



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

КАФЕДРА ПЕДАГОГИКИ И ПСИХОЛОГИИ

УПРАВЛЕНИЕ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА В
ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕ УЧРЕЖДЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выпускная квалификационная работа
по направлению подготовки
44.04.01 – Педагогическое образование
Профильная направленность «Образовательный менеджмент»

Выполнил (а):
Студент (ка) группы ЗФ-318-158-2-1
Жужгова Ирина Владимировна

Научный руководитель:
доктор педагогических наук, доцент
Тулькибаева Надежда Николаевна

Проверка на объем заимствований:
_____ 69 _____ % авторского текста

Работа рекомендована к защите
рекомендована/не рекомендована

« 17 » ноября 2017 г.
зав. кафедрой педагогики и психологии
_____ Е.В.Гнатьшина

Н.Тулькибаева

Челябинск
2017

Содержание

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА	
1.1 Специфика работы учителя-дефектолога в научной литературе.....	10
1.2 Модель управления деятельностью учителя - дефектолога в педагогическом отделе учреждения здравоохранения.....	21
1.3 Педагогические условия эффективности управления деятельностью учителя-дефектолога	33
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ № 1.....	37
ГЛАВА 2. ОПЫТНО-ПОИСКОВАЯ РАБОТА ПО РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИЮ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ УЧИТЕЛЯ- ДЕФЕКТОЛОГА С УЧАСТНИКАМИ РИА В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	
2.1 Цель, задачи и общая характеристика экспериментальной работы.....	39
2.2 Содержание и методика формирующего эксперимента.....	46
2.2.1 Улучшение показателей «качества».....	46
2.2.2 Улучшение показателей «производительность».....	52
2.3 Анализ результатов экспериментальной работы.....	54
2.3.1. Анализ критерия «Качество».....	54
2.3.2 Анализ критериев «Надежность и производительность».....	63
ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ № 2.....	68
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	70
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	72
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	82

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. По данным ВОЗ, 32 миллиона детей в мире живут, страдая от потери слуха. Благодаря преобразованиям в различных областях жизнедеятельности, у пациентов с потерей слуха появилась возможность всесторонне развиваться и активно участвовать в жизни общества. Наличие слухового аппарата или кохлеарного импланта позволяет ребенку услышать мир, но для полноценного взаимодействия с окружающей средой необходима долговременная реабилитация или абилитация. При этом основными направлениями реабилитации и абилитации (далее - РпА) являются: медицинская, профессионально ориентационная, социально-средовая, социально-педагогическая, социально-психологическая и социокультурная, социально-бытовая адаптация (Федеральный закон 419 от 01.12.2014).

Реабилитация, - по данным ВОЗ, - это комбинированное применение медицинских, социальных, педагогических, юридических и профессиональных мероприятий по профессиональной подготовке и воспитанию человека с целью достижения наибольшего уровня функциональной способности. В.С. Дмитриев определяет реабилитацию как биопсихосоциальный процесс, который способствует формированию взаимозависимых побудительных мотивов-стимулов для личности и общества к самосовершенствованию и обеспечению-удовлетворению потребностей. Н. Вайзман считает, что реабилитация – корригирование личности в социуме. Он разделяет понятия коррекции, компенсации и реабилитации. «Настанет время, когда человечество победит и слепоту, и глухоту, и слабоумие, но гораздо раньше, чем медицински и биологически, оно победит их социально и педагогически», высказывался по этому поводу Л.С. Выготский.

Педагогический аспект реабилитации включает в себя комплекс мероприятий: раннее выявление дефекта слуха, помощь в подборе ребенку индивидуального слухового аппарата, обеспечивающего необходимое звукоусиление, проведение педагогической коррекции, прогноз

эффективности реабилитационных мероприятий и разработка оптимального образовательного маршрута (Шматко Н.Д., Пельмская Т.В. Леонгард Э. И., и др.). Участниками процесса РиА становятся врачи, родители и педагоги. Важная роль в педагогической реабилитации детей с нарушением слуха отводится учителю-дефектологу (сурдопедагогу). Дефектолог в своей работе большое внимание уделяет развитию слухового восприятия, помогает узнавать и различать на слух речевые и неречевые звуки; слова, звукоподражания, словосочетания, короткие фразы, предложения, тексты.

Проблема повышения качества педагогического аспекта РиА напрямую зависит от полноценного взаимодействия участников коррекционно-развивающего процесса – учителей-дефектологов, логопедов, психологов, врачей различного профиля. Многие противоречия в ее решении связаны с многочисленными потребностями субъектов реабилитационного процесса и невозможностью их реализации. В условиях инновационного развития медицины и образования проблема определения параметров деятельности учителей - дефектологов и их роли в организации РиА в учреждении здравоохранения становится одной из приоритетных, т.к. от них напрямую зависит построение реабилитационного маршрута в условиях стационара. Таким образом, эта проблема должна быть реализована структурно - в виде системы взаимодействия учителя-дефектолога с другими участниками реабилитационного процесса в учреждении здравоохранения.

Актуальность исследования на социально-педагогическом уровне обусловлена противоречиями между требованиями общества к педагогическому аспекту РиА и способностью учреждения здравоохранения обеспечить реализацию педагогического аспекта РиА.

Актуальность на научно-педагогическом уровне определяется:

1. Недостаточной изученностью эффективных стратегий взаимодействия учителей-дефектологов с другими участниками процесса РиА в учреждении здравоохранения;

2. Неопределенностью критериев оценки эффективности деятельности учителя-дефектолога в учреждении здравоохранения.

Проблема исследования – неопределенность профессионально-педагогических параметров деятельности учителя-дефектолога в системе взаимодействия специалистов реабилитационного процесса в учреждении здравоохранения.

Цель исследования – определить и научно обосновать модель взаимодействия учителя-дефектолога с участниками РиА в учреждении здравоохранения.

Объект исследования – процесс РиА детей с нарушением слуха.

Предмет исследования – профессионально-педагогическая деятельность учителя-дефектолога в Центре реабилитации для детей с нарушением слуха в учреждении здравоохранения.

Гипотеза исследования – управление деятельностью учителя-дефектолога в педагогическом отделе учреждения здравоохранения возможно, если:

1. Определить профессионально-педагогические критерии эффективности деятельности учителя-дефектолога;
2. Разработать модель управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками РиА в учреждении здравоохранения;
3. Внедрить в работу Центра модель управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками РиА в учреждении здравоохранения.

В соответствии с темой, целью, объектом и предметом исследования определены *следующие задачи*.

1. Проанализировать современное состояние проблемы научно-педагогических основ управления деятельностью учителя-дефектолога в педагогической теории и практике;
2. Определить профессионально-педагогические критерии оценки деятельности учителя-дефектолога в учреждении здравоохранения на материалах собственного опытно-экспериментального исследования;

3. Разработать и опробировать модель управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками РиА детей с нарушением слуха в учреждении здравоохранения.

Методы исследования были выбраны с учетом специфики предмета, объекта, задач и гипотезы исследования, и включали анализ, систематизацию и обобщение литературных данных; метод эксперимента; количественный и качественный анализ экспериментальных данных.

Методологическую основу исследования составляют:

1. Положение специальной психологии и коррекционной педагогики об общих закономерностях развития слышащего и глухого ребенка, основанное на культурно-исторической теории Л.С. Выготского;

2. Базовое положение отечественной научной школы сурдопедагогики о решающем значении раннего и дошкольного обучения и воспитания в развитии ребенка с нарушенным слухом (Корсунская Б. Д., Леонгард Э. И., Пельмская Т. В., Рау Е. Ф., Рау Н. А., Шматко Н. Д. и др).

Теоретическую основу исследования составляют:

1. Компетентностный подход в профессиональном развитии и становлении педагога (Н.В. Кузьмина, Э.Ф. Зеер, А.А. Деркач, Л.М. Митина, А.К. Маркова, Ю.Н. Кулюткин, Г.С. Сухобская, В.Н. Козиев, Т.Г. Браже, Ю.Г. Татур, Г.С. Трофимова);

2. Идеи о структуре нравственного сознания, социального развития, ценностно - смысловой сферы педагога (Б.С. Братусь, Д.И. Фельдштейн, Ш.А. Амонашвили, В.П. Бездухов);

3. Идеи измерения и управления качеством в педагогических системах (А.И. Субетто, В.А. Кальней, С.Е. Шишов, М.М. Поташник, А.Н. Майоров, Д.А. Новиков, В.С. Черепанов, В.П.Симонов, В.П.Беспалько);

База исследования. Исследование проводилось на базе Центра реабилитации слуха для детей ГБУЗ "Челябинская областная детская клиническая больница".

В исследовании принимали участие специалисты медицинского и педагогического профиля - врачи сурдологи-оториноларингологи, педагоги-психологи, учителя-логопеды, учителя-дефектологи (сурдопедагоги), которые проводят диагностику детей, находящихся в стационаре Центра, для оценки уже имеющихся возможностей, и для определения дальнейшего педагогического реабилитационного потенциала. Исследование проводилось в течение двух лет (2016, 2017 года) и включало три этапа.

На первом этапе (апрель – октябрь 2016 гг.) проводилось изучение и анализ теоретической и методической литературы, теоретического и практического уровней разработанности данной проблемы. Полученный материал позволил определить проблему и сформулировать научную задачу, рабочую гипотезу, цель, объект, предмет, теоретически разработать модель взаимодействия учителя-дефектолога с участниками педагогической реабилитации детей с нарушением слуха в учреждении здравоохранения.

На втором этапе (ноябрь 2016 г. – май 2017 г.) проводилась работа по реализации указанной модели на базе Центра; осуществлялись систематизация полученных данных, анализ результатов и их использование при корректировке модели.

На третьем этапе (июнь 2017 г. – ноябрь 2017 г.) осуществлялся анализ результатов теоретического исследования опытно-экспериментальной работы, объяснение результатов исследования и оформление их в виде диссертации.

Научная новизна исследования состоит в том, что выявлены оптимальные педагогические критерии деятельности учителя-дефектолога при взаимодействии участников педагогической реабилитации детей с нарушением слуха в учреждении здравоохранения, структурированы педагогические условия для проведения РиА, а также впервые разработана модель управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками педагогической реабилитации.

Теоретическая значимость исследования выражается в том, что уточнены понятия «педагогическая реабилитация», «критерии деятельности учителя-дефектолога», определены оптимальные педагогические условия для взаимодействия участников процесса реабилитации в учреждении здравоохранения.

Практическая значимость. Разработанная модель управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками Риа может быть использована:

1. В системе обеспечения междисциплинарного взаимодействия со специалистами психолого-педагогического профиля в ходе реабилитации детей с нарушением слуха в учреждении здравоохранения;

2. В системе взаимодействия специалистов медицинского и педагогического профиля в учреждениях образовательного и реабилитационного профиля.

Достоверность и обоснованность полученных результатов обеспечивается методологической обоснованностью исследования, его комплексностью, адекватностью методов и методик исследования, поставленным цели и задачам, репрезентативностью полученных данных, глубиной анализа полученных результатов и выделения в них частных и общих закономерностей.

Личный вклад состоит в теоретическом обосновании и организационно-экспериментальном обеспечении педагогического сопровождения детей с нарушением слуха в условиях стационара учреждения здравоохранения, в научно-методическом обосновании условий и содержания реабилитационных мероприятий в условиях стационара учреждения. Исследование представляет собой обобщение собственного двухлетнего опыта работы с детьми с различными нарушениями слуха, результаты экспериментального авторского поиска.

Публикации и выступления. Результаты исследования отражены в сборнике «Педиатрический вестник Южного Урала» 2017 года, обсуждались

на собраниях педагогического отдела ЧОДКБ, а также на кафедре педагогики и психологии ФГБОУ ВО ЮУрГГПУ. Практические рекомендации по проведению коррекционных мероприятий выдаются каждому пациенту и могут осуществляться во время внеурочной деятельности образовательной организации, во время домашнего обучения, а так же в ходе ежедневных режимных моментов.

В течение исследования принималось участие:

1. В курсах повышения квалификации «Реабилитация детей раннего возраста с кохлеарными имплантами» Института коррекционной педагогики РАО г. Москвы;

2. В международном семинаре по реабилитации детей и взрослых с нарушением слуха, в том числе после кохлеарной имплантации, проводимым Международной Академией слухоречевой реабилитации MED-EL в г. Челябинске.

Положения, выносимые на защиту:

1. Модель управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками процесса РиА в учреждении здравоохранения.

2. Профессионально-педагогические критерии деятельности учителя-дефектолога.

Диссертационная работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы, включающего 106 наименований. Общий объем диссертации составляет 83 страницы, в их число входит 11 таблиц, 5 диаграмм, 1 приложение. Приложения №2, №3 определены отдельно.

ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА

1.1 Специфика работы учителя-дефектолога в научной литературе.

Работа учителя-дефектолога зачастую выходит за обычные рамки деятельности учителя, тесно переплетается с другими видами социально-педагогической, реабилитационной, консультативно-диагностической и коррекционной деятельности. В своей работе дефектолог изучает всестороннее и целостное представление о ребенке с ОВЗ, формирует коррекционный маршрут в потенциале всей его жизни. Для составления подробного представления о ребенке дефектолог оценивает уровень сформированности компонентов ведущей деятельности, личностных качеств, социального опыта.

Современное общество предъявляет определенные требования к учителям-дефектологам, которые подразумевают знание методик для определения особенностей развития; методами дифференциальной диагностики для определения типа нарушения; технологиями и методами обучения и воспитания детей с особыми образовательными потребностями; умением создавать, поддерживать и эффективно использовать специальную образовательную среду. К категории детей с ОВЗ относят детей, состояние здоровья которых препятствует освоению образовательных программ общего образования вне специальных условий обучения и воспитания [19]. Т.е. это дети-инвалиды, либо другие дети в возрасте до 18 лет, не признанные в установленном порядке детьми-инвалидами, но имеющие временные или постоянные отклонения в физическом и психическом развитии и нуждающиеся в создании специальных условий обучения и воспитания. Дети с ограниченными возможностями здоровья могут иметь разные по характеру и степени выраженности нарушения в физическом и психическом развитии в диапазоне от временных и легко

устранимых трудностей до постоянных отклонений, требующих адаптированной к их возможностям индивидуальной программы обучения или использования специальных образовательных программ [18].

Таким образом, этот вопрос охватывает широкий круг детей, одним из которых может понадобиться помощь только одного специалиста, например, педагога-психолога, другим же для ее решения потребуется помощь ряда специалистов, поэтому при формировании индивидуального маршрута сопровождения учитываются специальные условия обучения и длительные сроки коррекционной работы. Основным критерием отнесенности ребенка к группе детей с ОВЗ является наличие недостатка или недостатков в развитии, определяющего особые образовательные потребности ребенка [25].

Особые образовательные потребности, характерные для детей с нарушением слуха, будут иметь различия у детей разных категорий, т.к. определяются спецификой нарушения психического развития. Особые образовательные потребности должны находить свое отражение *в структуре и содержании образования*, должны учитываться в организации психолого-педагогического сопровождения ребенка (Н. Н. Малофеев, Е. Л. Гончарова, О. С. Никольская, О. И. Кукушкина).

В настоящее время ряд образовательных учреждений создает на своей базе специальные условия, позволяющие учителям-дефектологам предоставлять вариативные формы обучения детям с ОВЗ в соответствии с их особенностями и запросом на образовательные услуги общественности. Родителям (законным представителям) предоставляется право выбора образовательного учреждения, доступного по месту жительства, формы получения образования. Широкое распространение получает инклюзивная практика и интегрированное обучение. Они предоставляют возможность успешного усвоения социально-культурного опыта каждым ребенком с учетом его возрастных и психофизиологических особенностей, внутренних ресурсов, состояния здоровья и индивидуальных

возможностей. По мнению, Н. Н. Малофеева, Н. Д. Шматко *интегрированное обучение* ребенка с ОВЗ может быть широко вариативным [99]:

1. Комбинированное, то есть когда ученик с отклонениями в развитии имеет возможность обучаться в классе обычных детей с нормой развития, при этом получать систематическую помощь учителя-дефектолога, учителя-логопеда, психолога;

2. Частичное, когда обучающиеся с особенностями развития не способны на равных условиях со здоровыми сверстниками овладеть образовательной программой, часть дня проводят в специализированных классах, а часть дня в обычных классах;

3. Временное, когда дети, обучающиеся в специальных классах, и учащиеся обычных классов объединяются не реже двух раз в месяц для проведения совместных экскурсий, прогулок, праздников, соревнований, отдельных мероприятий воспитательного значения;

4. Полное, когда один или два ребенка с отклонениями в развитии интегрируются в обычные группы дошкольной организации, или классы, которые по своему уровню психофизиологического и речевого развития соответствуют возрастной норме. Важным показателем является их психологическая готовность к совместному обучению со здоровыми сверстниками школы. Коррекционную помощь таким детям могут оказывать по месту обучения или родители под контролем специалистов[37], [40].

