.....	38
2.3 Взаимодействие логопеда и сурдопедагога по вопросам коррекции устной речи детей старшего дошкольного возраста и её генеза после кохлеарной имплантации	51
2.4 Анализ результатов обследования речевого развития детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации	56
Выводы по 2 главе.....	69
БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК ... Ошибка! Закладка не определена.	
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	79
Приложение А Программа коррекционно-развивающей работы сурдопедагога и логопеда с детьми после кохлеарной имплантации	79

Приложение Б Результаты обследования пассивного и активного словаря у детей после года коррекционной работы	83
--	----

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования заключается в том, что стойкие нарушения слуха, при которых ослабевает восприятие звуков, представляют собой выраженную медико-социальную значимость, так как количество людей с проблемами слуха ежегодно увеличивается. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) более 320 млн. человек в мире на сегодняшний день страдает от полной или частичной потери слуха и порядка 32 млн. из них – дети. Именно ранняя диагностика потери слуха является преимуществом для данной категории лиц, так как позволяет своевременное использование вспомогательных средств [1, с. 77; 5, с. 169].

Одним из наиболее эффективных методов современной коррекции слуха у глухих детей является кохлеарная имплантация, которая заключается во введении системы электродов во внутреннее ухо, что в последствии позволяет пациентам слушать и понимать речь. Данная операция обеспечивает восприятие звуковой информации с помощью электрической стимуляции волокон слухового нерва, которые сохранили свои функциональные способности [28, с. 18]. Кохлеарный имплант заменяет волокнистые клетки внутреннего уха и обеспечивает передачу звуковой и речевой информации благодаря особым электрическим разрядам непосредственно к слуховому нерву [30, с. 126].

Оптимальная настройка речевых способностей, которая осуществляется посредством совместной работы логопеда и сурдопедагога, является залогом адекватности звуковосприятия у детей после перенесенной операции по кохлеарной имплантации [17, с. 314].

Проанализировав ряд источников литературы [39, с. 92], было выявлено, что логопедический аспект работы с детьми, кому бы проведенная данная операция в раннем, дошкольном или школьном возрасте недостаточно разработан и освещен в научно-методических

исследованиях. Однако в силу значимости проблемы и необходимости своевременно оказывать логопедическую помощь таким детям появляется всё больше статей и методических разработок логопедов-практиков, которые направлены на обмен опытом и поиск эффективных методик.

Исходя из вышесказанного методический аспект оказания логопедической помощи детям старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации остается открытым.

На наш взгляд, для достижения хороших результатов в коррекции устной речи у данной группы детей, особенно в дошкольный период, необходима совместная работа сурдопедагога и логопеда. Стратегической целью которой является коррекция устной речи и коммуникативной компетенции ребенка-носителя кохлеарного имплантата.

Степень научной разработанности проблемы.

В настоящее время существующие методы речевой реабилитации в основном ориентированы на ранний возраст детей, имплантированных до 3-х лет. Вопросами речевой реабилитации и разработки современных методов обучения речи детей старшего дошкольного и школьного возраста после кохлеарной имплантации посвящены работы Л.А. Головниц, О.В. Зонтовой, И.В. Королевой, В.Е. Кузовкова, Т.И. Обуховой, В.И. Пудова, Н.Д. Шматко и др.

Противоречия.

Анализ теории и практики позволил определить следующие противоречия: между имеющимися научными знаниями о взаимосвязи психического и физического развития детей дошкольного возраста и недостаточной теоретической разработанностью основ использования логопедических средств совместно с сурдопедагогом в коррекции устной речи после кохлеарной имплантации.

Объект исследования: устная речь ребёнка старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации.

Предмет исследования: взаимодействие логопеда и сурдопедагога в коррекции устной речи ребёнка старшего дошкольного возраста после кохlearной имплантации.

Цель исследования: изучить эффективность совместной работы сурдопедагога и логопеда в коррекции устной речи у ребёнка старшего дошкольного возраста.

Задачи исследования:

1. Проанализировать психолого-педагогическую и специальную литературу по проблеме исследования.
2. Выявить особенности речевого развития детей старшего дошкольного возраста после кохlearной имплантации.
3. Разработать и оценить программу взаимодействия сурдопедагога и логопеда по коррекции устной речи детей старшего дошкольного возраста.

Теоретико-методологическую основу исследования составили:

Теории речевой деятельности (А.А. Леонтьева), развития психики ребенка (Л.С. Выготского), которая включает понятия «зона ближайшего развития» и «зона актуального развития».

Концепция о четырех этапах слухоречевой реабилитации после кохlearной имплантации (И.В. Королевой).

В соответствии с поставленной целью исследования была выдвинута гипотеза исследования, построенная на предположении, что оптимально организованное взаимодействие логопеда с сурдопедагогом в коррекции устной речи ребёнка старшего дошкольного возраста после кохlearной имплантации, ведёт к увеличению эффективности логопедического воздействия, за счет:

- учета времени проведения и адекватности настроек кохlearной имплантации;
- анализа структуры сопутствующего дефекта речи;
- комплексной работы логопеда и сурдопедагога.

Выбор методов исследования обусловлен поставленными целями и задачами. В работе применяются теоретические и эмпирические методы исследования.

Теоретические методы исследования включают анализ отечественной и зарубежной литературы по проблеме исследования, сравнение, описание, обобщение; эмпирические методы исследования включают: наблюдение, тестирование, эксперимент.

Теоретическая значимость исследования состоит в дополнении научных представлений о возможностях коррекции устной речи у детей старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации за счёт совместной работы логопеда и сурдопедагога.

Практическая значимость исследования. Разработана и внедрена в практику индивидуальная программа логопедических занятий по коррекции устной речи у детей старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации.

Методы исследования:

1 Теоретический анализ литературных данных по логопедии, сурдопедагогике, психологии, педагогике.

2 Наблюдение, анализ, беседа, тестирование.

3 Количественный и качественный анализ полученных в ходе исследования данных.

База исследования: дошкольное образовательное учреждение «Детский сад №310 г. Челябинска». Юридический адрес образовательной организации г. Челябинск, Советский район, ул. Курчатова 20 А.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ЛОГОПЕДА С СУРДОПЕДАГОГОМ ПО ВОПРОСАМ КОРРЕКЦИИ УСТНОЙ РЕЧИ РЕБЁНКА СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

1.1 Анатомо-физиологический механизм устной речи и её феномен в современном теоретическом исследовании

Одной из форм проявления человеческой активности является речь. Подход к речи как к явлению, которое связано с практической деятельностью, таких авторов С.Л. Рубинштейна (2017) и А.А. Леонтьева (2014) дал основу для понимания речи, как вида деятельности. Ряд авторов в рамках психолингвистического подхода выдвинули следующее определение речи – это сложившаяся форма общения в процессе деятельности людей, посредством языка [33, с. 12; 26, с. 34; 35, с. 123; 27, с. 231].

Речь представляет собой продукт психической деятельности человека в результате сложного взаимодействия разных структур головного мозга. Реализация устной речи происходит в результате координированной работы периферического двигательного аппарата, которая обеспечивается центральной нервной системой.

Отделы, участвующие в речепроизводстве:

1 Дыхательный отдел периферического речевого аппарата: грудная клетка, легкие, межреберные мышцы и мышцы диафрагмы. Данный отдел представляет собой энергетическую основу речи, обеспечивая «речевое дыхание».

В период физиологического дыхания, другими словами «вне речи» фаза вдоха происходит активно в результате сокращения дыхательных мышц, а выдох – относительно пассивно, как следствие опускания стенок грудной клетки и эластичности легких.

Фаза выдоха существенно увеличивается в процессе речи. В отличие от фазы покоя, перед началом речи выполняется быстрый и более глубокий вдох (речевой вдох), который осуществляется через рот и нос, а «речевой» выдох – только через рот. «Речевой» вдох характеризуется определенным объемом, способным обеспечить поддержание подвязочного давления. Именно рациональный способ расходования воздушной струи определяет звучание высказывания. Время выдоха удлинится настолько, насколько необходимо звучание голоса в момент непрерывного произнесения интонационно-логически завершенного отрезка высказывания.

2 Фонаторный отдел периферического речевого аппарата: гортань и её голосовые складки. При фонации (порождение звука) происходит напряжение голосовых складок, они смыкаются, производя колебательные движения и именно это порождает голосовые волны.

Частотная и силовая характеристики человеческого голоса являются отражением амплитуды и частоты колебаний голосовых складок.

3 Артикуляционный отдел периферического речевого аппарата: полость рта, нижняя челюсть, язык, губы, глотка и мягкое небо. Артикуляция – это работа периферических органов речи по воспроизведению речи [6, с. 12].

Воспроизведение согласных звуков происходит в момент расслабленных мышечных стенок резонаторных полостей, в то время как в ротовой полости имеется локальный фокус произвольно сокращенных мышц.

Речевая артикуляция представляет собой произвольные движения, которым ребенок обучается в дошкольном возрасте. Для правильного развития речевой артикуляции в процессе речевого онтогенеза необходимы сложнейшие координаторные механизмы ЦНС, способные

регулировать специфическую точную работу мышц артикулярного аппарата, обеспечивающих устную речь.

Нервная система, состоящая из центральной и периферической частей, обеспечивает работу речевого аппарата.

Периферические нервы иннервируют мышцы речевого аппарата. Ядра, от которых они отходят, расположены в стволе головного мозга (варолиев мост и продолговатый мозг), а также в шейном и грудном отделах спинного мозга.

Центральная часть нервной системы, состоящая из нескольких отделов, которые тесно взаимодействуют между собой.

Итак, в продолговатом мозге расположены центры, регулирующие деятельность сердечно-сосудистой, дыхательной систем, а также другие вегетативные функции. Он обеспечивает произвольные функции сосания, глотания, чихания, моргания и др.

Через варолиев мост проходит двигательный (пирамидный) путь: от коры к мозжечку и общечувствительный путь: от ядер слухового нерва. В варолиевом мосту находится несколько ядер, в том числе слухового, лицевого и тройничного нервов.

Благодаря стволовым и подкорковым ядрам осуществляются элементарные безусловно-рефлекторные голосовые реакции, например, вскрикивание, стон, плач и смех.

На уровне таламуса формируются вегетативные и некоторые психические компоненты эмоций. Согласно данным ряда авторов, он принимает участие в контроле за спонтанной речью.

Основные просодические компоненты звуковой речи, а именно: темп, плавность, громкость, эмоциональную выразительность и индивидуальный тембр, происходят подкорково-мозжечковых ядрах и их проводящих системах.

Возбуждение, которое возникает в двигательных областях коры, передаётся мышцам речевых органов, а именно, через пирамидный путь

проходят импульсы от коры мозга к ядрам черепно-мозговых нервов, которые располагаются в продолговатом и спинном мозге, а далее к нижележащим функциональным структурам.

За реализацию двигательной стороны речи отвечает зона Брока, которая расположена в височной области. Восприятие речи находится под контролем зоны Вернике, расположенной на заднем участке височной извилины, на стыке первичной слуховой и двигательной коры головного мозга.

Зона Брока способствует воспроизведению речи, управляя речевой мускулатурой, а зона Вернике содействует распознаванию собственной речи и речи других людей.

Л.И. Беляева и Е.А. Дьякова (1998) с деятельностью правого полушария связывают регулирование активности речевых центров правого полушария, обеспечение психоустойчивости речевого слуха, интонационные характеристики речи, конкретность и предметность высказываний. А с деятельностью левого полушария, главным образом, связывают языковые уровни: фонологическая система, морфологический механизм словообразования, синтаксическое структурирование высказывания, кратковременная и долговременная словесная память [5, с. 45].

Моторная организация речевого акта формируется за счёт вторичных отделов постцентральной области и нижних отделов левой премоторной области. В постцентральной области анализируются ощущения движения речевых органов, которые поступают от их мышечных групп (кинестезии). В премоторной области происходит синтез программы речедвигательного акта (кинемы). В третичных отделах коры больших полушарий головного мозга происходит сложнейшая аналитико-синтетическая деятельность, результатом которой является перекодирование акустико-моторной информации в смысловые схемы.

Результатом деятельности речевых областей головного мозга является импульсация, которая проводится сначала к ядрам периферических нервов, а затем с их помощью к мышцам речевого аппарата [6, с. 67].

Согласно А.А. Леонтьеву (2014) процесс, который направлен на удовлетворение определенных потребностей субъекта является деятельностью [26, с. 67], в контексте нашего исследования – речевой.

Согласно определению И.А. Зимней (1997) речевая деятельность – «это активный, мотивированный, целенаправленный и содержательный процесс передачи и приёма информации опосредованной языком с целью удовлетворения коммуникативно-познавательной потребности человека [16, с. 34]. Данное определение является актуальным и в современной логопедии и педагогике. Так как именно потребность заставляет человека предпринимать активные действия, которые направлены на удовлетворение и важно создать условия для реализации действий.

Чтобы овладеть какой-либо деятельностью необходимо пройти процесс выполнения повторяющихся действий в определенных условиях, которые в итоге будут доведены до автоматизма. Далее будут вырабатываться новые способы действия при столкновении с препятствиями в ходе выполнения действий [2, с. 134].

Овладение речевой деятельностью предполагает необходимость освоения человеком определенного объема речевых действий. Речевые действия начинаются с мотива высказывания, возникающего в результате потребности в общении. Потребность в общении формируется как следствие наличия какой-либо ситуации, в которой говорящий человек хочет оказать влияние на слушателя для достижения определенной его реакции [2, с. 135].

Доведенные до автоматизма речевые действия представляют собой основу для дальнейшего речевого развития ребёнка (при нормотипичном

развитии) или для дальнейшего обучения устной речи (при нарушенном развитии). В обоих случаях для успешного освоения речевых действий должна использоваться естественная среда для общения. Именно через речевую активность формируется функция общения [25, с. 23].

Речь и умственная деятельность являются главными условиями в ориентировании человека в жизни. В речи отображается умственная деятельность, которая предвосхищает процесс и результат практической материальной деятельности.

Речевая активность представляет собой важное условие речевого развития, так как при её низком уровне формируется ограничение возможности развития психических функций человека. При этом необходимо отметить, что без общества и общения речь не возникает, исходя из этого можно утверждать, что речь – социальный продукт. В психолого-педагогическом контексте активность определяется как инициативность, готовность к деятельности [1, с. 56].

Определение термина «речевая активность» в психолого-педагогической литературе имеет несколько значений, одно из них гласит, что это деятельностное состояние человека, характеризующееся стремлением к речевой деятельности на уровне его языковых возможностей [1, с. 67].

В психологической науке речь принято понимать, как систему используемых человеком звуковых сигналов, письменных знаков и символов, передающих информацию.

Язык является системой условных символов, которые содействуют передачи сочетания звуков, имеющих определенное значение и смысл. Устная речь – это общение с помощью произнесения слов вслух, одним человеком, и восприятием, другим [32, с. 123; 33, с. 12].

Основные функции речи:

– получение новых знаний.

- общение людей друг с другом;
- обмен информации;

Таким образом, речь представляет собой сложнейшее явление человеческой психики, формирующееся как следствие взаимодействия различных уровней и областей мозга. Наличие и качественные характеристики речи зависят от совместной синхронной работы многих зон коры правого и левого полушарий при условии нормального функционирования нижележащих структур мозга.

Исходя из вышесказанного можно заключить, что речь представляет собой процесс общения с помощью языка. В психологии речь понимают, как процесс материализации мысли. Уровень сформированности и характер проявления речевой активности оказывают прямое воздействие на деятельность человека. Негативное влияние на психологическое развитие ребенка оказывает её низкий уровень.

1.2 Речь, как взаимодействие слухового и двигательного анализаторов, согласно речевому онтогенезу

Онтогенез речи и моторики с самого начала развиваются синхронно и на протяжении всей жизни остаются основными средствами адаптации человека в окружающем мире. Ряд авторов [11, с. 67; 6, с. 109] в своих работах прослеживают координированный темп развития и время появления новообразований с момента рождения и до 3-х лет. Это свидетельствует о нейрофизиологической общности развития моторной и речевой функциональных систем.

В период первого года жизни отмечается последовательное созревание ритмической активности различных структур головного мозга, что демонстративно отражается на генетически заложенных этапах формирования речи и движений [5, с. 111].

