



АНТИПЛАГИАТ
ТВОРИТЕ СОБСТВЕННЫМ УМОМ



**УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ**

СПРАВКА

**О результатах проверки текстового документа
на наличие заимствований**

**Проверка выполнена в системе
Антиплагиат.ВУЗ**

Автор работы	Солодкова Наталья Николаевна
Факультет, кафедра, номер группы	Институт специального образования, кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза, группа ЛГП-1941z
Название работы	«Взаимодействие логопеда и родителей старших дошкольников с церебральным параличом в процессе коррекции нарушений речи»
Процент оригинальности	74

Дата 08.02.2022

Ответственный в
подразделении


(подпись)

Покрас Е.А.
(ФИО)

Проверка выполнена с использованием: Модуль поиска ЭБС "БиблиоРоссика"; Модуль поиска ЭБС "BOOK.ru"; Коллекция РГБ; Цитирование; Модуль поиска ЭБС "Университетская библиотека онлайн"; Модуль поиска ЭБС "Айбукс"; Модуль поиска Интернет; Модуль поиска ЭБС "Лань"; Модуль поиска "УГПУ"; Кольцо вузов

**Министерство просвещения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования**

**ОТЗЫВ
руководителя выпускной квалификационной работы**

Тема ВКР: *Взаимодействие логопеда и родителей старших дошкольников с церебральным параличом в процессе коррекции нарушений речи*

Обучающийся, **Солодкова Наталья Николаевна**, при работе над ВКР проявил себя следующим образом:

1. Уровень самостоятельности и ответственности:

Выбор темы выпускной работы Наталья Николаевна сделала совершенно осознанно. Её личный опыт воспитания и обучения ребенка с речевыми нарушениями, эмоциональные переживания в сочетании с полученными теоретическими знаниями воплотились в написании выпускной работы.

Наталья Николаевна активно сотрудничала с научным руководителем по содержанию работы, изучала законодательные и статистические документы, научно-методическую литературу. Экспериментальная исследовательская работа позволила организовать мини клуб родителей, воспитывающих детей с детским церебральным параличом. Педагогические знания транслировались родителям Натальей Николаевной в он-лайн и оф-лайн режиме.

Оригинальность работы 67%.

**2. Уровень предметной подготовки обучающегося:
*продвинутый.***

3 Замечания и рекомендации:

Нет

ОБЩЕЕ ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

Выпускная квалификационная работа соответствует требованиям и может быть представлена к защите.

Ф.И.О. руководителя ВКР: Обухова Нина Владимировна

Должность: доцент

Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

Уч. звание: к.п.н.

Уч. степень: доцент

Подпись 

Дата 26.02.2022

Министерство просвещения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Уральский государственный педагогический университет»

РЕЦЕНЗИЯ

на выпускную квалификационную работу
обучающегося **Солодковой Натальи Николаевны**

Направление подготовки 44.04.03 «Специальное (дефектологическое) образование»

Магистерская программа «Логопедия»

**Тема ВКР: Взаимодействие логопеда и родителей старших дошкольников с
церебральным параличом в процессе коррекции нарушений речи**

1. Актуальность исследования обусловлена значимостью определения содержания коррекционной работы в процессе взаимодействия логопеда и родителей старших дошкольников с церебральным параличом для преодоления нарушений речи.

2. Научная и практическая значимость ВКР связана с анализом и определением современных методов и организационных форм взаимодействия логопеда и родителей старших дошкольников с церебральным параличом в процессе коррекции нарушений речи.

3. Общая грамотность и качество оформления: в работе присутствует большое количество разного типа ошибок (особенно – пунктуационных), что затрудняет восприятие содержания.

4. Вопросы и замечания:

1) Наличие в тексте научного стиля речи некорректных формулировок: например, заглавие параграфа 3.3 *Результаты*; стр. 50 - *Семейное положение - одинок(а)*; последняя фраза Заключения: *Благодарим всех родителей и детей за возможность проведения исследования.*

2) Были ли вами созданы методические рекомендации по коррекции нарушений речи для родителей, имеющих детей с ДЦП?

3) Существуют ли современные технологии по коррекции нарушений речи детей с ДЦП?

5. Общая оценка работы. Структура ВКР соответствует основным требованиям к подобному жанру: в первой главе подробно и последовательно раскрываются основные теоретические положения проблемы исследования, анализируются имеющиеся в теоретической и методической литературе подходы к определению методов и организационных форм взаимодействия логопеда и родителей детей с церебральным параличом в процессе коррекции нарушений речи.

Вторая глава посвящена описанию организации и содержания констатирующего эксперимента, анализ результатов которого определил основные направления взаимодействия логопеда и родителей старших дошкольников с церебральным параличом для преодоления нарушений речи.

Содержание третьей главы и развернутых Приложений позволяют судить о большом объеме проделанной работы и о высоком профессионализме магистранта, поскольку результаты практической работы свидетельствуют об эффективности результатов взаимодействия логопеда и родителей старших дошкольников с церебральным параличом в процессе коррекции нарушений речи.

Анализ исследования Солодковой Натальи Николаевны позволяет сделать выводы о сформированности основных профессиональных компетенций. Рецензируемая ВКР заслуживает **положительной** оценки.

Сведения о рецензенте:

Ф.И.О. Л. В. Христолюбова

Должность: доцент

Место работы: кафедра теории и методики обучения лиц с ОВЗ ИСО УрГПУ

Уч. звание: канд. филол. наук. **Уч. степень:** доцент

Подпись _____

Дата 09.02.2022.

