



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

ФАКУЛЬТЕТ ИНКЛЮЗИВНОГО И КОРРЕКЦИОННОГО ОБРАЗОВАНИЯ
КАФЕДРА СПЕЦИАЛЬНОЙ ПЕДАГОГИКИ, ПСИХОЛОГИИ И ПРЕДМЕТНЫХ
МЕТОДИК

**ПЕРВИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ РЕЧЕВОГО
РАЗВИТИЯ В ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД В ЛОГОПЕДИЧЕСКОЙ
ПРАКТИКЕ**

Выпускная квалификационная работа по направлению
по направлению 44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

Направленность программы бакалавриата «Логопедия»

Очная форма обучения

Проверка на объем заимствований:

84 % авторского текста

Работа рекомендована к защите
рекомендована/не рекомендована

«18» 12 2019г.

зав. кафедрой С.П.И.М.

(название кафедры)

Выполнил (а):

Студентка группы ОФ-406/101-4-1

Поздеева Марина Сергеевна

Научный руководитель:

к.п.н., доцент кафедры СПиИМ

Шереметьева Елена Викторовна

Челябинск
2020 г.

ОГЛАВЛЕНИЕ

1	ВВЕДЕНИЕ	3
2	ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ В ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД	6
1.1.	Понятие «первичная профилактика» речевых нарушений в теоретических исследованиях	6
1.2.	Особенности физиологического и психологического развития плода в пренатальный период	8
1.3.	Понятие группы риска речевых нарушений в пренатальный период развития	14
	Краткие выводы по первой главе	18
3	ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ В ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД	21
2.1.	Организация и содержание выявления группы риска в пренатальный период развития	21
2.2.	Организация и содержание первичной профилактики в пренатальный период развития	28
2.3.	Результаты контрольного этапа экспериментального исследования	31
	Краткие выводы по второй главе	36
4	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	37
5	СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ	39
6	ПРИЛОЖЕНИЯ	43

ВВЕДЕНИЕ

Л. С. Выготский в своих работах по возрастной психологии исключает из схем возрастных периодизаций период эмбрионального развития ребенка, поскольку он представляет собой особый тип развития, который подчиняется другим закономерностям [12]. Однако истоки психического развития закладываются именно в пренатальный период, и его особенности сказываются на последующем постнатальном развитии ребенка.

Овладение речью у каждого ребенка происходит в разные сроки и по-разному, так как это индивидуальный процесс, зависящий от многих причин, среди которых могут быть патология беременности и родов, а также действие генетических факторов. Большое значение для развития ребенка имеет его психофизическое здоровье. Развитие речи зависит от состояния его высшей нервной деятельности, от высших психических процессов (внимания, памяти, воображения и мышления) и соматического или физического состояния [17].

В последние десятилетия в состоянии здоровья детей наблюдаются рост распространенности заболеваемости и инвалидности среди детей, увеличение факторов риска наносящих серьезный, подчас непоправимый вред их здоровью и развитию, в том числе речевому [26].

Проблема профилактики речевых нарушений детей принимает глобальный масштаб. При этом предупреждение нарушений в речевом развитии, прежде всего, основывается на мерах социального и психолого-педагогического характера.

Известно, что воздействие пренатального воспитания является одним из важнейших факторов готовности к психоречевому развитию будущего ребенка.

Сказанное выше обусловило выбор темы квалификационной работы: «Первичная профилактика нарушений речевого развития в пренатальный период в логопедической практике».

Цель квалификационной работы: изучить методы первичной профилактики нарушений речевого развития в пренатальный период.

Объект исследования: первичная профилактика нарушений речевого развития в пренатальный период.

Предмет исследования: внедрение в логопедическую практику основных методов первичной профилактики речевых нарушений в пренатальный период.

Цель, объект и предмет исследования обусловили постановку и последовательное решение следующих задач:

1) изучить и проанализировать понятие первичной профилактики речевых нарушений в медицинских и психолого-педагогических исследованиях;

2) среди беременных женщин выявить группу риска в пренатальный период развития плода, полагаясь на факторы социального, биологического и психоэмоционального порядка;

3) определить направления, формы и методы пренатального воспитания в рамках первичной профилактики нарушений речи.

Методы исследования: анализ теоретических источников по проблеме; анкетирование; беседа; анализ, сравнение и обобщение результатов исследования.

Практическая значимость квалификационной работы: выделенные нами основные направления первичной профилактики речевых нарушений в пренатальный период средствами пренатального воспитания могут представлять интерес для практических работников системы здравоохранения, образования, а также будущих родителей.

Базу исследования составили: шесть семей проживающих в городе Челябинске. А непосредственно в практическом исследовании шесть

беременных женщин. Возраст колеблется от 23-х лет до 30-ти лет. Указанный ими срок беременности охватывает период с 35-й по 40-ю неделю. Пять из шести опрошенных состоят в браке.

Работа состоит из введения, двух глав, кратких выводов по каждой главе, заключения, списка использованной литературы и приложения. Общий объем работы составляет 46 страниц.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ В ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

1.1. Понятие «первичная профилактика» речевых нарушений в теоретических исследованиях

Профилактика как наука начала свое развитие в XIX веке благодаря появлению многочисленных дисциплин медицинской науки таких, как физиология, гигиена и эпидемиология. Ведущие врачи и деятели того времени видели будущее медицины в развитии общественной профилактики на стыке лечебной и профилактической медицины.

Так как, профилактика изначально рассматривалась в общемедицинских науках, рассмотрим ее с этой позиции.

Термин «профилактика» происходит от греческого языка и обозначает предохранительный [18, 28].

С. И. Двойников понимает под термином «профилактика» – комплекс различного плана мероприятий, которые направлены на устранение факторов риска и предупреждение развития неблагоприятных процессов [14].

С. Н. Алексеенко и Е. В. Дробот под термином «общемедицинская профилактика» понимают, комплекс мероприятий направленный на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, и уменьшения неблагоприятных последствий [30].

В. И. Загвязинский под термином «профилактика» рассматривает комплекс мер социально-психологического, медицинского и педагогического характера, направленных на нейтрализацию воздействия отрицательных факторов социальной среды на личность с целью предупреждения отклонений в ее поведении [24].

Исходя из вышеперечисленных данных, можно предположить, что меры общественной профилактики обеспечивают поддержание уровня здоровья населения, устраняют причины, вызывающие заболевания, создают благоприятные условия коллективной жизни, включая условия труда и отдыха, а также развитие здравоохранения и физической культуры.

Для темы нашего исследования необходимо рассмотреть термин «первичная профилактика».

По данным всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) термин "первичная профилактика" обозначает предупреждение факторов риска среди здорового населения. Деятельность, которую она осуществляет, подразумевает изменение образа жизни, с целью укрепить здоровье и улучшить благополучие на самом общем уровне.

Большую роль в изучении детей с речевыми нарушениями отводится педагогическим дисциплинам. Таким образом, мы рассмотрим термин «первичная профилактика» в педагогике.

Количество детей с речевой патологией увеличивается с каждым годом. Поэтому первичная профилактика речевых нарушений в настоящее время является одной из актуальных проблем.

Такие исследователи, как Н. М. Трофимова, С. П. Дуванова, Т. Ф. Пушкина считают, что самое большое значение в разработке проблемы профилактики речевых расстройств имеет изучение факторов, обеспечивающих нормальное развитие речи у детей [33].

Л. С. Волкова считает, что профилактическая направленность в сохранении здоровья и воспитания гармонически развитой личности заключается в гуманизме. Синтез гигиенических, воспитательных и коррекционных мероприятий призван обеспечить развитие физических и духовных сил подрастающего поколения [20].

И. С. Санина считает, что первичная профилактика имеет большое значение еще до рождения ребенка. Она заключается в создании благоприятных условий для вынашивания, то есть в правильном

распределении труда и отдыха, питании, соматическом, и психическом здоровье матери, а также благополучной экологии [25].

Одним из важных направлений развития логопедической помощи населению в настоящее время является предупреждение речевых нарушений и последствий речевой патологии.

Эти знания имеют непосредственное отношение к гигиене речевого развития, которое является важнейшим показателем нервно-психического здоровья ребенка. Задачи ее в основном сводятся к изучению возрастных этапов речевого онтогенеза и выявлению условий положительно или отрицательно влияющих на речевое развитие. Разрабатываются рекомендации и нормативы по психофизиологическим условиям воспитания детей, научно обосновываются стимулы психического развития ребенка и возможности их применения, организуется массовая пропаганда психологических и педагогических знаний среди населения.