Развитие речи, которое присуще только человеку, подчиняется общим закономерностям системогенеза. На её примере можно показать роль включения отдельных функциональных систем в последовательном становлении её этапов. Хоть ребенок и рождается с органами, которые готовы функционированию, однако необходим длительный подготовительный период, перед произношением членораздельных звуков речи ребенком.

Наиболее важными в развитии речевых способностей являются речеслуховой и речедвигательный анализаторы. С процесса формирования интонации начинается свое развитие речь, начиная с речеслухового, а затем и речедвигательного анализаторов. Ребенок с первых месяцев жизни характеризуется избирательной чувствительностью к звукам человеческого голоса. Эта особенность имеет большое значение в процессе его приспособляемости, обеспечивая выживание в социальном окружении. Ребенок с помощью взрослого удовлетворяет не только биологические потребности, которые необходимы для жизни, но и получает другие ощущения, например, зрительные, тактильные, слуховые, двигательнo-кинeтические. Эти ощущения представляют собой основу для развития речи и интеллекта.

Речедвигательный анализатор формируется в доречевой период в тесном взаимодействии со слуховым и зрительным анализаторами. Большинство исследований доказано, что весь процесс сенсорного восприятия, в том числе и речь, осуществляются с участием двигательных импульсов. Исходя из этого можно заключить, что в формировании лепета и речи большую роль играют развитие движений.

Выявлено, что коротких звуков на более протяжные, которые требуют длительного сокращения мышц, происходит в возрасте 2-2,5 месяцев, совпадая с временем новой стадии в развитии движений ребенка: удержание головы, поворачивание со спины на бок, проявляет двигательный интерес к игрушкам и т.д. С точки зрения физиологического

фактора, звуки гуления произносятся в момент выдоха, поэтому они могут быть осуществлены только в момент наличия двигательной основы, которая оказывает своеобразную тренировку речевого дыхания.

В возрасте 7-8 месяцев начинает активно функционировать речеслуховой анализатор, а к первому году – речедвигательный, таким образом понимание речи развивается быстрее, чем её произношение. Выраженное влияние в этом процессе играют общение со взрослым, развитие ориентировочной деятельности и двигательного-кинестетического анализатора [28, с. 50].

Строение речеслухового анализатора:

1 Периферический отдел: ухо с заключённым в нём аппаратом, воспринимающие звуковые раздражения.

2 Проводниковый отдел, проводящий воспринятое слуховое раздражение в центральную нервную систему.

3 Центральный, корковый конец – левая височная доля.

Данный анализатор перерабатывает, осознает слуховые раздражения как звуки речи данного языка (фонемы).

Строение речедвигательного анализатора:

1 Центральный отдел: кора двигательных отделов мозга. В данном отделе формируются артикуляторные импульсы.

2 Проводниковый отдел, состоящий из нервных путей, которые связывают кору мозга с исполнительным двигательным аппаратом.

3 Периферический двигательный аппарат речи:

– артикуляторный аппарат: губы, зубы, язык, небо, глотка;

– голосовой аппарат: хрящи гортани, голосовые складки;

– дыхательный аппарат: бронхи, легкие, диафрагма.

В своей работе В.И. Бельтюков (1973) обратил внимание на то, что акустическим и артикуляционным дифференциальным признакам согласных фонем свойственны отношения диссоциации, а именно лучше

воспринимаемые на слух звуки появляются в произношении позднее, чем хуже воспринимаемые и акустически близкие фонемы дифференцируются раньше, чем сравнительно далекие [4, с. 4].

Функции слухового и речедвигательного анализаторов формируются на разных дифференциальных признаках, первая – на акустических, вторая – на артикуляционных.

Нарушение в любом отделе речедвигательного и/или речеслухового анализатора способствует развитию различных нарушений речевого развития и речевой деятельности.

В норме в процессе развития речи устанавливаются прочные связи между слуховым и двигательными образами фонем. При восприятии речи в силу указанных связей первые из этих образов, подкрепляются и дополняются вторыми.

В норме ребенку не требуется специального обучения для овладения речевой активностью. Условия, когда люди общаются с ребенком и между собой на языке данной среды, является главным фактором успешного развития речи ребенка. Развитый слух, зрение и артикуляционные навыки, вот основные факторы для того, чтобы ребенок научился говорить и воспринимать речь [3, с. 13].

Процесс становления и развития речи отдельного индивида является онтогенезом речи.

Классификация онтогенеза речи, согласно развитию определенного аспекта языковых способностей:

1 Доречевой период начинается с момента рождения и продолжается до 1 года 9 месяцев и характеризуется развитием потребности в общении, формировании и развитии протоязыка. Критерии голосового развития: крик – гуление – лепет.

2 Языковой период начинается с 1 года 9 месяцев и продолжается до 6 лет и характеризуется формированием языковых компетенций, как интуитивно усвоенных единиц, правил, норм функционирования системы

языка. Когнитивно-языковой определяется как взаимодействие между развитием мышления и языка. Критерии голосового развития: формирование ментального «лингвистического архива» в сознании у ребенка – языковая организация [23, с. 7].

Уровни коммуникативной компетенции:

1 Довербальный – это уровень, когда у детей отсутствуют или имеются ограниченные навыки ранней коммуникации, которые предшествуют устной речи. Основные средства общения детей, с помощью которых они обозначают свое состояние – набор смысловых и указательных жестов, крик, плач, эмоциональные звуки. При этом у них отсутствует понимание речи и потребность в общении.

2 Аморфный – это уровень, когда дети начинают использовать в речи аморфные слова, а именно те, которые состоят из 1-2 слогов. Данная группа детей понимает небольшой набор бытовых инструкций и реагируют на собственное имя.

3 Функциональный – это уровень, когда дети начинают пользоваться простыми предложениями, используя 2-3 аморфных слова. Отсутствуют навыки словоизменения и словообразования. Сильно искажена звуковая структура слов, лексический запас крайне беден. Понимание речи находится на уровне бытовой инструкции.

Подражание взрослым представляет собой основу речевого развития, т.к. при подражании устанавливается связь между определенным сочетанием звуков и объектом, например, между словом «стол» и самим предметом. Исходя из этого в процессе многократного повторения развивается и закрепляются умения произносить звуки, слоги, слова и фразы [7, с. 34].

3 Собственно речевой период начинается с 6-ти лет и характеризуется формированием и функционированием когнитивно-речевых механизмов понимания и продуцирования речи (текстов), которые выявляют своеобразие речевого поведения языковой личности [23, с. 7].

Этапы становления речевой деятельности (А.Н. Леонтьев):

1 Подготовительный (от 0 до 1-го года) этап характеризуется появлением первых голосовых реакций в виде крика и плача, далее – гуление и лепет. К концу первого года ребенок может произносить первые слова, например, «мама», «папа» и т.д.

Речевая активность на данном этапе отсутствует, но закладываются основы в виде:

- совершенствуется слуховое и зрительное восприятие;
- начальное формирование обращенной речи и умение подражать взрослому;
- формируется пассивный словарный запас.

По мнению Т.Е. Браудо и соавт. (2017) данный период является подготовительным по отношению собственной речевой деятельности. Дети начинают практиковаться в артикуляции отдельных звуков, слогов и слоговых комбинаций совместно с координацией слуховых и речедвигательных комбинаций. Ребенок отрабатывает интонационные структуры родного языка с формированием предпосылок развития фонематического слуха. Развитие фонетической стороны речи находится в тесной связи с развитием двигательной сферы и совершенствованием работы периферического речевого аппарата [9, с. 44].

2 Преддошкольный (от 1 до 3-х лет) этап характеризуется активным повторением и произношением слов за окружающими ребенка людьми. Важным моментом в речи ребенка на данном этапе является формирование фразовой речи (конец 2-го года). К концу 2-го и началу 3-го года ребенок использует речь, как основное средство общения со взрослыми, это проявляется в виде активных вопросов с его стороны и ответов на задаваемые ему вопросы [36, с. 161].

Исходя из вышесказанного на данном этапе у детей формируется речевая активность, которая пока носит упрощенный характер.

Понимание речи взрослого значительно превосходит возможности произношения. Важным является понимание сложных высказываний, например, «на улице светит солнце, позови папу, и мы пойдем гулять» [9, с. 44].

3 Дошкольный (от 3-х до 7-ми лет) этап характеризуется возрастанием потребности в общении. Начинает интенсивно пополняться активный словарь ребенка, с одновременным возрастанием способности к словотворчеству, например, рифмование слов и сочинение собственных слов. Именно с 3-х лет начинает интенсивно развиваться фонематическое восприятие и повышаться качество звукопроизношения [27, с. 145].

В отличии от преддошкольного этапа, способности детей дошкольного возраста характеризуются:

- обширный словарный запас;
- достаточно высокий уровень обращаемой речи;
- четкость речи возрастает, а именно фонематический слух развивает в большей мере, что дает большую разборчивость воспринимаемой речи и содействует лучшему звукопроизношению.

Процесс коммуникации на данном этапе более содержателен и разнообразен. К 3-му году жизни, постепенно овладевая речью, как средством общения, дети начинают испытывать все большую потребность в общении, другими словами, они начинают проявлять инициативу к речевой активности [13, с. 32]. Речевая активность проявляется в виде коммуникабельности, инициативности и умения вести диалог и монолог. Все это является важным условием для познавательного, социального и эмоционального развития [2, с. 123].

С 4-х лет усложняется фразовая речь, что характеризуется использованием в речи предложений из 5-6 слов, с применением предлогов и союзов. К пяти годам дети способны описать картину, хорошо запоминать и рассказывать стихотворения, усваивая обширный словарь.

Характерные особенности речевого общения у детей старшего дошкольного возраста:

- владение навыками словоизменения и словообразования;
- расширение активного словаря, который выходит за рамки обиходного;
- умение формировать мысли в формате короткого текста (монологичная речь).

К семи годам происходит приобретение разговорно-бытового стиля речи. Ребенок активно и инициативно применяет речь, как средство общения. Речевое развитие ребенка старшего дошкольного возраста и одновременное формирование речевой активности также зависят от вовлеченности взрослого в процесс общения с ребенком и их совместную деятельность.

Основываясь на определении речевой активности и онтогенезе речи детей дошкольного возраста, выделяют ряд аспектов, которые необходимы для её формирования:

- слуховое развитие развито на достаточном уровне;
- понимание обращенной речи;
- пассивный и активный словарь развиты хорошо;
- фонетическая сторона речи хорошо сформирована;
- диалогическая и монологическая речь развиты на должном уровне;
- постоянная речевая практика в процессе совместной деятельности со взрослым [21, с. 45].

Согласно Т.Е. Браудо и соавт. (2017) данный период характеризуется формированием контекстной речи: отвлеченная, обобщенная, лишенная наглядной опоры. Контекстная речь появляется сначала при пересказе ребенком сказок, рассказов, затем при описании каких-нибудь событий из его личного опыта, его собственных переживаний, впечатлений. Артикуляционное развитие характеризуется появлением возможности подъема кончика языка вверх и напряжения спинки языка (после 3 лет).

Позже (к 5 годам) появляется возможность вибрации кончика языка [9, с. 45].

Таким образом, в развитии речи ребенка ведущая роль отводится речеслуховому и речедвигательному анализаторам, при нарушении которых формируются стойкие нарушения речи. Обращенную речь помогает понимать уровень сформированности активного и пассивного словаря. Сформированность фонетической стороны речи заключается не только в понимании обращенной речи, но и в понимании собственной. Все это в совокупности с постоянной практикой речевого общения с окружающими стимулирует развитие речевой активности ребенка дошкольного возраста.

1.3 Клинико-психолого-педагогическая характеристика ребёнка старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации и особенности его устной речи

Клинической особенностью ребенка после кохлеарной имплантации является сниженная речевая активность, по сравнению с нормально развивающимися детьми, однако, до проведения имплантации, речь могла полностью отсутствовать. Важно отметить, что в дошкольном возрасте дети не используют устную речь при общении, заменяя её письменной или жестовой. В старшем дошкольном возрасте (5-6 лет) дети, перенесшие кохлеарную имплантацию, могут вербально отвечать на вопросы, используя более развернутые ответы, в отличие от младшего дошкольного возраста. Также известно, что соотношение образа и слова формируется ближе к школьному возрасту.

Кохлеарная имплантация представляет собой систему мероприятий, которая включает:

- отбор детей, т.е. определение показаний и исключение противопоказаний к проведению данной манипуляции;

- проведение хирургической операции;
 - первое включение речевого процесса и его настройка;
 - послеоперационная слухоречевая реабилитация (коррекция)
- [22, с. 34].

У детей после кохлеарной имплантации отмечается несформированность мыслительных операций, а именно синтеза и обобщения. В период старшего дошкольного возраста наблюдается снижение уровня понятийного мышления и присутствует конкретный и функциональный способ обобщения.

Особенности развития внимания у детей с нарушенным слухом связаны с тем, что для них большое значение отводится зрительному анализатору, так как основная нагрузка при переработке поступающей информации ложится именно на него. Исходя из этого у детей с нарушенным слухом наблюдается неустойчивое состояние вегетативной нервной системы и повышенная утомляемость. Одной из особенностей внимания у детей после кохлеарной имплантации является высокий уровень скорости внимания, который приближен к здоровым детям.

Стадии развития психической деятельности у детей после кохлеарной имплантации:

1. Первый год ношения имплантата (период проб и ошибок): ребенок использует синкретический способ мышления, а именно перечисление отдельных предметов, обобщение предметов по одному из представленных знакомых слов для ребенка

2. Первые 8 лет ношения имплантатов характеризуется вторичным этапом образования понятий. В данный период ребенок начинает руководствоваться не объективными связями, которые открывают в окружающих вещах, а субъективными связями, в отличие от первых, ребёнку подсказывает собственное восприятие. Объединение понятий происходит по функциональным признакам предметов.

3. С 9 до 12 лет ношения имплантата характеризуется высшим уровнем образования понятий (категориальный), т.е. слово относится к одному синкретическому значению на основе главных, существенных признаков [19, с. 59].

Выявлено, что процесс обучения связан с общением. Таким образом, у детей с остаточным и сниженным слухом отмечается нарушение речевого общения. Развития слухового восприятия является источником накопления словарного запаса, расширяющего возможности речевого общения.

Выявлено, что эмоциональное состояние детей, перенесших кохлеарную имплантацию, характеризуется наличием стресса, причиной которого является нервно-психическое напряжение. Данные дети выражают потребность в активном образе жизни и желании справиться с поставленными перед ними задачами [19, с. 60].

В результате врожденной глухоты и отсутствии использования слухового аппарата до момента операции у ребёнка не будут сформированы навыки восприятия звуковых сигналов. И как следствие, реабилитационная программа после кохлеарной имплантации включает различные этапы восприятия акустической информации.

Речевое развитие детей, перенесших данную операцию обладает определенными специфическими характеристиками, однако И.В. Королева (2016) отмечает, что в развитие детей после операции, и детей, которые пользуются слуховыми аппаратами, присутствует определенное сходство. После проведения КИ и проведения соответствующих настроек процессора порог слуха у детей соответствует первой степени тугоухости. Исходя из этого у детей есть потенциальная возможность понимать речь окружающих и развивать свою фразовую речь. Однако, это может сформироваться только в процессе прохождения слухоречевой реабилитации и ряда сопутствующих фактором, например, вовлеченности родителей [23, с. 231].

У детей с имплантатом выявляют следующие нарушения составляющих устной речи:

- фонемо-фонологической;
- семантико-лексической;
- синтактико-морфологической;
- прагматической.

Развитие речи ребенка зависит от большого количества факторов, в особенности от времени потери слуха, так как установлено, что ранняя глухота оказывает более выраженное негативное воздействие на речевое развитие. Р.М. Боскис (1988) и Т.М. Власова (1996) выделили две основные группы детей с нарушением слуха:

1 Ранооглохшие дети – это категория детей, которая характеризуется утратой слуха до 2-х лет, либо её врожденное отсутствие.

2 Позднооглохшие дети – это категория детей, которая характеризуется утратой слуха после 3-х лет, но наличием уже сформированной речи [8, с. 23; 12, с. 45].

Если в процессе коррекции отсутствовало адекватное педагогическое сопровождение, то долингвально оглохший ребёнок не овладеет речью, даже если будет слышать звуки речи с помощью кохлеарного импланта. Таким образом послеоперационная реабилитация таких детей характеризуется длительностью и трудоемкостью, в среднем от пяти лет и больше.