Министерство просвещения Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Уральский государственный педагогический университет»
Институт специального образования

Кафедра логопедии и клиники дизонтогенеза

**Взаимодействие логопеда и родителей старших дошкольников с
церебральным параличом в процессе коррекции нарушений речи**

Выпускная квалификационная работа
44.04.03 Специальное (дефектологическое) образование
Магистерская программа «Логопедия»

Квалификационная работа
допущена к защите
Зав. кафедрой
логопедии и клиники дизонтогенеза
к.п.н., профессор И. А. Филатова

Исполнитель:
Солодкова Наталья Николаевна,
обучающийся группы ЛПП-1941z
заочного отделения

дата

подпись

подпись

Научный руководитель:
Обухова Нина Владимировна,
к.п.н., доцент

подпись

Екатеринбург 2022

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ВОВЛЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В КОРРЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС	8
1.1. Правовое поле и современное положение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья	10
1.2. Особенности психоречевого развития старших дошкольников с детским церебральным параличом	25
1.3. Проблемы семьи ребенка с детским церебральным параличом	29
1.4. Роль родителей в комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом	32
ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ РОДИТЕЛЕЙ	37
2.1. Организация и принципы изучения старших дошкольников с детским церебральным параличом, и их родителей	37
2.2. Методика и результаты изучения педагогических компетенций родителей детей с детским церебральным параличом	38
2.3. Методика и результаты изучения педагогических компетенций родителей детей с детским церебральным параличом	49
ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С РОДИТЕЛЯМИ	56
3.1. Организация логопедической работы по коррекции нарушений речи у старших дошкольников с детским церебральным параличом	56

3.2. Содержание логопедической работы по коррекции нарушений речи у старших дошкольников с детским церебральным параличом и взаимодействие с родителями	60
3.3. Результаты	62
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	75
СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ	79

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы и темы исследования.

Синдром детский церебральный паралич (далее ДЦП) – комплексное заболевание, характеризующееся множественными повреждениями головного мозга, затрагивающих двигательную сторону жизни ребенка. Заболевание носит сложный характер, сопровождается неврологическими, психическими нарушениями, повреждениями слуха, зрения, речи.

Всего в 2020 году в России зарегистрировано 689 тыс. детей-инвалидов, в 2019 году – 670 тыс. [70]. В России с диагнозом ДЦП было впервые зарегистрировано в возрасте от 0 до 17 лет в 2019 году 7625 детей, в 2020 – 6284 детей [70]. Актуальность темы исследования обусловлена: большим количеством семей воспитывающих детей с ДЦП.

Огромные масштабы детской инвалидности направляют государство на формирование нового социального подхода, в котором меняется модель детской инвалидности с медицинской – на социальную. Медицинская модель рассматривает ребенка с позиции дефекта, и возможности устранить дефект, вылечить болезнь, а социальная модель делает ребенка – личностью, ценной для общества. Рассматривает ребенка с инвалидностью, как социальный объект, у такого ребенка есть друзья, увлечения, жизненные цели, а не только медицинский диагноз. Также проблему инвалидности следует рассматривать шире, не только с позиции социально-культурологической, но и с позиции социально-педагогической.

Так в научных исследованиях (Е. В. Клочкова [12], И. Ю. Левченко [21], А. А. Наумов [34], И. А. Смирнова [58], Н. М. Трубникова [67], Е. М. Мастюкова, М. В. Ипполитова [28]) рассматриваются: жизнедеятельность ребенка с ДЦП, его социально-бытовые навыки, развитие речи, права на образования. Это описывает картинку жизни ребенка в обществе в соответствии с социальной и культурной средой общества.

Педагогическая помощь, вопросы взаимодействия педагогов с семьями рассматриваются в исследованиях: (Р. Е. Левина [19], Ю. В. Микляева [31], Е. М. Мастюкова [30], М. Ф. Фомичёва, Т. В. Волосовец, А. А. Гусейнова [45], Т. Б. Филичева [25], Е. В. Шереметьева [76]). И современные авторы отмечают значимость участия семьи в абилитации ребенка-инвалида и предлагают методы, объединяющие усилий педагогов и родителей (И. В. Добряков [4], О. В. Заширинская [6], Е. В. Кулагина [16], И. А. Смирнова [58], О. В. Солодянкина [62]). Но, не смотря на все усилия педагогической работы, взаимодействия с родителями педагогическая помощь не доходит до родителей. И возникает ситуация, когда социально-педагогическая помощь готова оказываться педагогами, социальные институты действуют и готовы реабилитировать (абилитировать) ребенка-инвалида, но родители, убитые горем «инвалидизации» не принимают помощь и поддержку.

Возникает проблема исследования, создается разрыв между социально-культурологическими взглядами общества, взаимодействием с педагогами и фактической ролью родителей в абилитационной работе с ДЦП. Организация абилитации становится ответственностью родителей: выбор медицинских учреждений, специалистов, количество занятий, определяют родители. Родители вгоняют себя в ловушку «нормализации», т.е. пытаются восстановить потерянные функции здоровья ребенка до уровня «нормотипичного» ребенка, «загоняя» детей в постоянную реабилитацию, в ущерб педагогическим, в том числе логопедическим мероприятиям.

Родители не принимают адекватно своего ребенка, отрицают его «инвалидность». Исходя из всего вышеперечисленного, возникает необходимость создания комфортной абилитации для детей с ДЦП, в которой будет произведена оценка уровня, и родительских компетенции, и адекватных возможностей ребенка при получении знаний. В таком случае мы получим исследование, в котором взаимодействуют и родители, и дети с ДЦП.

Таким образом, объектом исследования являются нарушения речи у старших дошкольников с ДЦП.

Предмет исследования – взаимодействие логопеда с родителями детей с ДЦП для более эффективной коррекции нарушений речи.

Цель – изучить нарушения речи у старших дошкольников с ДЦП, определить содержание логопедической коррекции и включить родителей в коррекционный процесс.

Задачи:

- теоретически изучить особенности речи детей с ДЦП и значимость включенности родителей в процесс абилитации;
- экспериментально провести оценку речи старших дошкольников с ДЦП и родительских навыков помощи детям (педагогических компетенций),
- разработать содержание логопедической работы по коррекции нарушений речи старших дошкольников с ДЦП и рекомендации для родителей, оценить их результаты.

Практическая новизна исследования обусловлена сложностью и многообразием самого заболевания ДЦП, поскольку в каждой семье проводится индивидуальная абилитационная работа, мы хотим выделить из общего контекста абилитационной деятельности – логопедическую работу (время, ресурсы, компетенции родителей). Помочь семьям оценить и улучшить коммуникацию с детьми. И перенести акцент логопедической абилитационной работы, к инициативе родителей, а не специалистов. Выстроить взаимодействие через обучение родителей.