Таким образом, под термином первичная профилактика мы будем понимать мероприятия направленные на предупреждение отклонений в речевом развитии, которые будут основываться на мерах психолого-педагогического и при необходимости лечебного воздействия, а также связана с предотвращением нервно-психических отклонений в развитии ребенка.

1.2. Особенности физиологического и психологического развития плода в пренатальный период

Пренатальный период развития является одним из важнейших этапов в становлении человека как личности и определяет его дальнейшую жизнь. В последние десятилетия это подтверждается исследованиями в области перинатальной психологии, охватывающей период с 22 полной недели внутриутробной жизни плода по 7-й день включительно внеутробной жизни [6].

Принято считать, что во время беременности мать и ребенок составляют единое целое. Ж. В. Цареградская считает, что происходит постоянное взаимодействие их друг с другом и оказывается огромное влияние, осуществляемое через плаценту. У беременной женщины возникает особое психологическое состояние сосредоточенности на своем внутреннем мире и на будущем ребенке [36].

Известно, что психосоматическое равновесие ребенка тесно связано с взаимодействием с матерью. Г. Г. Филиппова в своей работе «Психология материнства» писала, что роль матери оценивается с точки зрения ее собственного эмоционального состояния, связанного с принятием беременности и отношением к ребенку. Любовь, с которой мать вынашивает ребенка, мысли, связанные с рождением, богатство общения с плодом оказывают влияние на развивающуюся психику плода и его клеточную память, формируя субъективный опыт ребенка, а также основные качества личности, сохраняющиеся на протяжении всей жизни [35].

О. Г. Степанов считает, что в пренатальном периоде происходит формирование базисных пониманий ощущений ребенка [23].

О. А. Соколова провела исследование, в котором было выявлено, что все эмоции, которые переживает беременная женщина, передаются ребенку и эти эмоциональные состояния определяются дородовым опытом ребенка [27].

Л. С. Выготский, выделяет в отечественной возрастной психологии период эмбрионального развития ребенка как «совершенно особый тип развития», который подчиняется другим закономерностям. Истоки психического развития закладываются именно в этот период, особенности, протекания которого сказываются на последующем постнатальном развитии ребенка [12].

Рассмотрим периоды внутриутробного развития ребенка более подробно, с целью проследить психофизическое формирование организма ребенка, как основу будущего психоречевого развития.

П. Н. Веропотвелян, Н. П. Веропотвелян, И. С. Цехмистренко, считают, что развитие эмбриона и плода начинается с момента оплодотворения и продолжается до конца беременности. В течение девяти месяцев внутриутробного развития плод испытывает самые быстрые и рискованные трансформации, оказывающие влияние на его будущее [11].

3-я неделя – это начало зародышевой стадии или эмбриональный период, во время которого появляются зачатки всех основных функциональных систем и органов человеческого организма, начинается формирование нервной системы. Основные структуры головного мозга закладываются на 5-й неделе развития, морфофункциональные основы высших нервных функций – в 7 – 8 недель [3]. С 6 до 8 недель происходит образование центральной и периферической нервной системы. На 23-и сутки развития начинает сокращаться сердце будущего ребенка (зародыша). С 6-й недели начинает действовать вестибулярный аппарат, обеспечивающий поддержание положения тела ребенка в околоплодной жидкости. Раньше всего у плода появляется осязание: примерно в 7-12 недель плод может чувствовать тактильные раздражители. К 12-ти неделям беременности уже практически сложены все внутренние органы и ткани ребенка, которые впоследствии будут расти, и развиваться [2].

Органы чувств, соответствующие центры мозга плода, отвечающие за сенсорное восприятие, развиваются уже к третьему месяцу беременности. С этого месяца начинается стадия плода. Г. Г. Филиппова отмечает, что можно констатировать к концу 3 месяца разнообразные сенсорные и эмоциональные переживания, служащие основой развития эмоций, сопровождающих комфортное и дискомфортное состояние [35].

В 3-4 месяца (12-16 недель) ребенок чувствует прикосновения и отвечает общей двигательной активностью на локальное раздражение,

тогда как до этого локальное раздражение вызывало ответную реакцию только раздраженного участка. К этому сроку развития плод может координировать движения головы и рук, он находит кулачком рот и сосет палец [2].

Идет непрерывное развитие коры головного мозга: интенсивно делятся нервные клетки, возникают борозды и извилины. В четырнадцать недель ребенок хорошо слышит звуки материнского организма, речь и музыку извне. Ребенок узнает голоса родителей, и ласковая речь, обращенная к нему, его успокаивает [5].

На 5-м месяце беременности (16-20 недель) постепенно начинают функционировать все органы эндокринной системы: гипофиз, эпифиз, надпочечники, поджелудочная, щитовидная и околощитовидные железы. Продолжает развиваться головной мозг [2].

Ребенок реагирует на модуляции голоса матери, звуки из внешнего мира, температурные раздражители, и тактильные прикосновения эмоционально и с помощью движений: отплыванием, отворачиванием головы или, приближением к источнику стимуляции. У него на лице появляется мимика: он жмурится, улыбается, опускает уголки губ [6].

С 6-го месяца (20-24 недели) плод активно реагирует на зрительные и звуковые раздражители: яркий свет, резкий звук. Согласно исследованиям канадского психиатра Т. Верни, интеллектуальная и эмоциональная жизнь ребенка, берет свой отсчет именно с этого периода [10]. Его поведение изменяется в ответ на голос матери и отца, плод уже может увязать свое поведение со знакомым голосом, способен даже к опережающему отражению в своем поведении: он «знает», какие движения вызовут чувство удовольствия, какие – неудовольствия. Шестимесячный эмбрион, испытывая давление амниотической жидкости, сворачивается, переворачивается вниз головой; он умеет сосать палец, закрывает лицо руками, когда мать волнуется [3].

Слуховой и вестибулярный аппараты плода формируются к 22-м неделям беременности. Внутриутробно дети уже слышат, но им мешает шум материнского кишечника, сосудов матки, стук сердца. Поэтому внешние звуки доходят до них плохо. Однако мать они слышат хорошо, так как акустические вибрации доходят до них через организм матери. Новорожденные узнают песни, которые им пели матери, стук сердца и ее голос. Если отец, также как и мать, регулярно разговаривает с плодом во время беременности, то почти сразу же после рождения ребенок будет узнавать его голос [6].

Кожа плода подвергается непрерывному воздействию мышц матки и брюшной стенки. Таким образом, это дает возможность поддерживать тесный контакт между отцом, матерью и плодом через брюшную стенку. Отмечено, что когда отец или мать совершают нежные поглаживания живота, то ребенок ощущает эти прикосновения и ещё до рождения чувствует эмоциональное успокоение и заботу родителей, что в дальнейшем сказывается на его дальнейших отношениях с родителями уже после рождения и когда он становится более взрослым ребёнком.

Реакция зрачков на свет наблюдается с 24-х недель беременности. Кроме того, в этот период ребенок начинает проявлять свой характер, отворачиваясь, если ему что-то не нравится [3].

На 7-м месяце развития (24-28 недель) продолжается становление эндокринной системы. Большое значение имеет гормон роста, вырабатываемый гипофизом, а также гормоны щитовидной железы, надпочечников, поджелудочной железы [2]. Этот период плод воспринимает информацию через органы чувств, дифференцирует ее и запоминает. Семимесячный эмбрион не просто воспринимает звуки, он отвечает на них. Когда мать разговаривает с будущим ребенком, у детей обычно раньше развивается речь, так как безотчетно они усваивают ряд звуковых сочетаний. Если беременная женщина разговаривает со своим еще не родившимся ребенком, то после своего рождения он уже сможет

воспринимать (а многие даже узнают) услышанные прежде слова, которые запечатлелись у него в сознании [5].

Г. Г. Филиппова отмечает, что во второй половине беременности ребенок реагирует изменением двигательной активности на эмоциональное состояние матери [35]. Современные исследования перинатальной психологии подтверждают возможность переживания ребенком эмоционального состояния матери.