Реабилитация позднооглохших детей проходит более успешно, чем у ранооглохших, являясь подтверждением роли слуха в становлении речевой деятельности детей [22, с. 134]. До освоения устной речи дети с хорошо развитым слуховым восприятием усваивают значения слов, многократно воспринимаемых из окружающей речи. Формирование понимания обращенной речи и связь слов с окружающими предметами и явлениями происходит в результате того, что любая деятельность ребенка

сопровождается речью взрослого. Далее, начиная с отдельных слов и элементарных фраз, у него развивается связная речь [14, с. 21].

Исходя из вышесказанного, можно заключить, что хорошо развитый слух способствует накоплению у ребенка словарного запаса, пониманию обращенной речи и овладению навыков обращения. К школьному возрасту ребенок овладевает устной речью самостоятельно при нормально развитом слуховом восприятии. У детей с нарушением слуха процесс становления речевой активности происходит иным образом.

После проведенной КИ и настройки процессора дети дошкольного возраста, которые потеряли слух до 2-х лет, по уровню понимания речи развития собственной речи соответствуют состоянию как при тотальной глухоте. Таким образом, дети после КИ приобретают возможность слышать на уровне первой степени тугоухости, но они не могут интерпретировать воспринимаемые звуки, ограниченный в понимании обращенной речи и обладают скудным активным и пассивным словарным запасом [23, с. 156].

Причиной того, что ребенок воспринимает одно и то же слово по-разному, не связывая его с конкретным предметом или явлением, является недостаточная разборчивость воспринимаемой на слух речи. Нарушенные слуховые функции в значительной степени затрудняют освоение в произношении звуков, т.к. ребенок не может осуществлять слуховой контроль над собственной речью. Ограниченные возможности к слуховому контролю речи затрудняют возможность ребенка к самостоятельному обучению движениям артикуляционного аппарата, что в последующем снижает процесс накопления словарного запаса и овладения грамматическим строем языка [40, с. 489].

У детей старшего дошкольного возраста с нарушением слуха также отмечают неверное употребление слов, застенчивость и низкую речевую активность.

Низкая речевая активность способствует:

- снижению познавательной активности;
- ограничению круга общения;
- формированию специфических черт характера: неумение устанавливать контакт с собеседником или поддержать инициированную другим человеком беседу [39, с. 13].

Исходя из описанных выше ограничений дети старшего дошкольного возраста до и после КИ прибегают к альтернативным способам коммуникации с окружающими, без участия речи. С целью привлечения внимания они используют жесты, вокализацию и в меньшей мере отдельные слова, которые дети уже успели выучить до проведения операции. Таким образом, нарушенные слуховые способности задерживают не только речевое развитие, но и формирование нормальной речевой активности.

Главным отличием развития ребенка после КИ и нормально сформированными слуховыми способностями является то, что первому для полноценного речевого развития и формирования речевой активности необходима помощь специалистов, а без нарушений слуха развитие речи и формирование речевой активности происходит самостоятельно [22, с. 78].

Таким образом, основными особенностями речевого развития детей, перенёвших кохлеарную имплантацию является сниженное понимание обращенной речи, ограниченный словарный запас, неверное употребление слов, нарушение звукопроизносительной стороны речи и грамматического строя, застенчивость, и низкая речевая активность. У данных детей несформированные мыслительные процессы, однако, скорость понимания может соответствовать здоровым детям, а в ряде случаев быть выше. Они быстро утомляются и подвергаются формированию стресса и депрессии в результате нервно-психического напряжения. Однако, чем больше срок ношения импланта, тем выше показатели речевого развития и понятийного мышления.

1.4 Роль взаимодействия логопеда и сурдопедагога в процессе коррекции устной речи ребёнка старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

Кохлеарный имплантат обеспечивает возможность слышать окружающие звуки, но их восприятие и понимание речи представляет собой более сложный процесс, включающий также:

- умение различать сигналы и выделять в них важные для узнавания признаки;
- способность узнавать изолированные слова в слитной речи;
- понимать смысл высказываний;
- выделять сигналы из шума и др. [20, с. 46].

Через месяц после операции проводится настройка имплантата, которая направлена на формирование у ребёнка полноценных слуховых ощущений. В последующем начинается длительный процесс по слухоречевой реабилитации, эффективность которой зависит от своевременной и правильной организации медицинской и психолого-педагогической помощи.

Основной целью сурдопедагогической помощи после кохлеарной имплантации является обучение детей воспринимать новые звуковые ощущения, а также понимать их значение и использовать этот опыт в процессе развития речевых способностей. Важно научить ребёнка в короткие сроки воспринимать звуковые сигналы с помощью импланта.

Для решения данной цели важна комплексная, целенаправленная и систематическая работа сурдопедагога и логопеда.

Сурдопедагог представляет собой ведущего специалиста, который координирует разработку индивидуальной программы, а также её

выполнение и коррекцию. В процессе своих занятий он занимается развитием слухового и речевого восприятия и понимания.

По мнению Я.Е. Савельевой (2016) логопед способствует развитию просодической стороны речи и формированию произвольных навыков [37, с. 68].

При работе с детьми, перенесших кохлеарную имплантацию, важно, чтобы и логопед, и сурдопедагог одинаково хорошо владели методиками логопедической работы и развития слухового и слухоречевого восприятия [29, с. 29].

Факторы, которые необходимо учитывать, в первую очередь должны быть связаны с ребенком, перенесшим КИ, его семьей и окружением, а также используемыми коррекционными методами.

Перед составлением курса реабилитации важно учесть индивидуальные особенности ребенка, в частности уровень его успеваемости в академических, речевых и слуховых задачах, а также сопутствующие нарушения.

В процессе совместной работы логопед фокусируется на развитии навыков слушания с целью облегчения процесса по овладению языком, а сурдопедагог сосредотачивается на развитии академических навыков, т.е. тех, которые необходимы для эффективной учебной деятельности на различных этапах образовательной программы (прослушивание, внимание к деталям, техническая грамотность и др.) [15, с. 170].

В процессе послеоперационной реабилитации детей с имплантатом логопедическая работа включает в себя понимание речи в специально организованных и естественных ситуациях общества (пассивный словарь, грамматические значения) и развитие языковой способности, которое заключается в дифференциации грамматических форм, языковом синтезе и анализе.

Составление программы работы по реабилитации с ребенком после кохлеарной имплантации заключается на первоначальном выявлении,

различении при парном сравнении и узнавании при закрытом выборе 4-х типов звуковых сигналов:

- бытовые звуки, а именно неречевые звуки, которые создает человек (звонок телефона, скрип двери, шаги, кашель и т.д.);
- слова;
- короткие фразы;
- фонемы [20, с. 76; 21, с. 156].

Важно отметить, что первоначальный этап слухового и слухоречевого развития ребенка после кохлеарной имплантации претерпевает ряд трудностей. В данный период большое значение отводится работе логопеда, сурдопедагога и родителей для формирования у ребенка интереса к окружающим бытовым звукам. За короткий период необходимо достичь параметров первой настройки неречевой звуковой речи.

Особое значение на начальном этапе отводится интенсивной слуховой работе, так как детям очень важно осознать разницу между звуками и их первостепенное значение, например, звук голоса, звук воды или звонка. Если в первые 2-4 недели после кохлеарной имплантации получается решить данные задачи, то у ребенка повышается уровень мотивации к использованию кохлеарного импланта. Ребенок постепенно начинает воспринимать и отличать различное количество звуков, начиная с бытовых звуков, которые издают животные, человек, птицы, а далее к звукам транспорта и т.д. Важно отметить, что для включения этих звуков у ребенка необходима ежедневная работа родителей, совместная с логопедами и сурдопедагогами. 70-80 % успеха зависит от их совместной и кропотливой работы, где родители строго придерживаются всех рекомендаций специалистов [5, с. 128].

Таким образом, чтобы достичь оптимальных результатов в коррекции речи у детей после кохлеарной имплантации важна совместная работа сурдопедагога и логопеда. Коррекционная работа, которая строится

на взаимодействии специалистов, способствует удовлетворению потребностей ребенка и достижению желаемых результатов. Каждый из специалистов решает узконаправленные задачи, например, сурдопедагог диагностирует трудности ребенка с ограниченными слуховыми возможностями и в дальнейшем создать отдельную программу «речь в шуме» в импланте с целью его использования в неблагоприятных условиях прослушивания. Целенаправленное и тесное сотрудничество логопеда и сурдопедагога позволяет подвергать коррекционную программу постоянной адаптации для поддержания реалистических ожиданий на протяжении всего курса реабилитации.

Выводы по 1 главе

Исходя из вышесказанного можно заключить, что речь представляет собой процесс общения с помощью языка. В психологии речь понимают, как процесс материализации мысли. Без развитого на должном уровне слухового восприятия полноценное понимание обращенной речи затруднено. Обращенную речь помогает понимать уровень сформированности активного и пассивного словаря. Сформированность фонетической стороны речи заключается не только в понимании обращенной речи, но и в понимании собственной.

Всё это в совокупности с постоянной практикой речевого общения с окружающими стимулирует развитие речевой активности ребёнка дошкольного возраста.

Основными особенностями речевого развития детей, перенёсших кохлеарную имплантацию является сниженное понимание обращенной речи, ограниченный словарный запас, неверное употребление слов,

нарушение звукопроизносительной стороны речи и грамматического строя, застенчивость, и низкая речевая активность.

Чем раньше установлен имплантат и больше срок его ношения, тем выше показатели речевого развития и понятийного мышления.

Важно отметить, что первоначальный этап слухового и слухоречевого развития ребенка после кохлеарной имплантации претерпевает ряд трудностей. В данный период большое значение отводится работе логопеда, сурдопедагога и родителей для формирования у ребенка интереса к окружающим бытовым звукам. За короткий период необходимо достичь параметров первой настройки неречевой звуковой речи.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ИЗУЧЕНИЮ УСТНОЙ РЕЧИ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ

2.1 Анализ существующих методик диагностики устной речи у детей старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

Установлено, что дети дошкольного возраста, перенёвшие кохлеарную имплантацию, являются особой группой, которая требует точной диагностики состояния слухоречевого развития для определения имеющихся особенностей.

Определение уровня слухоречевых возможностей у детей, перенесших данную операцию и с нарушением слуха в целом, является основной задачей коррекционной работы логопеда и сурдопедагога. Организация условий и методов обследования уровня восприятия устной речи должна учитывать принципы возрастных особенностей детского развития, так как структура диагностических заданий базируется на генетическом и структурно-семантических принципах. Приёмы диагностики должны так же соответствовать онтогенетическим и филогенетическим данным, обеспечивая анализ слухоречевого развития, который складывается в онтогенезе [10, с. 22].

Одними из наиболее востребованных методик по диагностике слухового восприятия речи у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации являются:

1 Батарея тестов «Оценка слухоречевого развития с кохлеарным имплантатом EARS» (русскоязычная версия). Данная методика разработана для оценки сформированности слухоречевого восприятия. Комплекс состоит из семи тестов и двух анкет, позволяющих оценить навыки слухоречевого восприятия и применение устной речи у детей.

Батарея тестов позволяет оценить следующие слухоречевые навыки:

– обнаружение;

– различие;

– узнавание;

– опознавание и понимание на примере разнообразного звукового материала: неречевые звуки, фонемы, изолированные слова различной слоговой структуры, слова в слитной речи, знакомые и нет повествовательные предложения, вопросы [20, с. 134].

2 Методика О.В. Зонтовой «Оценка слухового восприятия глухих детей младшего дошкольного возраста». Данная методика включает 4 серии заданий для оценки неречевого и речевого слуха.

Методика определяет:

– наличие условно-диагностической реакции на неречевые и речевые звуки;

– уровень восприятия звуков окружающего мира;

– способность к дифференциации неречевых и речевых звучаний;

– анализ количественных и качественных характеристик неречевых сигналов и экстралингвистических характеристик речевых сигналов [17, с. 12].

3 Методика И.А. Сатаевой. Данная методика заключается в беседе и наблюдении и определяет:

– поведенческие реакции и эмоциональное взаимодействие на звуки;

– анализ состояния уровня доречевых форм общения: мимика, жесты, предречевые вокализации (крик, гуление, лепет, протослова);

– понимание устной речи;

– формирование навыка естественной коммуникации.

Данную методику целесообразно использовать с детьми долингвально и перилингвально оглохшими, и перенесшими кохлеарную имплантацию, ориентируясь на ранний слуховой и речевой онтогенез [38, с. 45].

4 Комплекс заданий на слуховое восприятие детей по С.В. Феклистовой. Данная методика направлена на выявление «более тонких слуховых дифференцировок»:

- различие разных по звуковому составу слов;
- различие близких по звуковому составу слов;
- различие слов, которые отличаются одним звуком;
- различие разных по длине слов;
- различие слов, одинаковых по длине, но имеющих разное место ударения;
- различие слов одинаковых по длине и ритмической структуре [41, с. 27].

5 Методика Е.Л. Черкасовой для диагностики слухового восприятия у детей среднего и старшего дошкольного возраста с минимальными нарушениями слуха. Данная методика состоит из четырех блоков:

- обследование слуха речевыми стимулами, которые представлены низко- и высокочастотными словами из списка Л.В. Неймана или таблиц А.М. Ошеровича;
- обследование звукопроизносительных умений, сохранности слоговой структуры слов и соблюдение ударности;
- обследование фонематических процессов, а именно восприятия, анализа и представлений;
- обследование лексической системы языка [42, с. 13].

6 Методика Т.В. Обуховой и Е.Н. Сороковой «Изучение состояния слухового восприятия» [31, с. 12].

7 Методика А.Л. Казанской и А.А. Сидельниковой по изучению слухового восприятия у дошкольников с различными нарушениями в развитии.

Данная методика основана на изучении пяти основных компонентах слухового восприятия, используя материалы неречевых и речевых звучаний:

1) пространственный компонент: локализация источника и направление звучания;

2) Временной компонент: исследование длительности звучания;

3) тембровый компонент: дифференциация на слух звуков музыкальных инструментов, голосов разной тембровой окраски;

4) динамический компонент: дифференциация на слух громких и тихих звуков;

5) ритмический компонент: воспроизведение ритмических последовательностей [18, с. 112].

8 Методика Е.Г. Молчановой «Комплекс коррекционно-диагностических игр на слуховое внимание».

Данная методика основана на четырех основных и дополнительных с повышенной сложностью блоках:

1) воспроизведение неречевых и речевых звуков окружающего мира:

– идентификация;

– локализация;

– дифференциация;

– определение паралингвистических характеристик звуковых стимулов;

2) задания на сформированность слуховой дифференциации речевых стимулов:

– на основании слов-квазиомонимов;

– определение правильности слова и подбора рифмы;

3) восприятие на слух речевого материала: простые фразы, задания, инструменты;

4) задания на сформированность навыков элементарного фонематического анализа и синтеза [30, с. 34].

Составной частью существующей методики педагогического обследования слуховой функции является изучение неречевого и речевого слуха.

Порядок диагностических заданий по речевому слуху у детей с кохлеарным имплантатом:

1. На материале разночастотных звуков.
2. На материале слогосочетаний.
3. На материале лепетных и полных слов.
4. На материале фраз.

Типы заданий, которые должны входить в методику изучения сформированности речеслуховой функции:

- определение условной диагностической реакции на звук;
- определение характеристик звучания: количество, длительность, громкости и т.д.;
- воспроизведение ритмических последовательностей;
- определение и дифференциация слуховых характеристик слов, а именно соблюдение ударности и слоговой структуры;
- понимание и воспроизведение связных высказываний, фраз, простых вопросов и поручений [10, с. 21].

Особенности развития детей с имплантатом определяют специфику способов предъявления заданий, а именно в начале на слухо-зрительной основе, а затем – на слуховой. При моноуральной имплантации диагностическая работа ведется со стороны имплантированного уха, с соблюдением расстояния между ребенком и педагогом в 1 метр на начальном этапе, с постепенным увеличением.

Важно учитывать наличие игровой формы при выполнении диагностических упражнений, что свидетельствует о необходимости дополнительного материала в виде картинок, игрушек, звучащих предметов.

Практические рекомендации в процессе диагностики:

1. Расположение логопеда (сурдопедагога) должно быть со стороны имплантата на расстоянии до 1 метра.

2. Во время обследования должны быть исключены все посторонние шумы.

3. В процессе беседы с ребенком важно использовать короткие фразы, с четкой артикуляцией и интонационным выделением ключевых слов.

4. Голос педагога должен соответствовать уровню разговорной громкости.

5. Все свои действия и действия ребенка педагог должен комментировать с целью лучшего понимания и запоминания речевого материала.