Исходя из актуальности, цели, объекта и предмета исследования выдвинута следующая гипотеза: у семей детей с ДЦП – очень организованная жизнь, в среднем реабилитация по физической терапии проходит 3, 4 раза в год, в течение 2, 3 недель. Очень часто родители делают акцент в абилитации лишь на физической терапии и упускают интеллектуальные и логопедические занятия, занятия с учителем логопедом-дефектологом. Чтобы организовать занятия с логопедом родителям

требуются дополнительные ресурсы: финансовые, временные, энергетические и др. Исходя из контекста жизни семей ДЦП, мы хотели бы помочь заинтересованным родителям овладеть элементами логопедической работы, для обучения детей в домашней обстановке. В таком случае, следует ожидать, что семья станет более разгруженной, использует освободившиеся ресурсы, на эффективное обучения детей с ДЦП, речевым навыкам.

Методы исследования были выбраны с учетом объекта исследования и соответствуют задачам работы. В процессе исследования будут применяться следующие методы исследования: Теоретические – анализ литературы. Эмпирические – анкетирование. В исследовании примут участие 10 детей разного возраста с ДЦП и родители детей в количестве 9 человек. Организация исследования будет осуществляться в течение 2019 – 2021 гг.

Структура работы в соответствии с целью и задачами исследования состоит из введения, трех глав, заключения, приложения и списка использованной литературы, включающего в себя 76 источников.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОБЛЕМЫ КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ВОВЛЕЧЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ В КОРРЕКЦИОННЫЙ ПРОЦЕСС

Теоретическое изучение семьи необходимо начать, с понимания категориального аппарата нашего исследования. В законе «Об образовании в РФ» от 29.12.2012 г. № 273 [41]. Дети с ОВЗ указано, что «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий».

В данной главе мы хотим представить состояние отношений между родителями и детьми, у которых есть свои особые образовательные потребности. Мы не описываем конкретные нарушения детей и берем не конкретного ребенка, а собирательный абстрактный образ семьи с особыми потребностями в обучении («особая семья»). В дальнейшем, нас будет интересовать возможность совместной логопедической работы между родителями, логопедом и ребенком.

Изучением «особых семей» посвящены работы русских авторов: В. В. Ткачева, Н. П. Болотова, Е. В. Устинова [64], И. Ю. Левченко [21], а также зарубежных авторов Милтон Селигманн, Розалин Бенджамин Дарлинг [53], Н. Р. Финни [72] и др.

Авторы представляют разнообразные стороны отношений между детьми и родителями, мы будем следовать целостной картине, так, мы сможем лучше оценить, в чем именно, заключаются особенности жизнедеятельности семей.

Объектом изучения является социальное партнёрство – родители и

дети. Мы приведем основные факторы, которые влияют на формирование родительского отношения к детям с ОВЗ. По мнению И. Ю. Левченко: «Проблемы семей, воспитывающих ребенка-инвалида, касаются самых разных аспектов обеспечения его жизнедеятельности и развития его личности – экономические, бытовые, психологические, воспитательные, образовательные и другие возможности семьи определяют те условия, в которых живет и развивается ребенок, имеющий серьезные нарушения здоровья» [21 с. 12].

При изучении современного положения семьи ребенка с ОВЗ используются области знаний междисциплинарных наук: социологии, экономики, права, психологии, медицины и педагогики.

Родители впервые понимают особенность своего положения при постановке медицинского диагноза. Семья сталкивается с медико-реабилитационными проблемами. Родители, воспитывающие особых детей, при сборе анамнеза, сообщали, что даже не знали название болезни ребенка, которую им озвучивал врач, они слышали название диагноза впервые в жизни. Также родители решают медико-реабилитационные задачи сами, они принимают решения: по медицинской реабилитации, консультациям с медицинским персоналом. Хотя на начальном этапе, семья даже не понимает причины заболевания ребенка, уровень сложности болезни и т.д.

Проблема заключается в том, что в каждом медицинском заведении действует междисциплинарный принцип работы, на практике междисциплинарная врачебная бригада, не делает комплексный мониторинг здоровья ребенка в длительном периоде времени. Конечный заказчик медицинских услуг – родитель. Поэтому он определяет количество и качество медицинских услуг.

К сожалению, родители не могут обладать полными медицинскими знаниями и профессиональным опытом, а коммерческих предложений реабилитационных услуг разного качества, с каждым годом становится больше, родители неминуемо совершают реабилитационные ошибки,

которые серьезно отражаются на будущем ребенка.

Развитые социальные сообщества родителей, социальные медиа, позволяют быстро разобраться в медицинской терминологии и плане лечения. Сообщества родителей помогают друг другу, ведя активную просветительскую деятельность, касательно медицинского прогноза ребенка, подсказывают информацию по вопросам правовой защиты, социальной жизни, поддержки и быта.

Мы выделяем следующие аспекты формирования родительского отношения к детям с ОВЗ:

- социально-правовой,
- материально-бытовой,
- психологический,
- информационно-просветительский.

Конечно, все это деление условно и появление ребенка-инвалида в семье затрагивает все сферы жизни. Далее, мы хотим более подробно рассмотреть каждый аспект.

1.1. Правовое поле и современное положение семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья

Прежде чем начнем разбирать правовое поле особой семьи, необходимо определить разницу между терминами дети с ОВЗ и дети-инвалиды.

Когда мы говорим о детях-инвалидах, мы учитываем их ограничения жизнедеятельности, то есть медицинский диагноз – это могут быть нарушение развития, роста, поведения, обучения, общения, трудовой деятельности, навыки самообслуживания, передвижение. (Федеральный закон от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (далее – 273-ФЗ)) [41].

Когда мы говорим о детях с ОВЗ (Часть 16 ст. 2 273-ФЗ) закрепляется понятие – «обучающийся с ограниченными возможностями здоровья» – это физическое лицо, у которого имеются недостатки в физическом и (или) психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий» [41].

«Таким образом, категория «дети с ОВЗ» определена не с точки зрения ограничений по здоровью, а с точки зрения необходимости создания специальных условий получения образования, исходя из решения коллегиального органа – ПМПК» [41].

Значит, дети с ОВЗ – это и дети-инвалиды, и другие дети без оформленной инвалидности в возрасте от 0 до 18 лет, но которые имеют временные или постоянные отклонения в физическом и психическом развитии, и нуждающиеся в специальных условиях обучения и воспитания.