Как считает М. Л. Любимов, для *интегрированного обучения* детей с нарушением слуха, необходимо соблюдение следующих условий:

1. Дети, интегрированные в образовательные учреждения, должны иметь высокий уровень и потенциал развития

2. Их родители должны быть готовы активно участвовать в развитии собственного ребенка[34].

Отечественные сурдопедагоги выделяют следующие формы интегрированного обучения для детей с нарушением слуха [14], [43]:

1. Один или два ребенка с нарушением слуха обучаются в классе слышащих учащихся.

1. Один или два слышащих обучаются в специальном классе; 50/50 % слабослышащих и слышащих обучаются в одном классе;

3. Специализированный класс для детей с нарушением слуха в массовой общеобразовательной школе.

Остановимся на учете *особенностей развития детей с нарушением слуха*. *Тотально глухие* – дети с полным отсутствием слуха. Эта группа разделяется на подгруппы: дети с врожденной глухотой, дети, потерявшие слух в раннем возрасте до формирования речи, и дети позднооглохшие, когда речь была сформирована [14].

Слабослышащие – дети с частичной потерей слуха. Нарушение слуха влияет на речевое развитие ребенка и оказывает влияние на формирование когнитивных функций – восприятия, внимания, памяти, мышления. Особенности личности и поведения глухого и слабослышащего ребенка корректируются при оптимальном выборе образовательных маршрутов и речевой среды [64].

Значительную часть предметных представлений ребенок получает посредством слухового восприятия. Глухой ребенок не имеет такой возможности, недостаток слуха в данном случае компенсируется зрительным восприятием. Так же очень важными в процессе познания окружающего мира становятся тактильно-вибрационные ощущения. Специальные психологи отмечают, что запоминание детей с особенностями развития зависит от способа предъявления материала, поэтому у таких детей затруднено запоминание, сохранение и воспроизведение речевого материала – слов, предложений и текстов [55].

Таким образом, мы делаем вывод, что особенности словесной памяти детей с нарушениями слуха находятся в прямой зависимости от замедленного темпа их речевого развития.

Особенности мышления детей с нарушениями слуха связаны с замедленным овладением словесной речью. Глухих и слабослышащих учащихся также имеет своеобразные черты. Нарушение слуха оказывает влияние на формирование всех мыслительных операций, приводит к затруднениям в использовании теоретических знаний на практике. Умственное развитие нормально развивающегося ребенка опирается на речь. Вследствие этого у ребенка с нарушением слуха наблюдается расстройство всех основных функций речи - коммуникативной, обобщающей, сигнификативной, контрольной, регулирующей, и всех составных частей языка - словарный запас, грамматический строй, фонетический состав. Из-за нарушений устной речи возникает расстройство письменной речи в виде дисграфий и аграмматизмов. При тотальной глухоте речь формируется только в условиях специального обучения и с помощью вспомогательных форм – мимико-жестовой речи, дактильной речи, чтения с губ [27].

Исходя из вышесказанного, мы делаем вывод, что дети с нарушениями слуха в общем уровне психического и речевого развития в разной мере отстают от своих сверстников.

У детей с нарушением слуха часто присутствуют *другие дефекты* развития. Часто это органические поражения центральной нервной системы, которые выражаются в сочетании зрительной и интеллектуальной недостаточности [25], и такие дети нуждаются в организации специального образовательного маршрута и психолого-педагогического сопровождения [26]:

1. Умственно отсталые незрячие дети;
2. Слабовидящие, умственно отсталые глухие или слабослышащие дети;
3. Глухие слабовидящие, слепые слабослышащие, слепоглухие;
4. Дети с сочетанием нарушений опорно-двигательного аппарата с сенсорными или интеллектуальными расстройствами;
5. Дети с различными нарушениями речи.

Рассмотрим подробнее группу детей с сочетанным нарушением слуха и НОДА. В основе ДЦП лежит раннее повреждение или недоразвитие мозга, вследствие которого возникают различные психомоторные нарушения, что приводит к ограничению или невозможности произвольных движений. Патогенез ДЦП определяется органическими поражениями центральной и периферической нервной системы под влиянием различных неблагоприятных внешних факторов, воздействующих во внутриутробном периоде развития, в момент родов и после рождения. Клинико-физиологические аспекты ДЦП определяются локализацией и тяжестью поражения мозга. Нарушения возникают в результате поражения различных мозговых структур, необходимых для управления двигательными функциями [19].

Органическое поражение центральной нервной системы приводит к тому, что у детей, страдающих ДЦП, нередко встречаются нарушения интеллекта, зрения, слуха и особенно речи. Выделяют четыре степени тяжести речевых нарушений у таких детей:

1. Легкая степень – нарушения звукопроизношения выявляются только специалистом в процессе обследования ребенка;
2. Явные нарушения речи, заметные каждому;
3. Речь понятна только близким, речь малопонятна для окружающих;
4. Тяжелая степень – отсутствие речи или речь малопонятная даже близким.

У детей с ДЦП часто нарушено речевое дыхание, голос и мелодико-интонационная сторона речи. Нарушения голоса возникают из-за пареза мышц языка, губ, мягкого неба, голосовых складок, мышц гортани. Голос таких детей слабый, тихий, увядающий в процессе речи.

Специальная организация системы обучения, сочетание восстановительного лечения, психологической помощи, коррекционной работы с освоением адаптированных образовательных программ и трудовой подготовкой приводят к успешной реабилитации детей с детскими церебральными параличами [17].

Обобщим группу детей с сочетанным нарушением слуха и речи. Как известно, под речевым общением понимается такая активность взаимодействующих людей, в ходе которой они с помощью языковых средств организуют совместную деятельность. Языковые и коммуникативные способности, в свою очередь, рассматриваются как высшие психические функции, которые находят свое выражение в языковой и коммуникативной компетентности. При низком уровне языковой способности ребенка с общим недоразвитием речи наблюдается недостаточность коммуникативной способности, что, в свою очередь, усложняет процесс учебной коммуникации, речевого взаимодействия в процессе совместной игровой, учебной, трудовой деятельности.

Речевые нарушения у детей могут также приводить и к нарушениям их эмоционально-волевой сферы, что может стать причиной возникновения патологических форм поведения.

У детей со слухоречевыми нарушениями можно довольно часто наблюдать переоценку собственных сил и возможностей и своего положения в группе, то есть неадекватно завышенный уровень притязаний. Такие дети некритично стремятся к лидерству, реагируют негативизмом и агрессией на любые затруднения, сопротивляются требованиям взрослых либо отказываются от выполнения деятельности, в которой могут обнаружить свою несостоятельность. В основе возникающих у них резко отрицательных эмоций лежит внутренний конфликт между притязаниями и неуверенностью в себе. Однако часто можно наблюдать и прямо противоположное явление – недооценку своих возможностей [55].

Исходя из этого, при *организации интегрированного обучения* следует учитывать не только специфические особенности дефекта, но и неподготовленность общества к пониманию проблем детей с нарушениями, что вынуждает специалистов проводить огромную разъяснительную работу по подготовке ученического, родительского и педагогического коллективов образовательного учреждения [37]. То есть, для организации

интегрированного обучения детей с нарушением слуха должны быть подготовлены команды педагогов и специалистов-дефектологов, владеющих технологиями организации интеграционных процессов и сопровождающих всех участников интегрированного обучения.

Описание различными авторами основных особенностей детей с нарушением слуха дает нам основание заключить, что деятельность учителей-дефектологов многогранна и разнообразна. В ежедневную работу дефектолога по формированию, развитию и коррекции различных навыков детей с особыми образовательными потребностями также включается психолого-педагогическое сопровождение ребенка с ОВЗ и его семьи [25].

В отечественной специальной литературе подробно раскрываются вопросы организации *психолого-педагогического сопровождения* детей с нарушением слуха, выбора оптимальных путей РнА. Такое сопровождение, по мнению Л. П. Назаровой, включает следующие аспекты [41]:

1. Психолого-педагогическое сопровождение детей с нарушением слуха в общеобразовательной школе;
2. Психолого-педагогическое сопровождение в общеобразовательной школе детей с нормальным слухом в процессе взаимодействия этих детей с детьми, имеющими нарушение слуха;
3. Психолого-педагогическое сопровождение учителей специальной и массовой школы;
4. Сопровождение в процессе обучения детей с нарушением слуха в массовой школе по общеобразовательным дисциплинам;
5. Сопровождение детей с нарушением слуха по специфическим дисциплинам (развитие слухового восприятия, формирование произношения);
6. Организация сопровождения в семье.

Л. П. Назарова утверждает, что при организации психолого-педагогического сопровождения, необходимо составить индивидуальный образовательный маршрут и создать программу по развитию слухового

восприятия и формированию произношения. В состав индивидуальной программы должны входить: состояние слуха, степень его сохранности; состояние произношения; уровень развития речи; прогнозирование продвижения ребенка в усвоении материала; уровень обучаемости. При составлении индивидуальной программы следует опираться на индивидуальные возможности ребенка, на связь с общеобразовательными предметами и усвоенным материалом в массовой школе. Программа должна носить развивающий характер и должна быть направлена на облегчение овладения материалом по общеобразовательным предметам, усвоенного в классе, и материала опережающего характера[41].

Содержание коррекционной работы дефектолога зависит от контингента детей с ограниченными возможностями здоровья, специфики их нарушений и особенностей развития. С детьми с нарушением слуха традиционно выделяются следующие основные направления коррекционной работы, реализуемые дефектологом (сурдопедагогом): слухоречевое развитие, развитие произносительных навыков, развитие коммуникативной функции, эмоционально-социальное развитие и формирование жизненной компетенции[25].

Коррекционная работа осуществляется не только в образовательной организации, но и в организациях медицинского и реабилитационного профиля. Основная деятельность работы учителя-дефектолога в учреждении здравоохранения направлена на детей с различными нарушениями в развитии, и представляет собой целостный комплекс мер, направленных на оказание помощи, как ребенку в форме занятий и динамического наблюдения за ходом развития, так и родителям, педагогам, администрации в форме рекомендаций.

Исходя из вышеперечисленного, мы делаем вывод, что каждая форма интегрированного обучения несет в себе определенную нагрузку, как на ребенка с нарушенным слухом, так и на слышащих детей, а также определяет эффективные формы социальной интеграции для детей с отклонениями в развитии. Там они смогут всецело реализовывать свои способности в кругу

сверстников и завоевывать их симпатии, уважение. Это участие детей в кружках, спортивных секциях, конкурсах, фестивалях, экскурсиях, походах и концертах [14].

В зависимости от степени понижения слуха у ребенка остаются возможности воспринимать те или иные элементы речи. Максимальное развитие слуховой функции и произносительной стороны речи детей с КИ поможет создать основу для формирования у них прочных навыков восприятия устной речи, внятного выразительного произношения, навыков свободного общения с окружающими [27]. Л. С. Выготский подчеркивает, что процесс социализации, приспособления ребенка к требованиям окружающей среды оказывается трудным и болезненным и не всегда проходит успешно [10]. Приспосабливаясь к своему дефекту, как внутренне, так и через поведение, ребенок формирует определенные защитные механизмы, которые накладывают отпечаток на формирование его личности.

Вместе с тем применение специальных форм психологической помощи, наряду с коррекционной логопедической работой, направленной на исправление речевых дефектов, значительно сглаживает проявления вторичных нарушений и способствует полноценному развитию личности ребенка. Для всестороннего развития ребенка с различными патологиями слуха необходима долговременная реабилитация.

Реабилитация для ребенка с нарушением слуха является комплексом мер, направленных на восстановление поврежденных или утраченных функций для последующей успешной социализации [27]. Для детей в возрасте до 3-х лет проводятся абилитационные мероприятия, как комплекс лечебных, педагогических и социальных мер, направленных на приобретение навыков для успешной адаптации в социальной среде [65]. Стабилизацию процесса вхождения пациента в речевую среду обеспечивает психолого-педагогическая реабилитация.

Психолого-педагогический аспект реабилитации детей с нарушением слуха рассматривали Э. И. Леонгард, Э. Г. Самсонова, И. В. Королева, О. В.

Зонтова, О. И. Кукушкина, А. И. Сатаева, и др. Авторы пришли к выводу, что комплексная реабилитация способствует социализации детей с нарушением слуха. Так же они считают, что психолого-педагогическая реабилитация характеризуется общим признаком – наличием индивидуальных психологических особенностей личности, так как они определяют возможность всестороннего участия человека в различные сферы жизнедеятельности [64, 27, 31, 21].

Принимая во внимание выводы исследователей, мы определяем психолого-педагогическую реабилитацию как учет психологических параметров личности во время комплексных реабилитационных мероприятий. Так же мы отмечаем, что итогом успешной психолого-педагогической реабилитации детей с КИ будет являться социализация, т.е. включение в речевую среду, ее использование, а так же активное взаимодействие между участниками реабилитационного процесса.

Управление деятельностью дефектолога строится на основе ведущей деятельности пациентов в зависимости от возраста, на материалах, в отдельных случаях соответствующих требованиям образовательной программы. Коррекционно-развивающие упражнения подбираются таким образом, чтобы, с одной стороны, они были бы доступны для выполнения пациентом, а с другой – уровень их сложности позволял бы активизировать потенциальные возможности [27].

Реабилитационные мероприятия осуществляются с опорой на междисциплинарное взаимодействие специалистов, характер которого определяется структурой нарушения и первоочередными задачами коррекционного воздействия. В процессе комплексной диагностики (психолога, дефектолога, логопеда, врача) выявляются пациенты со сложной структурой дефекта (с сочетанными нарушениями – слуха и зрения, слуха и интеллекта, слуха и НОДА), нуждающиеся в помощи различных специалистов.

Организуется динамическое наблюдение за развитием пациента, т.е. психолого-педагогическое сопровождение, с целью отслеживания динамики развития ребенка, определения соответствия выбранных форм, приемов, методов обучения уровню развития.

Таким образом, *реализуя первую задачу исследования*, мы делаем вывод, что деятельность учителей-дефектологов исследовали и анализировали множество авторов. Исследователи отмечают, что их деятельность многогранна, и находит свое отражение в повседневной коррекционной, образовательной, воспитательной деятельности в различных учреждениях, в том числе и в учреждениях здравоохранения. Мнения исследователей подчеркивают наличие множества подходов к профессиональной деятельности – системный подход, функциональный и ситуационный. А также и их различные функциональные особенности.

Кроме того, изучив научную литературу по специальной педагогике, мы выявили необходимость психолого-педагогического сопровождения семьи и ребенка с нарушением слуха, а также изучили основные формы интегрированного обучения детей с ОВЗ и с нарушением слуха. Психолого-педагогическое сопровождение осуществляется не только в рамках образовательной организации, но и в рамках учреждений медицинского профиля. Учитель-дефектолог в учреждении здравоохранения участвует в проведении реабилитации детей с нарушением слуха, осуществляя подбор методов, средств, и форм оказания коррекционной помощи с опорой на индивидуальные особенности ребенка, и с учетом его дефекта.

1.2 Модель управления деятельностью учителя-дефектолога в педагогическом отделе учреждения здравоохранения.

Так как специалист-дефектолог востребован не только в организациях, осуществляющих интегрированное обучение, но и в организациях медицинского и реабилитационного профиля, как отмечает Н. П. Вайзман,

[8], и в процессе реабилитации непрерывно взаимодействует с другими специалистами педагогического и медицинского профиля, необходимо выделить основные принципы управления его деятельностью.

Управленческую деятельность педагога можно отнести к базовым видам профессионально-педагогической деятельности, которую осуществляет учреждение. «Управление» и «менеджмент» («management» - англ., управление) являются равными по значению определениями в педагогическом менеджменте. Существует множество понятий к определению менеджмента. Так, В. А. Абчук определяет управление как науку, позволяющую находить лучшие пути решения возникших ситуаций [2]. С. Н. Князев под управлением понимает целенаправленный процесс воздействия на коллективы людей [24]. И. Ф. Исаев под управлением подразумевает направленную на выработку решений деятельность, а также на организацию, контроль, регулирование объекта управления в соответствии с заданной целью [22]. П. И. Третьяков считает, что управление есть целенаправленная деятельность субъектов управления различного уровня, обеспечивающих оптимальное функционирование и развитие управляемой системы (субъекта), перевод ее на новый уровень по фактическому достижению цели [85].

К. Я. Вазина, Ю. Н. Петров, В. Д. Белиловский полагают, что эффективное управление построено на следующих принципах [7]:

1. Признание непрерывного движения и развития коллектива как основной цели управления;
2. Признание уникальности личности и ее прав на свободу и творчество;
3. Направленность управления «снизу вверх»;
4. Достижение согласия в коллективной деятельности;
5. Нравственное, экономическое поощрение инициативы.