6. При постановке вопроса важно избегать незнакомых и новых слов.

7. Деятельность и поведение ребенка необходимо поощрять или пресекать с помощью речевых реакций с соответствующей эмоциональной окраской и адекватными действиями взрослого.

Исходя из вышесказанного, можно заключить, что комплекс мер диагностики по оценке уровня речи у детей, перенесших кохлеарную имплантацию, является не только мерой по изучению эффективности проведенного оперативного вмешательства, но и представляет собой неотъемлемую часть слухоречевого развития в целом, которое затрагивает все его уровни.

2.2 Организация исследования и оценка взаимодействия логопеда и сурдопедагога в коррекции устной речи детей старшего дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

Исследование проводилось на базе дошкольное образовательное учреждение « Детский сад №310 г. Челябинска». Юридический адрес образовательной организации г. Челябинск, Советский район, ул. Курчатова 20 А.

Основной критерий подбора испытуемых был период дошкольного возраста и перенесенная кохлеарная имплантация.

Для работы были подобраны дети со схожим медицинским анамнезом и уровнем речевого развития, чтобы более наглядно проследить эффективность работы сурдопедагога и логопеда.

В исследовании участвовало 2 мальчика в возрасте 4 лет, перенесших кохлеарную имплантацию в возрасте 3-х лет.

Анализ истории медицинской карты выявил, что оба ребенка родились с нормальным слуховым развитием.

Данил М. начал терять слух в возрасте 8-ми месяцев, Александр Б. в возрасте 1 года. До 2-х лет детям не было прописано медицинского лечения и вспомогательных слуховых аппаратом, с целью самостоятельной нормализации слуха.

С 2-х до 3-х лет детям было прописано ношение слухового аппарат, в результате развития тугоухости II степени – 41-55 дБ (неспособность слышать тихие звуки и звуки средней громкости, разборчивость речи затруднена в значительной степени, в особенности при фоновом шуме). До проведения имплантации дети не посещали занятий с сурдопедагогом.

В возрасте 3-х лет родители, по рекомендации врачей, согласились на проведение слухопротезирования с помощью кохлеарного имплантата.

Результаты начального обследования речи детей: Фразовая речь не сформирована, дети используют лепетные слова, дополняя жестами. Словарный запас ограничен, используют некоторые обиходные слова. Недостаточная сформированность речевых средств в следствие нарушения слуха.

Особенности программы совместной работы логопеда и сурдопедагога с ребёнком после кохлеарной имплантации представлены в таблице 1.

Коррекционная работа строилась исходя из слуховых и индивидуальных возможностей ребенка и уровня его речевого развития.

Таблица 1 – Программа коррекции устной речи детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации во взаимодействии логопеда с сурдопедагогом

Данил. М., возраст – 4 года	Александр, Б. – возраст 4 года.
1 – этап (год с момента установки КИ). Работа с сурдопедагогом по развитию слухового и слухоречевого восприятия.	Работа с сурдопедагогом по развитию слухового и слухоречевого восприятия. Продолжительность работы на момент итогового обследования составила 1 год 6 месяцев.
2 – этап (продолжительность 6 месяцев после окончания 1 этапа) Работа с сурдопедагогом по развитию слухового и слухоречевого восприятия. Работа с логопедом с целью активизации речевой деятельности ребёнка, расширению объёма пассивного словаря, развитию подражательной стороны речевой деятельности	

При изучении речевого развития использовались традиционные методы логопедического обследования.

1 Обследование уровня понимания обращенной речи по методике Н. С. Жуковой и Е. М. Мастюковой.

Авторы выделяют пять уровней понимания речи:

Нулевой уровень – характеризуется отсутствием у ребёнка воспринимать речь окружающих, иногда реагируя на своё имя, и крайне редко на интонации, которые могут что-то запрещать или поощрять (0-2 балла).

Ситуативный уровень – характеризуется способностью у ребёнка понимать просьбы, которые связаны с предметами, окружающие его в быту. Ребёнок знает имена близких, а также названия своих игрушек, также способен показывать части тела у себя или кого-нибудь другого. Но не способен различать по словесной инструкции изображений предметов или игрушек, которые ему хорошо знакомы (3-11 баллов).

Номинативный уровень – характеризуется способностью у ребенка хорошо ориентируется в названиях предметов, которые изображены на отдельных картинках. Однако он затрудняется при ориентировке в названиях действий, изображенных на сюжетных картинках, а также не понимает вопросов косвенных падежей (Чем? Кому? С кем? И т. п.) (12-15 баллов).

Предикативный уровень – характеризуется способностью у ребёнка знать много названий действий, без затруднений ориентируется в вопросах косвенных падежей, поставленных к объектам действий, изображенных на сюжетных картинках; различает значения нескольких предлогов (на, в, около). Однако он не различает грамматических форм слов (16-20 баллов).

Расчлененный уровень – характеризуется тем, что ребёнок различает изменения значений, вносимых флексиями, приставками, суффиксами (стол – столы, улетел – прилетел) (21-24 балла).

Данная методика определяет уровень сформированности лексико-грамматического строя речи у обследуемых детей [Жукова, с. 45].

2 Обследование объема пассивного и активного словаря по методике Н. В. Серебряковой [Кузнецова, с. 167]. Нами использовалась упрощенная версия методики, в силу того, что у детей ограничен уровень обращенной речи.

Во время исследования объема пассивного словаря детям предъявлялись последовательно группы картинок с просьбой показать названный педагогом предмет.

Уровни сформированности пассивного и активного словаря:

Высокий уровень – правильный показ (называние) от 380 до 390 слов.

Выше среднего – правильный показ (называние) от 370 до 379 слов.

Средний – правильный показ (называние) от 340 до 369 слов.

Ниже среднего – правильный показ (называние) от 300 до 339 слов.

Низкий уровень – правильный показ (называние) менее 300 слов.

3 Оценка слухового восприятия у детей по методике О.В. Зонтовой после кохлеарной имплантации. Данная методика включает 4 серии заданий для оценки неречевого и речевого слуха.

Методика определяет:

1 серия – наличие условно-диагностической реакции на неречевые и речевые звуки. Используются зрительные, тактильно-вибрационные и звуковые сигналы.

В виде источников нами были выбраны:

– зрительный (визуальный) сигнал – видимый для ребенка удар по барабану;

– тактильно-вибрационный (кинестетический) сигнал – стук по стулу, на котором сидит ребенок, стук не ребенок не видит;

– звуковой (аудиальный) сигнал – неречевой сигнал низкочастотный (барабан), среднечастотный (гармошка) и высокочастотный (свисток) и речевой сигнал низкочастотный (у, о), среднечастотный (ш, н) и высокочастотный (с, ц) его ребенок не видит.

В процессе исследования важно оценивать условную двигательную реакцию со стороны ребенка на используемые сигналы. Для оценки двигательной реакции ребенку было необходимо, например, складывать кубик в кузов машины, в момент предъявления сигнала.

2 серия – уровень восприятия звуков окружающего мира:

– бытовые шумы: звонок и стук в дверь, звонок телефона, стук предмета, который упал, звон посуды, шум пылесоса и т.д.;

– звуки улицы: шум и сигналы автотранспорта, шум дождя, ветра или моря и т.д.;

– голоса животных;

– неречевые звуки, которые издает человек, например, кашель, зевок, чихание, смех, храп, свист и т.д.

В процессе исследования важно оценивать условную двигательную реакцию со стороны ребенка на используемые сигналы. Для оценки двигательной реакции ребенку было необходимо, например, складывать кубик в кузов машины, в момент предъявления сигнала.

3 серия – способность к дифференциации неречевых и речевых звучаний. Для источников сигнала использовались доступные для восприятия ребенка неречевые и речевые звуки.

Нами были использованы неречевые и речевые звуки и схематические изображения, которые им соответствовали, например, звук «у-у-у» соответствовал «поезду», «ц-ц-ц» – «краб».

Если у ребенка отмечалась стойкая реакция различия сигналов, то он реагировал на него, показывая соответствующее схематическое изображение для определенного звукового сигнала. Если у него отсутствовали стойкие реакции, то отмечались неуверенные движения и часто реакция не совпадала с содержанием сигнала.

4 серия – анализ количественных и качественных характеристик неречевых сигналов и экстралингвистических характеристик речевых сигналов, а именно слов, поручений, вопросов и связанных высказываний.

Нами использовались различные речевые сигналы, которые ребенок должен был их различить, опознать и распознать.

По каждой серии ребенку выставлялись баллы в соответствии с количеством выполненных заданий. Процентное соотношение выполненных заданий представлено в таблице 2.

Таблица 2 – Шкала оценки результатов обследования слухового восприятия для детей после кохлеарной имплантации

Процент выполненных заданий (%)	Уровень	Баллы
0-20	Низкий (Н)	0
21-40	Ниже среднего (НС)	1
41-60	Средний (С)	2
61-80	Выше среднего (ВС)	3
81-100	Высокий (В)	4

1 *Обследование уровня понимания обращенной речи по методике Н. С. Жуковой и Е. М. Мастюковой у детей после кохлеарной имплантации*

Результаты обследования понимания обращенной речи детьми в начале и конце исследования представлены в таблице 3. Обследование каждого ребенка прекращалось с первым невыполненным заданием.

Ребёнку предоставлялось 12 заданий, правильное выполнение каждого из которых составляет 2 балла, 1 балл – воспользовался помощью педагога и 0 баллов – не смог справиться с заданием (сумма за все правильно выполненные задания 24 балла).

Таблица 3 – Результаты обследования уровня понимания обращенной речи по методике Н. С. Жуковой у детей после КИ в начале исследования

№ задания	Данил М.	Александр Б.
1 Понимание знакомых целостных словосочетаний	2	2
2 Название игрушек	2	2
3 Название игрушек, используемые в быту	2	2
4 Название частей своего тела, частей тела куклы, игрушечных животных	2	1
5 Узнавание знакомых предметов по картинкам	1	1
6 Название знакомых предметов	1	1
7 Понимание направленности действия, объекта действия, места действия и тп.	0	0
8 Понимание просьб, которые связаны с пространственным расположением знакомых предметов	0	0
9 Узнавание предметов по их назначению	0	0
10 Выполнение нескольких действий, сформированных в одной просьбе	0	0
11 Название признаков предмета	0	0
12 Понимание элементарных временных отношений	0	0
Результат в баллах	11	9
Результат (в %)	45,8	37,5

Анализируя результаты начального исследования можно сделать вывод о том, что способность детей понимать обращенную речь соответствовала ситуативному уровню, который характеризуется способностью понимать просьбы, связанные с предметами, окружающие его в быту.

Дети знали имена близких, а также названия своих игрушек, показывали части тела у себя или кого-нибудь другого, но не могли

различать по словесной инструкции изображения предметов или игрушек, которые им хорошо знакомы.

В начале исследования Данил М. справился с 6 заданиями, получив 11 баллов, это составило 45,8 % от максимально возможных, а Александр Б. – с 6 заданиями, получив 9 баллов, что соответствует 37,5 %.

Доступным для обоих детей было: понимание знакомых целостных словосочетаний, название игрушек, используемых в быту, название частей своего тела, частей тела куклы, игрушечных животных, узнавание знакомых предметов по картинкам, название знакомых предметов.

Основные сложности у детей в начале работы были в понимании направленности действия, объекта действия, места действия, понимании просьб, которые связаны с пространственным расположением знакомых предметов, названии признаков предмета и основная трудность в понимании элементарных временных отношений.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что с каждым ребенком необходимо проведение работы по развитию понимания речи.

2 Результаты обследования объема пассивного и активного словаря у детей по методике Н. В. Серебряковой у детей после кохлеарной имплантации

Для уточнения объема пассивного и активного словаря у детей после КИ было проведено обследование по методике Н. В. Серебряковой. Полученные результаты представлены в таблице 4.

Таблица 4 – Результаты обследования объёма пассивного и активного словаря у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

Имя	Период	Словарь		Уровень
		Пассивный	Активный	
Данил М.	До	53	7	Низкий

Александр Б.	До	48	6	Низкий
--------------	----	----	---	--------

В начале и конце исследования у обоих детей выявлен низкий уровень развития активного и пассивного словаря. Критерием нормы активного и пассивного словаря у детей, согласно методики Н. С. Серебряковой, является выполнение (правильный показ) 390 заданий-карточек, что соответствует высокому уровню развития.

Исходя из полученных данных в начале исследования Данил справился с 13,6 % заданий (правильно показал 53 карточки), а Александр – с 12,3 % (правильно показал 48 карточек).

Активный словарь оценивался по тем же карточкам, таким образом Данил в начале исследования справился с 1,7 % заданий (правильно озвучил 7 карточек), а Александр – с 1,5 % (правильно озвучил 6 карточек).

При обследовании активного словаря, важным было назвать слово по картинке и его действие, с чем дети справлялись без особого интереса. Больше интереса они проявляли к заданиям, которые направлены на обследование объёма пассивного словаря, так как им нужно было просто показать на нужную картинку. Детям предъявлялись картинки и давалось время на её рассмотрение, с последующим вопросом «Что это?». Александр иначе реагировал на ситуацию, когда ему нужно было не просто показать картинку, но и назвать её.

В обоих словарях у детей преобладали существительные, глаголы в ограниченном количестве и несколько прилагательных, таких как горячий, холодный и красивый.

После проведенной коррекционной работы, которая длилась 7 месяцев, выявлена динамика к улучшению. Однако, у Данила отмечалась большая активность при проведении диагностики.

3 Результаты слухового восприятия у детей по методике О.В. Зонтовой после кохлеарной имплантации.

Данная методика включает 4 серии заданий для оценки неречевого и речевого слуха: наличие условно-диагностической реакции на неречевые и речевые звуки; уровень восприятия звуков окружающего мира; способность к дифференциации неречевых и речевых звучаний; анализ количественных и качественных характеристик неречевых сигналов и экстралингвистических характеристик речевых сигналов, а именно слов, поручений, вопросов и связанных высказываний.

Полученные результаты оценки слухового восприятия у детей после кохлеарной имплантации по методике О.В. Зонтовой представлены в таблице 5 в процентном количестве выполненных заданий по каждой серии заданий.

Таблица 5 – Результаты обследования слухового восприятия у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации в начале исследования

Имя	Период	Слуховое восприятие (%)							
		1 серия	Уровень	2 серия	Уровень	3 серия	Уровень	4 серия	Уровень
Данил М.	До	21	Н	35	НС	14	Н	16	Н
Александр Б.	До	19	Н	36	НС	15	Н	14	Н

Проанализировав полученные данные слухового восприятия у детей, представленные в таблице 5, выявлено, что в начале исследования он соответствовал низкому уровню по 1, 2 и 4 серии и ниже среднему по 3 серии заданий. Так в начале исследования Данил с 21 % заданий в 1 серии (наличие условно-двигательной реакции на речевые и неречевые звуки), с 35 % во 2 серии (уровень восприятия окружающих звуков), с 14 % в 3 серии (способность к дифференциации неречевых и речевых звуков) и с 16 % в 4 серии (анализ количественных и качественных характеристик неречевых сигналов и экстралингвистических характеристик речевых сигналов). Уровень слухового восприятия у Александра соответствовал

уровню Данила, справившись с 19 % (1 серия), 36 % (2 серия), 15 % (3 серия) и 14 % (4 серия) соответственно.

Комплекс мер диагностики по оценки уровня речи у детей, перенесших кохлеарную имплантацию, является не только мерой по изучению эффективности проведенного оперативного вмешательства, но и представляет собой неотъемлемую часть слухоречевого развития в целом, которое затрагивает все его уровни.

Работа с ребенком после кохлеарной имплантации – это взаимосвязанная работа логопеда и сурдопедагога, направленная на развитие речевых навыков и языковых способностей. Работа сурдопедагога по методике аудирования с планомерным включением в общую систему логопедической работы определяет эффективность процесса речевого развития детей, перенесших кохлеарную имплантацию.

По итогам проведения обследования понимания обращенной речи, лексического запаса и фонетической стороны речи были сформированы выводы об уровне сформированности речевой активности у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации в зависимости от начала работы сурдопедагога и логопеда.

Установлено, что каждому ребенку после кохлеарной имплантации важно пройти длительную слухо-речевую реабилитацию. Коррекционно-педагогическая помощь детям оказываемая совместной работой сурдопедагога и логопеда подразумевает:

- адекватную настройку речевого процесса;
- развитие слухового восприятия;
- формирование и развитие устной речи.