Для нас важны семьи, их жизнедеятельность, и мы рассматриваем с одинаковой позицией ребенка-инвалида и ребенка с ОВЗ, как ребенка с особенностями в развитии, существующего в рамках семейного воспитания, но имеем в виду, что у ребенка-инвалида больше обозначенных юридически гарантий, прав, льгот. Один и тот же ребенок может быть и ребенком с инвалидностью, и ребенком с ОВЗ. За логопедической помощью могут обращаться оба типа детей, поэтому нам важно исследовать их семейные отношения.

В семье появляется ребенок, родители осознают сразу или в течение первых лет жизни, что ребенок отличается от других «нормотипичных» детей, и необходимо оформить правовой статус ребенок-инвалид, и/либо пройти ПМПК и оформить статус ребенка с ОВЗ.

Российское законодательство предполагает оказание поддержки семье, «но объектом социальной защиты государства является ребенок-инвалид, а не семья, занимающаяся его воспитанием. Поэтому интерес к семьям возникает только в момент решения вопросов, связанных с инвалидностью

детей: их лечением, проведением реабилитационных мероприятий, обслуживанием» [8 с. 114].

Именно семья ребенка-инвалида оформляет льготы и получает права, касающиеся разных сторон социальной жизни. Правовое регулирование семей ребенка-инвалида тесно связано с социальными институтами. Ознакомимся с основными правовыми актами.

Правовое поле семей, воспитывающих ребенка-инвалида.

Основным гарантом прав и свобод детей-инвалидов выступает:

1. Конституция Российской Федерации (ст. 17, 18, 19, 20, 21, 23, 24, 25, 27, 35, 38, 39, 40, 41, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 53) [14].

2. Федеральный закон от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. От 26.09.2021) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» описывает нормы, определяет понятие инвалид, деятельность медико-социальной экспертизы, и состав индивидуальной программы реабилитации и абилитации. (ст.1, ст. 5, ст.7, ст.11) [40]. Также описывает возможности психолого-педагогической поддержки при получении инвалидами, детьми-инвалидами общего образования, в том числе на дому и в форме семейного образования (ст. 19) [40]. Прописывает право на ежемесячную денежную выплату (ст. 28.1) [40]. Обозначает меры социальной поддержки инвалидов по оплате жилого помещения и коммунальных услуг, а также регулирует право по обеспечению жильем инвалидов и семей, имеющих детей-инвалидов (ст. 28.2) [40].

3. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 02.07.2021) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» описывает не только охрану здоровья, но и защиту от любых форм дискриминации, обусловленной наличием каких-либо заболеваний (ст. 5) [43].

4. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 24.02.2021) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» гарантирует, что дети со дня рождения до достижения ими возраста 18 лет являются застрахованными; а также трудоспособные граждане, занятые

уходом за детьми-инвалидами (ст.10) [42].

5. Федеральный закон от 15.12.2001 N 166-ФЗ (ред. от 22.12.2020) «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» описывает финансовые гарантии: дети-инвалиды имеют право на социальную пенсию (ст. 11) [38], прописывается размер социальной пенсии (ст. 18) и ее индексация (ст. 25) [38].

6. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» [41] описывает право на получение государственной социальной стипендий студентов, являющихся детьми-инвалидами и инвалидами с детства (ст. 36) [41]. Право детей инвалидов, осваивающих основные общеобразовательные программы и нуждающихся в длительном лечении, обучаться в созданных образовательных организациях, в том числе санаторных, в которых проводятся необходимые лечебные, реабилитационные и оздоровительные мероприятия. Также может быть организовано обучение образовательными организациями на дому или в медицинских организациях. Порядок организации осуществляется нормативным правовым актом уполномоченного органа государственной власти субъекта Российской Федерации (ст. 41, 66) [41]. Обеспечивает право на бесплатные присмотр и уход в государственных и муниципальных дошкольных образовательных организациях (ст. 65) [41]. Описывает право на обучение по программам бакалавриата и специалитета за счет бюджетных средств в пределах установленной квоты (ст. 71) [41]. Также можно воспользоваться правом на прием на подготовительные отделения федеральных государственных образовательных организаций высшего образования (ст. 71) [41].

7. Федеральный закон от 29.12.2006 N 256-ФЗ (ред. от 01.03.2020) «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» поддерживает в целом российские семьи, в нем учитываются возможность адаптации ребенка-инвалида в общество по средствам материнского капитала (ст. 2) [5], (ст. 7) [39].

8. Федеральный закон от 17.07.1999 N 178-ФЗ (ред. от 01.03.2020) «О государственной социальной помощи». В законе содержатся гарантии инвалидов и нормы, конкретизирующие права детей-инвалидов:

- право на получение государственной социальной помощи в виде набора социальных услуг (ст. 6.1, 6, 2) [37].

- право на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте и междугороднем транспорте к месту лечения и обратно (ст. 6.2) [37].

Устанавливается длительность санаторно-курортного лечения детей инвалидов – 21 день (ст. 6.2) [37].

9. Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 N 197-ФЗ (ред. от 1.09.2021) описывает трудовые права и льготы родителей ребенка-инвалида, а также их опекунов, попечителей, лиц, осуществляющих уход, обеспечивает:

- право на установление неполного рабочего времени (ст. 93) [68].

- право отказаться от работы в ночное время (ст. 96) [68], при направлении в служебные командировки, привлечении к сверхурочной работе, работе в ночное время, выходные и нерабочие праздничные дни (ст. 259) [68]. Дает гарантии при расторжении трудового договора (ст. 261) [68]. Обеспечивает право на дополнительные выходные дни лицам, осуществляющим уход за детьми-инвалидами. (ст. 262) [68]. А также описывает право на очередной отпуск по желанию в удобное время (ст. 263) [68] и дополнительные отпуска без сохранения заработной платы (ст. 262.1) [68].

10. Налоговый кодекс Российской Федерации от 05.08.2000 N 117-ФЗ (ред. от 01.04.2020) обеспечивает налоговыми льготами: по налогу на добавленную стоимость (гл. 21 ст. 149) [33]; по налогу на доходы физических лиц (стандартные и социальные налоговые вычеты) (гл. 23 ст. 218, 219) [33], по налогу на прибыль (гл. 25 ст. 264 п.38) [33], по земельному налогу (гл. 31 ст. 395) [33].