Следует отметить, что организация и управление деятельностью дефектолога опирается на основные *подходы*. В современной теории

управления педагогическими системами выделяются три наиболее общих подхода [38]:

1. Функциональный (В. И. Зверева, Ю. А. Конаржевский, А. А. Орлов, М. М. Поташник, Т. И. Шамова, В. А. Якунин и др.);

2. Системный (С. И. Архангельский, В. П. Беспалько, В. И. Зверева, Ю. А. Конаржевский, Г. Н. Сериков, Т. И. Шамова, Э. Г. Юдин и др.)

3. Ситуационный (М. Альберт, С. Донелл, Ю. Ю. Екатеринославский, Г. Кунц, М. Х. Мескон, Т. Питерс, Р. Уотерман и др.).

Согласно функциональному подходу, управление состоит из совокупности функций – непрерывных и взаимосвязанных видов деятельности. Каждая функция есть процесс из действий и операций. Так как функции отражают процесс работы системы, функциональный подход также называют процессным. Поэтому мы делаем вывод, что деятельность дефектолога в рамках функционального подхода является системой взаимодействия процессов диагностики, коррекции и методической организации.

В контексте ситуационного подхода управление объектом зависит от условий его существования и состояния в текущий момент. Множество факторов, влияющих на образовательную систему, в практике работы исключает единственность оптимального способа управления системой, управлению становится свойственна вариативность и ситуативность; следовательно, лучший наиболее подходящий способ тот, который более всего соответствует сложившейся ситуации.

Поэтому мы делаем вывод, что в учреждении здравоохранения ситуативный подход в деятельности дефектолога прослеживается в вариативности применимых методик к различным уровням педагогического реабилитационного потенциала пациентов. В учреждении здравоохранения ситуативный подход в деятельности дефектолога прослеживается в вариативности применимых методик к различным уровням педагогического реабилитационного потенциала пациентов.

Системный подход рассматривает образовательную организацию как сложную социально-педагогическую систему, включающую множество подсистем. В то же время образовательная организация может рассматриваться как подсистема в составе более крупной системы, например, системы, управляемой отделом образования.

Поэтому мы делаем вывод, что в контексте системного подхода, деятельность дефектолога рассматривается как организация педагогических условий для успешной образовательной, воспитательной, коррекционной или иной работы.

Исходя из вышесказанного, мы делаем вывод, что подход к РиА детей с нарушением слуха так же системный, ведь эффективность проводимых реабилитационных мероприятий в учреждении здравоохранения напрямую зависит от сопровождения ребенка и семьи во всех аспектах жизнедеятельности: медицинском, психолого-педагогическом, социальном.

В описанных нами подходах к организации деятельности дефектологов отражаются основные *функции* управления [16]:

Информационно-аналитическая функция направлена на изучение состояния функционирования, необходимости применения различных способов, средств, воздействий по достижению целей и задач деятельности, на объективную оценку результатов педагогического процесса и выработку регулирующих механизмов по переводу систему в новое качественное состояние.

Мотивационно-целевая функция направлена на формирование целей участников педагогического процесса на основе мотива их деятельности, возникшего из потребности в данном виде деятельности

Планово-прогностическая функция - деятельность по оптимальному выбору идеальных и реальных целей и разработке программ их достижения.

Организационно-исполнительская. Качество функционирования и развития объекта зависит от организационно-исполнительской функции. Организация характеризуется как деятельность субъекта управления по

формированию и регулированию определенной структуры организованных взаимодействий посредством совокупности способов и средств, необходимых для эффективного достижения целей.

Контрольно-диагностическая функция предназначена для стимулирования деятельности преподавателя и учащегося.

Регулятивно-коррекционная функция определяется как вид деятельности по внесению корректив с помощью оперативных способов, средств и воздействий в процессе управления педагогической системой для поддержания ее на запрограммированном уровне.

Для того, чтобы составить модель управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками РиА, необходимо определить вышеизложенные функции каждому структурному элементу системы взаимодействия (таблица № 1).

Таблица 1

Функции участников РиА

Структурный элемент	Функция
6. Педагог-психолог	Контрольно-диагностическая
5. Учитель-логопед	Мотивационно-целевая
4. Учитель-дефектолог	Регулятивно-коррекционная
3. Заведующий педагогическим отделом ЧОДКБ	Информационно-аналитическая
2. Заведующий центром реабилитации для детей с нарушением слуха ЧОДКБ	Планово-прогностическая
1. Врач сурдолог-оториноларинголог	Организационно-исполнительская

Исходя из данных таблицы, прослеживается принцип управления «сверху вниз», в котором каждый структурный элемент имеет определенные функции.

Организационно-исполнительская функция сурдолога проявляется в информировании пациента во время первичного посещения о его возможностях во время РиА в Центре реабилитации слуха, и в обозначении его дальнейшей маршрутизации, в подготовке необходимых для данного пациента специалистов.

Заведующий отделением оториноларингологии отвечает за деятельность Центра. *Планово-прогностическая* функция заведующего отражается в формировании целей Центра, и в разработке эффективных путей их достижения.

Регулятивно-коррекционная функция учителя-дефектолога состоит в формировании сетки занятий, в корректировке маршрутизации пациента, а также в организации педагогических условий для проведения реабилитационных мероприятий.

Мотивационно-целевая функция в работе учителя-логопеда отражается в разъяснении родителям или законным представителям вопросов важности системности и в организации реабилитационных мероприятий, о необходимости регулярно обследоваться у ведущих специалистов – невролога, сурдолога.

При организации реабилитационных мероприятий мы учитываем основные *принципы*.

Использование *комплексного подхода* к диагностике, коррекции и реабилитации, основанного на соблюдении принципа единства диагностики и коррекции. Диагностическая работа является составной частью комплексного изучения ребенка специалистами дошкольного психолого-медико-педагогического консилиума. Результаты дефектологического обследования обязательно сопоставляются с психологическими, логопедическими,

медицинскими, педагогическими данными и обсуждаются на открытых или закрытых медико-педагогических консилиумах.

Учет этиологии и патогенетики во время анализа нарушений. Поражения слуха и сопутствующих систем приводят к значительной неоднородности нарушенных и сохранных звеньев психической деятельности ребенка, к выраженной неравномерности формирования разных ее сторон, и определяет необходимость дифференцированного подхода в работе по преодолению трудностей воспитанников.

В коррекционной работе дефектолога выделяются приоритетные направления (одно или несколько), которые в первую очередь необходимы для компенсации состояния. По этому основанию происходит комплектование коррекционных групп в соответствии с выявленным реабилитационным потенциалом.

Во время проведения обследования ребенка с нарушенным слухом педагог-психолог помогает членам семьи сформировать адекватные представления о возможностях своего ребенка, помогает понять его уникальность, проводит поддерживающую терапию в отношениях «ребенок-мама» и «ребенок-общество», побуждает родителей к эмоциональному взаимодействию с ребенком. В этом проявляется *контрольно-диагностическая* функция.

Дефектолог в учреждении здравоохранения на этапе первичной диагностики выявляет степень нарушения, помогает родителям и семье сформулировать запрос на содержание коррекционной помощи ребенку, составляет сетку занятий для пациента, поступающего в стационар. Если пациент пришел на прием, чтобы в дальнейшем посетить медико-социальную экспертизу, дефектолог совместно с психологом и логопедом составляет заключение о состоянии психических функций, о состоянии слухоречевых навыков, о составе и особенностях семьи.

Кроме того, в процессе управления своей деятельностью, дефектолог непрерывно взаимодействует с другими специалистами различного профиля.

После проведения первичного обследования данные о поступившем пациенте передаются заведующему педагогическим отделом. Заведующий осуществляет информационно-аналитическую функцию управления, помогая специалистам педагогического профиля сформулировать главную цель реабилитационных мероприятий в отношении каждого конкретного пациента, разработать определенные программы достижения цели, подобрать подходящие методики коррекционной работы каждого специалиста.

Определив функции каждого элемента, появилась необходимость в определении элементов деятельности каждой структурной единицы модели. Анализ принципов организации деятельности, функций управления, позволил нам сформировать основные *профессионально-педагогические блоки деятельности учителя-дефектолога и других участников процесса РпА:*

1. *Организационно-методический* блок: разработка методических материалов, оформление и ведение отчетной документации, изучение литературы, выполнение работ повышенной интенсивности, выполнение приказов, положений, инструкций

2. *Диагностический* блок включает в себя взаимодействие с коллегами и родителями, педагогическое сопровождение и поддержка детей в период лечения, полноту и профессионализм в выполнении должностных обязанностей.

3. *Коррекционный* блок: использование разнообразных форм, методов, приемов в работе. Консультации педагогических работников и родителей по профессиональным вопросам, обеспечение охраны жизни детей.

В более детальном виде сущность деятельности учителя-дефектолога в рамках каждого блока отражается в таблице № 2.

Таблица 2

Блоки деятельности

Организационный	Диагностический	Коррекционный
------------------------	------------------------	----------------------

<p>Составление графиков работы, сетки коррекционной деятельности, планов;</p> <p>Оформление учетно-отчетной документации;</p> <p>Участие в медико-педагогических консилиумах, педагогических советах.</p>	<p>Оценка состояния слуховой функции с целью выявления нарушения слуха или уточнения медицинского диагноза.</p> <p>Оценка эффективности медицинской технической (слухопротезирование, кохлеарное имплантирование) коррекции слуха и изучение уровня развития слухового восприятия речи, обследование речи.</p>	<p>Содействие развитию детей с различными нарушениями;</p> <p>Помощь в преодолении и компенсации отклонений в развитии.</p>
---	--	---

Определив функции и деятельность каждого специалиста, структурировав деятельность учителя-дефектолога, мы построили *модель* управления взаимодействием учителя-дефектолога с другими специалистами процесса РиА (таблица № 3).

Таблица 3

Модель управления взаимодействием учителя-дефектолога со специалистами Центра

Структурный элемент	Функции	Деятельность	Маршрутизация пациента / средства
1. Врач сурдо	Организа- ционно-	медицинская оценка	1. <i>Кабинет врача сурдолога-оториноларинголога</i>

лог-оториноларинголог	исполнительская	слуховой функции	<i>детской поликлиники ЧОДКБ.</i>
		фиксирование данных о последнем обследовании состояния слуха	1.1 Прием сурдолога по направлению из поликлиники, осмотр. Выявление патологии слуховой функции
		тестирование системы различных слуховых аппаратов	1.2 Направление пациента на реабилитацию в ЧОДКБ
		корректировка настройки речевых процессоров систем кохлеарной имплантации.	
2. Заведующий центром реабилитации для	Планово-прогностическая	информирование пациента о его возможностях в Центре	2. <i>Отделение оториноларингологии, стационар.</i> 2.1 Оформление истории болезни 2.2 определение палаты круглосуточного или

детей с нарушениям слуха ЧОДКБ		Прогноз реабилитационных мероприятий	дневного стационара 2.3 подготовка необходимых специалистов
3. Учитель-дефектолог	Регулятивно-коррекционная	формировании сетки занятий	3. Кабинет специалистов педагогического профиля детской поликлиники ЧОДКБ 3.1 сбор анамнеза
		корректировка маршрутизации пациента	3.2 обследование состояние слуховой функции 3.3 выдача расписания 3.4 коррекционная работа по развитию слухового восприятия
4. Учитель-логопед	Мотивационно-целевая	разъяснение родителям вопросов о системности реабилитационных мероприятий.	4. Кабинет специалистов педагогического профиля детской поликлиники ЧОДКБ 4.1 учет данных предыдущих обследований 4.2 оценка речевой функции 4.3 коррекция речевых

		выявление необходимости дополнительны х обследований	нарушений 4.4 формирование рекомендаций
5. Педагог- психолог	Контроль но- диагности ческая	выяснение уровня мотивации и заинтересованно сти родителей реабилитации и коррекции.	5. <i>Кабинет специалистов педагогического профиля детской поликлиники ЧОДКБ</i> 5.1 нейропсихологическое обследование 5.2 учет данных предыдущих обследований 5.3 оформление отчетной документации
		помощь членам семьи в формировании адекватных представлений о возможностях своего ребенка	
		побуждение родителей к эмоциональному взаимодействию с ребенком.	
6. Заведующ ий педагогиче ским	Информа ционно- аналитиче ская	разработка программ реабилитационн ых мероприятий	6. <i>Медико-педагогический консилиум (закрытый/ открытый)</i> 6.1 обсуждение РП пациента

отделом ЧОДКБ		помощь в подборе оптимальных методик коррекционной работы	6.2 составление реабилитационной программы 6.3 отслеживание динамики пациента
------------------	--	--	---

В таблице № 3 мы можем проследить не только деятельность всех специалистов Центра, но и маршрутизацию пациента во время проведения реабилитационных мероприятий. Тем не менее, для организации управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками РиА в учреждении здравоохранения необходимо определить критерии оценки эффективности деятельности учителя-дефектолога.

1.3 Педагогические условия управления деятельностью учителя-дефектолога.

Для организации управления взаимодействием всех элементов нашей *модели* необходимо определить критерии оценки деятельности учителя-дефектолога.

В «Словаре иностранных слов» слово критерий означает величину физическую и техническую, «величину, характеризующую какое-либо устройство, его отдельное свойство или режим работы, принимаемую как основной показатель этого устройства» [74]. Следовательно, критерий – это показатель какого-либо устройства (его работы).

В. П. Симоновым под критерием понимается «величина, характеризующая какое-либо свойство процесса, явления, системы, технического устройства» [71]. Мы рассматриваем критерий как такую

характеристику явления, которая отражает в себе процессуальную, функциональную, генетическую (в понятии развития) характеристику того или иного процесса, явления, системы, устройства (то есть материальных и идеальных объектов).

В.Д. Шадриков принимает профессиональную деятельность как процесс и явление, и относит к критериям эффективности деятельности *производительность, качество и надежность*, отражающие количественные и качественные показатели деятельности. Таким образом, в самом общем виде производительность, качество и надежность – это количественная и качественная характеристика эффективности процесса и развития деятельности[92].

Далее возникает необходимость дать определение понятию «эффективный», так как критерии эффективности деятельности отражают, судя из содержания проблемы, не просто саму деятельность, а деятельность целесообразную, «изменяющую предмет природы» [71].

Итак, эффективный (от лат. *effectivus*) означает «действенный». При этом произведенным от него понятием является «эффективность», следовательно, их можно рассматривать как понятия, отражающие одну и ту же сущность. Так же эффект есть результат действия какой-либо причины, силы, то есть действие, производимое кем - чем-нибудь, вследствие чего-нибудь [74]. Термин «эффективность» применительно к психолого-педагогической деятельности имеет смысловой оттенок «действенности», способности производить эффект некоторых действий, приводящий к нужной цели. В этом случае усвоение коррекционной психологической помощи замедляется, результаты появляются спустя некоторый временной отрезок.

Принимая во внимание вышеизложенное, мы считаем, что эффективность деятельности учителя-дефектолога в педагогическом отделе учреждения здравоохранения определяется следующими критериями.

Качество организации коррекционно-реабилитационного процесса. Под качеством организации понимается такое свойство, состояние

организации, при котором достигается положительная динамика заданных нами проявлений пациентов, обогащение их опыта социально и личностно значимым содержанием и обеспечивается продуктивность их деятельности. В учреждении здравоохранения качество деятельности дефектолога будет проверяться нами по показателям уровней способности к восприятию устной речи, инструкции. То есть, в нашем случае, деятельность учителя-дефектолога будет качественной, если уровень слухоречевого восприятия улучшится после коррекционной работы.

Профессиональная *надежность* педагога рассматривается нами как способность сохранять нормативно заданные параметры педагогического труда независимо от складывающихся условий. Мы полагаем, профессиональная надежность педагога может быть представлена тремя характеристиками: личностной, деятельностной и функциональной.

В личностной надежности проявляется отношение педагога к своей деятельности, индивидуальное своеобразие особенностей их достижения. Деятельностная надежность описывает его психические процессы, точность, своевременность, безошибочность действий в трудовом процессе. Функциональная надежность отражает состояние здоровья, наличие нервно-психического напряжения, объем энергетических ресурсов, необходимых для эффективного выполнения трудовой деятельности [85]. То есть, в общем виде под *надежностью* педагогической деятельности нами понимается способность сознательно управлять своими действиями, состояниями и побуждениями. Надежность напрямую зависит от волевой саморегуляции, и может быть охарактеризована по таким свойствам, как настойчивость и самообладание, так как именно от них зависит способность педагога сохранять заданные параметры педагогического труда независимо от складывающихся условий.

Для диагностики надежности учителей-дефектологов мы использовали методику «Исследование волевой саморегуляции» А. В. Зверьковой и Е. В. Эйдман. Мы проанализировали результаты тестирования дефектологов

педагогического отдела по данной методике (приложение № 1) на констатирующем и контрольном этапах эксперимента.