Во-первых, начиная с 22 недель беременности, отмечаются адекватные двигательные и эмоционально-выразительные реакции ребенка на положительные и отрицательные стимулы (вкусовой, тактильной, слуховой чувствительностях). А с 26-28 недель мимическое выражение фундаментальных эмоций (радость, удивление, страх, гнев – по данным внутриутробных кино и фотосъемок и у преждевременно рожденных детей [6].

Во-вторых, Р. М. Shereshefsky, L. J. Yarrow считают, что эмоциональное состояние матери (стрессы, тревога, депрессия) оказывает большое влияние на развитие нервной системы и особенностей эмоциональной сферы ребенка во втором и третьем триместрах [8]. Все эти данные свидетельствуют о том, что нервная система и нейрогуморальные механизмы обеспечивают возможность эмоционального переживания ребенком своих состояний и состояний матери [35].

На 8-м месяце развития (28-32 недели) активно растет голова ребенка, достигая 60% размера головы взрослого человека, сформированы многие нейронные системы мозга. Вероятность развития у плода и новорожденного серьезных неврологических и соматических нарушений в период с 28-й недели (перинатальный) значительно больше, чем в другие периоды [3].

На 9-м месяце развития (32-36 недель) к исходу 36-й недели ребенок уже готов к рождению. Дыхательный центр в головном мозге уже способен обеспечить процесс дыхания, то есть плод в состоянии

совершить свой первый вдох, его легкие смогут раскрыться и функционировать. Продолжается созревание почек и других органов. Совершенствуются вкусовые и обонятельные ощущения ребенка [2].

К девятому месяцу развития (36-40 недель) плод становится полностью зрелым. Все его функциональные системы готовы к процессу рождения и адаптации к внеутробному существованию [36].

Как мы уже говорили выше, что эмоциональное состояние женщины во время беременности формируют субъективный опыт ребенка. Именно в пренатальном периоде формируется базисные понимания его ощущений [31]. Данный опыт ребенка откладывается в «клеточной памяти» и оказывает непосредственное влияние на последующее его развитие. Биологическое созревание ребенка является основой для становления нервно – психического развития.

Человеческое развитие начинается с момента зачатия, следовательно, нарушения эмоциональных отношений с матерью могут повлиять на развитие личности уже внутриутробно, и таким образом внести свой вклад в предрасположенность к более поздней патологии.

1.3. Понятие группы риска речевых нарушений в пренатальный период развития

В последнее время наблюдается тенденция, которая проявляется во взаимосвязи между самочувствием матери и определенными событиями, происходившими во время беременности, а также различными отклонениями, которые возникают в характере или поведении у родившегося ребенка. Несомненно, что основы здоровья закладываются в период пренатального генеза.

Акцентируя внимание на внутриутробном формировании готовности ребенка к психоречевому развитию, нельзя не остановиться на критических периодах формирования данной готовности.

Критический период – это период развития, характеризующийся повышенной чувствительностью зародыша и эмбриона к повреждающим действиям различных факторов [32]. В антенатальном периоде выделяют критические стадии развития – периоды высокой ранимости.

Г. А. Асмолова говорит, что в основе большинства отклонений в нервно – психическом развитии ведущую роль играет совокупность факторов – экзогенных, эндогенных, социальных [4].

Среди повреждающих факторов, которые могут действовать на внутриутробное развитие плода, начиная с момента зачатия, можно выделить: лекарственные препараты, физические факторы внешней среды, соматическая патология матери, расстройство плацентарного кровообращения, резус – конфликт, вредные привычки, инфекционные заболевания у матери, родовые травмы.

Эколого-производственные факторы:

- 1) механические (физические нагрузки, ушибы, вибрация);
- 2) физические (ультрафиолетовое облучение, инсоляция, перегревание, охлаждение, гравитация, ионизирующее излучение, климатические воздействия, высокогорье);
- 3) токсические факторы (интоксикации органическими и неорганическими соединениями).

Особенно неблагоприятное воздействие этих факторов во время созревания половых клеток родителей, момент оплодотворения и первые месяцы беременности – у эмбриона и плода возникают тяжелые пороки развития, часто беременность прерывается [21].

Перенесенная гипоксия является одной из ведущих причин повреждения нервной системы у детей, что в ряде случаев ведет к тяжелым последствиям. Так, в структуре детской инвалидности поражения нервной системы составляют 20.6%, при этом в 70-80% случаев они обусловлены перинатальными факторами [13].

Алкогольный синдром плода (АСП) возникает у детей, чьи матери систематически принимали во время беременности алкоголь. В клиническом течении АСП выделяют четыре основных синдрома:

- 1) задержка внутриутробного развития;
- 2) дисфункция центральной нервной системы (ЦНС) с нарушением умственного развития;
- 3) черепно-лицевые дисморфии;
- 4) врожденные пороки развития.

Повреждения ЦНС выражаются в развитии микроцефалии, нарушениях интеллекта, состояния возбуждения. Сравнительно часто встречаются врожденные пороки сердца, неправильное развитие верхних и нижних конечностей.

Употребление наркотиков во время беременности может привести к развитию врожденных пороков ЦНС, мочеполовой системы, самопроизвольному выкидышу, отслойке плаценты. Для детей, рожденных от матерей наркоманок, характерны повышение нервно-рефлекторной возбудимости, судороги.

Примером речевых расстройств, которые возникают под влиянием воздействия неблагоприятных факторов на развивающийся плод, выступает открытая ринолалия, возникающая вследствие врожденной расщелины нёба.

В настоящее время считается, что ни одно из лекарств не является безвредным для будущего ребенка. Особенно опасными являются вещества, влияющие на центральную нервную систему, последствием приема которых могут быть неблагоприятные нарушения поведения и способности к обучению родившегося ребенка.

К числу тератогенов можно отнести различные заболевания, вирусы которых преодолевают плацентарный барьер (краснуха, сифилис, герпес, полиомиелит, различные формы гриппа, вирус иммунодефицита, токсоплазмоз). В частности, краснуха может вызвать умственную

отсталость, поражение зрения, слуха, сердечной деятельности.

Из собственно тератогенов материнского организма специалисты выделяют резус-фактор (несовместимость крови матери и плода) и возраст матери. В первую очередь поражается центральная нервная система плода, печень, почки и сердце, в полостях и тканях его накапливается жидкость, которая препятствует нормальному функционированию органов и систем вплоть до внутриутробной гибели в тяжелых случаях. Гемолитическая болезнь новорождённых развивается преимущественно в результате несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповым антигенам. Гемолиз эритроцитов плода и новорождённого приводит к гипербилирубинемии и анемии, вследствие чего могут повреждаться структуры головного мозга.

Пренатальные аномалии и различные дефекты чаще бывают при первой беременности у женщин в возрасте старше 35-ти лет и моложе 19-ти лет, по сравнению с теми, чей возраст находится в рамках этого диапазона. Например, риск рождения ребёнка с синдромом Дауна у 40-летних матерей в десять раз выше, чем у тридцатилетних.

Особое отрицательное воздействие на органы плода и формирование его нервной системы имеют сильные стрессы и негативные эмоции матери.

Проблемой влияния условий перинатального периода занимались и занимаются следующие ученые: А. Бертин, О. А. Соколова, А. С. Батуев, Р. Ж. Мухамедрахимов, Н. Г. Чумакова, Б. З. Драпкин, А. Б. Пальчик, Л. Т. Журба, Н. Н. Авдеева.

Ученые, выделяют недостаток пренатальной привязанности как возможный фактор риска. Здесь имеется в виду пренатальный стресс, пренатальная депрессия, в которой пребывает будущая мать [29].

Результатом этого воздействия может стать нарушение интеллекта и социальной адаптации будущего человека [9].

Еще одним фактором, вызывающим нарушение речи, является наследственная предрасположенность, генетические аномалии. По

наследству могут передаваться особенности строения речевого аппарата, например, неправильная посадка и количество зубов, форма прикуса, предрасположенность к дефектам строения твердого и мягкого нёба, а также особенности развития речевых зон головного мозга и даже заикание. Если один из родителей поздно начал говорить, подобные проблемы могут возникнуть и у ребенка.

Следовательно, на нормальное физическое и психоречевое развитие плода влияют не только различные внешние факторы, но и материнские эмоции.

Для того чтобы разобраться, что обозначает понятие «группы риска» речевых нарушений в пренатальный период развития, нам необходимо выяснить, что такое факторы риска. Как мы выявили они подразделяются на биологические, социальные и психологические (эмоциональные). Л. А. Венгер определяет термин «факторы риска» как понятие, обозначающее широкий круг условий, которые оказывают неблагоприятное воздействие на нервно-психическое развитие ребенка [12].