Основными подходами в коррекционной работе являются:

1. Слухоречевой подход, а именно свободное восприятие ребёнком после кохлеарной имплантации окружающих звуков и речи. Основа данного подхода заключается в том, чтобы речь и язык изучались ребёнком через развитие слухового анализатора.

2. Принцип онтогенеза речи, когда на первый план выступает активация и развитие слухового анализатора, как основы дальнейшего развития речевых способностей.

По результатам начального обследования было выявлено, что обоим детям необходимо проведение коррекционной программы устной речи, которая основана на дифференцированном подходе и совместной работе логопеда, и сурдопедагога.

Исходя из этого основными задачами коррекционной программы являлись:

1. Способствовать развитию слухового восприятия.
2. Содействовать пониманию обращенной речи.
3. Способствовать расширению активного и пассивного словаря.
4. Содействовать актуализации речевой деятельности и развитию связанной речи.

Программа коррекционной работы построена согласно основным принципам логопедической работы с детьми дошкольного возраста после кохлеарной имплантации:

1. Принцип онтогенеза, который заключается в учёте закономерностей становления речевой деятельности у детей в норме.
2. Принцип развития, который заключается в учёте актуальных потребностей и возможностей ребёнка и зоны ближайшего развития.
3. Принцип комплексности заключается в совместной работе логопеда и сурдопедагога.
4. Принцип использования обходного пути, а именно делать упор на сохранные анализаторы.
5. Принцип поэтапности, который заключается в учёте этапа слухоречевой реабилитации на которой находится ребенок.
6. Принцип соблюдения посильной речевой нагрузки для детей.
7. Принцип совместной работы взрослого и ребенка.

Логопедическая работа с каждым ребёнком проводилась два раза в неделю. В процессе исследования было проведено 48-50 занятий. Все занятия проводились с учётом основных принципов логопедической работы и психолого-педагогических особенностей детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации, опираясь на принципы онтогенеза развития речи.

Направления логопедической работы:

1. Развитие понимания обращенной речи ребёнком подразумевало формирование у ребёнка понимания простых поручений, обучение предметным действиям и пониманию высказываний взрослого, сопровождаемые при развитии интереса к игрушкам или игре.

2. Расширение пассивного и активного словаря заключается в усвоении названий предметов и действий, переводе слов из пассивного словаря в активный с последующим составлением словосочетаний.

2.3 Особенности взаимодействия логопеда с сурдопедагогом по вопросам коррекции устной речи детей старшего дошкольного возраста и её генеза после кохлеарной имплантации

Работу с ребёнком начинают с различения слов и коротких фраз при парном сравнении, используя речевые единицы, которые имеют наибольшие различия по длительности, пары слов – по числу слогов и пары фраз – по количеству слов.

На первом этапе работа начиналась с одно- и трехсложных пары слов при закрытом выборе с опорой на слогоритмическую структуру, далее с одно- и двусложных пары слов, пары фраз с различным количеством слов.

Важно использовать речевой материал, который часто встречается и ежедневно используется, соответствуя возрасту и интересам ребенка, однако, с разнообразной тематикой и лексическим составом.

Ключевую роль отводят упражнениям, способствующим развитию отдельных звуков (фонем) речи, так как ребенок способен узнать слова, даже новые, если узнает большую часть звуков, которые их составляют. Логопеду и сурдопедагогу важно учитывать, что некоторые звуки речи, которые имеют явные акустические различия в условиях обычного звучания, при использовании кохлеарного импланта могут иметь схожее звучание, так, например, [и] и [с] [23, с. 134].

Общие методические принципы работы логопеда и сурдопедагога:

1. Максимальная визуальная опора и постепенное её сворачивание в соответствии с поэтапным формированием умственных действий.
2. Постоянное и обязательное соотнесение слов с предметами, явлениями, действиями и признаками.
3. Последовательное освоение грамматических форм и синтаксических конструкций.
4. Подбор языкового материала в соответствии с уровнем его речевого развития.
5. Отбор материала, учитывая звуковой и словарный состав слова, доступного для восприятия ребенком на данном этапе.
6. Привлечение ребёнка к совместной деятельности, формирование действенного участия в процессе познания окружающего мира, вербализация выполняемых действий.
7. Многократное проговаривание слова взрослым.
8. Повторение ранее изученного с частичной новизной.
9. Опора на слухо-зрительное восприятие речи на начальном этапе применения имплантата.
10. Работа над произносительной стороной речи с объяснением значения новых слов.
11. Своевременный переход от слухо-зрительного восприятия речи к слуховому, постепенно увеличивая долю слухового предъявления речи при

общении с ребёнком. Данный принцип прорабатывается, когда говорящий сидит не напротив ребёнка, а рядом с ним.

12. Стимуляция слухового внимания [36, с. 163].

В начале реабилитационной работы логопед и сурдопедагог должны определить основные моменты:

1. Возраст ребенка.
2. Возраст потери слуха.
3. Временной промежуток между потерей слуха и проведением КИ.
4. Индивидуальные особенности ребенка.

Одним из видов речевой деятельности, с помощью которого усваиваются не только орфоэпические нормы и интонационные модели, но и развивается навык понимания речи в слух, является аудирование. Данный метод широко применяется в логопедической практике, как средство обучения всем видам речевой деятельности, а именно говорению, чтению и письму.

В лингвометодике используют два вида упражнений для обучения аудированию:

1. Упражнения формирующие ситуативные навыки понимания речи. Данные упражнения применяют на начальном этапе, когда дети учатся распознавать и сравнивать фонетические и интонационные модели, грамматические явления, и общий смысл услышанного.

2. Упражнения, решающие речевые и лингвистические цели. Данные упражнения способствуют отработки дифференциации фонем и грамматических форм во взаимосвязи с работой над говорением, а также систематизации пассивного словаря.

Упражнения для развития языковых способностей у детей, перенёвших кохлеарную имплантацию:

1. Упражнения для развития фонетических навыков. На начальном этапе данные упражнения проводятся под контролем сурдопедагога с помощью методики аудирования. Также в это время с определенной

периодичностью осуществляется настройка аппарата и последовательность звуков для усвоения четкого регламентирования.

На первом этапе важно познакомить ребенка с отдельными звуками, и только далее – с сочетанием звуков, которые несут определённый смысл. Например, ч-ч-ч-ч-ч – поезд, би-би – машина, ам-ам – кушать. В этот период работа логопеда заключается в вычленении из неречевых звуков признаки, которые будут полезны для речи и дифференцировать их с опорой на смысловой, ситуационный контекст [36, с. 162].

2. Упражнения для развития лексических навыков. Целью данных упражнений является формирование пассивного словаря ребёнка, его обогащение, и, что особенно важно систематизация по всем аспектам лексического значения: денотативному, сигнификативному, структурному и эмотивному.

Для формирования лексического запаса используют:

- упражнения, направленные на развитие навыка установления связи между услышанным словом и его семантикой;
- распознавание усвоенных лексических единиц в потоке устной речи;
- различение схожих слов;
- механизм прогнозирования.

3 Упражнения для развития грамматических навыков. Работа логопеда на данном уровне заключается в обучении ребенка грамматическому значению слова, и далее – его форме. В ходе занятий отрабатываются понимание на основе выбора слов по формально-грамматическим признакам (с ориентировкой на окончание и др. морфемы); достигается осознание категории слова, а именно предмет, действие или признак; формируется навык языкового анализа начиная от крупных языковых единиц (предложение) к звуковому анализу, основываясь на дифференциации фонем.

Методика коррекции О.Н. Розановой «Серия игр и игровых заданий для детей, перенесших кохлеарную имплантацию». Методика направлена на развитие слухового и речевого восприятия неречевыми и речевыми стимулами. Задания важно проводить на слухозрительной основе в начале, и без зрительной далее. Также задания можно усложнять, например, увеличивая расстояние между ребенком и источником звука [34, с . 6].

В начале работы целью логопеда является обучить ребенка рецептивно воспринимать основные грамматические явления. Далее они включаются в продуктивное использование в ситуативном общении в специально созданных речевых ситуациях не только на логопедических занятиях, но и в повседневной жизни. Использование побуквенно-послогового чтения для развития грамматической системы языка детей старшего дошкольного и младшего школьного возраста.

В этот момент работа сурдопедагога заключается в формировании навыков распознавания грамматических конструкций в речевом потоке, определении грамматических явлений и умение отличать их друг от друга; понимании значений грамматических форм и конструкций по контексту; определении структуры предложения; умении показывать логическую и причинно-следственную связь между частями предложения.

Особенности программы совместной работы сурдопедагога и логопеда с детьми после кохлеарной имплантации

Для разработки правильной программы по работе с детьми после КИ необходимо проведение совместной диагностики ребёнка сурдопедагогом и логопедом. Для этого специалисты проводят наблюдение за ребёнком в процессе его общения с родителями, также анкетирование родителей. В процессе диагностики сурдопедагог оценивает слуховое восприятие, а логопед – компоненты речи: фонетика, лексика, морфология и синтаксис. Итогом логопедической диагностики является определение уровня речевой активности.

Программа коррекционно-развивающей работы строится с учётом слухоречевого и речедвигательного развития, а также индивидуальных особенностей ребёнка [36, с. 163].

В приложении А представлена программа коррекционно-развивающей работы сурдопедагога и логопеда с детьми после КИ.

Также важно учитывать, что после включения и настройки процессора КИ (что соответствует 1 этапу программы коррекционной работы) порог слуха ребёнка составляет 25-40 дБ, соответствуя I степени тугоухости, что соответствует нормальному развитию ребёнка [36, с. 162].

Согласно программы коррекционно-развивающей работы сурдопедагог способствует развитию слухового восприятия, учит узнавать и распознавать на слух неречевые и речевые звуки, слова, словосочетания, фразы и тексты. Логопед же развивает произносительные стороны речи, такие как постановка звуков, накопление активного словаря, развитие и формирование фразовой речи.

Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод о том, что учиться слушать и понимать речь является долгим сложным процессом, который требует последовательного и систематического подхода. Работа с ребенком после кохлеарной имплантации – это взаимосвязанная работа логопеда и сурдопедагога, направленная на развитие речевых навыков и языковых способностей. Работа сурдопедагога по методике аудирования с планомерным включением в общую систему логопедической работы определяет эффективность процесса речевого развития детей, перенесших кохлеарную имплантацию.

2.4 Анализ результатов обследования речевого развития детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

1 Обследование уровня понимания обращенной речи по методике Н. С. Жуковой и Е. М. Мастюковой у детей после кохлеарной имплантации

Результаты обследования понимания обращенной речи детьми в начале и конце исследования представлены в таблице 6.

Обследование каждого ребенка прекращалось с первым невыполненным заданием.

Ребёнку предоставлялось 12 заданий, правильное выполнение каждого из которых составляет 2 балла, 1 балл – воспользовался помощью педагога и 0 баллов – не смог справиться с заданием (сумма за все правильно выполненные задания 24 балла).

Таблица 6 – Результаты обследования уровня понимания обращенной речи по методике Н. С. Жуковой у детей после КИ

№ задания	Данил М.		Александр Б.	
	До	После	До	После
1 Понимание знакомых целостных словосочетаний	2	2	2	2
2 Название игрушек	2	2	2	2
3 Название игрушек, используемые в быту	2	2	2	2
4 Название частей своего тела, частей тела куклы, игрушечных животных	2	2	1	1
5 Узнавание знакомых предметов по картинкам	1	2	1	1
6 Название знакомых предметов	1	1	1	1
7 Понимание направленности действия, объекта действия, места действия и тп.	0		0	1
8 Понимание просьб, которые связаны с пространственным расположением знакомых предметов	0	1	0	1
9 Узнавание предметов по их назначению	0	1	0	1
10 Выполнение нескольких действий, сформированных в одной просьбе	0	1	0	0
11 Название признаков предмета	0	1	0	0
12 Понимание элементарных временных отношений	0	1	0	0
Продолжение таблицы 2				
Результат в баллах	11	17	9	12
Результат (в %)	45,8	70,8	37,5	50

Анализируя результаты начального исследования можно сделать вывод о том, что способность детей понимать обращенную речь соответствовала ситуативному уровню, который характеризуется способностью понимать просьбы, связанные с предметами, окружающие его в быту.

Дети знали имена близких, а также названия своих игрушек, показывали части тела у себя или кого-нибудь другого, но не могли различать по словесной инструкции изображения предметов или игрушек, которые им хорошо знакомы.

В начале исследования Данил М. справился с 6 заданиями, получив 11 баллов, это составило 45,8 % от максимально возможных, а Александр Б. – с 6 заданиями, получив 9 баллов, что соответствует 37,5 %.

Доступным для обоих детей было: понимание знакомых целостных словосочетаний, название игрушек, используемых в быту, название частей своего тела, частей тела куклы, игрушечных животных, узнавание знакомых предметов по картинкам, название знакомых предметов.

Основные сложности у детей в начале работы были в понимании направленности действия, объекта действия, места действия, понимании просьб, которые связаны с пространственным расположением знакомых предметов, названии признаков предмета и основная трудность в понимании элементарных временных отношений.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что с каждым ребенком необходимо проведение работы по развитию понимания речи.

Динамика показателей уровня обращенной речи у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации представлена на рисунке 1.

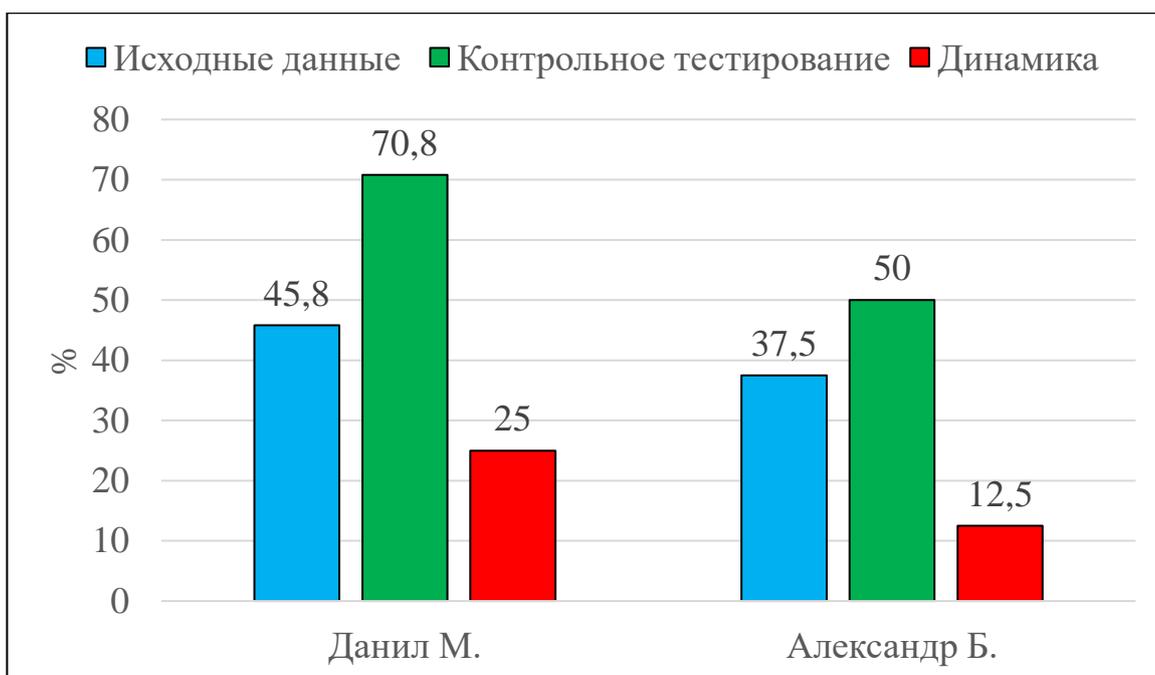


Рисунок 1 – Динамика показателей уровня понимания обращенной речи у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

Как показано на рисунке 1, после 7 месяцев коррекционной работы детей со специалистами отмечены достоверные улучшения уровня понимания обращенной речи, однако, показатели Данила М. были значительно лучше.

На контрольном тестировании Данил смог справиться со всеми 12-ю заданиями, получив 17 баллов, что соответствует 70,8 % от максимально возможного результата, таким образом процент выполненных заданий увеличился на 25 % (6 баллов). Согласно данным итогового тестирования уровень понимания обращенной речи у Данила соответствовал предикативному уровню, а именно он способен знать много названий действий, без затруднений ориентироваться в вопросах косвенных падежей, поставленных к объектам действий, изображенных на сюжетных картинках; различать значения нескольких предлогов (на, в, около). Однако он не различает грамматических форм слов.