Производительность. Динамика показателей этого параметра влияет на все другие показатели деятельности, так как профессиональные проявления способствуют увеличению посещений пациентов Центра. Этот показатель отражается в сравнительном анализе количества госпитализаций пациентов с нарушенным слухом за различные периоды;

В целом, подводя итог, мы можем сделать вывод, что дефектолог должен быть способен производить запланированные изменения, развивающиеся вследствие педагогических изменений. Также должен уметь прогнозировать оперативные и долгосрочные результаты, владеть способностью постановки педагогических задач, отбора и применения методов и технологий обучения и воспитания, позволяющих добиться максимальных результатов при минимальной затрате ресурсов, а также рационально применять разнообразные средства, формы и методы. Кроме того, портрет учителя-дефектолога дополняется коммуникативностью и культурой педагогического общения. И, как видно из приведённого перечня, деятельность учителя-дефектолога не исчерпывается только учебно-методической и коррекционной работой, но также касается самых разных сфер его активности.

Таким образом, реализуя вторую задачу исследования, мы определили профессионально-педагогические критерии эффективности деятельности учителя-дефектолога в педагогическом отделе учреждении здравоохранения: качество, надежность, производительность.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 1

В первой главе нами были рассмотрены теоретико-методологические аспекты деятельности учителя-дефектолога в научной литературе, рассмотрены особенности детей с нарушением слуха, проведен анализ опыта сурдопедагогов и специальных психологов. Исследователи отмечают, что их деятельность многогранна, и находит свое отражение в повседневной коррекционной, образовательной, воспитательной деятельности в различных учреждениях, в том числе и в учреждениях здравоохранения. В своей работе дефектолог изучает всестороннее и целостное представление о ребенке с ОВЗ, формирует коррекционный маршрут в потенциале всей его жизни, осуществляет психолого-педагогическое сопровождение семьи и ребенка с нарушенным слухом. На основании этого, мы сделали вывод, что дети с нарушениями слуха в общем уровне психического и речевого развития в разной мере отстают от своих сверстников. Поэтому, в зависимости от степени и характера поражения слуха, индивидуальных особенностей слабослышащего варьируются методические приемы, виды и формы коррекционной работы. Формируя содержание деятельности дефектолога в учреждении здравоохранения, мы определили основные критерии оценки деятельности дефектолога: *качество, надежность, производительность*.

Также мы определили, что психолого-педагогическая реабилитация есть учет психологических параметров личности во время комплексных реабилитационных мероприятий. Так же мы отмечаем, что итогом успешной психолого-педагогической реабилитации детей с нарушением слуха в учреждении здравоохранения будет являться социализация, т.е. включение в речевую среду, ее использование, а также активное взаимодействие между участниками реабилитационного процесса.

Таким образом, основная деятельность учителя-дефектолога в учреждении здравоохранения направлена на реабилитацию детей с нарушением слуха, и представляет собой целостный комплекс мер, направленных на оказание помощи, как ребенку в форме занятий и

динамического наблюдения за ходом развития, так и родителям, педагогам, администрации в форме рекомендаций. Формируя содержание деятельности дефектолога в учреждении здравоохранения, мы определили основные критерии оценки деятельности дефектолога: *качество, надежность, производительность.*

Так как реабилитационные мероприятия для пациентов осуществляются с опорой на междисциплинарное взаимодействие специалистов, характер которого определяется структурой нарушения и первоочередными задачами коррекционного воздействия, прослеживается необходимость во внедрении специальной модели управления взаимодействием учителя-дефектолога со специалистами Центра реабилитации слуха для детей ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница» для повышения *производительности* деятельности учителя-дефектолога.

ГЛАВА 2. ОПЫТНО-ПОИСКОВАЯ РАБОТА ПО РАЗРАБОТКЕ И ВНЕДРЕНИЮ МОДЕЛИ УПРАВЛЕНИЯ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕМ УЧИТЕЛЯ-ДЕФЕКТОЛОГА С УЧАСТНИКАМИ РиА В УЧРЕЖДЕНИИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

2.1 Цель, задачи и общая характеристика экспериментальной работы

Целью данного параграфа является представление логики проведённой опытно-экспериментальной работы, характеристики использованных в ходе опытно-экспериментальной работы методов и диагностик исследования, описание этапов управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками процесса РиА в учреждении здравоохранения. Общая логика эксперимента заключалась в том, чтобы:

1. Определить критерии эффективности деятельности учителя-дефектолога;
2. Оценить эффективность деятельности учителя-дефектолога по критерию «качество», «производительность»;
3. Описать влияние *модели* взаимодействия учителя-дефектолога с участниками процесса РиА в учреждении здравоохранения на критерий «Производительность».

Для этого нами была проведена экспериментальная работа, в ходе которой был выбран комплекс научно-исследовательских методов. Ведущим методом стал педагогический эксперимент, который проводился в 2016-2017 годах, и включал в себя следующие этапы:

1. Теоретический - постановка проблемы, определение цели, объекта и предмета исследования, его задач и гипотез.
2. Методический – разработка программы, методов обработки полученных результатов.

3. Собственно эксперимент - создание экспериментальных ситуаций, наблюдение, управление опытом и измерение реакций пациентов.

4. Количественный и качественный анализ, интерпретация полученных фактов, формулирование выводов и практических рекомендаций.

Эксперимент по оценке критерия «Качество» проходил в несколько этапов, и включал в себя следующие методы:

1. Наблюдение – организованное восприятие процесса РИА детей с нарушением слуха в условиях стационара. Организованное нами наблюдение характеризуется длительностью, систематичностью, объективностью и массовостью;

2. Беседа с пациентами с целью получения необходимой информации или разъяснения того, что не было достаточно ясным при наблюдении.

3. Изучение документации - медицинских карт, характеристик – для составления педагогического представления об учебных навыках пациента.

4. Оценка показателей слухоречевого восприятия.

Для оценки критерия «Качество» с помощью случайного выбора нами были подобраны контрольные и экспериментальные группы, сформированные из пациентов двух групп педагогической коррекции, одинаковые по численности, возрасту, а также приблизительно схожим процентом РП. Исследование проводилось на базе Центра реабилитации слуха для детей Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Челябинская областная детская клиническая больница».

Число пациентов в 2 группах составило 20 человек.

В экспериментальную группу (ЭГ) вошли 10 пациентов 1-16 лет III и IV группы коррекции (таблица № 5), то есть пациенты со средним и умеренным реабилитационным потенциалом (далее - РП). Реабилитационные мероприятия таких пациентов сводились только к первичной диагностике и последующей настройкой речевого процессора системы кохлеарной имплантации. Коррекционные занятия этими пациентами не посещались.

Контрольную группу (КГ) составили 10 пациентов 1-16 лет III и IV группы коррекции (таблица № 5). Реабилитационные мероприятия пациентов КГ включали не только настройку речевого процессора, но и коррекционные занятия со специалистами. Группы педагогической коррекции – I, II, III, IV – определяются после проведения первичной диагностики, на основе выявленного РП.

Существует множество подходов к определению понятия «реабилитационный потенциал». В. П. Белов, И. Н. Ефимов под РП понимают «комплекс биологических, личностных и социально-средовых факторов, которые составляют основу ресоциализации больного». М. В. Коробов определяет РП как возможность человека приводить биологические и социально-психологические резервы к мобилизации компенсаторных и адаптивных процессов и других механизмов. Р. М. Войтенко определяет РП как возможность человека уменьшать или компенсировать социальную недостаточность или ограничения жизнедеятельности.

Анализируя мнения различных авторов, мы определяем РП пациента с нарушенным слухом как оценку когнитивных и личностных характеристик в соответствии с биологическим возрастом, а так же дельтой слухового и фактического возраста. Уточнение РП является необходимой предпосылкой для правильного построения реабилитационной программы и для адекватной организации реабилитационного процесса.

При разработке РП нами были использованы разработки ведущих специалистов в области специальной педагогики и психологии (Э.И. Леонгард, Т.В. Николаева, И.В. Королева, О.В. Зонтова, А.И. Сатаева, Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И., Корсунская Б.Д., Пелымская Т.В., Шматко Н.Д. и др.).

Характеристики навыков детей разного возраста с КИ оцениваются баллами (таблицы сформированности функций включены в карты обследования - приложение № 2) . Исходя из набранного количества баллов, дельты слухового и биологического возраста, прогнозируется

реабилитационный потенциал. Выбранные нами диагностические критерии оценки соответствуют различным возрастным показателям.

Исходя из выявленного РП, нами разработана матрица групп педагогической коррекции. Каждый пациент группы после реабилитационных мероприятий получает на руки реабилитационную программу для самостоятельной работы (приложение № 3). В качестве теоретической основы для данного вида разработки выступают методические рекомендации, исследования и публикации отечественных специальных психологов и сурдопедагогов (Э.И. Леонгард, Н.Д. Шматко, Т.В. Николаева, И.В. Королева, О.В. Зонтова, А.И. Сатаева). Характеристика групп коррекции представлена в таблице № 4.

Таблица 4

Группы педагогической коррекции.

РП	Характеристика	Группа
Высокий РП 100-81%.	Уровень развития ребенка соответствует возрастной норме, но требуется отслеживать его дальнейшее развитие и осуществлять психолого-педагогическую поддержку. Ребенок находится в речевой среде, у него сформирована речь и коммуникация, когнитивные функции сохранены и близки к норме. Требуется незначительная общеразвивающая работа, реакции на слуховые раздражители различного происхождения адекватны и разнообразны, психическое развитие соответствует возрастной норме. Чаще всего основной коррекции требуют минимальные нарушения 1-2 звуков речи, отмечается ротацизм, ламдацизм, общее речевое развитие соответствует 4 уровню ОНР	1

<p>Повышен ный РП 80-61%</p>	<p>Уровень развития ребенка приблизился к возрастной норме, но необходима минимальная психолого-педагогическая поддержка. Когнитивные процессы сохранены, ребенок адаптирован к социальной среде. Чаще всего страдает лексико-грамматических строй речи, звукопроизношение.</p>	<p>2</p>
<p>Средний РП 60-41 %</p>	<p>Уровень развития ребенка не соответствует возрастной норме, но есть перспектива сближения при условии значительной коррекционно-педагогической поддержке. Чаще всего слуховые реакции неадекватны, однообразны, замедлены, условно-двигательной реакции на речевые логотомы разных частот не отмечается, или она неустойчивая. Ребенок раннего возраста имеет речь, представленную вокализацией, звукоподражанием, короткими словами, отсутствием фразы. Ребенок старшего возраста имеет полиморфные нарушения звукопроизношения, имеет простую грамматически несогласованную фразу и бедный словарный запас (2 уровень общего недоразвития речи).</p>	<p>3</p>
<p>Умеренн ый РП 40- 21%</p>	<p>Уровень развития ребенка не соответствует возрастной норме, но есть перспектива сближения при условии значительной коррекционно-педагогической поддержке. Чаще всего слуховые реакции неадекватны, однообразны, замедлены, условно-двигательной реакции на речевые логотомы разных частот не отмечается, или она неустойчивая. Ребенок раннего возраста имеет речь, представленную вокализацией, звукоподражанием, короткими словами, отсутствием фразы. Ребенок старшего возраста имеет полиморфные нарушения звукопроизношения, имеет простую грамматически несогласованную фразу и бедный словарный запас (2 уровень общего недоразвития речи).</p>	<p>4</p>

Низкий РП 21-0%	Уровень развития ребенка не соответствует возрастной норме и перспектива сближения с ней маловероятна. Ребенок не владеет речью, отсутствуют навыки коммуникации, кроме естественных жестов. Грубые нарушения сенсорного развития.	5
--------------------	--	---

Категории пациентов со средним и умеренным РП обычно имеют схожие характеристики по состоянию одного ведущего направления развития – слухового, речевого, когнитивного, бытового и социокультурного, программного.

Принимая во внимание вышеизложенное, мы делаем вывод, что показатели умственного, слухоречевого, социально-бытового развития пациентов ЭГ и КГ в общей сложности не отличалось друг о друга.

Для оценки критерия «Надежность» нами использовалась методика А. В. Зверьковой и Е. В. Эйдмана для исследования волевой саморегуляции (приложение № 4). В тестировании принимали участие дефектологи педагогического отдела на этапе констатирующего и контрольного эксперимента. В анкете отражены основные аспекты реабилитационных мероприятий: уровень усвоения реабилитационной программы, понятность и доступность заданий, рациональность расписания мероприятий.

Мероприятия по повышению показателей надежности деятельности нами не проводились, поэтому характеристика надежности учителя-дефектолога является констатирующей.

Для оценки критерия «Производительность», мы провели анализ методической литературы, теоретического и практического уровней разработанности проблемы нашего исследования, осуществляя

наблюдение за участниками процесса РиА, мы получили данные, которые позволили нам выделить основные особенности состояния взаимодействия всех специалистов педагогического и медицинского профиля в процессе РиА:

1. Каждая выделенная нами структурная единица Центра существовала автономно, независимо друг от друга.

2. В деятельности специалистов медицинского и педагогического профиля отсутствовала преемственность.

3. Каждый специалист педагогического профиля самостоятельно и несогласованно оформлял осмотр и заключение, формировал задания для коррекционной работы.

Из-за смежности многих профессиональных компетенций специалистов получалось, что на одного пациента оформлялось несколько осмотров, в целом повторяющих содержание друг друга. Реабилитационных программ для одного пациента также было несколько, что усложняло их самостоятельное освоение. Таким образом, было принято решение о разграничении профессиональных компетенций путем формирования профессиональных блоков.

Это, в свою очередь, неминуемо влечет за собой возникновение взаимодействий между специалистами для грамотного построения реабилитационных мероприятий. Поэтому, мы сделали вывод о зависимости количества госпитализаций и реализацией *модели*, определив количество госпитализаций показателем производительности деятельности. Для того, нами проводился сравнительный анализ количества госпитализаций пациентов с нарушенным слухом на этапе констатирующего эксперимента и формирующего эксперимента, с учетом внедренной модели управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками РиА в Центре реабилитации для детей ГБУЗ ЧОДКБ на примере КГ, и без участия указанной нами модели на примере ЭГ.

2.2 Содержание и методика формирующего эксперимента.

2.2.1 Улучшение показателей критерия «Качество».

Работа дефектолога-сурдопедагога в Центре реабилитации слуха для детей ЧОДКБ на этапе первичной диагностики включает в себя, прежде всего, оценку слухоречевых возможностей пациентов разного возраста. Невозможно, описывая слуховые навыки ребенка, не затронуть и речевой аспект, хотя, оценка и коррекция речевых навыков входит в компетенции учителя-логопеда. В связи с этим, нами было принято решение о разграничении профессиональных компетенций. Нами были отобраны основные показатели сформированности слуха и речи, и оформлены в таблицы состояния определенных навыков для каждой возрастной группы. Наличие или отсутствие какого-либо навыка отмечается «0» и «1» соответственно, N – количество максимально возможных баллов, F – фактически набранных.

При составлении диагностических таблиц, в качестве методологической базы мы выбрали положение специальной психологии и коррекционной педагогики об общих закономерностях развития слышащего и глухого ребенка, основанное на культурно-исторической теории Л.С. Выготского. А также подход отечественной научной школы сурдопедагогики к реабилитации детей после кохлеарной имплантации (Гончарова Е.Л., Кукушкина О.И.). Дополнительно учитывали базовое положение отечественной научной школы сурдопедагогики о возможности приближения развития глухого ребенка к возрастной норме в адекватных условиях обучения и воспитания (Корсунская Б.Д., Леонгард Э.И., Пельмская Т.В., Шматко Н.Д. и др.).

Данные оценки сформированности *слуховой функции* для детей с нарушением слуха представлены в таблице № 5.

Таблица 5

Слуховые возможности

Направления	Знания, умения, навыки	Наличие/ отсутствие
Акустические характеристики звука	Громкий/ тихий, сильный/ слабый	0/1
	Высокий/ низкий	0/1
	Длинный/ короткий	0/1
	Гороховые пробы	0/1
Восприятие речи	Определение звука в пространстве	0/1
	Различение высокочастотных слов	0/1
	Различение среднечастотных слов	0/1
	Различение низкочастотных слов	0/1
	Сформированность условно-двигательной реакции на речевые звуки	0/1
	Мелодико-интонационная сторона речи	0/1
	Понимание обращенной речи, инструкции	0/1
	Восприятие текста, повтор	0/1
	Пересказ	0/1
	Самостоятельное высказывание	0/1
Учебные навыки	Сформированность навыков чтения и письма	0/1
(N15 F ?)		

В результате оценки слухового восприятия мы выделили три уровня его сформированности:

1. Высокий – от 11 до 14 фактически набранных баллов;
2. Средний уровень – от 6 до 10 фактически набранных баллов;
3. Низкий – от 0 до 5 фактически набранных баллов.