Таким образом, мы предполагаем, что к группе риска речевых нарушений в пренатальный период развития будут отнесены варианты гестации, при которых увеличивается вероятность патологического воздействия того или иного фактора, приводящего к развитию изменений в диаде мать – плод и впоследствии новорожденного ребенка.

Краткие выводы по 1 главе

Термин «профилактика» обозначает комплекс различного плана мероприятий, направленных на устранение факторов риска и предупреждение развития неблагоприятных процессов.

Первичная профилактика – это комплекс мероприятий направленных на предупреждение факторов риска и специфической защиты среди здорового населения.

Под термином первичная профилактика речевых нарушений, мы понимаем мероприятия направленные на предупреждение отклонений в речевом развитии, которые будут основываться на мерах психолого-педагогического и при необходимости лечебного воздействия, а также связана с предотвращением нервно-психических отклонений в развитии ребенка.

Также нами были изучены особенности физиологического и психологического развития плода.

Известно, что состояние матери, ее предпочтения и деятельность во время беременности играют важную роль в развитии плода. В пренатальном периоде закладывается психофизическое здоровье организма ребенка.

Развитие эмбриона и плода начинается с момента оплодотворения и продолжается до конца беременности. В течение девяти месяцев внутриутробного развития плод испытывает самые быстрые и рискованные трансформации, оказывающие влияние на его будущее [7].

Мы рассмотрели факторы риска, в частности психологические факторы, которые оказывают влияние на мать и ребенка. К данному фактору относятся эмоции и переживания матери, ее психологический настрой во время беременности.

Богатство общения матери с плодом формирует психику плода и его клеточную память, формируя основные качества личности, сохраняющиеся на протяжении всей жизни [19].

Мы подробно изучили повреждающие факторы, которые вызывают отклонения в развитии у ребенка и определили понятие группы риска речевых нарушений в пренатальный период развития.

Среди повреждающих факторов были отмечены:

- 1) экологические производные факторы (механические и физические);
- 2) токсические факторы;
- 3) психологические факторы;
- 4) соматическая патология матери;
- 5) инфекционные заболевания;
- 6) генетическая предрасположенность;
- 7) акушерская патология (расстройство плацентарного кровообращения, резус-конфликт, родовые травмы, гипоксия).

Таким образом, понятие «группы риска» речевых нарушений в пренатальный период развития – это варианты гестации, при которых увеличивается вероятность патологического воздействия того или иного фактора, приводящего к развитию изменений в диаде мать – плод и впоследствии новорожденного ребенка.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ РАБОТА ПО ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЧЕВЫХ НАРУШЕНИЙ В ПРЕНАТАЛЬНЫЙ ПЕРИОД

2.1. Организация и содержание выявления группы риска в пренатальный период развития

В настоящее время одним из актуальных вопросов является психологическая и физическая полноценность будущего поколения.

Беременная женщина, исходя из своих интересов, может неосознанно навредить своему будущему ребенку.

В настоящее время существует тенденция увеличения числа рождения детей и раннего проявления заболеваний (отклонений) в развитии детей. На данном этапе необходимо обратить внимание на качественную составляющую будущего поколения, а это напрямую зависит от осознанного материнства, от сформированной зрелой позиции, от позитивного отношения к беременности, к родам, к себе как матери, к будущему ребенку.

Проблема материнства широко исследуется в работах зарубежных и отечественных психологов (Д. Винникот, М. Кляйн, Ф. Дельте, Г. И. Брехман, Г. Г. Филиппова).

Г. Г. Филиппова изучала материнскую сферу посредством мотивационной составляющей материнства у женщин различных возрастных категорий, имеющих различный акушерский анамнез [35].

И. В. Добряков, О. Б. Подобина, Е. И. Захарова изучали личностные характеристики беременных и механизмы, которые лежат в основе психологической готовности к материнству и принятия себя в роли матери [2].

Исходя из результатов анализа теоретических источников, мы гипотетически предполагаем, что психоэмоциональное состояние

беременных женщин оказывает непосредственное воздействие на психоэмоциональное состояние плода и, как следствие, на готовность ребенка к психоречевому развитию.

В ходе нашего практического исследования были применены следующие методы:

- сбора и накопления данных (анкетирование, беседа);
- анализ, сравнение и обобщение результатов исследования.

Для проведения анкетирования нами была рассмотрена анкета, разработанная Е. В. Фейгель (Приложение 1). Анкета включает в себя два блока вопросов, рассчитанных:

1) на исследование социального статуса, физического состояния матери на момент беременности и во время нее, психологического климата в семье, на осознание своего будущего материнства;

2) на выявление психоэмоционального состояния женщины во время беременности, готовности к пренатальному общению, установки на воспитание плода как необходимой составляющей его развития [34].

Анкетирование, в котором приняли участие шесть беременных женщин, проходило в два этапа.

На первом этапе – проводилась беседа с беременными женщинами и анкетирование.

На втором этапе – производился анализ, сравнение и обобщение результатов исследования.

Анкетирование, проведенное по первому блоку вопросов, показало, что возраст женщин колеблется от 23-х лет до 30-ти лет, трое беременных в возрасте 23-х – 25-ти лет, одна беременная женщина в возрасте 27-ми лет, и двое – в возрасте 30-ти лет.

Три женщины имеют высшее или неоконченное высшее образование (получают высшее образование), остальные закончили колледж/техникум.

Указанный ими срок беременности охватывает период с 35-й по 40-ю неделю. Пять из шести опрошенных состоят в браке. У всех женщин муж и окружающие отнеслись к беременности положительно, с радостью.

У одной из шести женщин отмечаются вредные привычки – курение.

Беременность была запланирована у четырех из шести женщин, у всех является желанной. Осознание беременности практически у всех пришло сразу, у одной женщины – не появилось. У одной из женщин беременность является повторной. У одной из шести беременных – двойня.

У двух опрошенных – не было токсикоза во время беременности, у остальных наблюдается токсикоз первой половины беременности.

Три женщины из шести подвержены плохому самочувствию (быстрая утомляемость, смена режима дня, сонливость, бессонница) связанному с реакцией организма на беременность, в ходе которой он подвергается дополнительным нагрузкам на внутренние органы, неизбежно возникающим в это время.

Анализ ответов по второму блоку вопросов показал следующие результаты. На вопрос о преобладающих эмоциях во время беременности женщины ответили, что их беременность сопровождается положительными эмоциями, радостью, но с преобладанием дискомфорта, тревожности, раздражительности, плаксивости связанные с их состоянием беременности, различного рода страхи.

На вопрос: «Когда почувствовали первое шевеление ребенка?» все женщины ответили достаточно уверенно, точно обозначив соответствующий срок беременности и отметив при этом возникновение положительных эмоций в моменты шевеления ребенка (в частности – «радость» и «спокойствие»).

Четыре анкетированных женщины отметили изменения, произошедшие с ними во время беременности, касающиеся как образа жизни, так и пищевых пристрастий. По словам беременных, это выражается в появлении ощущения спокойствия, в том, что они, стали

больше гулять, ходить пешком или наоборот, «стали себе позволять больше отдыхать». Три женщины стали правильно питаться, больше двигаться, выполнять упражнения для беременных. У одной женщины отмечалось категорически отрицательное отношение к колбасным изделиям и репчатому луку.

Среди вопросов об увлечениях и интересах женщин во время беременности были такие, как: «Слушаете ли Вы музыку?», «Любите ли Вы петь?», «Читаете ли Вы какую-либо литературу?», «Любите ли Вы рисовать?», «Посещаете ли Вы театры и музеи?».

Абсолютно все опрошенные ответили, что слушают музыку, предпочтения во время беременности не изменились. Большинство женщин слушают классическую музыку. Одна из анкетированных ответила, что слушает следующие жанры музыки: industrial/death/gothic/progressive metal, darkwave, dark ambient, ebm, dark electro, альтернативу, рок. Одна из женщин помимо классической музыки, слушает детские песни.

Большинство женщин наблюдают реакцию плода на музыку в виде шевеления, какого-либо движения. Некоторые женщины не отмечают никаких реакций на музыку.