11. Жилищный кодекс Российской Федерации от 29.12.2004 N 188-ФЗ (ред. от 01.07.2021) содержит нормы, касающиеся в целом прав инвалидов:

– обеспечение условий для осуществления права на жилище, беспрепятственный доступ к общему имуществу в многоквартирных домах (ст. 2, 12) [5].

– понятие жилого помещения, и требования для пригодного постоянного проживания граждан, в том числе по его приспособлению с учетом потребностей инвалидов (ст. 15) [5].

Права детей с ОВЗ.

Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ (ред. от 02.07.2021) "Об образовании в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.09.2021). Закон определяет: создание специальных условий для получения образования, использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ обучающимися с ограниченными возможностями здоровья (ст. 79) [41].

Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных классах, группах или в отдельных организациях, осуществляющих образовательную деятельность.

Трудности получения социально-правовых услуг.

Какие социальные услуги предоставляет государство в основном – это социально-экономическая поддержка: финансовая поддержка, гигиенические средства, средства реабилитации, образование. Социолог В. Г. Сухих

выступает с критикой: «К сожалению, родители получают от государственных услуг не то, что удобно и комфортно для их ребенка, а то, что дают *de facto*» [75 с. 167].

Перейдем к описанию процесса получения услуг и реальностью, с которой сталкивается семья, воспитывающая ребенка–инвалида. Перечисленный набор социальных услуг, безусловно, защищает права ребенка-инвалида. Но юристы критикуют действующие нормы в отношении прав инвалидов. По мнению юриста – П. А. Черновой: «Общий взгляд на состав российского законодательства позволяет сделать вывод о том, что его в целом можно признать отвечающим нормам и принципам международного права, защищающим права детей-инвалидов, так и конституционным нормам. Однако требуется более детальный анализ подзаконных актов и судебной практики. Такой анализ вскрыет большой пласт проблем, «нестыковок», неясностей формулировок, «неполных перечней», «пробелов» в работе системы, реализующей права детей-инвалидов. Так, анализ судебной практики судов общей юрисдикции (Государственная автоматизированная система Российской Федерации «Правосудие» [Электронный ресурс], URL: <https://sudrf.ru>) по спорам, связанным с защитой прав детей-инвалидов за 2014 – начало 2018 гг. выявил:

- нарушения прав при реализации индивидуальной программы реабилитации: необеспечение детей путевками на санаторно-курортное лечение, техническими средствами реабилитации, изделиями медицинского назначения, лечебным питанием;

- нарушения прав на получение вне очереди жилого помещения по договору социального найма;

- нарушения образовательными и другими социальными учреждениями законодательства об образовании;

- охране жизни и здоровья детей, антитеррористического законодательства, в том числе связанные с отсутствием условий для доступа детей-инвалидов к объектам социальной инфраструктуры и др.

О чем говорят эти факты? По закону дети-инвалиды имеют права, но реализовать их либо не представляется возможным, либо очень сложно» [75 с. 24].

Социолог А. В. Голдовская описывает положение «особой семьи», она берет интервью у родителей и выявляет ряд социальных проблем, которые встают перед семьей, ниже приводятся фрагменты интервью: «В ИПР прописывается перечень услуг, которые необходимо получать семьям, но зачастую родители сталкиваются с некоторыми *ограничениями*. *«В первую очередь это неподготовленность наших медицинских учреждений для реабилитации детей»* (Елена, ребенок с агенезией крестца и копчика).

Нередко, родители жалуются на качество оказания помощи и на непредоставление информации о льготах, пособиях и выплатах, положенных по закону. *«Куча дел связанных с выбиванием каких-то льгот для ребенка. Приходится ходить по инстанциям, требовать того, что полагается»* (Елена, ребенок с агенезией крестца и копчика).

«Из соцзащиты я всегда в слезах выхожу. Лишний раз неохота, чтобы тебя унижали» (Алёна, ребенок с аутизмом)» [3 с. 78-79].

Как мы видим, семья ребенка защищена юридически и социально, но из приведенных цитат и на практике возникают трудности при получении социальных услуг. Процесс получения набора социальных услуг становится бюрократичным, не смотря на развитие электронного документооборота, сбор документов требует затраты ресурсов: времени, транспорта и энергии.

В семье документами занимается, как правило, один из родителей. Родителю приходится быть организованным, терпеливым, следить за сроками, денежными выплатами, быть юридически и экономически подкованным, и уметь «отстаивать» свои права.

Родители должны уметь взаимодействовать с медицинским персоналом, работодателем, с муниципальными и социальными службами, с фондами: пенсионным и социального страхования, с медико-социальной экспертизой, учебными учреждениями. При этом совершив всю процедуру

взаимодействия с социальными институтами, по реализации своих льгот, родители могут остаться неудовлетворенны результатом. (Ведь сроки реализации социальных услуг могут затягиваться, а закупаемое оборудование, обувь или гигиенические принадлежности, поставляемые социальными службами, могут оказаться неудобными. В образовательном процессе будет нехватка ассистентов или коррекционных педагогов).

Возникает диссонанс между правовым, социальным обеспечением и фактической жизнью семьи, которая находится в длительном состоянии ожидания, контроля и борьбы за свои права и социальный статус.

Распад семьи. Трудовая занятость матерей. Профессиональные трудности.

В рамках исследования «особых семей», мы не можем обойти стороной, проблемы, которые возникают при появлении особого ребенка, а именно тот факт, что семьи распадаются. «Ряд исследований в разных субъектах РФ показывает, что врожденная или приобретенная инвалидность ребенка повышает вероятность распада брака» [69 с. 169].

Дети остаются воспитываться с матерями или бабушками. Матери ребенка-инвалида, лишенные поддержки отца ребенка, не могут оставить ребенка, и вынуждены не работать, так, матери, постепенно теряют свои социальные связи, социальные роли. В такой ситуации женщины не могут официально трудоустроиться, они вынуждены: терять квалификацию, искать работу близко к дому, или выполнять работу дистанционно или с неполным рабочим днем. Отсутствие официальной работы и высокие расходы на реабилитационные мероприятия приводят к высоким рискам обеднения семьи.