Для того, чтобы рассчитать общий РП, необходимо оценить остальные возможности пациентов. Аналогия прослеживается и в оценке остальных способностей пациента, которые диагностируют педагог-психолог и учитель-

логопед. После этого происходит формирование карты первичного обследования с учетом сформированности слухоречевого аспекта.

Исходя из данных таблицы № 5, мы видим, что оценка речевых возможностей дефектологом-сурдопедагогом производится, но только в аспекте восприятия на слух. Другие многочисленные характеристики речи остаются в компетенции учителя-логопеда. Помимо этого, логопед в первичном обследовании отмечает одну из самых важных сторон речевой деятельности – звукопроизношение. Оценка звукопроизношения представлена в таблице «Речевое развитие» карты первичного обследования (приложение № 2). Следует отметить, что таблица речевого развития едина для всех возрастов.

Педагог-психолог, проводя нейропсихологическое обследование, отмечает все данные в таблицу сформированности когнитивных навыков. Оценка психических функций представлена в таблице «Когнитивные навыки» карты первичного обследования (приложение № 2).

Помимо оценки слухоречевого восприятия, когнитивных навыков, для составления полноценной картины развития ребенка есть необходимость оценки социально-бытовых и программных навыков. Оценка социально-бытовых и программных навыков представлена в соответствующих таблицах карты первичного обследования (приложение № 2).

После оценки всех ведущих компонентов развития ребенка определяется реабилитационный потенциал (РП) пациента. При прогнозе РП учитываются дополнительные факторы: данные о КИ, сопутствующие соматические заболевания, интеллектуальное развитие. РП пациентов ЭГ и КГ рассчитывался следующим образом:

$$\text{РП общий} = \text{РП развитие} + \text{РП возраст} + \text{РП разница}$$

$$\text{Первая составляющая РП развитие} = A * 33 / B,$$

Где А - число набранных пациентом баллов; В - максимально возможное количество баллов общей оценки развития.. РП по фактору возраста определяется по таблице № 6:

Таблица 6

РП по фактору возраста

Реабилитация		Абилитация	
Возраст	РП, %	Возраст	РП%
До 5 лет	33%	До 5 лет	33%
5-7 лет	28%	5-9 лет	5%
7-9 лет	23%	Более 9 лет	0%
9-12 лет	10%		
Более 14 лет	0%		

Данные для второй составляющей - *РП по фактору разницы биологического и слухового возрастов* - определяется по таблице № 7:

Таблица 7

РП по фактору дельты слухового возраста

Возраст РП	Дельта
До 1 года	33%
До 2 лет	15%
До 3 лет	5%
Более 3 лет	0%

Таким образом, общий РП определяется путем сложения РП по каждому из трех факторов:

$$\text{РП общий} = \text{РП развитие} + \text{РП возраст} + \text{РП разница}$$

После расчета РП определяется группа коррекции (таблица № 4), и прогнозируются реабилитационные мероприятия по тренировке

слухоречевого восприятия. В своей сути все методики оценки и тренировки слуха сводятся к основным действиям.

1. Оценки и тренировки слуховой функции посредством речевой аудиометрии – с использованием слов Л. В. Неймана и А. М. Ошерович. Отраженное воспроизведение слов пациентом обследуется с помощью низкочастотных и высокочастотных слов из списков Л.В. Неймана и А. М. Ошеровича. При выраженном недоразвитии экспрессивной речи ребенку показываются картинки, названия которых он услышал.

Низкочастотные слова: Вова, дом, окно, ухо, море, рыба, волк, дым, булка, кукла, утка, молоко, лампа, и др.

Высокочастотные слова: Саша, часы, шишка, чай, спичка, чижик, шашка и др. зайчик, чашка и др.

После проведения обследования слуха методом речи разговорной громкости и шепота проводится анализ полученных результатов. Анализ заключается в определении расстояния, с которого ребенок слышит шепотную и разговорную речь, и сравнении его с нормальным восприятием шепота - 6 м, после этого данные обследования сопоставляются с международной классификацией тугоухости (таблица № 8).

Таблица 8

Классификация степени снижения слуха

Степень	Средняя потеря слуха по классификации, используемой в России/по классификации	Восприятие разговорной и громкой речи	Восприятие шепотной речи
1	20-40 дБ / 26-40 дБ	6-3 м	2м – у уха
2	40-60 дБ / 41-55 дБ	3 м – у уха	0 – у уха
3	60-80 дБ / 56-70 дБ	Громкая речь у уха	0

4	80-100 дБ / 71-90 дБ	Крик у уха	0
Глухота	>100 дБ / >91 дБ	0	0

Сигналом тревоги является восприятие ребенком даже части слов на расстоянии менее 6 м. Как правило, у детей с минимальным снижением слуха различительный порог шепотной речи соответствует 3-4 м. Нужно также соотнести расстояния, с которых ребенок разборчиво воспринимал разговорную речь и шепот, и частотную характеристику лучше различаемых слов (высокочастотных/низкочастотных). нарушении звукопроводения разница в восприятии речи шепотной и разговорной громкости незначительна; легче различаются высокочастотные слова. При нарушении звуковосприятия разница в расстоянии существенна; лучше узнаются низкочастотные слова.

2. Методика «Что звучит» для дошкольников для тренировки навыка определять речевые и неречевые звуки в условиях открытого и закрытого выбора;

3. Методика «гороховые пробы». Наполняются крупами одинаковые небольшие емкости – 1/ манка, 2/ сахар, 3/ гречка, 4/ горох, 5/ фасоль, 6/ пустая емкость. Располагают емкости на равном удалении от ушей пациента, одну наполненную, одну пустую, для тренировки навыка локализации звука в пространстве;

4. Методика «повтори ритм» для тренировки слухового и тактильного восприятия;

5. Методика «похожие слова» с использованием списков Л. В. Неймана и А. М. Ошеровича;

6. Тренировка слуха с помощью несуществующих слов «квазислов»;

7. Тренировка узнавания слов с разной (одно-, двух-, трехсложные) и одинаковой слоговой структурой при закрытом и открытом выборе на фоне шума;

8. Тренировка восприятия слитной речи (предложения, тексты, диалоги) при закрытом и открытом выборе;

9. Тренировка восприятия разночастотных логотом, слов, предложений;

10. Тренировка локализации источника звука в пространстве;

11. Тренировка восприятия музыки, и др.

Реализация этих методик проводится в течение всего периода реабилитационных мероприятий. По их окончании уровень слухоречевого восприятия оценивается повторно.

Таким образом, на этапе первичной диагностики РП пациентов ЭГ и КГ был средний, и составил в среднем 65,2%, что, согласно таблице № 4 соответствует III группе коррекционной работы.

1. (слухоречевое развитие) F9 + (речевое развитие) F24 + (состояние психических функций) F31 + (бытовые и социокультурные компетенции) F6 + (пространственно-временные и первоначальные временные представления) F2
* $33 / 107 = 22,2$

2. $22,2 + (\text{биологический возраст во время реабилитации}) 33 = 55,2$

3. $55,2 + (\text{дельта слухового и биологического возраста}) 10 = 65,2$

2.2.2 Улучшение показателей «Производительность».

Исходя из нашей *модели*, для пациентов КГ процесс РиА начинается с посещения кабинета врача сурдолога - оториноларинголога, где дается медицинская оценка слуховой функции, фиксируются данные о последнем обследовании состояния слуха, тестируются системы различных слуховых аппаратов, корректируются настройки речевых процессоров систем кохлеарной имплантации. Дефектолог приглашается на прием с целью оценки слуховой функции и составления педагогического представления.

Затем пациент направляется в отделение оториноларингологии для оформления необходимой документации, в которой есть краткие сведения об анамнезе, характере семьи, необходимых анализах, а также контактных данных пациента и его родителей (законных представителей). Так как многие

дети с нарушением слуха, которые поступают в Центр, имеют еще сопутствующие патологии развития (ДЦП, умственная отсталость, другие поражения нервной системы), в отделении они получают необходимые направления к различным специалистам медицинского профиля. В это же самое время пациент определяется в палату круглосуточного или дневного стационара.

Оформив историю болезни, пациент направляется в кабинеты к специалистам педагогического профиля – к учителям-дефектологам (сурдопедагогам), учителям-логопедам, педагогам-психологам. Учитель-дефектолог посредством речевой аудиометрии подробно обследует состояние слуховой функции пациента-кандидата на кохлеарную имплантацию, состояние слуховой функции пациента без слухового аппарата, при включенном слуховом аппарате, а также пациента с кохлеарным имплантом.

После обследования слуховой функции необходимо определить уровень сформированности речевых навыков. Учитель-логопед, на основании данных предыдущих обследований, обращает внимание на состояние органов артикуляции – особенности неба, прикуса, зубов, губ, уздечки, формирует рекомендации по развитию речевого дыхания.

Во время проведения обследования ребенка с нарушенным слухом педагог-психолог проводит нейропсихологическое обследование, отмечает когнитивные особенности ребенка – особенности восприятия, внимания, памяти, мышления. Выявив необходимые особенности, собрав данные предыдущих осмотров, психолог выясняет уровень мотивации и заинтересованности родителей или законных представителей в процессе реабилитации и коррекции.

После проведения первичного обследования, данные о поступившем пациенте передаются заведующему педагогическим отделом. Заведующий помогает специалистам педагогического профиля сформулировать главную цель реабилитационных мероприятий в отношении каждого конкретного

пациента, разработать определенные программы достижения цели, подобрать подходящие методики коррекционной работы каждого специалиста.

Каждый ребенок с особенностями в развитии имеет свою индивидуальную реабилитационную программу, где подобраны оптимальные упражнения для развития всех функций. Развитием его слухового восприятия и когнитивных способностей руководит медико-педагогический консилиум Центра. Консилиум является постоянно действующим диагностическим, консультативным, коррекционным, консультативным органом Центра.

В состав медико-педагогического консилиума входят:

1. Руководитель консилиума (заведующий педагогическим отделом);
2. Педагог-психолог;
3. Учитель-дефектолог;
4. Учитель-логопед;

Дополнительно к работе по согласованию привлекаются:

1. В случае открытого консилиума привлекаются родители (законные представители) и другие члены семьи, с кем взаимодействует пациент;
2. Врачи различного профиля, с которыми взаимодействовал пациент во время пребывания в стационаре Центра.

Так как мы сделали вывод о зависимости количества госпитализаций и реализацией *модели*, нами проводился сравнительный анализ количества госпитализаций пациентов с нарушенным слухом на разных этапах эксперимента, с учетом внедренной *модели* на примере КГ, и без участия указанной нами модели на примере ЭГ.

2.3 Анализ результатов экспериментальной работы

2.3.1 Анализ показателей критерия «Качество».

Содержание настоящего параграфа ориентировано на анализ результатов и объективную информацию, полученную в ходе опытно-

экспериментальной работы; характеристику условий, при которых эксперимент дал благоприятные результаты.

Опытно-экспериментальная работа по проверке эффективности разработанной *модели* управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками процесса РиА в учреждении здравоохранения была проведена для подтверждения сформулированных в гипотезе положений. Для этого необходимо было определить следующее:

1. Произошел ли к моменту окончания опытно-экспериментальной работы прирост результатов по избранным критериям в ЭГ и КГ.

2. Увеличился ли общий РП пациента после реализации коррекционных занятий в рамках *модели* взаимодействия учитель-дефектолога с участниками РиА.

Отметим, что на контрольном этапе исследования выполнялся сравнительный анализ эмпирических данных, полученных по итогам выявления уровня слухоречевого восприятия пациентов ЭГ и КГ групп по каждому выделенному показателю, рассчитывался общий РП с учетом слухоречевого аспекта, интерпретировались обобщенные результаты опытно-экспериментальной работы.

Сбор информации проходил по каждому показателю, а затем данные по основным показателям критерия «Качество» обобщались с учётом специфики каждого уровня: низкий, средний, высокий.

Обобщение результатов качественного и количественного анализа эмпирических данных, полученных в ходе эксперимента, даёт основания утверждать, что ЭГ по совокупным показателям и КГ имеют схожие начальные данные, как по отдельным показателям, так и по уровням развития ведущих компонентов.

По критерию «Качество» мы провели сравнение количества фактически набранных баллов во время первичного осмотра в таблице слухоречевого развития, а также рассчитали средний РП ЭГ и КГ. Сопоставление полученных по всем показателям результатов позволило

выявить незначительное различие между КГ и ЭГ на начальном этапе эксперимента (таблица № 9).

Таблица 9

Сравнительный анализ данных сформированности показателей слухоречевого восприятия на момент первичного осмотра

Направления	Знания, умения, навыки	Наличие/ отсутствие	
		ЭГ (только настройка)	КГ (настройка и реабилитация)
Акустические характеристики и звука	Громкий/ тихий, сильный/ слабый	1	1
	Высокий/ низкий	1	1
	Длинный/ короткий	1	1
	Гороховые пробы	0	0
Восприятие речи	Определение звука в пространстве	1	1
	Различение высокочастотных слов	0	0
	Различение среднечастотных слов	0	1
	Различение низкочастотных слов	1	1
	Сформированность условно-двигательной реакции на речевые звуки	1	1
	Мелодико-интонационная сторона речи	0	0
	Понимание обращенной речи, инструкции	1	1

	Восприятие текста, повтор	0	0
	Пересказ	1	1
	Самостоятельное высказывание	1	1
Учебные навыки	Сформированность навыков чтения и письма	1	1
		ЭГ (N15 F9)	КГ (N15 F10)

Получается, показатели сформированности слухоречевого восприятия ЭГ соответствуют *среднему* уровню – 9 баллов. Показатели КГ также соответствуют *среднему* уровню – 10 баллов. Общий РП КГ и ЭГ на момент первичного осмотра составляет 65%.

Мы выделили особо существенные в реабилитационной работе дефектолога-сурдопедагога показатели:

1. Восприятие фразы, текста;
2. Наличие мелодико-интонационной стороны речи;
3. Отдельное восприятие различных частот: высоких, средних, низких.

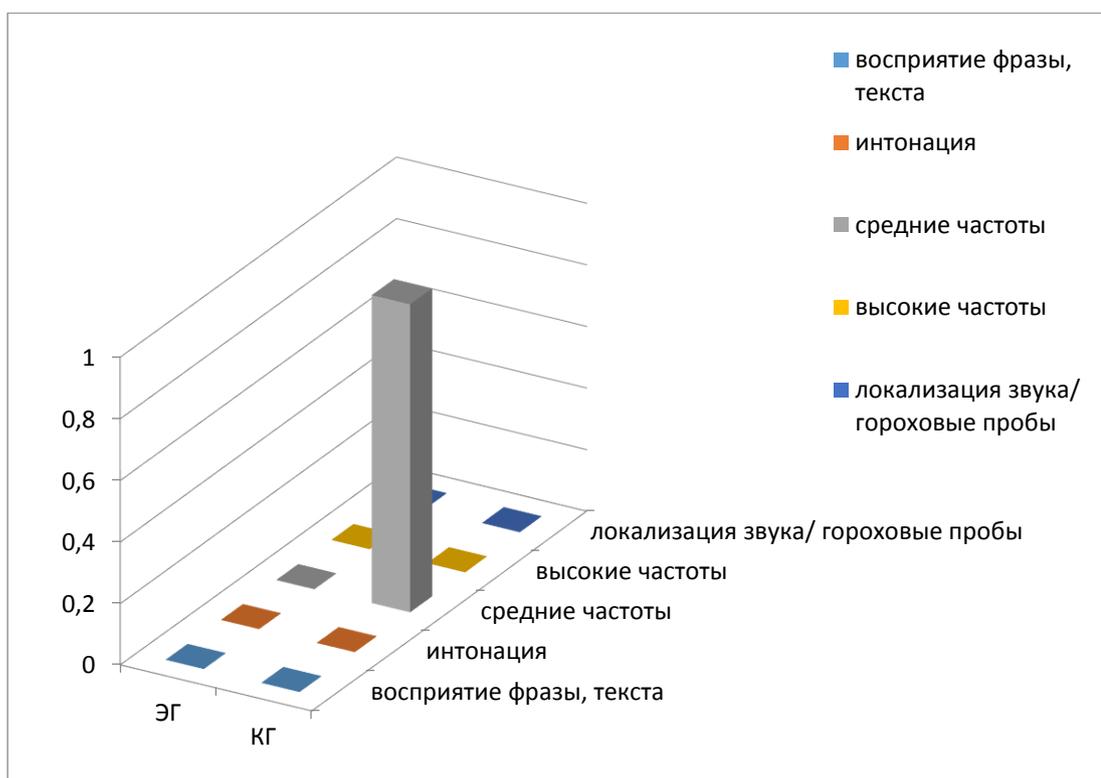
Сравнение этих показателей после проведения первичного обследования в ЭГ и КГ мы отобразили в диаграмме № 1.