На вопрос «Любите ли вы петь?», женщины ответили отрицательно, но две из них ответили, что поют своим детям колыбельные песни.

Рисуют только три женщины, чувствуют успокоение во время этого процесса. В театры и музеи ходят редко или вообще не любят данный вид искусства.

При анализе ответов, связанных с особенностями общения родителей с их еще неродившимся ребенком, выяснилось, что в той или иной мере разговаривают со своим будущим ребенком не только абсолютно все мамы, но и будущие отцы, хоть и в меньшей степени.

Свои ощущения на общение папы и ребенка будущие мамы обозначили такими эпитетами, как: «нежность», «радость и удовольствие», «умиротворение», «чувство заботы».

На основании индивидуальных бесед, подтверждаются все данные описанные выше.

Для определения групп риска в пренатальный период развития по анкетным данным, мы выявили следующие блоки факторов: социальные, биологические и психоэмоциональные.

Рассмотрим первый блок – социальные факторы (таблица 1).

Таблица 1 – Социальные факторы

	Екатерина М.	Надежда М.	Виолетта К.	Анастасия М.	Юлия К.	Яна Г.
Возраст	30 лет	30 лет	27 лет	24 года	23 года	25 лет
Образование	Высшее	Неоконченное высшее	Средне – специальное	Средне – специальное, неоконченное высшее	Высшее	Средне – специальное
Место работы	Секретарь судебного заседания	«ПАО МТС» инженер технической поддержки	Зубной техник	Домохозяйка	ООО «Т2-Мобайл», эксперт по обслуживанию электронных обращений	Домохозяйка
Семейное положение	Не замужем	Замужем	Замужем	Замужем	Замужем	Замужем
Вредные привычки	Отрицает	На момент беременности отрицает. Алкоголь перестала употреблять с момента наступления беременности, курение – за 2 года.	Курение	Отрицает	Отрицает	Отрицает

Второй блок – биологические факторы (таблица 2).

Таблица 2 – Биологические факторы

	Екатерина М.	Надежда М.	Виолетта К.	Анастасия М.	Юлия К.	Яна Г.
Соматическое заболевание	Отрицает	1 – 3 раза в год	Часто	1 раз в год	Отрицает	Отрицает
Хроническое заболевание	Хронический ринит	Артрит коленных суставов; акушерская патология – рак эндометрия в стадии ремиссии	Гайморит	Акушерская патология – хронический цервицит	Отрицает	Есть (не указала какие)
Наследственные заболевания	Отрицает	Отрицает	Отрицает	Отрицает	Отрицает	Есть (не указала какие)
Наличие токсикоза (в какие сроки был)	Весь первый триместр	В первой половине беременности	Отрицает	С 6 по 12 неделю беременности	Отрицает	Отмечает до 20 недели беременности
Появление новых привычек во время беременности	Отвержение некоторых продуктов питания (колбаса, сосиски, лук)	Отрицает	Просыпалась по ночам	Затрудняется ответить	Отрицает	Изменение образа жизни
Образ жизни (особенности)	Малоподвижный образ жизни (сонливость, быстрая утомляемость)	Малоподвижный образ жизни (отказалась от вредных привычек, правильное сбалансированное питание, перестала заниматься спортом)	Средней степени активности	Активный (правильное, сбалансированное питание, частые прогулки на свежем воздухе, стала бережней к себе относиться)	Малоподвижный образ жизни (спокойный образ жизни)	Первая половина беременности – малоподвижный образ жизни, вторая – активный (увеличение физической нагрузки в виде ходьбы – 10.000 шагов день, упражнения для беременных; принятие ванн, водный баланс).
Самочувствие во время беременности	Плохое самочувствие в 1 и 3 триместре	Отмечает плохое самочувствие на протяжении всей беременности	Отмечает плохое самочувствие на протяжении всей беременности	Отрицает	Отрицает	Отрицает

Третий блок – психоэмоциональные факторы (таблица 3).

Таблица 3 – Психоэмоциональные факторы

	Екатерина М.	Надежда М.	Виолетта К.	Анастасия М.	Юлия К.	Яна Г.
Планирование (какие испытали чувства, когда узнали о беременности)	Планировала (радость и счастье)	Планировала, по причине состояния здоровья, но беременность не желанная (чувства недоумения).	Не планировала (счастье, любовь)	Планировала (счастье)	Планировала (счастье)	Не планировала (радость)
С какого срока пришло осознание беременности	С первых 2 недель	Не пришло осознание	С 5 недель	С 6 недель	С 4 недель	С 3 – 4 недель
Как окружающие отнеслись к беременности	Испытывал и радость	Радость, поддержка близких людей.	Испытывали радость	Испытывали радость	Все отнеслись положительно	Все отнеслись положительно
Эмоциональное состояние во время беременности	Радость и счастье, но в 1 триместре из-за токсикоза не ощущала этих чувств	Частая смена нейтрального состояния на дискомфорт, тревожность, напряжение, утомление, чувство собственной беспомощности, страхи, раздражительность.	Радость и счастье, но часто отмечается плаксивость и раздражительность.	Чаще спокойствие, но бывают приступы тревоги	Чаще счастье и радость, но бывают приступы тревоги за ребенка.	Отмечает разные состояния.
Общение с ребенком	Разговаривает с детьми. Ощущение радости и счастья.	Вместе с мужем разговаривают с ребенком. Ребенок не реагирует на голос. Ощущает радость и спокойствие.	Разговаривает с ребенком, а муж редко. Испытывает ощущение счастья и заботы.	Вместе с мужем разговаривают с ребенком. Реакция отсутствует. Ощущение радости.	Сама женщина не разговаривает с ребенком. Муж разговаривает. Женщина испытывает чувство гармонии и благополучия.	Разговаривает с ребенком, а муж редко. Испытывает интерес, умиление.

В соответствии с результатами практического исследования, нам необходимо определить к каким группам риска относятся опрошенные беременные женщины. Мы определили две группы:

- 1) группа низкого риска;
- 2) группа высокого риска.

Целесообразно отнести к первой группе женщин, которые планировали свою беременность и подходят ответственно к своему

положению. У кого беременность была желанной и осознанной, а значит, протекает на положительном эмоциональном фоне. Очень важным фактором здесь является полная семья, так как гармоничные межличностные отношения супругов благоприятно влияют на течение беременности. Женщины осознанно подходят к своему образу жизни, питанию. В анамнезе отмечаются не резко выраженные биологические и социальные факторы, которые могут отрицательно воздействовать на будущего ребенка.

Ко второй группе необходимо отнести женщин, у которых отмечаются:

1. Частые соматические, хронические и наследственные заболевания (в анамнезе).

2. Токсикозы первой и второй половины беременности.

3. Возраст матери, который варьируется от 30 лет и старше.

4. Негативное психоэмоциональное состояние во время беременности (тревога, перепады настроения, страхи, опасения). Данный фактор риска может отрицательно сказаться на нервно – психическом развитии ребенка и привести к различным формам детской патологии, например неврозы, тревожные состояния.

5. Социальный фактор – семейное положение. В группе риска находятся незамужние женщины. Данный фактор отрицательно сказывается на эмоциональном фоне беременной женщины, а в следствии и на развитии ребенка;

6. Нежелательность, неосознанность беременности.

Все вышеперечисленные отрицательные воздействия оказывают негативное влияние на готовность ребенка к психоречевому развитию.

Таким образом, мы можем сделать вывод, о том, что все женщины имеют предрасположенность по тому или иному фактору входить в группу высокого риска.

2.2. Организация и содержание первичной профилактики в пренатальный период развития

В ходе нашего исследования мы определили три блока факторов (социальные, биологические и психоэмоциональные) и выявили, что все женщины имеют предрасположенность входить в группу высокого риска по тому или иному блоку. Таким образом, мы рекомендовали женщинам организовывать режим дня и досуг так, чтобы было возможно осуществить первичную профилактику речевой патологии.

Мы составили определенные блоки рекомендаций, которые по нашему мнению, могут оказать положительное воздействие на психоэмоциональную сферу беременных женщин, а также их будущих детей, на разных сроках беременности.

Так как у большинства женщин отмечаются частые смены настроения, утомляемость, раздражительность, страхи и тревоги, первый блок рекомендаций мы решили уделить решению данной проблематики.

Первый блок рекомендаций это – эмоционально-мотивационная поддержка.