Социологи отмечают трудности, возникающие по восстановлению социальных связей матерей. «Чем младше ребенок, тем ниже вероятность того, что его мать работает. Для женщин, воспитывающих детей дошкольного возраста, основным барьером к возвращению на рынок труда является недоступность организаций по уходу и воспитанию детей (детских

садов и других). Возможности устроить ребенка с инвалидностью в такие организации, специализированные или инклюзивные, остаются очень низкими. Этим обусловлена столь высокая доля неработающих матерей детей-инвалидов дошкольного возраста. Для женщин с детьми школьного возраста фактором, препятствующим выходу на рынок труда, становится отсутствие членов семьи, с которыми можно оставить ребенка во внеучебное время или которые могли бы забирать ребенка из школы. Для матерей детей-инвалидов этот вопрос стоит наиболее остро» [69 с. 170].

Вопрос трудоустройства в особых семьях стоит остро, до сих пор сохраняется гендерная дискриминация женщин с детьми на рынке труда [63 с. 238], а привлекательность для работодателя приобрести сотрудника с ребенком-инвалидом еще ниже. В связи с этим, женщины не могут начать работать, пользоваться льготами трудового законодательства и получать досрочно пенсию.

Даже если прогноз у ребенка хороший, мать или отец официально трудоустроены, не каждый работодатель готов предоставлять частые больничные или 4 дня по уходу за ребенком, а также не полную рабочую неделю или день своему сотруднику.

Соответственно, семьи вынуждены распределять и строить бюджет семьи из социальных пенсий и находиться на иждивении государства.

На практике многие родители начинают заниматься фандрайзингом – привлечением денежных средств, спонсоров для реабилитации своих детей. Среди заявок на помощь в благотворительные фонды существует большая конкуренция. Если родителям после затраченных огромных усилий, удастся получить денежные средства или иную помощь от благотворительного фонда – это облегчает материальное бремя.

Стоит также сказать о реабилитации и абилитации детей, наше исследование, в данной главе отражает современное положение всех «особых семей», но если мы обратим свой взгляд, именно на детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата, то мы должны понимать, что такие дети

требуют каждодневной абилитации. Им требуется дорогостоящее ортопедическое оборудование и постуральный менеджмент. Родители вынуждены контролировать позы ребенка в течение всего дня и ночи. Дети с детским церебральным параличом обладают разным реабилитационным потенциалом. Уровни реабилитационного потенциала, четко определяются шкалой моторных навыков GMFCS.

«В ряде случаев дети с тяжелыми заболеваниями опорно-двигательного аппарата могут обрести социализацию за счет инклюзивного образования. Существует большая группа детей-инвалидов с низким реабилитационным потенциалом, полная реабилитация которых не представляется возможной. Забота о детях-инвалидах с низким реабилитационным потенциалом требует неотлучного присутствия, и, как правило, эту обязанность берёт на себя мать ребёнка. Эту категорию матерей детей-инвалидов можно определить, как «мать-спутник», так как зачастую их социальная роль на долгие годы сводится к заботе о ребёнке, реабилитации и защите его интересов. Вне зависимости от возраста, уровня образования и социального статуса эти женщины, как правило, утрачивают социальные связи, круг их общения и интересов ограничивается общением с такими же матерями детей-инвалидов, медицинскими и социальными работниками, а также членами семьи» [75 с. 90].

Качество жизни таких семей находится на очень низком уровне, медицинский диагноз и реабилитационный потенциал определяют существование семьи. Зачастую, лишая родителей привычного жизненного «доинвалидного» уклада, забирая большой ресурс времени и финансов, не говоря уже о психологическом климате семьи (рассмотрим в подразделе психологический аспект родительского отношения).

Выводы:

1. Безусловно представленные правовые нормы – являются положениями правового российского государства, но некоторые правовые нормы остаются мертвыми в исполнении.

2. Социально-правовой аспект формирования родительского отношения к детям, тесно переплетен и с материально-бытовым и информационно-просветительским аспектами, они касаются материальной базы жизни семьи (бюджет: пенсии, выплаты, субсидии), трудовую занятость (трудовые гарантии), уровень жизни, бедности.

Родители обеспокоены финансовыми вопросами существования семьи и дорогостоящей реабилитации ребенка. Уровень жизни семьи падает, происходит обеднение семьи. Теряются социальные контакты, семья выпадает из активной социальной жизни.

– Базовых бытовых вещей, необходимых ребенку инвалиду для комфортной жизни (санитарно-гигиенические принадлежности, поручни, технические средства реабилитации, средства передвижения, слуховые аппараты и др. оборудование). Родителю приходится «выбивать» базовый набор вещей, нужный для его ребенка. Быт обычной семьи отличается от быта особой семьи, где проводится реабилитация ребенка. Квартира специально оборудована, есть свое расписание занятий, «особенные» врачи, «особенные» педагоги.

– Времени, загруженности семьи, родители помимо реабилитации ребенка, закладывают время на работу с социальными институтами. Родителям приходится быть юридически грамотными, самообразовываться (информационно-просветительский аспект), следить за изменениями в законодательной базе, контролировать государственные органы, порою обращаться к прокурорскому надзору или судебной практике.

Также отлично разбираться в медицинских документах и терминах, контролировать бюро МСЭ, ФСС, ПФР.

Проводить контроль качества оказываемых услуг, контролировать какие будут учебные, медицинские мероприятия, какая будет реабилитация и абилитация ребенка и др. Принимать решения по дальнейшей реабилитации ребенка.

Родители находятся в напряжении, у них есть недоверие, к социальным

службам, загружены получением социальных услуг, отслеживают календарные сроки в социальной и медицинской сферах жизни. Также заняты изучением медицинской литературы, методов лечения и реабилитации.

3. Мы приходим к выводу, что для того, чтобы обеспечить достойную комфортную жизнь ребенку и семье. Родителям приходится прилагать огромные усилия.

Как родители находят титанические силы, посмотрим в следующем подразделе. Рассмотрим более подробно, психологические отношения в семье с особым ребенком.