Исходя из данных диаграммы видно, данные ЭГ и КГ имеют некоторые различия по основным показателям.

Пациенты ЭГ, после проведения первичного осмотра, направляются на настройку речевого процессора, после которой необходим заключительный осмотр слухоречевой функции. Все эти процедуры выполняются пациентом в течение одного дня.

Диаграмма 1

Сравнение показателей сформированности слухоречевого восприятия ЭГ и КГ на этапе первичного обследования



Пациенты КГ, после проведения реабилитационных мероприятий, в течение реализации указанной нами *модели управления деятельностью учителя-дефектолога*, в которую входят коррекционные занятия по тренировке слухоречевого восприятия, также проходят заключительный осмотр, в котором специалисты отмечают изменения в критериях оценки ведущих функций.

Таблица 10

Сравнение показателей сформированности слухоречевого восприятия в ЭГ и КГ во время заключительного осмотра

Критерии / ЗУНы	ЭГ (только настройка)	КГ(полная реабилитация)
Громкий/ тихий, сильный/ слабый	1	1
Высокий/ низкий	1	1
Длинный/ короткий	1	1
Гороховые пробы (горох, гречка, сахар)	0	1
Определение звука в пространстве	1	1

Различение высокочастотных слов	0	1
Различение среднечастотных слов	1	1
Различение низкочастотных слов	1	1
Сформированность условно-двигательной реакции на речевые звуки	1	1
Мелодико-интонационная сторона речи	0	1
Понимание обращенной речи, инструкции	1	1
Восприятие фразы, текста, повтор	0	1
Пересказ	1	1
Самостоятельное высказывание	1	1
Сформированность навыков чтения и письма	1	1
ИТОГО	10	15

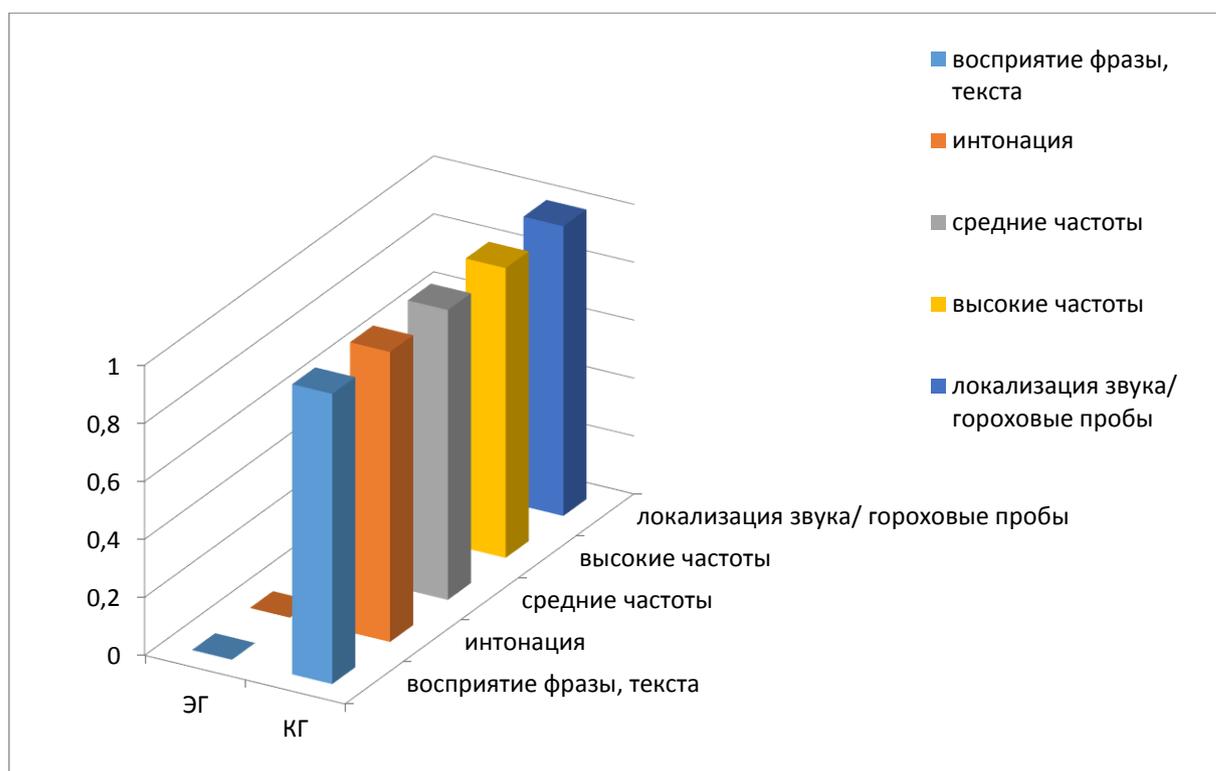
Получается, показатели сформированности слухоречевого восприятия ЭГ соответствуют *среднему* уровню – 10 баллов. Показатели КГ соответствуют *высокому* уровню – 14 баллов.

У пациентов ЭГ улучшилась способность восприятию средних частот. У пациентов КГ, после реализации *модели*, после проведенных коррекционных занятий по тренировке слухового восприятия улучшилась способность различения высоких частот, способность к различению фразовой речи.

Данные таблицы № 10 отражены в диаграмме № 2.

Диаграмма 2

Сравнение показателей сформированности слухоречевого восприятия КГ и ЭГ во время заключительного осмотра



Как мы видим по данным диаграммы 2, ЭГ и КГ в составе 10 человек в каждой группе по основным критериям в итоге имели следующие данные:

1. Восприятие фразовой речи – у ЭГ после настройки речевого процессора системы кохлеарной имплантации не улучшилась способность к различению фразовой речи. У КГ после курса реабилитационных мероприятий улучшилась способность к восприятию и различению фразовой речи, показана возможность открытого выбора.

2. Как показывают данные диаграммы, мелодико-интонационная сторона речи так же остается без изменений у пациентов ЭГ непосредственно после настройки речевого процессора. У пациентов КГ во время коррекционных занятий с психологом и учителем-логопедом в течение времени реабилитационных мероприятий была показана возможность развития интонаций и силы голоса.

3. Различение средних и высоких частот – этот критерий один из самых важных, так как именно от различения речевых звуков высоких частот зависит возможность пациента овладеть всеми компонентами речи. Как показывает диаграмма, настройка речевого процессора зачастую помогает

совершенствовать способность пациента различать речевые звуки средних и средневысоких частот, что и показано на примере пациентов ЭГ. Но, при этом, различение высокочастотных слов и слоговых дорожек улучшается при систематической тренировке слухоречевого восприятия.

Таким образом, сравнительный анализ результатов по всем критериям, полученным до и после эксперимента, даёт основания утверждать, что в КГ наблюдается значительное повышение уровня каждого показателя уровня сформированности слухоречевых навыков. Следовательно, достижение позитивных результатов обусловлено внедрением разработанной нами модели управления взаимодействием учителя-дефектолога в педагогическом отделе учреждения здравоохранения.

На этапе заключительной диагностики РП пациентов ЭГ остался средний, динамика увеличения РП значительно не прослеживается, 65%. Расчет РП ЭГ на момент заключительного обследования:

1. (слухоречевое развитие) F10 + (речевое развитие) F24 + (состояние психических функций) F31 + (бытовые и социокультурные компетенции) F6 + (пространственно-временные и первоначальные временные представления) F2 * 33 / 107 = 22,5
2. 22,5 + (биологический возраст во время реабилитации) 33 = 55,5
3. 55,5 + (дельта слухового и биологического возраста) 10 = 65,5.

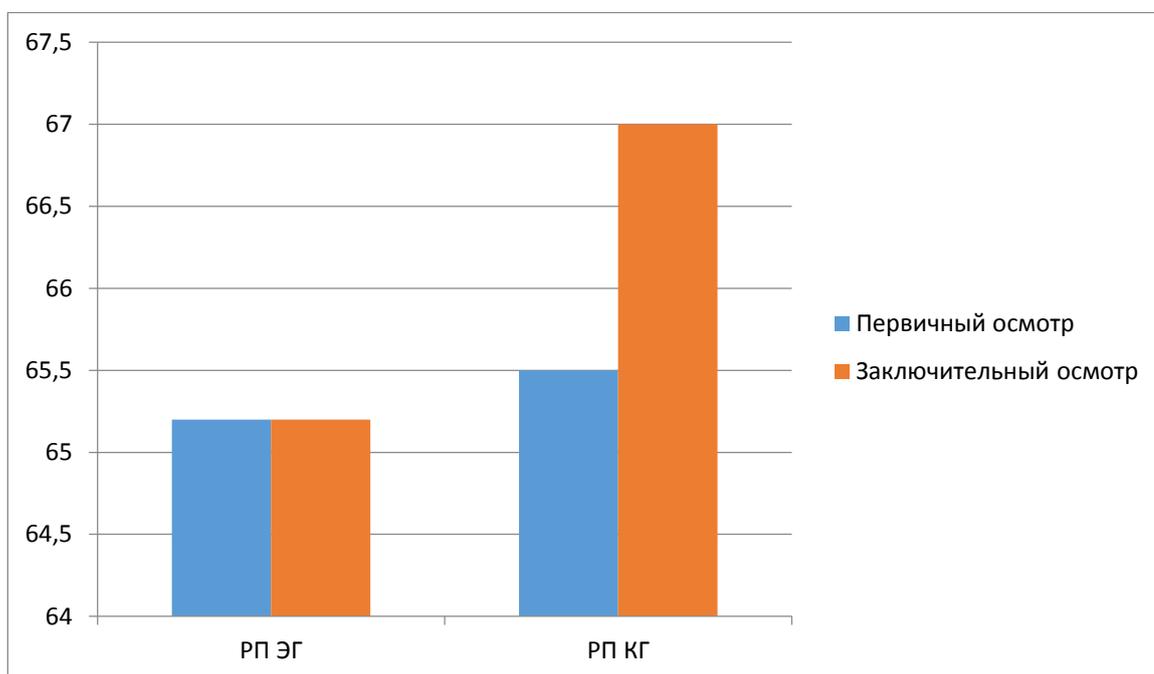
На этапе заключительной диагностики РП пациентов КГ остался средний, но имело место увеличение РП с 65,5% до 67%. Следует отметить, что в данный момент показатели изменились только в таблице слухоречевого восприятия, поэтому динамика увеличения общего РП будет небольшой. Расчет РП КГ на момент заключительного обследования:

1. (слухоречевое развитие) F15 + (речевое развитие) F24 + (состояние психических функций) F31 + (бытовые и социокультурные компетенции) F6 + (пространственно-временные и первоначальные временные представления) F2 * 33 / 107 = 22,5
2. 22,5 + (биологический возраст во время реабилитации) 33 = 55,5

3. $55,5 + (\text{дельта слухового и биологического возраста}) 10 = 65,5$

Динамику увеличения РП ЭГ и КГ можно проследить в диаграмме № 3.

Диаграмма 3



В целом, мы можем отметить, что пациенты ЭГ, не участвующие в реализации *модели*, не достигают нужного высокого уровня сформированности слухоречевых навыков по сравнению с пациентами КГ, где прослеживается ежедневная тренировка всех ведущих анализаторов пациента.

Помимо этого, мы отмечаем, что пациенты ЭГ не проходят маршрутизацию, заявленную нашей *моделью* управления деятельностью учителя-дефектолога с участниками процесса РиА, соответственно, имеют отставания в остальных ведущих компонентах деятельности. Вследствие этого их РП не менялся, то есть оставался нереализованным.

Пациенты КГ проходят все ступени реабилитационных мероприятий, от врача сурдолога-оториноларинголога до медико-педагогического консилиума. С ними ведется планомерная работа по развитию или коррекции функций, отслеживается реализация реабилитационного потенциала, прорабатываются программы для самостоятельной работы, обговаривается время следующего реабилитационного периода.

2.3.2 Анализ показателей критериев «Надежность» и «Производительность».

В тестировании принимали участие дефектологи педагогического отдела на этапе констатирующего и контрольного эксперимента. В анкете отражены основные аспекты реабилитационных мероприятий: уровень усвоения реабилитационной программы, понятность и доступность заданий, рациональность расписания мероприятий.

Следует отметить, что мероприятия по повышению показателей надежности деятельности не нами не проводились, поэтому характеристика надежности учителя-дефектолога является констатирующей.

При обработке результатов определяется величина индексов волевой саморегуляции по пунктам общей шкалы, шкалам «настойчивость» и «самообладание».

Каждый индекс – это сумма баллов, полученная при подсчете совпадений ответов испытуемого с ключом тестирования. В опроснике 6 маскированных утверждений. Поэтому общий суммарный балл по шкале «В» должен находиться в диапазоне от 0 до 24, по субшкале «настойчивость» – от 0 до 16 и по субшкале «самообладание» – от 0 до 13

Ключ для подсчета индексов волевой саморегуляции.

Общая шкала: 1-, 2+, 3+, 4+, 5+, 6-, 7+, 9+, 10-, 11+, 13-, 14-, 16-, 17+, 18+, 20+, 21-, 22-, 24+, 25-, 27+, 28-, 29-, 30-

Шкала «Настойчивость»: 1-, 2+, 5+, 6-, 9+, 10-, 11+, 13-, 16-, 17+, 18+, 20+, 22-, 24+, 25-, 27+

Шкала «Самообладание»: 3+, 4+, 5+, 7+, 13-, 14-, 16-, 21-, 24+, 27+, 28-, 29-, 30-

Результаты анализа результатов представлены в таблице № 11.

Таблица 11

Результаты тестирования

Шкала	Констатирующий этап,	Контрольный этап,
-------	----------------------	-------------------

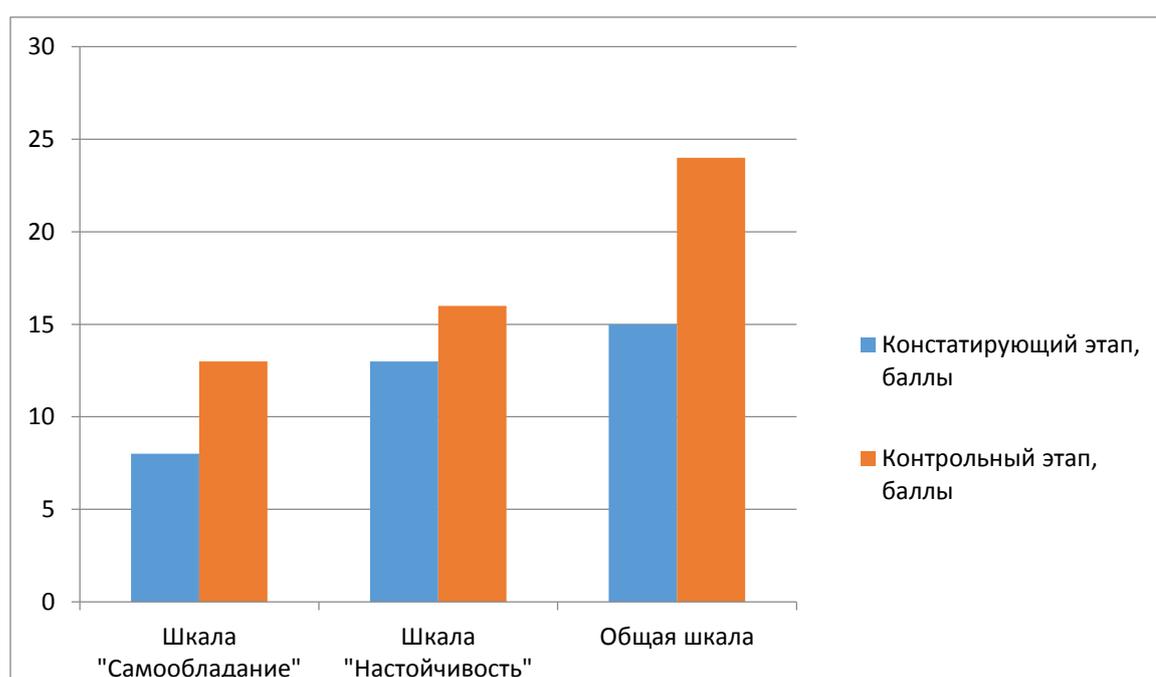
	баллы	баллы
Самообладание	8/13	13/13
Настойчивость	10/16	16/16
Общая шкала	15/24	24/24

Получив информацию об осознаваемых особенностях саморегуляции, мы отметили, что на этапе *констатирующего эксперимента* количество баллов по шкале «Самообладание» соответствуют среднему уровню. Данные по шкале «Настойчивость» также соответствуют среднему уровню. Данные по общей шкале соответствуют высокому уровню саморегуляции.