1. Цикл лекций и индивидуальных бесед о взаимосвязи матери и ребенка во время беременности; о факторах оптимального протекания беременности; о влиянии вредных привычек на течение беременности; о роли пренатального воспитания; об особенностях беременности и родов.

2. Индивидуальные беседы о техниках самоуспокоения и общей релаксации организма.

3. Индивидуальные беседы о важности внутриутробного общения с ребенком будущих родителей.

Главные задачи этого блока – это формирование знаний, умений и навыков, необходимым будущим родителям; воспитание у беременных женщин ответственного отношения к беременности и развитию ребенка.

Примерные темы лекций и бесед:

1. «Эмоциональная связь матери и ребенка во время беременности»;
2. «Факторы, влияющие на зачатие и протекание беременности»;
3. «Физиологические и психоэмоциональные изменения в организме женщины в разные периоды беременности»;
4. «Особенности психофизиологического и психоэмоционального развития ребенка во внутриутробном периоде жизни»;
5. «Беременность и вредные привычки»;
6. «Пренатальное воспитание. Зачем это необходимо?»;
7. «Беременность: как растет и развивается плод?».

Второй блок рекомендаций это – творческая деятельность.

Мы советуем женщинам включать в свой досуг следующие виды занятий:

- 1) арт-терапия, лепка;
- 2) прослушивание классической музыки;
- 3) самостоятельное пение (возможно пение колыбельных);
- 4) танцы;
- 5) шитье, вязание.

Необходимо дифференцировать творческие занятия, исходя из предпочтений и интересов женщин. Если женщине не нравится какой-либо вид творчества, необходимо подобрать для нее индивидуальный подход и рекомендовать те виды деятельности, которые принесут ей удовольствие.

Главными задачами этого блока являются нормализация психоэмоционального состояния женщины; обретение радости и гармонии; расслабление и успокоение.

Подобный выбор воздействий, связанных с творчеством, обусловлен тем, что:

— во-первых, женщины создают все условия для интеллектуального, речевого и творческого потенциала будущего ребенка;

— во-вторых, общение с ребенком на уровне пения песен, прослушивания музыки, рисунка способствует выражению любви к малышу еще до рождения, принятию себя в «особом» состоянии, накоплению положительных эмоций, что влияет на нервно-психическое состояние ребенка, оказывающее влияние на речевые процессы [22].

Третий блок рекомендаций составляет физическая направленность.

Мы рекомендуем женщинам организовать так свой режим труда и отдыха, чтобы не допустить эмоциональных и физических перегрузок. А именно:

- 1) прогулки на свежем воздухе;
- 2) активный и правильный образ жизни;
- 3) «ввести» в свою жизнь физические упражнения (гимнастика, йога для беременных, пилатес, ходьба, плавание);
- 4) выполнение дыхательной гимнастики.

Физическая активность во время беременности – это хорошая профилактика нарушения кровообращения в нижних конечностях, отеков, одышки и даже депрессии.

Главной задачей данного блока является подготовка женщины к родам на эмоциональном и физическом уровне. Во время физических упражнений и прогулок происходит насыщение клеток крови кислородом, соответственно это предотвратит у ребенка развитие гипоксии. Йога и пилатес влияют на эмоциональную составляющую матери и приносят радость, спокойствие, ощущение целостности и гармонии.

Таким образом, программа пренатального воспитания в рамках первичной профилактики была бы, по нашему мнению, неполной, без контрольного компонента, предполагающего проверку и оценку содержания программы.

2.3. Результаты контрольного этапа экспериментального исследования.

Для оценки психического развития в рамках первичной профилактики речевых нарушений, мы обследовали рожденных детей испытуемых женщин.

В рамках контрольного этапа исследования приняло участие семь детей, так как у одной из женщин была двойня. Детям на момент проведения обследования было от 4-6 месяцев. Это обусловило выбор методики для проведения обследования психического развития детей. Мы использовали в своем исследовании методику Е. О. Смирновой, Л. Н. Галигузовой, Т. В. Ермоловой, С. Ю. Мещеряковой [15].

По данным авторов этой методики ведущей деятельностью детей первого полугодия жизни является ситуативно-личностное общение с взрослыми.

Параметрами и показателями общения являются: инициативность ребенка в общении, чувствительность ребенка к воздействиям взрослого и средства общения.

Диагностическая проба 1. «Пассивный взрослый» (таблица 4).

В данной пробе мы оцениваем инициативность ребенка к общению.

Цель данной пробы заключается в выявлении параметров общения при наименьшей коммуникативной активности взрослого.

Таблица 4 – «Пассивный взрослый»

Компоненты комплекса оживления	Анна М.	Дмитрий М.	Константин М.	Пётр К.	Виктория М.	Марк К.	Максим Г.
Сосредоточение	+	+	+	+	+	+	+
Улыбка	+	+	+	+	+	+	+
Двигательное оживление	+	+	+	+	+	+	+
Вокализации	+	+	+	+	+	+	+
Отвлечения	-	-	-	-	-	-	-

Критерии оценки:

1. Отсутствует: ребенок не проявляет интереса к взрослому или пассивно выжидает обращения – 0 баллов.
2. Слабая: ребенок однократно проявляет комплекс оживления, затем отвлекается и теряет интерес к взрослому – 1 балл.
3. Средняя: ребенок эпизодически проявляет комплекс оживления, в промежутках отвлекается – 2 балла.
4. Высокая: младенец многократно или непрерывно проявляет комплекс оживления, отвлечения отсутствуют – 3 балла.

У всех детей отмечается высокий уровень инициативности общения, что свидетельствует о благоприятном развитии общения с ребенком в семье.

Диагностическая проба 2. «Чистое общение» (таблица 5).

В данной пробе мы оцениваем чувствительность к воздействиям взрослого.

Целью данной пробы является выявление параметров общения при коммуникативной активности взрослого.

Таблица 5 – «Чистое общение»

Компоненты комплекса оживления	Ход процедуры	Анна М.	Дмитрий М.	Константин М.	Пётр К.	Виктория М.	Марк К.	Максим Г.
Сосредоточение	Воздействие взрослого	+	+	+	+	+	+	+
	Пауза	+	+	+	+	+	+	+
Улыбка	Воздействие взрослого	+	+	+	+	+	+	+
	Пауза	+	+	+	+	+	+	+
Двигательное оживление	Воздействие взрослого	+	+	+	+	+	+	+
	Пауза	+	+	+	+	+	+	+
Вокализации	Воздействие взрослого	+	+	+	+	+	+	+
	Пауза	+	+	+	+	+	+	+

Продолжение таблицы 5

Отвлечения	Воздействия взрослого	+	+	+	+	+	+	+
	Пауза	+	+	+	+	+	+	+

Критерии оценки:

1. Отсутствует: ребенок ни в одной из ситуаций не проявляет комплекс оживления в ответ на воздействия взрослого – 0 баллов.

2. Слабая: ребенок однократно проявляет комплекс оживления, затем отвлекается и теряет интерес к взрослому – 1 балл.

3. Средняя: ребенок изредка проявляет комплекс оживления в ответ на обращения взрослого, некоторые воздействия оставляет без внимания – 2 балла.

4. Высокая: ребенок проявляет комплекс оживления в ответ на каждое воздействие взрослого; интенсивность комплекса оживления у младенца выше при пассивности взрослого, чем в период воздействий взрослого (ребенок затихает при воздействиях взрослого и оживляется во время каждой паузы); состав комплекса оживления у ребенка различен в разных ситуациях общения – 3 балла.

По данной пробе у всех детей отмечается высокий уровень чувствительности к воздействиям взрослого, что свидетельствует так же о его нормативном развитии и благоприятной обстановке в семье.

Также в ходе нашей работы мы исследовали компоненты комплекса оживлений, каждый по отдельности в ходе диагностических проб.

К ним относятся, как мы уже выяснили выше сосредоточение, улыбка, двигательное оживление, вокализации.

Критерии оценки компонентов:

1. Сосредоточение.

1.1. Отсутствует: рассеянный, блуждающий взгляд – 0 баллов.

1.2. Слабое: кратковременное неполное замирание, взгляд на взрослого – 1 балл.

1.3. Среднее: неполное замирание с взглядом на лицо или глаза взрослого – 2 балла.

1.4. Сильное: полное замирание, длительный сосредоточенный взгляд в глаза взрослого – 3 балла.