Александр Б. на контрольном тестировании справился с 9-ю заданиями, получив 12 баллов, что соответствует 50,0 % от максимально

возможного результата, улучшив показатель выполнения заданий на 12,5 %. Уровень понимания обращенной речи у Александр Б. в конце исследования соответствовал номинативному уровню понимания обращаемой речи, который характеризуется способностью хорошо ориентироваться в названиях предметов, которые изображены на отдельных картинках. Однако он затрудняется при ориентировке в названиях действий, изображенных на сюжетных картинках, а также не понимает вопросов косвенных падежей (Чем? Кому? С кем? И т. п.).

После пройденной коррекционной работы оба ребенка понимали залоговые отношения слов и могли отвечать на вопросы, такие как: «где ты спишь?» Для Александра было сложно понять задачи педагога, что проявлялось в ошибках на такие просьбы как, «положи карандаш на/в коробку», хотя он понимал сам предлог «в, на».

Данил при выполнении данных просьб проявлял больше инициативы, также хорошо справляясь с заданиями, типа «положи карандаш перед коробкой или за коробку».

Анализируя полученные данные, выявлено, что ребенок, который посещали занятия сурдопедагога и логопеда, показывает более высокий уровень понимания обращенной речи.

Исходя из этого, можно заключить, что совместная работа логопеда и сурдопедагога по развитию слухового и речевого восприятия, играет значительную роль в дальнейшем речевом развитии, а именно формировании уровня понимания обращаемой речи у детей.

2 Результаты обследования объема пассивного и активного словаря у детей по методике Н. В. Серебряковой у детей после кохлеарной имплантации

Для уточнения объема пассивного и активного словаря у детей после КИ было проведено обследование по методике Н. В. Серебряковой. Полученные результаты представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Результаты обследования объема пассивного и активного словаря у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

Имя	Период	Словарь		Результат прироста словаря в %		Уровень
		Пассивный	Активный	Пассивный	Активный	
Данил М.	До	53	7	77	114	Низкий
	После	94	15			Низкий
Александр Б.	До	48	6	39	66	Низкий
	После	67	10			Низкий

В начале и конце исследования у обоих детей выявлен низкий уровень развития активного и пассивного словаря. Критерием нормы активного и пассивного словаря у детей, согласно методики Н. С. Серебряковой, является выполнение (правильный показ) 390 заданий-карточек, что соответствует высокому уровню развития.

Исходя из полученных данных в начале исследования Данил справился с 13,6 % заданий (правильно показал 53 карточки), а Александр – с 12,3 % (правильно показал 48 карточек).

Активный словарь оценивался по тем же карточкам, таким образом Данил в начале исследования справился с 1,7 % заданий (правильно озвучил 7 карточек), а Александр – с 1,5 % (правильно озвучил 6 карточек).

При обследовании активного словаря, важным было назвать слово по картинке и его действие, с чем дети справлялись без особого интереса. Больше интереса они проявляли к заданиям, которые направлены на обследование объема пассивного словаря, так как им нужно было просто показать на нужную картинку. Детям предъявлялись картинки и давалось время на её рассмотрение, с последующим вопросом «что это?». Александр иначе реагировал на ситуацию, когда ему нужно было не просто показать картинку, но и назвать её.

В обоих словарях у детей преобладали существительные, глаголы в ограниченном количестве и несколько прилагательных, таких как горячий, холодный и красивый.

После проведенной коррекционной работы, которая длилась 7 месяцев, выявлена динамика к улучшению. Однако у Данила отмечалась большая активность при проведении диагностики.

Динамика изменения пассивного словаря у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации представлена на рисунке 2.

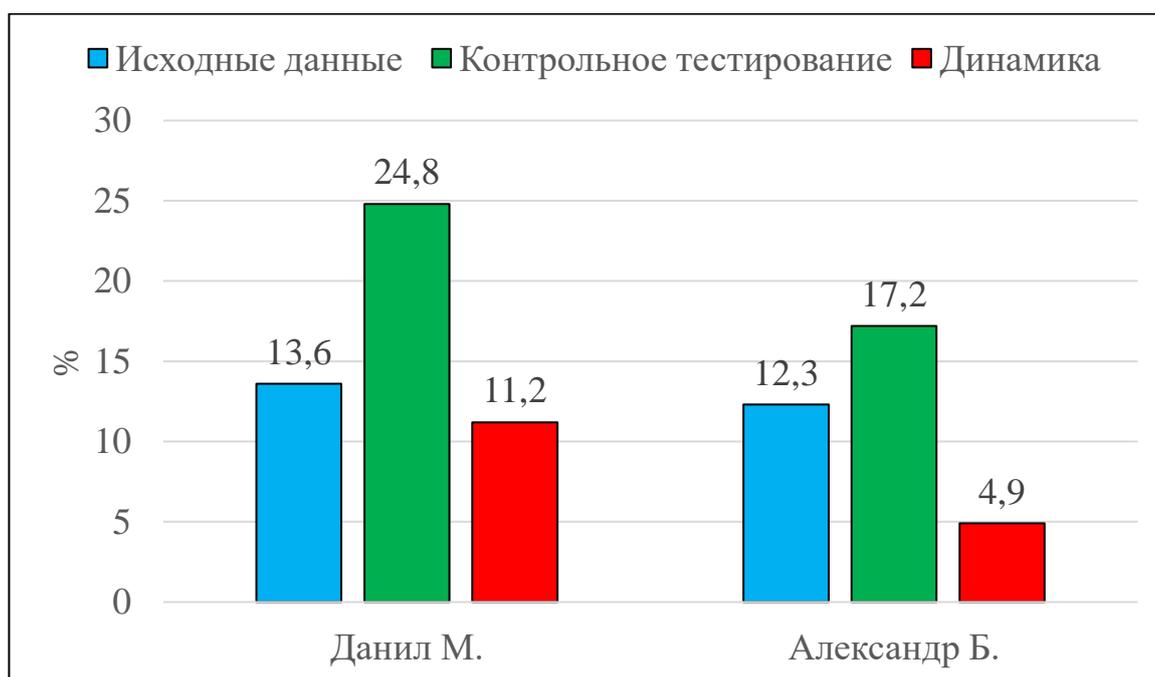


Рисунок 2 – Динамика показателей пассивного словаря (объем выполненных заданий) у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

Согласно данным таблицы 4, после проведения коррекционной работы уровень пассивного словаря у обоих детей также соответствовал низкому уровню, однако прирост у Данила составил 77 %, а у Александра 39 % от исходных данных.

Как показано на рисунке 2 в конце коррекционной работы Данил справился с 24,1 % заданий (правильно показал 94 карточки), улучшив показатель выполненных заданий на 11,2 %. Александр справился с 17,2 %

(правильно показал 67 карточек), улучшив показатель выполненных заданий на 4,9 %.

Динамика изменения активного словаря у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации представлена на рисунке 3.

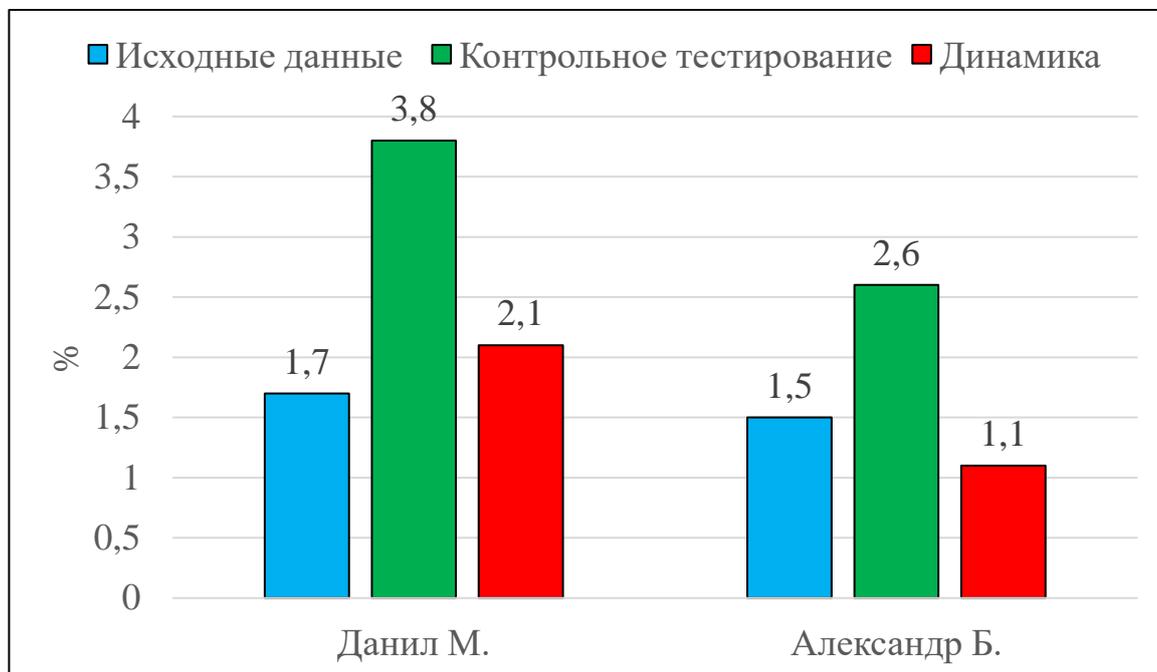


Рисунок 3 – Динамика показателей активного словаря (объем выполненных заданий) у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

Прирост слов активного словаря, исходя из таблицы 4, у Данила составил 114 %, а у Александра на 66 %.

В конце исследования Данил справился с 3,8 % заданий (15 карточек), улучшив показатель выполненных заданий на 2,1 %, а Александр – с 2,6 % (10 карточек), улучшив показатель на 1,1 %.

Наименьший объём пассивного и активного словаря выявлен у Александра Б., он так же демонстрировал несколько иное поведение, чем Данил. Он называл предметы и действия, изображенные на картинке, только после побуждения педагога (часто неоднократного) на речевое высказывание. В ситуации, когда предмет был ему незнаком, он не старался обратиться за помощью к педагогу, либо делал это крайне редко.

На контрольном тестировании большую инициативу проявлял Данил, как и в начале исследования, он старались назвать знакомый предмет еще до того, как задавался вопрос, если он не знал, как называется предмет, то призывал педагога его назвать.

Таким образом, поэтапная работа логопеда и сурдопедагога в коррекции устной речи у детей после КИ, оказывает выраженное влияние на увеличение объема пассивного и активного словаря. Именно работа логопеда способствует увеличению количества используемых слов, но работа сурдопедагога, содействует пониманию их значения.

3 Результаты слухового восприятия у детей по методике О.В. Зонтовой после кохлеарной имплантации.

Данная методика включает 4 серии заданий для оценки неречевого и речевого слуха: наличие условно-диагностической реакции на неречевые и речевые звуки; уровень восприятия звуков окружающего мира; способность к дифференциации неречевых и речевых звучаний; анализ количественных и качественных характеристик неречевых сигналов и экстралингвистических характеристик речевых сигналов, а именно слов, поручений, вопросов и связанных высказываний.

Полученные результаты оценки слухового восприятия у детей после кохлеарной имплантации по методике О.В. Зонтовой представлены в таблице 8 в процентном количестве выполненных заданий по каждой серии заданий.

Таблица 8 – Результаты обследования слухового восприятия у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации

Имя	Период	Слуховое восприятие (%)							
		1 серия	Уровень	2 серия	Уровень	3 серия	Уровень	4 серия	Уровень
Данил М.	До	21	Н	35	НС	14	Н	16	Н
	После	34	НС	47	С	25	НС	27	НС
Александр Б.	До	19	Н	36	НС	15	Н	14	Н
	После	23	НС	42	С	21	НС	21	НС

Проанализировав полученные данные слухового восприятия у детей, представленные в таблице 5, выявлено, что в начале исследования он соответствовал низкому уровню по 1, 2 и 4 серии и ниже среднему по 3 серии заданий. Так в начале исследования Данил с 21 % заданий в 1 серии (наличие условно-двигательной реакции на речевые и неречевые звуки), с 35 % во 2 серии (уровень восприятия окружающих звуков), с 14 %; с 3 серии (способность к дифференциации неречевых и речевых звуков) и с 16 % в 4 серии (анализ количественных и качественных характеристик неречевых сигналов и экстралингвистических характеристик речевых сигналов). Уровень слухового восприятия у Александра соответствовал уровню Данила, справившись с 19 % (1 серия), 36 % (2 серия), 15 % (3 серия) и 14 % (4 серия) соответственно.

Динамика изменения слухового восприятия по 1 серии заданий у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации представлена на рисунке 4.

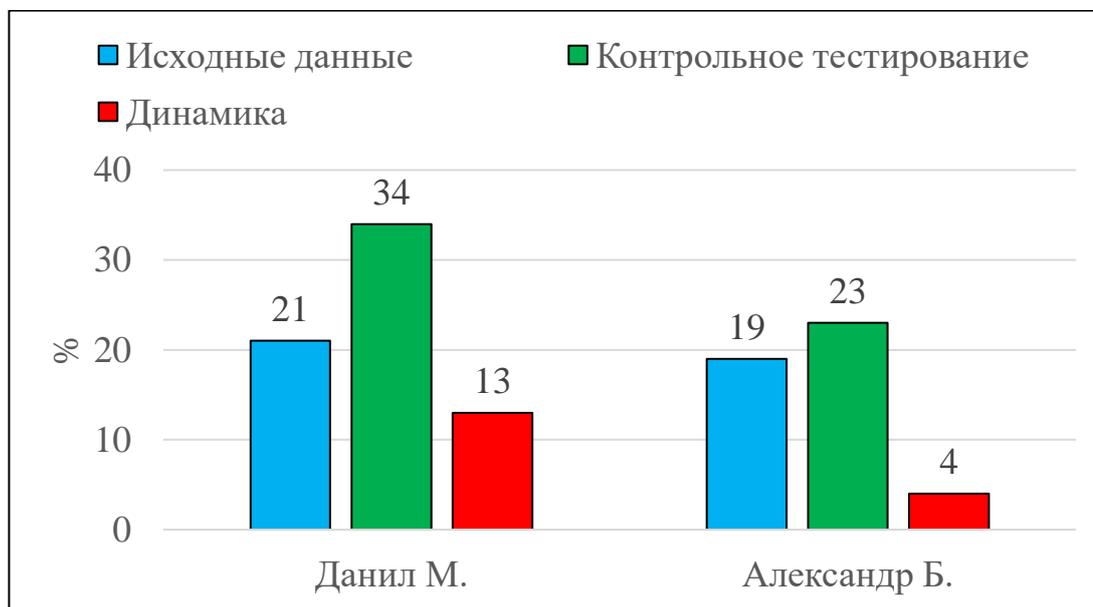


Рисунок 4 – Динамика показателей слухового восприятия (1 серия заданий) у детей возраста после кохлеарной имплантации

Согласно рисунку 4, показатели выполнения упражнений 1 серии, по оценке наличия условно-двигательной реакций на речевые и неречевые

звуки у обоих детей выявлена динамика к улучшению. Данил увеличил количество выполненных заданий на 13 %, а Александр на 4 % и уровень выполненных заданий составил 34 % и 23 % соответственно, соответствуя уровню ниже среднего.

В начале исследования оба ребёнка не проявили стойкой условно-двигательной реакции на невидимые речевые звуки (ш, н) и испытывали затруднения при предъявлении им высокочастотных речевых сигналов (с, ц). Снижена реакция на тактильно-вибрационный (кинестетический) сигнал, а именно стук по стулу, на котором сидит ребенок.

После курса коррекционной работы отмечены улучшения в двигательных реакциях у обоих детей. Однако показатели Данила, были лучше, он в большей степени демонстрировал реакцию на предъявляемые звуковые стимулы и начал сам интерпретировать услышанные звуки.

Динамика изменения слухового восприятия по 2 серии заданий у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации представлена на рисунке 5.