На этапе *контрольного эксперимента* мы отметили увеличение баллов по каждой шкале. Теперь показатели по общей шкале составили 21 балл из 24, показатели по шкале «Настойчивость» составили 16 баллов из 16, показатели по шкале «Самообладание» составили 13 баллов из 13, то есть показатели всех шкал соответствуют высокому уровню саморегуляции, а следовательно, надежности профессиональной деятельности. Мы отметили данные шкал в диаграмме № 4.

Диаграмма 4

Результаты тестирования



Согласно интерпретации результатов тестирования по методике «Исследование волевой саморегуляции» А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана, высокий балл по *общей* шкале характерен для лиц эмоционально зрелых, активных, независимых, самостоятельных. Их отличает спокойствие, уверенность в себе, устойчивость намерений, реалистичность взглядов, развитое чувство собственного долга. Как правило, они хорошо рефлексируют личные мотивы, планомерно реализуют возникшие намерения, умеют распределять усилия и способны контролировать свои поступки, обладают выраженной социально-позитивной направленностью. В предельных случаях у них возможно нарастание внутренней напряженности, связанной со стремлением проконтролировать каждый нюанс собственного поведения и тревогой по поводу малейшей его спонтанности.

Низкий балл наблюдается у людей чувствительных, эмоционально неустойчивых, ранимых, неуверенных в себе. Рефлексивность низкая, а общий фон активности, как правило, снижен. Им свойственна импульсивность и неустойчивость намерений. Это может быть связано как с незрелостью, так и с выраженной утонченностью натуры, не подкрепленной способностью к рефлексии и самоконтролю.

Шкала «*настойчивость*» характеризует силу намерений человека – его стремление к завершению начатого дела. Как правило, это деятельные, работоспособные люди, активно стремящиеся к выполнению намеченного. Их мобилизируют преграды на пути к цели, но отвлекают альтернативы и соблазны, главная их ценность – начатое дело. Таким людям свойственно уважение социальным нормам, стремление полностью подчинить им свое поведение. В негативном выражении возможна утрата гибкости поведения, появление маниакальных тенденций. Низкие значения по данной шкале свидетельствуют о повышенной лабильности, неуверенности, импульсивности, которые могут приводить к непоследовательности и даже разбросанности поведения. Сниженный фон активности и работоспособности,

как правило, компенсируется у таких лиц повышенной чувствительностью, гибкостью, изобретательностью, а также тенденцией к свободной трактовке социальных норм.

Шкала «самообладание» отражает уровень произвольного контроля эмоциональных реакций и состояний. Высокий балл по шкале набирают люди эмоционально устойчивые, хорошо владеющие собой в различных ситуациях. Свойственное им внутреннее спокойствие, уверенность в себе освобождает от страха перед неизвестностью, повышает готовность к восприятию нового, неожиданного и, как правило, сочетается со свободой взглядов, тенденцией к новаторству и радикализму. Вместе с тем стремление к постоянному самоконтролю, чрезмерное сознательное ограничение спонтанности может приводить к повышению внутренней напряженности, преобладанию постоянной озабоченности и утомляемости. На другом полюсе данной шкалы – спонтанность и импульсивность в сочетании с обидчивостью и предпочтением традиционных взглядов ограждают человека от интенсивных переживаний и внутренних конфликтов, способствуют невозмутимому фону настроения.

Социальная желательность высоких показателей по шкале неоднозначна. Высокие уровни развития волевой саморегуляции могут быть связаны с проблемами в организации жизнедеятельности и отношениях с людьми. Часто они отражают появление дезадаптивных черт и форм поведения. В отличие от них низкие уровни настойчивости и самообладания в ряде случаев выполняют компенсаторные функции. Но также свидетельствуют о нарушениях в развитии свойств личности и ее умении строить отношения с другими людьми и адекватно реагировать на те, или иные ситуации.

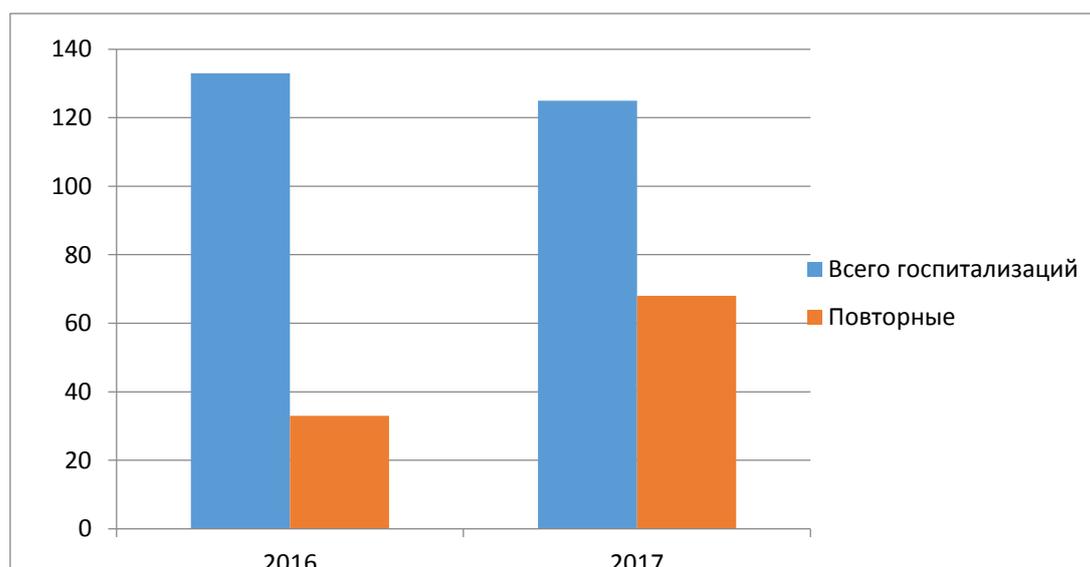
Таким образом, исходя из данных диаграммы № 3, мы можем проследить динамику увеличения показателей до предельных величин по каждой шкале на этапе контрольного эксперимента.

Анализ показателей критерия «Производительность». Регулярное отслеживание результатов пациента является формой сурдопедагогического сопровождения семьи. Таким образом, обговаривая с каждым пациентом время его последующей госпитализации, мы отмечаем изменение количества повторных госпитализаций.

Таким образом, оценивая *качество* деятельности учителя-дефектолога, мы проанализировали количество госпитализаций за 2016-2017 года. Сравнительный анализ количества первичных и повторных госпитализаций отображено в диаграмме № 5.

Диаграмма 5

Первичные и повторные госпитализации за 2016-2017 года



Исходя из данных диаграммы за 2016 год количество госпитализаций составило 133, из них 33 повторных. На этапе контрольного эксперимента, проводя подсчет госпитализаций, мы отмечаем их меньшее количество по сравнению с 2016 годом. За период 2017 года их всего 125. Но, следует отметить, что повторных случаев из них 68, что напрямую связано с реализацией представленной нами модели управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками процесса РиА в учреждении здравоохранения.

ВЫВОДЫ ПО ГЛАВЕ 2

В результате анализа экспериментальной работы был сделан вывод о том, что наиболее эффективным методом в организации процесса РиА в Центре реабилитации слуха для детей ГБУЗ ЧОДКБ будет разносторонняя качественная взаимосвязь специалистов, деятельность которых строится на профессиональных блоках: диагностическом, коррекционном, организационно-методическом. Выбор многокомпонентной модели взаимодействия специалистов Центра был обоснован анализом состава педагогических работников, медицинского и вспомогательного персонала, семьи. При организации реабилитационного процесса для детей с нарушением слуха предполагается учитывать индивидуальные характеристики и возможности каждого пациента.

Для реализации принципов последовательности, системности усвоения вспомогательного коррекционного материала, а также личностного развития ребенка, разработанные специалистами реабилитационные программы (приложение № 3) интегрируются в образовательную организацию в зависимости от особенностей пациентов в каждом отдельно взятом случае. Каждый ребенок с особенностями в развитии по завершении реабилитационных мероприятий получает на руки свою индивидуальную реабилитационную программу, где подобраны оптимальные упражнения для развития всех функций.

Во второй главе мы описали эксперимент по оценке деятельности учителя-дефектолога в педагогическом отделе ГБУЗ ЧОДКБ, раскрыли сущность основных критериев эффективности деятельности, и проследили зависимость показателей слухоречевого развития от систематических реабилитационных мероприятий в Центре реабилитации слуха для детей ГБУЗ ЧОДКБ.

Разработанная нами модель управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками процесса РиА в учреждении здравоохранения в конечном итоге представляет собой маршрутизацию пациента:

1. Посещение кабинета врача сурдолога – оториноларинголога детской поликлиники ЧОДКБ.

2. Оформление документов в отделении оториноларингологии для оформления необходимой документации. В это же самое время пациент определяется в палату круглосуточного или дневного стационара.

3. Посещение специалистов педагогического профиля.

Также во второй главе мы описали эксперимент по оценке критериев эффективности деятельности учителя-дефектолога: *качества, надежности, производительности. Качество* деятельности дефектолога мы можем оценить с помощью учета динамики показателей уровней слухоречевого восприятия до и после прохождения реабилитационных мероприятий, т.к. улучшение слухоречевого восприятия зависит не только от исходных данных пациента, но и от регулярных коррекционных тренировок. Как показала экспериментальная работа, к концу реабилитационного периода в стационаре, при качественной деятельности по реализации компонентов диагностического блока учителем-дефектологом показатель уровня сформированности слухоречевого восприятия увеличился, и, соответственно, на этом фоне должен увеличиться общий РП.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное нами исследование было посвящено теоретическому и эмпирическому изучению особенностей детей с нарушением слуха в условиях стационарного пребывания в Центре реабилитации слуха для детей в ГБУЗ «Челябинская областная детская клиническая больница», а так же разработке эффективной многокомпонентной модели управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками реабилитации и абилитации.

На этапе *констатирующего* эксперимента проводились изучение и анализ методической литературы, теоретического и практического уровней разработанности данной проблемы, наблюдение за участниками процесса РиА в Центре реабилитации слуха для детей ГБУЗ ЧОДКБ. Полученный материал позволил выделить основные особенности деятельности всех специалистов педагогического и медицинского профиля в процессе РиА, определились основные профессионально-педагогические критерии деятельности учителя-дефектолога. Кроме того, через систему профессионально-педагогических блоков нами была изучена эффективность и результативность деятельности учителя-дефектолога в педагогическом отделе учреждения здравоохранения, определены и разграничены смежные компетенции специалистов педагогического профиля, разработаны карты обследования пациентов с нарушением слуха для улучшения преемственности между педагогами и врачами.

На этапе *формирующего* эксперимента проводилась работа по разработке и внедрению модели взаимодействия специалистов на базе Центра; осуществлялись систематизация полученных данных, анализ результатов и их использование при корректировке модели. Так же нами была изучена деятельность специалистов педагогического отдела ГБУЗ ЧОДКБ – учителя-дефектолога, учителя-логопеда, педагога психолога, рассмотрена деятельность специалистов медицинского профиля – врачей сурдологов-оториноларингологов. Разработанная нами модель управления взаимодействием учителя-дефектолога с участниками процесса РиА в учреждении

здравоохранения состоит из шести ступеней, описывающих профессиональную деятельность, выполняемые функции и средства их реализации каждой структурной единицы.

На этапе контрольного эксперимента проводилась оценка и сравнения экспериментальной и контрольной групп пациентов Центра для оценки динамики эффективности работы учителя-дефектолога, то есть использовался метод количественного и качественного анализа, интерпретации полученных фактов, происходило формулирование выводов и практических рекомендаций. Результаты контрольного эксперимента позволили констатировать увеличение количества повторных госпитализаций в сравнении с 2016 годом, но, при этом, отметить отрицательную тенденцию к снижению общего числа госпитализаций.

В целом, проведенное исследование позволило восполнить пробелы, имеющиеся в организации процесса РиА в Центре реабилитации слуха для детей ГБУЗ ЧОДКБ, связанные с содержанием и направлениями успешного взаимодействия всех специалистов Центра, а так же доказало, что определение адекватного прогноза реабилитационных мероприятий возможно при соблюдении определенных условий, освещенных выше.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Саламанкская декларация и рамки действий по образованию лиц с особыми потребностями // Всемирная конференция по образованию лиц с особыми потребностями: доступ и качество. - Саламанка: ЮНЕСКО, 1994. - 52 с.
2. Абчук, В. А. / Менеджмент: Учебник. – СПб.: Издательство «Союз», 2002 – 463 с. – (Серия «Высшая школа»).
3. Айзман, Г. И. Подготовка ребенка к школе / Г.И. Айзман, Г.И. Жарова, С.Д. Забрамная. - Томск: Пеленг, 1994. - 167 с.
4. Асмолов, А. Г. Психология личности: принципы общепсихологического анализа / А.Г. Асмолов. – М.: Академия, 2002. – 416 с.
5. Афанасьев, В. Г. Мир живого: системность, эволюция и управление / В. Г. Афанасьев. – М.: Издательство политической литературы, 1986. – 334 с.
6. Беспалько, В. П. Слагаемые педагогической технологии / В. П. Беспалько. – М.: Педагогика, 1989. – 192 с.
7. Вазина, К. Я. Педагогический менеджмент / К. Я. Вазина, Ю. Н. Петров, В. Д. Белиловский. – М.: Педагогика, 1991. – 268 с.
8. Вайзман, Н. П. «Реабилитационная педагогика» / Н. П. Вайзман. - М.: Аграф, 1996, - 158 с.
9. Внутришкольное управление: вопросы теории и практики / под ред. Т. И. Шамовой. – М., 1991. – С. 101-102
10. Выготский, Л. С. Основы дефектологии. Т.5/ Под ред. Т. А. Власовой. – М.: Педагогика, 1983. – С. 257-321.
11. Выготский, Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Выготский. – СПб.: Лань, 2003. – 656 с.
12. Выготский, Л. С. Принципы воспитания физически дефективных детей // Собр. соч. в 6-ти т. Т. 5 Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой. –М.: 1983. – С. 34-49.

13. Гнатышина, Е.А. Компетентностно ориентированное управление подготовкой педагогов профессионального обучения: дисс. ... д-ра пед. наук / Е.А. Гнатышина. – Челябинск, 2008. – 529 с.
14. Головчиц, Л. А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: учебное пособие / Л. А. Головчиц, Н. Д. Шматко. – М.: ВЛАДОС, 2001. – 304 с.
15. Специальная дошкольная педагогика: учебник / под ред. Е. А. Стребелевой. – М.: Академия, 2013. – 352 с.
16. Давыденко, Т. М. Рефлексивное управление школой: Теория и практика / Т. М. Давыденко. – Москва - Белгород, 1995. – 250 с.
17. Дети с ограниченными возможностями: проблемы и инновационные тенденции в обучении и воспитании. Хрестоматия по курсу «Коррекционная педагогика и специальная психология» / Сост. Н. Д. Соколова, Л. В. Калиникова. – М.: Издательство ГНОМ и Д, 2001. – 448с.
18. Дмитриев, В. С. Введение в адаптивную физическую реабилитацию: Монография / В. С. Дмитриев. – М.: Изд-во ВНИИФК, 2001. – 240 с.
19. Епифанцева, Т. Б. Настольная книга педагога – дефектолога / Т. Б. Епифанцева [и др.]. – Ростов н/Д, Феникс, 2000. – 486 с.
20. Зимняя, И. А. Педагогическая психология / И. А. Зимняя. – Ростов н/Д: Феникс, 1997. – 480 с.
21. Зонтова, О. В. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации: Методические рекомендации / О. В. Зонтова. – СПб.: РГПУ им. А.И. Герцена, 2007. – 43 с.
22. Исаев, Р. А. Основы менеджмента: учебник / Р. А. Исаев. — М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2010. — 264 с.
23. Кларин, М. В. Педагогическая технология в учебном процессе: Анализ зарубежного опыта / М. В. Кларин. – М.: Знание, 1989. – 77 с.

24. Князев, С. Н. Управление: искусство, наука, практика: учебное пособие для студентов вузов по специальности экон. и юрид. профиля / С. Н. Князев, – Мн.: Армита – Маркениг, Менеджмент, 2002. – 512 с.

25. Концепция интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (со специальными образовательными потребностями) // Актуальные проблемы интегрированного обучения.

26. [Текст]: материалы Междунар. науч.- практической конф. по проблемам интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (с особыми образовательными потребностями) 29-31 января 2001 года. – М., 2001. – С. 8-13.

27. Королева, И. В. Помощь детям с нарушением слуха: Руководство для родителей и специалистов / И. В. Королева. – Санкт - Петербург: КАРО, 2016. – 304 с.

28. Корсунская, Б. Д. О семейном воспитании глухого дошкольника / Б. Д. Корсунская // Дефектология. – 1971. № 2. – С. 58-66.