У всех детей отмечается сильное сосредоточение на взрослом, что свидетельствует о том, что ребенок акцентирует внимание на взрослом и настроен на контакт с ним.

2. Улыбка.

2.1. Отсутствует – 0 баллов.

2.2. Слабая: кратковременная улыбка без размыкания губ, со спокойной мимикой – 1 балл.

2.3. Средняя: улыбка с размыканием губ, довольным выражением лица, но без оживленной мимики – 2 балла.

2.4. Яркая: длительная улыбка с размыканием губ, оживленной мимикой, радостным взглядом, смех – 3 балла.

У всех детей отмечается яркая улыбка с размыканием губ, оживленной мимикой, радостным взглядом, смех.

3. Двигательное оживление.

3.1. Отсутствует – 0 баллов.

3.2. Слабое: поворот головы, слабые эпизодические движения ручками или ножками – 1 балл.

3.3. Среднее: вскидывание ручек, сгибание ножек, повороты на бок – 2 балла.

3.4. Сильное: энергичные многократные шагающие движения ногами, вскидывание ручек, вовлечение в движение корпуса – 3 балла.

У трех детей отмечаются вскидывание ручек, сгибание ножек, повороты на бок, что соответствует среднему уровню двигательного оживления, у остальных отмечается сильный уровень оживления.

4. Вокализации.

4.1. Отсутствуют – 0 баллов.

- 4.2. Тихий однократный голосовой звук – 1 балл.
- 4.3. Эпизодические голосовые звуки – 2 балла.
- 4.4. Многократные разнообразные голосовые звуки, радостные призывные вскрики – 3 балла.

У детей отмечаются разнообразные голосовые звуки, радостные призывные вскрики, что свидетельствует о том, что дети настроены на общение и в положительном настроении.

Так как приведенные выше пробы дали положительный результат, мы считаем, что по этим данным можно судить о нормативном психическом предречевом развитии детей.

Таким образом, первичная профилактика речевых нарушений была произведена правильными методами и формами воздействия и благоприятно отразилась на нервно-психическом развитии детей.

Краткие выводы по 2 главе

Нами было проведено исследование по выявлению группы риска в пренатальный период развития среди беременных женщин, сформирована программа по первичной профилактике речевых нарушений и проведен контрольный эксперимент по оценке психического развития рожденных детей. И на основании проведенной работы можно сделать несколько выводов:

1. По исследованию социального статуса, физического состояния беременных женщин, психологического климата в семье, степени осознания своего материнства, выявление психоэмоционального состояния женщин во время беременности, определение их готовности к пренатальному общению можно выявить группу риска. Наше исследование показало, что есть женщины высокой группы риска и им необходима всесторонняя помощь специалистов.

2. Большинство женщин во время беременности на интуитивном уровне осуществляют элементы пренатального воспитания (рисуют, читают книги, изучают тему материнства и свое состояние, поют песни своему ребенку, общаются с ним).

3. В целях профилактики речевых нарушений в пренатальный период целесообразно внедрение в практику работы с беременными женщинами первичной профилактики речевых нарушений посредством проведения с ними образовательных и мотивационных лекций и бесед, рекомендаций им введения в свой режим труда и отдыха творческой деятельности и физической направленности (гимнастика, йога, прогулки на свежем воздухе).

4. При проведении оценки психического развития детей после проведенной первичной профилактики показывает положительные результаты, а значит, методы пренатального воспитания приносят эффективность в работе.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Обобщая результаты проведенных нами теоретических и практических исследований по теме нашей работы можно утверждать, что проблема профилактики речевых нарушений в пренатальный период является одной из актуальных педагогических проблем.

Наиболее востребованными формами и методами пренатального воспитания являются речевое общение будущих родителей с ребенком, звуковое и тактильное воздействие на плод, физическая и творческая активность будущей матери.

Как показывает практическое исследование, осуществленное нами методами анкетирования и бесед, все испытуемые беременные женщины входят в группу высокого риска по тому или иному фактору.

Выявлен факт, что большинство из обследуемых женщин используют в течение беременности элементы пренатального воспитания на интуитивной основе (слушают музыку, поют колыбельные песни, читают, общаются с плодом посредством речи и прикосновений).

Для внедрения в педагогическую практику, связанную с профилактикой речевых нарушений в пренатальный период, нами разработана первичная профилактика, включающая различные блоки помощи и поддержки женщин: эмоционально-мотивационная поддержка, творческая деятельность, физическая направленность.

Каждый из этих блоков, включает в себя следующие задачи:

- 1) формирование знаний, умений и навыков, необходимым будущим родителям;
- 2) воспитание у беременных женщин ответственного отношения к беременности и развитию ребенка;
- 3) нормализация психоэмоционального состояния женщины;
- 4) обретение радости и гармонии, а также расслабление и успокоение;

5) подготовка женщины к родам на эмоциональном и физическом уровне.

В качестве основных форм и методов психоэмоционального воздействия на будущую мать и ребенка, обеспечивающего эффект пренатального воспитания, в рамках разработанной нами программе первичной профилактики предложены формы и методы работы в виде образовательного компонента, этому соответствует первый блок. Он направлен на повышение знаний и умений женщин, а также мотивационного компонента для вынашивания здорового поколения. Второй блок – художественно-творческая деятельность, он направлен на воспитание у женщин эстетических качеств и положительных эмоций. Третий блок – это физические упражнения, направлен на оздоровление общего состояния женщины и воспитание положительных эмоций.

Дальнейшие исследования по рассматриваемой нами проблеме в настоящей квалификационной работе могут быть связаны с дальнейшей дифференциацией и доработкой содержания разработанной программы для различных групп риска беременных женщин, с обоснованием содержания и методики проведения занятий.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айламазян, Э. К. Демографическая ситуация и развитие перинатальной психологии в современной России [Текст] / Э. К. Айламазян, И. В. Добряков // Журнал акушерства и женских болезней : науч. ст. – В. № 1 (1) / том 62 / 2013.
2. Акушерство: Национальное руководство [Текст] / Под ред. Э. К. Айламазяна, В. И. Кулакова, В. Е. Радзинского, Г. М. Савельевой. – СПб.: СпецЛит, 2009. – 528 с.
3. Акушерство [Текст] : учеб. пособие / Вл. И. Дуда, В. И. Дуда, О. Г. Дражина. – М.: Оникс, 2007. – 464 с.
4. Асмолова, Г. А. Современные подходы к оценке нервно-психического развития детей с перинатальным поражением центральной нервной системы [Текст] : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.09 : защищена 2003 / Асмолова Галина Анатольевна. – Москва, 2003. – 156 с.
5. Батуев, А. С. Возникновение психики в дородовой период [Текст] / А. С. Батуев // Психологический журнал. – 2000. – № 6.
6. Батуев, А. С. Физиология плода и детей [Текст] / Александр Батуев. – М.: Просвещение, 1998. – 210 с.
7. Бертин, А. Воспитание в утробе матери. Удивительные сенсорные способности плода [Текст]: учебн. пособие / Андрэ Бертин. – Самара: Издательский дом БАХРАХ-М, 2003. – 190 с.
8. Брусиловский, А. И. Жизнь до рождения [Текст] / Аркадий Брусиловский. – М.: Знание, 1991. – 191 с.
9. Введение в нейропсихологию детского возраста : учебное пособие / А. В. Семенович. – Москва : Генезис, 2005. – 268 с.
10. Верни, Т. Тайная жизнь ребенка до рождения [Текст] / Томас Верни ; пер. с англ. Е. Хотлубей. – М.: ЦИРК «Аква», 1994.
11. Веропотвелян П. Н. Преждевременный разрыв плодных оболочек – инфекционный фактор / П. Н. Веропотвелян, И. В. Гужевская,

Н. П. Веропотвелян, И. С. Цехмистренко // Здоровье женщины. – 2013. – № 5. – С. 57-64.

12. Выготский, Л. С. Вопросы детской психологии. Полное собрание сочинений [Текст]. В 6 т. Т. 4. Детская психология. / Под ред. Д. Б. Эльконина. – М.: Педагогика, 1984. – 432 с, ил. — (Акад. пед. наук СССР).

13. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных [Текст] / А. Б. Пальчик, Н. П. Шабалов. – 4-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 286 с. : ил., табл.

14. Двойников, С. И., Проведение профилактических мероприятий [Текст] : учеб. пособие / С. И. Двойников [и др.] ; под ред. С. И. Двойникова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 448 с.

15. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет / Е. О. Смирнова, Л. Н. Галигузова, Т. В. Ермолова, С. Ю. Мещерякова. – М.: АНО «ПЭБ», 2007. – 128 с.

16. Добряков, И. В. Клинико-психологические методы определения типа психологического компонента гестационной доминанты [Текст] : хрестоматия по перинатальной психологии / Игорь Добряков. – М., 2005. – С. 93-102.

17. Закревская, О. В. Развивайся, малыш! [Текст] / Ольга Закревская. – М.: ГНОМ и Д, 2008. – 87 с.

18. Карпенко, Л. А. Психологический лексикон [Текст] : энциклопедический словарь: в 6 т. / Под общ. ред. А. В. Петровского. – М.: ПЕР СЭ, 2005.

19. Кельмансон, И. А. Перинатология и перинатальная психология [Текст] : учебн. пособие / Игорь Кельмансон. – Санкт-Петербург : СпецЛит, 2015. – 343 с.

20. Логопедия [Текст] : учебник для студентов дефектол. фак. пед. вузов / Под ред. Л. С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1998. – 680 с.

21. Мама и малыш / Макацария А. Д., Кузнецова С. В. – Москва : ОЛМА Медиа Групп, 2007. – 529, [1] с. : ил., цв. ил., табл.; 26 см. – (Большая энциклопедия).
22. Методики дородового воспитания [Электронный ресурс] / Режим доступа: <http://www.nutriclub.ru/articles/prenatalnoe-razvitie/metodiki-dorodovogo-vospitaniya/>
23. Общение с новорождённым как с миром [Текст] / О. Г. Степанов. – Москва : Класс, сор. 2015. – 146, [1] с. : ил.; 21 см. – (Библиотека психологии и психотерапии).
24. Педагогика [Текст] : учебник для студ. учреждений высш. проф. образования / В. И. Загвязинский, И. Н. Емельянова ; под ред. В. И. Загвязинского. – 2-е изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2012. – 352 с. – (Сер. Бакалавриат).
25. Перинатальная психология : [монография] / И. В. Добряков. – Москва [и др.] : Питер, 2010. – 271 с. : ил., табл.
26. Перинатальная психология и психиатрия [Текст]: учеб. пособие для вузов: в 2-х т. / под ред. Н. Н. Володина, П. И. Сидорова. – Т.1. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 304 с.
27. Петросьян, С. Н. Пренатальный и перинатальный периоды развития ребенка как кризисный этап становления личности [Текст] / С. Н. Петросьян // Ежеквартальный рецензируемый, реферируемый научный журнал «Вестник АГУ». В. 3 (183) 2016.
28. Поваляева, М. А. Справочник логопеда [Текст] / Мария Поваляева. – 3-е изд. – Ростов-на-Дону : Феникс, 2002 – 446 с.
29. Привязанность / Джон Боулби ; Общ. ред. и вступ. ст. Г. В. Бурменской ; Пер. с англ. Н. Г. Григорьевой и Г. В. Бурменской. - М. : Гардарики, 2003 (ОАО Можайский полигр. комб.). – 447 с.; 22 см. – (Psychologia universalis).
30. Профилактика заболеваний [Текст] : учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальностям:

060101 - "Лечебное дело"; 060103 - "Педиатрия"; 060105 - "Медико-профилактическое дело" / С. Н. Алексеенко, Е. В. Дробот ; Российская акад. естествознания, Изд. дом Акад. естествознания. – Москва : Изд. дом Акад. естествознания, 2015. – 449 с.

31. Разум вашего новорожденного ребенка / Дэвид Чемберлен ; Пер. с англ. под ред. Г. И. Брехмана. – М. : Независимая фирма "Класс", 2004 (ППП Тип. Наука). – 220 с. : ил.

32. Светлов, П. Г. Теория критических периодов развития и ее значение для понимания принципов действия среды на онтогенез / П. Г. Светлов // Вопр. цитологии и общей физиологии. М.: Л.: Изд-во АН СССР, 1966. С. 263 – 274.

33. Основы специальной педагогики и психологии / Н. М. Трофимова, С. П. Дуванова, Н. Б. Трофимова, Т. Ф. Пушкина. – СПб.: Питер, 2005. – 304 с: ил. – (Серия «Учебное пособие»).

34. Фейгель, Е. В. Психолого-педагогическая профилактика нарушений речевого развития в пренатальный период [Текст] : выпускная квалификационная работа : защищена 2017 / Фейгель Елена Валерьевна. – Челябинск, 2017. – 59 с.

35. Филиппова, Г. Г. Психология материнства [Текст]: учеб. пособие / Галина Филиппова. – М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. – 240 с.

36. Цареградская, Ж. В. Ребёнок от зачатия до года [Текст]: универс. пособие / Жанна Цареградская. – М.: Астрель: АСТ, 2006. – 383 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Анкета для изучения особенностей физического и психоэмоционального состояния беременных женщин и выявления факторов, влияющих на их психоэмоциональное состояние.

Уважаемые женщины!

Убедительно просим вас ответить на вопросы предлагаемой анкеты. Ваши ответы будут очень востребованы нами при определении форм и методов первичной профилактики речевых нарушений в пренатальный период.

I-й блок вопросов (рассчитан на исследование социального статуса, физического состояния матери на момент беременности и во время нее, психологического климата в семье, на осознание своего материнства).

1. Укажите, пожалуйста, Ваше имя (по желанию можете указать фамилию, имя, отчество)?
2. Каков Ваш возраст?
3. Укажите, пожалуйста, Ваше образование?
4. Где и кем Вы работаете?
5. Ваше семейное положение?
6. Есть ли у Вас дети?
7. Какая у Вас беременность по счету?
8. Часто ли бывают у Вас соматические заболевания?
9. Укажите, пожалуйста, имеете ли Вы хронические заболевания?
10. Имеете ли Вы наследственные заболевания?
11. Имеете ли Вы вредные привычки. Если да, то укажите, пожалуйста, какие (курение, алкоголь и т.п.)?
12. Каков срок Вашей беременности?
13. Планировали ли Вы беременность?

14. На каком сроке Вы узнали о своей беременности?
15. Какие чувства Вы испытали в этот момент?
16. С какого срока беременности к Вам пришло ее осознание?
17. Как отнеслись окружающие к Вашей беременности? (или реакция мужа на вашу беременность)
18. Был ли токсикоз в первой (второй) половине беременности?
19. Когда Вы почувствовали первое шевеление ребенка?
20. Какими эмоциональными переживаниями сопровождаются у Вас ощущения шевеления?

II блок вопросов (направлен на выявление психоэмоционального состояния женщины во время беременности, установки на воспитание плода как необходимой составляющей его развития).

21. Какие новые, несвойственные привычки пришли к Вам с беременностью?
22. Изменился ли с беременностью Ваш образ жизни? Если да, то каким образом?
23. Охарактеризуйте, пожалуйста, эмоциональное состояние, которое преобладает у Вас во время беременности (радость, счастье, спокойствие, гармоничность или тревожность, плаксивость, напряжение, дискомфорт, раздражительность, угнетенность, различного рода страхи и др.)?
24. Подвержены ли Вы плохому самочувствию?
25. Считаете ли Вы себя эмоциональным человеком?
26. Как Вы считаете, Ваш образ жизни во время беременности активный или малоактивный?
27. Слушаете ли Вы музыку во время беременности? Если да, какую музыку предпочитаете?
28. Наблюдаете ли Вы реакцию вашего ребенка на музыку? Если да, то каким образом проявляется эта реакция? Можно ли сказать, что у ребенка уже сформировались определенные музыкальные предпочтения?
29. Любите ли Вы петь? Поете ли Вы песни вашему ребенку?

30. Читаете ли Вы литературу? Какую литературу предпочитаете предпочитаете читать во время беременности?

31. Любите ли Вы рисовать? Если да, опишите свои ощущения во время рисования.

32. Посещаете ли Вы театры, музеи, картинные галереи, концертные залы?

33. Разговариваете ли Вы с вашим ребенком? Если да, то ощущаете ли его реакцию на обращение к нему? В чем выражается данная реакция?

34. Общается ли Ваш муж с будущим ребёнком?

35. Какие чувства и эмоции ощущаете Вы во время общения Вашего мужа с малышом?