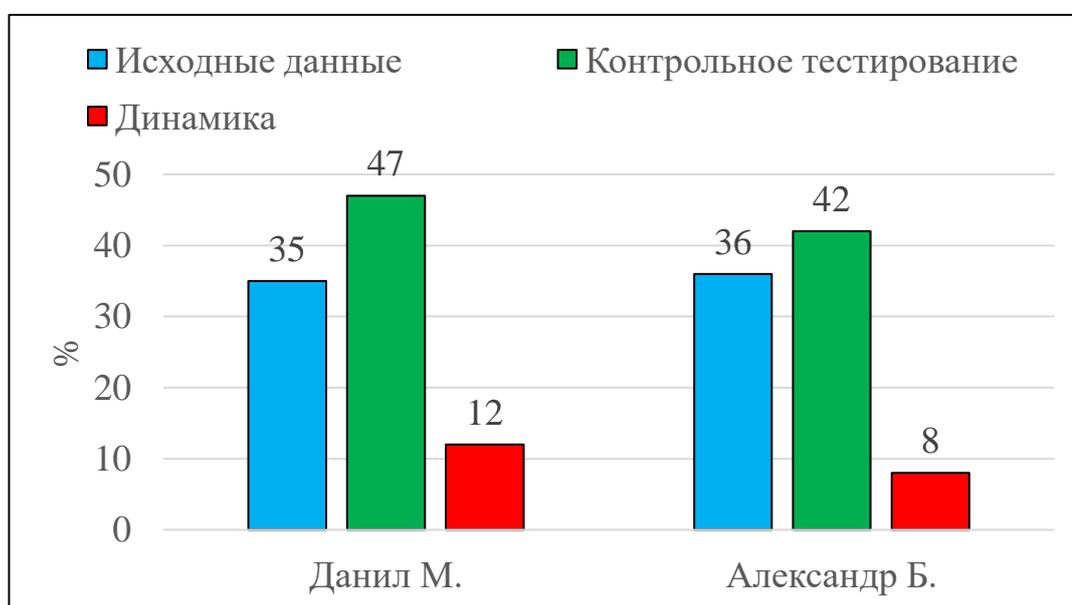


Рисунок 5 – Динамика показателей слухового восприятия (2 серия заданий) у детей возраста после кохлеарной имплантации

Согласно рисунку 5, показатели выполнения упражнений 2 серии, по оценке уровня восприятия звуков окружающего мира у обоих детей выявили динамику к улучшению. Данил увеличил количество выполненных заданий на 12 %, а Александр на 8 % и уровень выполненных заданий составил 47 % и 42 % соответственно, соответствуя среднему уровню.

Уровень восприятия звуков окружающего мира у детей был развит лучше других, у обоих детей было зафиксировано наличие реакции за звуки, в частности на бытовые шумы (пылесос, звон посуды), голоса животных (корова, лошадь, лягушка, цыпленок, собака, кошка).

В конце исследования количество звуков окружающего мира, на которые реагировала дети, увеличилось, в особенности у Данила, он стал реагировать на шум ветра и дождя и неречевые звуки, которые издают люда, например, чихание и смех.

Динамика изменения слухового восприятия по 3 серии заданий у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации представлена на рисунке 6.

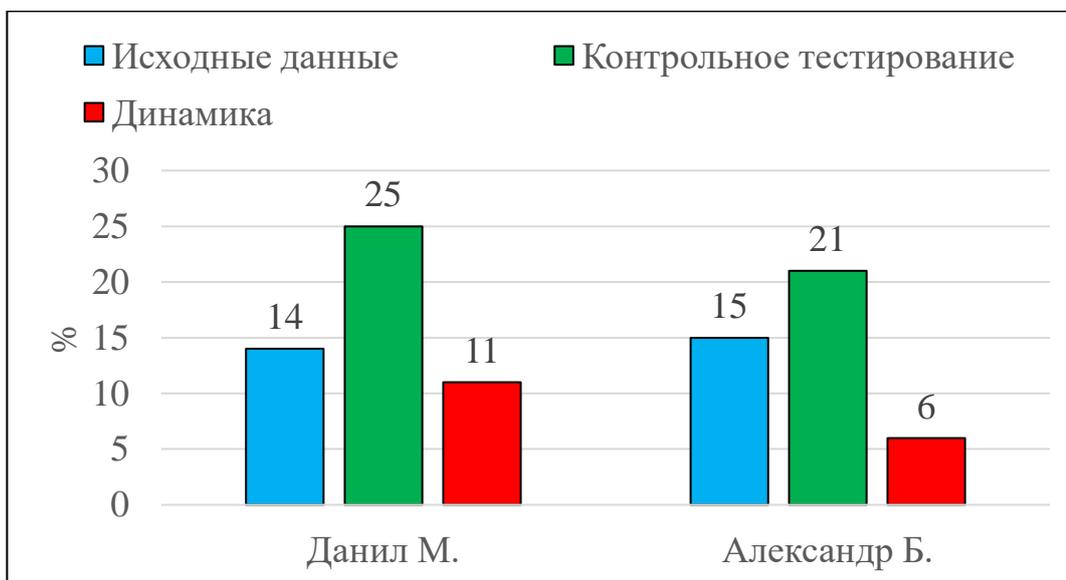


Рисунок 6 – Динамика показателей слухового восприятия (3 серия заданий) у детей возраста после кохлеарной имплантации

Согласно рисунку 6, показатели выполнения упражнений 3 серии, по оценке способности к различию неречевых и речевых звучаний у обеих детей выявлена динамика к улучшению. Данил увеличил количество выполненных заданий на 11 %, а Александр на 6 % и уровень выполненных заданий составил 25 % и 21 % соответственно, соответствуя уровню ниже среднего.

В начале исследования у обеих детей выявлена неуверенная реакция на предъявление барабанного звука с целью различия по количеству и продолжительности звучаний, в особенности после 2-х и более ударов.

После проведения коррекционной программы у детей выявлены стойкие реакции предъявлению различных звуковых сигналов. Показатели Данила были выше, чем у Александра, он мог различить два и три удара по барабану, а также указать, какой по звучанию длиннее.

Динамика изменения слухового восприятия по 4 серии заданий у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации представлена на рисунке 7.

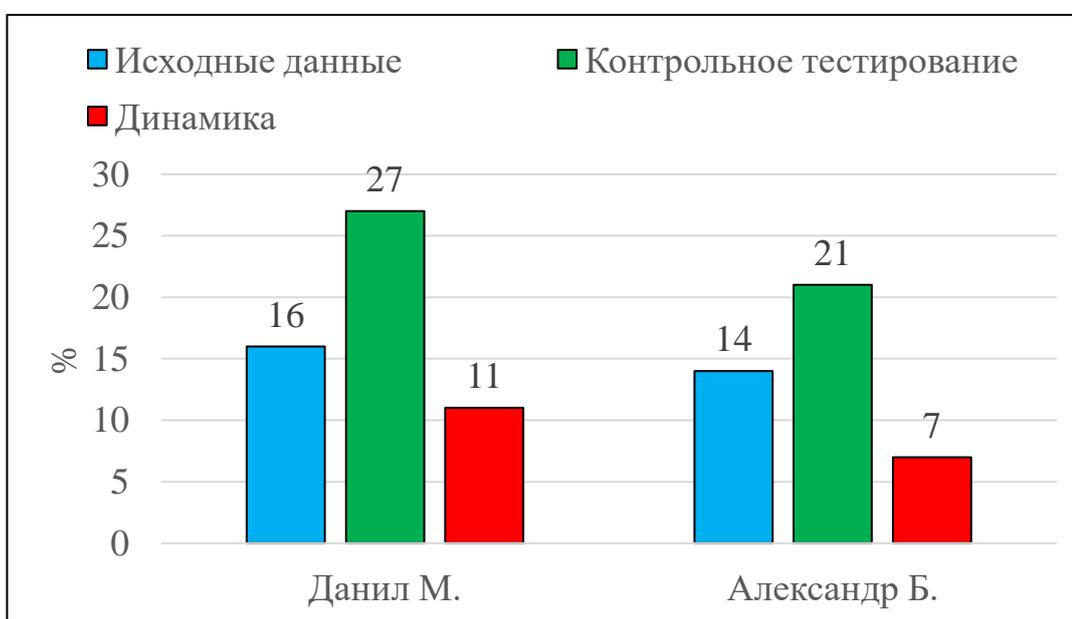


Рисунок 7 – Динамика показателей слухового восприятия (4 серия заданий) у детей возраста после кохлеарной имплантации

Согласно рисунку 7, показатели выполнения упражнений 4 серии, по оценке анализа количественных и качественных характеристик неречевых сигналов и экстралингвистических характеристик речевых сигналов, а именно слов, поручений, вопросов и связанных высказываний у обоих детей выявлена динамика к улучшению. Данил увеличил количество выполненных заданий на 11 %, а Александр на 7 % и уровень выполненных заданий составил 27 % и 21 % соответственно, соответствуя уровню ниже среднего.

В начале исследования наибольшие трудности у обоих детей были выявлены в выполнении заданий по различению односложных и многосложных слов, у которых было одинаковое место ударения, а также с заданиями по восприятию на слух фраз с отсутствием наглядной ситуации.

После курса коррекционной работы показатели улучшились, в особенности у Данила.

Таким образом, поэтапная работа логопеда и сурдопедагога в коррекции устной речи у детей после КИ, оказывает выраженное влияние на показатели слухового восприятия. Именно работа логопеда способствует увеличению количества звуковых сигналов, фраз и звуков, воспринимаемых на уровне слухового анализатора.

Выводы по 2 главе

Комплекс мер диагностики по оценке уровня речи у детей, перенесших кохлеарную имплантацию, является не только мерой по изучению эффективности проведенного оперативного вмешательства, но и представляет собой неотъемлемую часть слухоречевого развития в целом, которое затрагивает все его уровни.

Работа с ребенком после кохлеарной имплантации – это взаимосвязанная работа логопеда и сурдопедагога, направленная на

развитие речевых навыков и языковых способностей. Работа сурдопедагога по методике аудирования с планомерным включением в общую систему логопедической работы определяет эффективность процесса речевого развития детей, перенесших кохлеарную имплантацию.

По итогам проведения обследования понимания обращенной речи, лексического запаса и фонетической стороны речи были сформированы выводы об уровне сформированности речевой активности у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации в зависимости от начала работы сурдопедагога и логопеда.

1. Уровень понимания устной речи у детей после исследования увеличился на 25 % у Данила М., соответствуя предикативному уровню, и на 12,5 % у Александра, что соответствовало номинативному уровню.

2. Объем пассивного и активного словаря у детей в начале и конце исследования соответствовал низкому уровню, однако прирост слов пассивного словаря у Данила составил 77 %, а у Александра – 39 %, а активного 114 % и 100 % соответственно.

Количество выполненных заданий по оценке пассивного словаря у Данила увеличилось в конце исследования на 11,2 %, а у Александра – на 4,9 %, а активного на 2,1 % и 1,1 % соответственно.

3. Уровень слухового восприятия у обоих детей в начале исследования соответствовал низкому уровню, а в конце ниже среднего. Количество выполненных заданий по каждой серии у Данила увеличилось на 11-13 %, а у Александра на 4-8 %.

Таким образом, по итогам исследования было сформировано логопедическое заключение, согласно которому у детей не сформирована фразовая речь на основании следующих клинических особенностей: использование лепетных слов, которые дополнялись жестами; ограниченный словарный запас; использование некоторых обходных слов.

Исходя из полученных данных, можно сделать вывод о том, что совместная и дифференцированная работа сурдопедагога способствует

выраженной коррекции устной речи у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проанализировав источники литературы, можно заключить, что речь представляет собой процесс общения с помощью языка. В психологии речь понимают, как процесс материализации мысли. Без развитого на должном уровне слухового восприятия полноценное понимание обращённой речи невозможно, что приводит к отсутствию понимания речи окружающих. Обращенную речь помогает понимать уровень сформированности активного и пассивного словаря. Сформированность фонетической стороны речи заключается не только в понимании обращенной речи, но и в понимании собственной.

Всё это в совокупности с постоянной практикой речевого общения с окружающими стимулирует развитие речевой активности ребёнка дошкольного возраста.

Основными особенностями речевого развития детей, перенёсших кохлеарную имплантацию является сниженное понимание обращенной речи, ограниченный словарный запас, неверное употребление слов, нарушение звукопроизносительной стороны речи и грамматического строя, застенчивость, и низкая речевая активность.

Чем раньше установлен имплантат и больше срок его ношения, тем выше показатели речевого развития и понятийного мышления.

Важно отметить, что первоначальный этап слухового и слухоречевого развития ребёнка после кохлеарной имплантации претерпевает ряд трудностей. В данный период большое значение отводится работе логопеда, сурдопедагога и родителей для формирования у ребенка интереса к окружающим бытовым звукам. За короткий период необходимо достичь параметров первой настройки неречевой звуковой речи.

Комплекс мер диагностики по оценке уровня речи у детей, перенёсших кохлеарную имплантацию, является не только мерой по

изучению эффективности проведенного оперативного вмешательства, но и представляет собой неотъемлемую часть слухоречевого развития в целом, которое затрагивает все его уровни.

Работа с ребёнком после кохлеарной имплантации – это взаимосвязанная работа логопеда и сурдопедагога, направленная на развитие речевых навыков и языковых способностей.

По итогам проведения обследования понимания обращённой речи, лексического запаса и фонетической стороны речи были сформированы выводы об уровне сформированности речевой активности у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации в зависимости от начала работы сурдопедагога и логопеда.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что у данных детей речевая активность не может быть развита на высоком уровне при взаимной работе логопеда и сурдопедагога. Что на наш взгляд, можно связать с принципами онтогенеза слухо-речевого развития, а именно, для формирования речевых способностей у ребенка должен сформироваться определенный уровень слуховых реакций и возможностей, а именно это является приоритетной задачей сурдопедагога. В то время как, логопед способствует развитию понимания речи, развитию лексико-грамматических средств, развитию самостоятельной фразовой речи языка, увеличению объёма пассивного и активного словаря.

Работа сурдопедагога по методике аудирования с планомерным включением в общую систему логопедической работы определяет эффективность процесса речевого развития детей, перенесших кохлеарную имплантацию.

Список используемых источников

1. Азимов, Э.Г. Новый словарь методических терминов: теория и практика обучения языкам / Э.Г. Азимов, А.Н. Щукин. – Москва : Мкар, 2009. – 123 с.
2. Алхазидшвили, А.А. Основы овладения устной иностранной речью / А.А. Алхазидшвили. – Москва : Просвящение, 1988. – 334 с.
3. Архипова, Е.Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста : учеб. пособие / Е.Ф. Архипова. – Москва, АСТ-Астрель, 2006. – 67 с.
4. Бельтюков, В.И. Значение исследований овладения произношением в норме для сурдопедагогической логопедической практики / В.И. Бельтюков // Дефектология. – 1973. – № 3. – С. 3–10.
5. Бемякова, Л.И. Заикание : учеб. пособие / Л.И. Бемякова, Е.А. Дьякова. – М.: В. Секачев, 1998. – 304 с.
6. Бемякова, Л.И. Онтогенез речевых и двигательных ритмов у детей до трех лет / Л.И. Бемякова, Ю.О. Филатова, А.В. Харенкова // Вопросы психолингвистики. – 2013. – № 3. – С. 108–113.
7. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология : учеб. пособие / Т.Г. Богданова. – Москва : Академия, 2002. – 203 с.
8. Боскис, Р.М. Учителю о детях с нарушением слуха : учебник / Р.М. Боскис, – Москва : Просвящение, 1988. – 128 с.
9. Браудо, Т.Е. Онтогенез речевого развития / Т.Е. Браудо, М.Ю. Бобылова, М.В. Казакова // Русский журнал детской неврологии. – 2017. – № 1. – С. 41–46.
10. Веймер Я.В. Современные методы диагностики состояния слухового восприятия устной речи у детей дошкольного возраста после кохлеарной имплантации / Я. В. Веймер // Глобус: психология и педагогика. – 2021. – № 7. – С. 20–23.