Психологический аспект формирования родительского отношения к детям. Исследуя современное положение семьи, воспитывающей ребенка с ОВЗ, мы, должны проанализировать психологический аспект формирования родительского отношения к детям.

В области воздействия на психические отношения родителей, семейного микроклимата проведены исследования авторами: И. Ю. Левченко [21], В. В. Ткачевой, Н. П. Болотовой, Е. В. Устиновой, [64], Р. Ф. Майрамян [26].

Когда в семье появляется ребенок с особенностями первый важный шаг для семьи – это признание существования особого ребенка. По мнению авторов: Е. А. Стребелевой, Ю. Ю. Беяковой, М. В. Братковой [15 с. 70] можно выделить несколько типов отношения к ребенку: «Под адекватной позицией понимают такое отношение к ребенку в семье, при котором он воспринимается как здоровый, но имеющий ряд особенностей, которые следует учитывать в процессе воспитания. Принятие нарушения означает способность родителей примириться с фактом его наличия у ребенка. Под принятием ребенка понимается готовность включения его в свой жизненный сценарий, в свою жизненную программу.

Выделяется четыре типа неадекватной позиции. При первом типе неадекватной позиции ребенок и его особенности родителями принимаются,

тем не менее, позиция остается неадекватной. Это определяется тем, что ребенок воспринимается как жертва обстоятельств, как беспомощное существо, которое нуждается в постоянной опеке и защите. В результате такой позиции возникает гиперопека.

Второй тип позиции родителей – принятие нарушения и непринятие ребенка – характеризуется отстраненностью от ребенка. Дети при подобном к ним отношении выделяются неухоженностью, они испытывают дефицит ласки и эмоционального общения.

Третий тип позиции – непринятие нарушения и принятие ребенка. Родители всеми средствами пытаются доказать несостоятельность дефекта. При воспитании ребенка ими не принимаются в расчет его специфические особенности.

Четвертый тип неадекватной позиции – ребенок и его ограниченные возможности родителями не принимаются. Результатом этого обычно является отказ от ребенка и лишение его права жить в семье» [15 с. 69].

Рождение ребёнка с особенностями развития меняет положение семьи, процесс радостного ожидания, сменяется огромным стрессом для семьи. И про семьи с особыми детьми мы вынуждены говорить, что они находятся в продолжительном стрессовом состоянии.

Р. Ф. Майрамян выделяет четыре фазы стрессового состояния:

1. Первая фаза характеризуется состоянием шока, растерянности, поиском ответа на вопрос, почему так вышло.

2. Шоковое состояние первой фазы постепенно переходит в негативизм и в развитие неадекватного отношения к дефекту ребенка. Часто характеризуется отрицанием поставленного диагноза, родительским неверием во врачебные диагнозы.

3. Постепенно приходит частичное осознание дефекта. Ему свойственны хроническая печаль, скорбь и тоска по здоровому ребёнку. Одновременно родители пытаются осознать ответственность за ребёнка, чувствуют свою беспомощность в воспитательных вопросах воспитания,

начинается поиск специалистов, хотя для пользы ребенка этот поиск должен начаться гораздо раньше» [26 с. 15].

Родители испытывают длительную психотравму в ситуациях даже, когда нет связи со здоровьем детей. Авторы: В. В. Ткачева и И. Ю. Левченко рассказывают о сигнальных раздражителях, которые при определенных условиях вновь задевают эмоции родителей. «К таким травмам могут относиться как достаточно легкие – конфликты в транспорте или в магазине, конфликт с начальством, увольнение с работы, ссора с родственниками, страх перед исключением ребенка из учебного учреждения по причине неуспеваемости, так и более тяжелые – уход мужа в другую семью, развод, смерть близкого человека. Новая травмирующая ситуация оценивается такими родительницами как более тяжелая, длительная и глубокая. Они как бы принимают от жизни удар за ударом, и каждый новый травмирующий их психику стресс низвергает их все ниже и ниже» [22 с. 183].

Испытывая длительный стресс, переживая за детей, у матерей появляются «психосоматические заболевания» [22 с. 120], также «возникают: расстройства менструального цикла и ранний климакс; частые простуды и аллергия; сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания; выраженное или тотальное поседение; проблемы, связанные с желудочно-кишечным трактом» [26 с. 10].

Наши наблюдения свидетельствуют о том, что матери больных детей часто жалуются на общую усталость, отсутствие сил, а также отмечают состояние общей депрессии и тоски» [22 с.67].

Можно выделить несколько психологических особенностей, которые присущи родителям детей с ОВЗ. «Это высокий уровень тревожности, консервативность мышления, хрупкость эмоциональных образований, социальная робость, подозрительность, явно заниженная самооценка. По своей инициативе родители редко вступают в контакт с незнакомыми людьми, настороженно относятся ко всем, кто пытается общаться с их детьми» [50 с. 23].

1.2. Особенности психоречевого развития старших дошкольников с детским церебральным параличом

Детский церебральный паралич – это собирательный термин для группы разнообразных двигательных нарушений, вызванных повреждениями мозга различного происхождения на ранних этапах его развития.

Медицинским сообществом на Международном семинаре по определению и классификации церебральных параличей в 2004 году в Мэриленд признано следующее определение: «Церебральный паралич – это группа постоянно присутствующих расстройств движения и поддержания позы, вызванных не прогрессирующим поражением развивающегося мозга плода или новорожденного, и ограничивающих функциональную активность. Моторные нарушения при церебральных параличах часто сопровождаются сенсорными дефектами, нарушениями когнитивных и коммуникативных функций, судорожными приступами и поведенческими нарушениями. Определяющим синдромом клинических нарушений при церебральном параличе является синдром двигательных расстройств» [50 с. 43].

ДЦП возникает под воздействием различных неблагоприятных факторов в пренатальном, интранатальном (во время родов) и постнатальном периоде (первый год жизни). Особенности нарушений речи и их выраженность зависят в первую очередь от локализации и тяжести поражения мозга. При ДЦП в основе нарушений речи лежит не только повреждение определенных структур мозга, но и более позднее формирование или недоразвитие тех, отделов коры головного мозга, которые имеют важнейшее значение в речевой и психической деятельности. Это эволюционно молодые отделы мозга, они развиваются интенсивно уже после рождения (премоторно-лобная, теменно-височная, области коры головного мозга). Поврежденная ЦНС вызывает вторичные нарушения костно-мышечной ткани, которые еще больше усложняют двигательное развитие

ребенка и взрослого с церебральным параличом.