29. Краткий психологический словарь / под ред. А. В. Петровского, М. Г. Ярошевского. – М.: Политиздат, 1985

30. Кузьмичева, Е. П. Развитие речевого слуха у глухих / под ред. Т. А. Власовой. – М.: Педагогика, 1983. – 160 с.

31. Кукушкина, О. И. Нормальный ранний онтогенез как ориентир сурдопедагога на запускаящем этапе реабилитации ребенка с КИ [Электронный ресурс] / О. И. Кукушкина, М. Р. Хайдарпашич, А. И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики. Вып. № 21. –2015.

32. Лебединский, В. В. Нарушения психического развития в детском возрасте: учебное пособие / В. В. Лебединский. - М.: Издательский центр «Академия», 2003. – 144 с.

33. Леонтьев, А. Н. К теории развития психики ребенка. Возрастная и педагогическая психология: Хрестоматия: Учеб. пособие для высш. учеб. заведений / Сост. И. В. Дубровина, А. М. Прихожан, В. В. Зацепин. - М.: Академия, 1999. - С. 18-27.

34. Любимов, М. Л. Из опыта работы по интегрированному обучению детей с нарушением слуха /М. Л. Любимов. - М.: Школьная книга, 2007. – С.117-124.
35. Любимов, М. Л. // Психологическая наука и образование. - 2003. № 1. – С. 99-102
36. Малофеев, Н. Н. Современный этап в развитии системы специального образования в России: результаты исследования как основа для построения программы развития / Н. Н Малофеев // Дефектология. 1997. №4. – С. 3-15.
37. Малофеев, Н. Н. Из истории отечественно специальной школы / Н. Н Малофеев // Дефектология. 2003. №3 – С.3-10.
38. Менеджмент в управлении школой/ под ред. Т. И. Шамова. – М., 1992.
39. Методика работы социального педагога / под ред. Л. В. Кузнецовой. - М.: Школьная пресса, 2003. - 96 с.
40. Миронова, Э. В. Если Вы перестали слышать: Пособие для позднооглохших людей / Э.В. Миронова. – М.: Загрой, 1999. – 46 с.
41. Назарова, Л. П. Методика развития слухового восприятия у детей с нарушениями слуха / Л. П. Назарова. – М.: ВЛАДОС, 2001. 28 с.
42. Ожегов, С. И. Словарь русского языка / С. И. Ожегов. – М.: Гос. изд-во иностранных и научных словарей, 1963. – 900 с.
43. Пинский, Б. И. Коррекционно-воспитательное значение труда для психического развития учащихся вспомогательной школы. /Б. И. Пинский. – М.: Педагогика, 1985. – 128 с.
44. Подготовка к школе детей с задержкой психического развития. Книга 1/ под общей ред. С. Г. Шевченко. – М.: Школьная Пресса, 2003. – 96 с.
45. Подготовка к школе детей с задержкой психического развития. Книга 2 / под общей ред. С. Г. Шевченко. – М.: Школьная Пресса, 2005. – 112 с.

46. Пороцкая, Т. И. Работа воспитателя вспомогательной школы / Т. И. Пороцкая. – М.: Просвещение, 1984. – 112 с.
47. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида. Подготовительный и 1-4 классы / Под ред. Воронковой В. В. – М.: Просвещение, 2001. – 192с.
48. Программы специальных (коррекционных) образовательных учреждений VIII вида: 5-9 классы / под ред. В. В. Воронковой. – М.: ВЛАДОС, 2012.
49. Программы для общеобразовательных учреждений: Коррекционно-развивающее обучение: Нач. классы / сост. Л. А. Вохмянина. — 2-е изд., стереотип. – М.: Дрофа, 2001. – 256 с.
50. Программы общеобразовательных учреждений. Начальные классы. 1-4. В 2 ч. / сост. Е. П. Левитан. – М.: Просвещение, 2001.
51. Психодиагностические методы в работе с учащимися 1-2, 3-4-х классов. Методические рекомендации и рабочая тетрадь / сост. Д. В. Лубовский. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: НПО МОДЭК, 2002.
52. Психокоррекционная и развивающая работа с детьми: учебное пособие / И. В. Дубровина [и др.]. – М.: Академия, 1998. – 160с.
53. Психологические программы развития личности в подростковом и старшем школьном возрасте /под ред. И. В.Дубровиной. – М.: Академический проект, 2002. – 128 с.
54. Психологический словарь / под ред. Ю. Л. Неймера. – Ростов н/Д: Феникс, 2003. – 640с.
55. Психология аномального развития ребенка: хрестоматия . Т.2. / под ред. В. В. Лебединского, М. К. Бардышевской. – М.: ЧеРо: Высш. шк.: изд-во МГУ, 2002. - 818 с.
56. Психолого-медико-педагогическая консультация. Методические рекомендации / ред. Л. М. Шипицыной. - СПб.: Институт специальной педагогики и психологии им. Р. Валленберга, 1999. – 202с.

57. Психолого-педагогическая диагностика: учеб. пособие / И. Ю. Левченко, [и др.]. М.: Академия, 2003. – 320 с.
58. Ранняя помощь детям: проблемы, факты, комментарии [Текст] : сборник научных статей /под ред. Ю. А. Разенковой. – М. Права человека, 2003. - 252 с.
59. Ратанова, Т. А. Диагностика умственных способностей детей: Учебное пособие / Т. А. Ратанова. М.: Московский психолого-социальный институт: Флинта, 2003. – 168с.
60. Романова Е. С., Потемкина О. Ф. Графические методы в психологической диагностике/ Е. С. Романова, О. Ф. Потемкина. – М.: Дидант, 1992. – 256 с.
61. Рубинштейн, С. Я. Психология умственно отсталого школьника / С. Я. Рубинштейн. – М.: Просвещение, 1986. – 192с.
62. Руководство практического психолога: Психическое здоровье детей и подростков в контексте психологической службы /под ред. И.В. Дубровиной. – М.: Академия, 2000. – 160с.
63. Самыличев А. С., Метиева Л. А. Оздоровительное направление в учебно-воспитательном процессе специальной коррекционной школы-интерната / А. С. Самыличев, Л. А. Метиева // Дефектология. 2000. №4. – С.71-73.
64. Сатаева, А. И. Педагогическая реабилитация глухих дошкольников после кохlearной имплантации / А. И. Сатаева // Вестник оториноларингологии. 2015; № 80(1). – С.28-31.
65. Сатаева, А. И. Первоначальный период работы с глухими дошкольниками после кохlearной имплантации / А. И. Сатаева // Дефектология. 2012; № 2: – С.50-62.
66. Сборник нормативных документов по специальному (коррекционному) образованию/ сост.: М. И. Солодкова, О. С. Виноградова. - г. Челябинск: Управление по делам образования, 2001. – 188 с.

67. Селевко, Г. К. Технологии воспитания и обучения детей с проблемами / Г. К. Селевко. – М.: НИИ шк. техн., 2005. – 144 с.
68. Семаго, Н. Я., Семаго М. М. Проблемные дети: Основы диагностической и коррекционной работы психолога/ Н. Я.Семаго, М. М.Семаго. – М.: Аркти, 2000. – 208 с.
69. Семенович, А. В. Нейропсихологическая диагностика и коррекция в детском возрасте: учебное пособие для высш. учеб. заведений / А. В. Семенович. – М.: Академия, 2002. – 232 с.
70. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии/ Е.В.Сидоренко. – СПб.: ООО «Речь», 2004. – 350 с.
71. Симонов, В. П. Педагогический менеджмент: 50 ноу-хау в управлении педагогическими системами/ В.П. Симонов. – М.: Педагогическое общество России, 1999. – 430 с.
72. Синягина, Н. Ю. Психолого-педагогическая коррекция детско-родительских отношений Н. Ю. Синягина / – М.: ВЛАДОС, 2001. – 96 с.
73. Слободняк, Н. П. Психологическая помощь школьникам с проблемами в обучении/ Н. П. Слободняк. - М.: Айрис - пресс, 2003. - 256 с.
74. Словарь иностранных слов / под ред. И. В. Лехина [и др.] – М.: Советская энциклопедия, 1964. – 784 с.
75. Специальная дошкольная педагогика /под ред. Е. А. Стребелевой. М.: Академия, 2001. – 312с.
76. Специальная педагогика: учебное пособие / Л. И.Аксенова [и др.]. - М.: Академия, 2001. – 400с.
77. Специальная психология: учебное пособие / под ред. В. И. Лубовского. – М.: Академия, 2005. – 464 с.
78. Степанов, С. С. Диагностика интеллекта методом рисуночного теста/ С. С. Степанов. – М.: ТЦ Сфера, 2004. – 96 с.
79. Стребелева, Е. А. Вариант индивидуальной программы воспитания, обучения и развития ребенка дошкольного возраста с интеллектуальными нарушениями / Е. А. Стребелева// Дефектология. 2002. №5. – С.68-72.

80. Стребелева, Е. А., Браткова, М. В. Вариант индивидуальной программы воспитания и коррекционно-развивающего обучения ребенка раннего возраста с психофизическими нарушениями/ Е. А. Стребелева, М. В. Браткова // Дефектология. 2001. №1. – С.80-86.

81. Стребелева, Е. А., Закрепина, А.В. Современные формы оказания помощи семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии/ Е.А. Стребелева, А.В. Закрепина // Дефектология. 2005. №1. – С.3-10.

82. Сухарева, Г.Е. Несколько положений о принципах психической диагностики // Психология аномального развития ребенка: Хрестоматия в 2-х т. / Под ред. В. В. Лебединского и М. К. Бардышевой. Т. 1-М.: ЧеРо: Высшая школа. Издательство МГУ, 2002. – 744с.

83. Сухарева, Е. Е. Клинические лекции по психиатрии детского возраста/ Е.Е Сухарева. – М.: Медицина, 1975. – 320 с.

84. Суховершина, Ю.В. Тренинг коммуникативной компетенции / Ю.В. Суховершина, Е.П. Тихомирова, Ю.Е Скоромная. – М.: Академический Проект; Трикста, 2016. – 112 с.

85. Третьяков, П. И. Практика управления современной школой: опыт педагогического менеджмента / П. И. Третьяков. – М.: МПУ, 1995 – 204 с.

86. Ульenkова, У. В. Особенности личностной тревожности младших подростков с задержкой психического развития, обучающихся в разных педагогических условиях / У. В. Ульenkова // Дефектология. 2004. №1. – С. 29-35.

87. Ульenkова У. В., Лебедева, О. В. Организация и содержание специальной психологической помощи детям с проблемами в развитии.: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / У.В. Ульenkова, О.В. Лебедева. – М.: Академия, 2002. –176 с.

88. Философский энциклопедический словарь/ сост. Е. Ф. Губский [и др.]. – М.: ИНФРА-М, 1998. – 578с.

89. Фишман, М. Н. Нейрофизиологические механизмы отклонений в умственном развитии детей: учебное пособие / М.Н. Фишман. – М.: УРАО, 2001. – 76 с.

90. Хайртдинова, Л. Ф. О работе с родителями в специальном (коррекционном) дошкольном образовательном учреждении для детей с нарушением интеллекта /Л. Ф. Хайртдинова // Дефектология. 2005. №5. – С. 11-13.

91. Хайртдинова, Л. Ф. Формирование первоначальных представлений о себе у дошкольников с нарушением интеллекта: Дис.канд. пед. наук/ Л. Ф. Хайртдинова. – М., 2002. 166 с.

92. Шадриков, В. Д. Проблемы системогенеза профессиональной деятельности / В. Д. Шадриков. – М.: Логос, 2007. – 192 с.

93. Шалимов, В. Ф. Клиника интеллектуальных нарушений: учебное пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. Ф. Шалимов. – М.: Академия, 2003. – 160 с.

94. Шамова, Т. И. Управление образовательными системами: учебное пособие/ Т. И. Шамова, П. И. Третьяков, Н. П. Капустин. – М.: ВЛАДОС, 2002. – 320 с.

95. Шевчук, Л. Е. Интегрированное обучение учащихся с особенностями развития в общеобразовательном учреждении / Л. Е. Шевчук // Дефектология. 2004. №6. – С. 28-31.

96. Шевчук, Л. Е. Теория и практика интегрированного обучения учащихся с особенностями развития в общеобразовательной школе: монография/ Л. Е. Шевчук. – Челябинск: ИИУМЦ «Образование», 2005. – 256 с.

97. Шептенко, П. А. Методика работы социального педагога: учебное пособие / П. А. Шептенко, Г. А. Воронина. – М.: Академия, 2001. – С. 68-70.

98. Шипицына, Л. М. Актуальные проблемы интегрированного обучения. Современные тенденции развития специального образования в России/ Л. М. Шипицына. – М.: Права человека, 2001. – С.57-58.

99. Шматко, Н. Д. Интегрированный подход к обучению детей с нарушениями слуха в России: проблемы и перспективы/Н.Д. Шматко. – СПб. – 1996. - С.13-19.

100. Шматко, Н. Д. Новые формы организации коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии/ Н.Д. Шматко // Дошкольное воспитание. - 1998. №3. – С. 77-81.

101. Шматко, Н. Д. Если малыш не слышит/ Н.Д. Шматко, Т.В. Пельмская. – М.: Просвещение, 1995. – 319 с.

102. Юдин, Э. Г. Методология науки. Системность. Деятельность / Э. Г. Юдин. – М.: Едиториал УРСС, 1997. – 444 с.

103. Юдин, Э. Г. Системный подход и принцип деятельности. Методологические проблемы современной науки / Э. Г. Юдин. – М.: Наука, 1978. – 391 с.

104. Яковлев, Е. В. Педагогическая концепция: методологические аспекты построения / Е. В. Яковлев, Н. О. Яковлева. – М.: Гуманитар. изд. Центр ВЛАДОС, 2006. – 239 с.

105. Яковлев, Е. В. Педагогическое исследование: содержание и представление результатов [Текст] / Е. В. Яковлев, Н. О. Яковлева. – Челябинск: Изд-во РБИУ, 2010. – 316 с .

106. Яковлева, Н. О. Концепция педагогического проектирования: методологические аспекты: Монография / Н.О. Яковлева. – М.: Информационно-издательский центр АТиСО, 2002. – 194 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ №1

Тест-опросник «Исследование волевой саморегуляции»

А.В. Зверькова и Е.В. Эйдмана

Инструкция испытуемому. Вам предлагается тест, содержащий 30 утверждений. Внимательно прочитайте каждое и решите, верно или неверно данное утверждение по отношению к Вам. Если верно, то в листе для ответов против номера данного утверждения поставьте знак «плюс» (+), а если сочтете, что оно по отношению к Вам неверно, то «минус» (-).

Опросник

1. Если что-то не клеится, у меня нередко появляется желание бросить это дело;
2. Я не отказываюсь от своих планов и дел, даже если приходится выбирать между ними и приятной компанией;
3. При необходимости мне нетрудно сдержать вспышку гнева;
4. Обычно я сохраняю спокойствие в ожидании опаздывающего к назначенному времени приятеля;
5. Меня трудно отвлечь от начатой работы;
6. Меня сильно выбивает из колеи физическая боль;
7. Я всегда стараюсь выслушать собеседника, не перебивая, даже если не терпится ему возразить;
8. Я всегда «гну» свою линию;
9. Если надо, я могу не спать ночь напролет (например, работа, дежурстве) и весь следующий день быть в «хорошей форме»;
10. Мои планы слишком часто перечеркиваются внешними обстоятельствами;
11. Я считаю себя терпеливым человеком;
12. Не так-то просто мне заставить себя хладнокровно наблюдать волнующее зрелище;
13. Мне редко удается заставить себя продолжать работу после серии обидных неудач;

14. Если я отношусь к кому-то плохо, мне трудно скрывать свою неприязнь к нему;

15. При необходимости я могу заниматься своим делом в неудобной и неподходящей обстановке;

16. Мне сильно осложняет работу сознание того, что ее необходимо во что бы то ни стало сделать к определенному сроку;

17. Считаю себя решительным человеком;

18. С физической усталостью я справляюсь легче, чем другие;

19. Лучше подождать только что ушедший лифт, чем подниматься по лестнице;

20. Испортить мне настроение не так-то просто;

21. Иногда какой-то пустяк овладевает моими мыслями, не дает покоя, и я никак не могу от него отделаться;

22. Мне труднее сосредоточиться на задании или работе, чем другим;

23. Переспорить меня трудно;

24. Я всегда стремлюсь довести начатое дело до конца;

25. Меня легко отвлечь от дел;

26. Я замечаю иногда, что пытаюсь добиться своего наперекор объективным обстоятельствам;

27. Люди порой завидуют моему терпению и дотошности;

28. Мне трудно сохранить спокойствие в стрессовой ситуации;

29. Я замечаю, что во время монотонной работы невольно начинаю изменять способ действия, даже если это порой приводит к ухудшению результатов;

30. Меня обычно сильно раздражает, когда «перед носом» захлопываются двери уходящего транспорта или лифта.