11. Винарская, Е.Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. Периодика раннего развития. Эмоциональные предпосылки освоения языка / Е.Н. Винарская. – Москва : Просвящение, 1987. – 159 с.
12. Власова, Т.М. Фонетическая ритмика : пособие для учителя / Т.М. Власова, А.Н. Пфафенродт. – Москва : ВЛАДОС, 1996. – 240 с.
13. Гвоздев, А.Н. Вопросы изучения детской речи / А.Н. Гвоздев. – Санкт-Петербург : Детство-пресс, 2011. – 418 с.
14. Датешидзе, Т.А. Система коррекционной работы с детьми раннего возраста с задержкой речевого развития / Т.А. Датешидзе. – Санкт-Петербург : Речь, 2004. – 128 с.
15. Жукова, Н. С. Логопедия: основы теории и практики / Н. С. Жукова, Е. М. Мастюкова, Т. Б. Филичева. – Москва : Эксмо, 2011. – 282 с.
16. Зимняя, И.А. Педагогическая психология : учебник / И.А. Зимняя. – Ростов-на-Дону : Феникс, 1997. – 480.
17. Зонтова О. В. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохlearной имплантации : метод. рекомендации / О. В. Зонтова.– Санкт-Петербург : РГПУ им. А.И. Герцена, 2007 – 321 с.
18. Казанская В.Л., Сидельникова, А.А. Развитие слухового восприятия у дошкольников / В. Л. Казанская, А. А. Сидельникова // Научный журнал «GLOBUS». – 2021. – № 5. – С. 111–117.
19. Казицева, В.О. Психологические особенности детей после кохlearной имплантации / В.О. Казицева // Современные исследования социальной проблемы. – 2018. – № 10. – С. 53–64.
20. Королева, И.В. Реабилитация глухих детей и взрослых после кохlearной и стволомозговой имплантации / И.В. Королева. – Санкт-Петербург : КАРО, 2016. – 872 с.

21. Королева И. В. Кохлеарная имплантация глухих детей и взрослых (электродное протезирование слуха) / И. В. Королева. – 2-е изд. – Санкт-Петербург : КАРО, 2012. – 752 с.
22. Королева, И.В. Учусь слушать и говорить : метод рекоменд. по развитию слухоречевого восприятия и устной речи у детей после кохлеарной имплантации на основе слухового метода / И.В. Королева. – Санкт-Петербург : КАРО, 2014. – 374 с.
23. Корчагина, В.Н. Речевой онтогенез : методическое пособие / В.Н. Корчагина, А.Е. Оксенчук. – Витебск : ВГУ имени П.М. Машерова, – 48 с.
24. Кузнецова, Л. В. Основы специальной психологии : учеб. пособие / Л. В. Кузнецова. – Москва : Высшая школа, 2002. – 462 с
25. Лалаева, Р.И. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников: формирования лексики и грамматического строя / Р.И. Лалаева, Н.В. Серебрякова. – Санкт-Петербург : Союз, 1999. – 160 с.
26. Леонтьев, А.А. Язык, речь, речевая деятельность / А.А. Леонтьев. – Москва : ВЛАДОС, Ленанд, 2014. – 214 с.
27. Логопедия : учебник / Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова и др. – Москва : ВЛАДОС, 2006. – 703 с.
28. Мастюкова, Е.М. Нарушение речи у детей с церебральным параличом / Е.М. Мастюкова, М.В. Ипполитова. – Москва : Просвещение, 1985. – 225 с.
29. Минаева, Т.Н Психолого-педагогическое сопровождение детей младшего школьного возраста после кохлеарной имплантации на базе ПМПС центра / Т.Н. Минаева, Ю.А. Труханова // Клиническая и специальная психология. – 2013. – № 4. – С. 22–33.
30. Молчанова Е. Г. 300 игр для развития слухового внимания ребенка / Е. Г. Молчанова. – 2-е изд. – Ростов на Дону : Феникс, 2019. – 320 с.

31. Обухова Т. И. Методика коррекционно-развивающей работы с дошкольниками с нарушением слуха : учеб.-метод. пособие. / Т. И. Обухова, Е. Н. Сороко. – Минск : БГПУ, 2013. – 91 с.
32. Орлянская, Р.Р. Речевая активность детей раннего возраста как условие развития / Р.Р. Орлянская / Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. – С. 123–127.
33. Рамзаева, Т.Г. Методика обучения русскому языку в начальных классах : учеб. пособие / Т.Г. Рамзаева, М.Р. Львов. – М. : Просвещение, 1979. – 431 с.
34. Розанова О. Н. Формирование коммуникативных умений у детей раннего возраста с кохлеарными имплантами / О. Н. Розанова // Пралеска. – 2017. – № 1. – С. 3–12.
35. Рубинштейн, С.Л. Основы общей психологии: учебник / С.Л. Рубинштейн. – Санкт-Петербург : Питер, 2017. – 712 с.
36. Саблева, А.С. Логопедическая работа с глухими детьми после кохлеарной имплантации / А.С. Саблева // Ярославский педагогический вестник. – 2017. – № 2. – С. 160–164.
37. Савельева, Я.Е. Развитие просодической стороны речи у старших дошкольников в псевдобульбарной дизартрии с использованием интерактивных технологий / Я.Е. Савельева; НИУ «БелГУ», Белгород, 2016. – 87 с.
38. Сатаева А. И. Система работы сурдопедагога с детьми после кохлеарной имплантации : дис. канд. пед. наук : 13.00.01. / Сатаева Альбина Ирековна ; науч. рук. Е. Л. Гончарова ; ФГНУ Институт коррекционной педагогики Российской академии образования. – Москва, 2016. – 122 с.
39. Сидорова, У.М. Формирование речевой и познавательной активности у детей с ОНР: упражнения, дидактические игры, логопедические задачи, игры-занятия / У.М. Сидорова. – Москва : Сфера, 2005. – 342 с.

40. Трубникова, Н. М. Структура и содержание речевой карты : учеб.- метод. пособие / Н. М. Трубникова. – Екатеринбург, 1998. – 51 с.

41. Феклистова С. Н. Коррекционно-педагогическая работа с детьми с нарушением слуха, компенсированным кохлеарным имплантом, раннего возраста / С. Н. Феклистова // Специальная адукацыя. – 2013. – № 2. – С. 26–32.

42. Черкасова Е. Л. Нарушения речи при минимальных расстройствах слуховой функции (диагностика и коррекция) : учеб. пособие для студентов педагогических университетов по специальности «Дефектология» / Е. Л. Черкасова. – Москва : АРКТИ, 2003. – 192 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение А

Программа коррекционно-развивающей работы сурдопедагога и логопеда с детьми после кохлеарной имплантации

Таблица 1 – Первый этап – фонетический

<p>Работа сурдопедагога</p> <p><u>Продолжительность первого периода составляет от 2-3 недель до 1 месяца (максимально 12 месяцев).</u></p>
<p><i>Задачи этапа:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1 Достижение параметров настройки процессора КИ, позволяющих ребенку воспринимать все звуки речи на расстоянии не менее 4 м (обычно >6 м).2 Вызывание у ребенка интереса к окружающим звукам, голосу человека, слушанию и анализу, действиям со звуками.3 Вызывание у ребенка интереса к своему голосу, игре с голосом, мотивации пользования голосом для общения. <p><i>Особенности первого этапа:</i></p> <ol style="list-style-type: none">1 На первом этапе идет работа сурдопедагога по развитию фонетических и произвольных навыков при помощи упражнений на аудирование.<ol style="list-style-type: none">1.1 Упражнения, способствующие обучению и распознаванию отдельных звуков в устной речи.1.2 Упражнения, с опорой на зрительный образ артикулеммы и кинестетические ощущения в момент артикуляции, являются опорой восприятия и дифференциации фонем на слух.2 Сурдопедагог осуществляет настройку кохлеарного имплантата с определенной периодичностью и последовательностью звуков для усвоения, соблюдая четкую регламентацию.3 Проведение занятий со звуками по отдельности, а в дальнейшем, с сочетанием звуков, которые представляют для ребёнка определённый смысл – звуки-символы: «Ч-ч-ч-ч» – поезд; «би-би» - машина и тд. Далее в работу включается логопед, который начинает помогать вычленять из неречевых звуков признаки, которые полезны для речи ребёнка и дифференцировать их на смысловой и ситуационный конспект. <p><u>Решение поставленных задач является основой спонтанного развития процессов слухового и слухоречевого анализаторов.</u></p>

Таблица 2 – Второй этап - лексический

<p><u>Продолжительность второго этапа составляет в среднем от 6 до 18 месяцев.</u></p>	
<p>Цель этапа: развитие рецептивных навыков, а именно установление связи между услышанным словом и его семантикой, распознавание усвоенных лексических единиц в потоке устной речи, а также различать схожие слова и использовать механизм прогнозирования.</p>	
<p>Задачи этапа:</p>	
<p>1 Достижение оптимальных и стабильных параметров настройки процессора кохлеарного имплантата.</p>	
<p>2 Формирование и развитие у ребёнка всех мозговых процессов анализа звуков и речи как звуковых сигналов:</p> <ul style="list-style-type: none"> – обнаружение, различение, опознавание; – слуховое внимание, а именно развитие произвольного и непроизвольного внимания, селективного внимания; – фонематический слух, который является для развития способности узнавать и запоминать слова только на слух; – слуховой контроль голоса, слухо-артикуляторная координация. <p>Ребенок должен быть способен повторить простое слово на слух, даже если он не знает его значения.</p>	
<p>3 Развитие у ребёнка мотивации к речевому общению и его начальных навыков. Этот этап соответствует периоду развития детей с нормальным слухом до 2 лет.</p>	
<p><i>Особенности работы сурдопедагога:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – реагирование на речевые сигналы при последовательном увеличении расстояния от источника звука; – умению различать музыкальное звучание из 2-3 предложенных музыкальных игрушки; – различение на слух и воспроизведению длительности и громкости звучания и его темпа; – умению различать и опознавать на слух лепетные слова, звукоподражания. – умению различать и опознавать на слух словосочетания и фразы-поручения; – умению различать на слух и воспроизводить до 3-х звучаний. 	<p><i>Особенности работы логопеда:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – активация речевой деятельности детей в форме любых звуковых проявлений; – развитие подражательной стороны речевой деятельности; – развитие произносительной стороны речи – расширение объема пассивного словаря, который дети используют в практической деятельности; – развитие общих речевых навыков: дыхание, голос, восприятие и воспроизведение простых ритмов;

Таблица 3 – Третий этап – грамматический/языковой

<u>Продолжительность периода до 5-ти лет.</u>	
<p>Этот этап соответствует периоду развития детей с нормальным слухом 5-7 лет.</p> <p>Основные задачи реабилитации на этом этапе связаны с развитием языковой системы (системы родного языка – лексика, грамматика) и благодаря этому развитию речи как средства общения и познания. Однако в этот период у ребенка происходит также дальнейшее совершенствование слухоречевого восприятия и произносительных навыков.</p>	
<p><i>Особенности работы сурдопедагога:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – различать на слух и воспроизводить высокие и низкие звуки; – различать на слух и воспроизводить до 4-х звучаний; – различать на слух голоса 3-5 животных и птиц; – различать на слух и воспроизводить темп и громкость звучаний; – из 10-ти речевых единиц различать и опознавать на слух знакомый по звучанию материал, например, слова из пройденных лексических тем, цвета, поручения, вопросы; – различать и опознавать на слух знакомые по звучанию фразы и словосочетания, измененные в некоторой степени: с инверсией (перестановка слов в словосочетаниях), с увеличением или сокращением слов; – различать и воспроизводить на слух: громкость и высоту звучания, 5-7 звучаний и разнообразные ритмы; – определение на слух источник и направление звука, например, слева-направо или сзади наперед; – различать и опознавать на слух 	<p><i>Особенности работы логопеда:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – продолжение развития слухового и слухоречевого развития; – развития понимания речи, а именно понимание простых интонаций, расширение предметного и глагольного словаря, умение различать единственное и множественное число существительных и глаголов при проведении дидактических игр и работе с предметными картинками; – активация речевой деятельности и развитие лексико-грамматических средств языка; – развитие самостоятельной фразовой речи в форме простого двухсоставного предложение; – развитие произносительной стороны речи, а именно, уточнение произношения имеющих звуков, используя методы фонетической ритмики, артикуляционной гимнастики и массажа. – развитие общих речевых навыков, формируя дыхание, голос и интонационную сторону речи;

голоса 5-ти и более птиц и животных, бытовые шумы и сигналы городского транспорта, малознакомые слова, словосочетания и фразы;	
--	--

Таблица 4 – Четвертый этап – развитие связанной речи

<p>На данном этапе происходит работа логопеда, что означает более высокий уровень овладения родным языком.</p> <p>Этот этап соответствует периоду развития речи у детей с нормальным слухом старше 7 лет.</p> <p>Показателем его достижения является умение ребёнка понять прочитанный сложный текст, умение пересказать прочитанное, связно рассказать о разных событиях и явлениях, умения общаться с разными людьми с помощью речи.</p> <p>Задачи:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Расширение общих представлений об окружающем мире. 2. Увеличение словарного запаса. 3. Дальнейшее развитие грамматической системы. <p>Данный этап связан с тем, что к 5-6 семи годам происходит полное формирование слуховой и фонетической стороны речи, согласно онтогенезу развития слухоречевого и речедвигательного анализаторов, и слуховой анализатор получает полную самостоятельность. Происходит уравнивание звуков речи по степени сложности, а также их различия и воспроизведения.</p> <p><i>Проведение обучения, заключается в продолжении:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – обогащения пассивного и активного словаря; – развития фразовой речи и произносительной стороны речи. – развития общих речевых навыков: воспроизведение ритмов, длительность и сила выдоха голосом; – первоначальному словоизменению некоторых существительных и глаголов; – развитие фонематического анализа и синтеза слогов и слов; – формирование связной речи, а именно, обучение пересказывать короткие рассказы, сказки с опорой на наглядность и составлять рассказы по картинкам и схемам.
--

Приложение Б

Результаты обследования пассивного и активного словаря у детей после года коррекционной работы

Таблица 1 – Результаты обследования пассивного словаря

Имя	Период коррекции	Существительные	Глаголы	Прилагательные	Наречия
Данил М.	До	мама, папа, собака, корова, кошка, еж, лиса, заяц, петух, рыба, муха, яблоко, банан, помидор, огурец, цветок, дерево, машинка, мяч, зайчик, пирамида, мишка, туфли, кофта, штаны, шапка, стол, стул, диван, ложка, тарелка, стакан, карандаш, автобус, дом, солнце, дождь, голова, рука, нога, нос, живот.	Идет, спит, ест, пьет, дай	Красный, синий, зеленый, желтый, горячий, большой.	–
	После	бабушка, дедушка, мама, папа, лошадь, собака, корова, коза, кошка, волк, медведь, еж, лиса, заяц, курица, утка, сова, цапля, дятел, кит, рыба, муха, жук, бабочка, яблоко, груша, лимон, ягода, помидор, огурец, перец, цветок, ель, дерево, машинка, мяч,	идет, лежит, спит, моет, ест, чистит зубы, рисует, режет, дай	красный, синий, зеленый, желтый, вкусный, красивый, горячий, холодный.	холодно, жарко.

		мишка, кукла, зайчик, ежик, кубики, платье, кофта, туфли, шапка, диван, кровать, стол, стул, тарелка, ложка, стакан, альбом, карандаш, фломастер, дом, ножницы, голова, ноги, руки, глаза, рот, нос, уши, пальцы, живот, листья, колесо, окно, дядя, тетя			
Александр Б.	До	мама, папа, собака, кошка, медведь, заяц, петух, рыба, банан, помидор, цветок, мяч, шарик, машина, уши, руки, ноги, стол, стул, ложка, нож, тарелка, стакан, карандаш, дом	ест, пьет, дай	красный, горячий, холодный.	–
	После	Рома. бабушка, дедушка, мама, папа, лошадь собака, корова, коза, кошка, волк, медведь, лиса, заяц, курица, сова, рыба, муха, яблоко, банан, помидор, огурец, цветок, дерево, игрушки, мяч, машинка, мишка, зайчик, шарик, футболка, боты, носки, перчатки, кофта, шапка, диван, тарелка, ложка,	прыгает, летает, спит, рисует, дай.	красный, синий, горячий, холодный.	Холодно, горячо.

		кружка, нож, карандаш, кисточка, самолет, дом, ножницы, туча, солнце, дождь, ноги, руки, голова, нос, уши, дерево, качели			
--	--	--	--	--	--

Таблица 2 – Результаты обследования активного словаря

Имя	Период коррекции	Существительные	Глаголы	Прилагательные	Наречия
Данил М.	До	Мама, папа, мишка, игрушка, сок	Есть, пить дай	–	–
	После	Мама, папа, деда, вода, тетя, дядя, игрушка, сок	Пьет, ест, спит, сидит, дай, пить	Горячий, холодный, красный, большой	Холодно, больно
Александр Б.	До	Мама, папа	спит	–	–
	После	Мама, папа, мишка, игрушка, сок	Есть, пить, дай	горячий	–