Ведущий дефект при ДЦП – это моторные нарушения, происходит задержка или нарушение всех двигательных функций (с опозданием формируются или не формируются навыки: удержание головы, сидения, стояния, ходьбы, предметно-манипулятивной деятельности).

Познавательная деятельность у детей с ДЦП характеризуется дисгармоничностью, неравномерностью развития познавательных процессов. Дети с ДЦП быстро утомляются, истощаются, у них снижен запас знаний об окружающем мире, знания касаются лишь их практического опыта [27 с. 176]. Незначительные представления об окружающем мире вызваны двигательными нарушениями, социальной изоляцией, трудностями при передвижении.

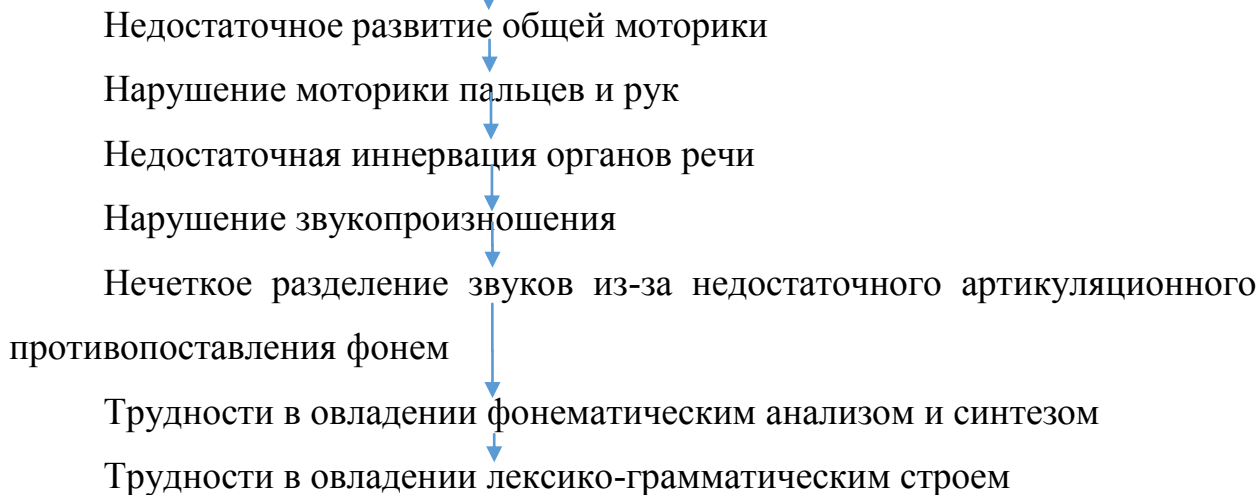
При ДЦП часто возникают сопутствующие заболевания анализаторных систем. Нарушения слуха (частичная или полная потеря слуха), часто дети не могут слышать определенную частоту звуковой волны, например, при гемипарезах, дети не слышат высокие частоты. В связи с этим возникает нарушение звукопроизношения, ребенок «не слышит звуков высокой частоты ([к], [с], [ф], [ш], [в], [т], [п]), затрудняется в их произношении». [25 с. 496]. Также может отмечаться недоразвитие фонематического восприятия, с нарушением дифференцирования звуков, сходных по звучанию: (ба-па, ва-фа). И у детей возникает много трудностей в письменной речи, в написании под диктовку. Нарушение слуховой памяти и слухового восприятия. [25 с. 496].

Нарушение зрения (косоглазие (страбизм)), близорукость, астигматизм, нистагм, нарушение работы зрительного нерва). Выражается в нарушении или искажении восприятия объектов, нарушении плавности движений глаз, узости поля зрения, недостаточной фиксации взора, остроты зрения. Нарушение корковых функций носит парциальный характер. У детей с ДЦП отмечается нарушение временно-пространственных представлений. Затруднено понимание правой и левой стороны тела. Также отмечаются

оптико-пространственные нарушения. Детям сложно копировать геометрические фигуры, писать и рисовать [25 с. 496].

У детей с ДЦП отмечается нарушение всех видов праксиса.

Основной механизм нарушения дефекта при ДЦП:



Авторы: Е. М. Мастюкова [30] и Е. Ф. Архипова [1] провели исследование детей с ДЦП с первых месяцев жизни ребенка и отмечают, что доречевое и речевое развитие таких детей идет в сниженном темпе. Задержка речи уже проявляется в доречевом периоде. Отмечается патогенетическая связь между двигательными и речевыми нарушениями. Сохранение тонических рефлексов влияет на мышечный тонус артикуляционного аппарата, который проявляется: высоким тонусом языка, трудностями дыхания, слабостью голоса, произвольным открыванием рта, затрудненным движением языка вверх и вперед.

Особенности речевого развития у детей с ДЦП описаны авторами: К. А. Семенова, Е. М. Мастюкова [55], И. Ю. Левченко О. Г. Приходько [20], И. Н. Иваницкой [7], М. В. Ипполитова [10], Н. Н. Малофеев [27], Л. Б. Хаилова [73].

При церебральном параличе клиническая картина речевых нарушений очень разнообразна, могут возникать: задержка речевого развития, дизартрия, алалия и др. [58 с. 52].

Медленный темп развития речи наблюдается в первые 3 года жизни ребенка. Речь появляется в зависимости от локализации и тяжести поражения

головного мозга, состояния когнитивных функций и начала коррекционно-логопедической работы. Дети с ДЦП начинают произносить свои первые слова в 2–3 года. При регулярном проведении коррекционно-логопедической работы фразовая речь может сформироваться к 4–5 годам, а в старшем дошкольном возрасте в 5–7 лет идет ее интенсивное развитие. ДЦП вызывает нарушение всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетико-фонематической.

В раннем возрасте словарь ребенка увеличивается очень медленно, речь неразборчива, а предложения бедные и короткие по своему составу. Пассивный словарь больше активного словаря. Задерживается мелодико-интонационная сторона речи, восприятие и воспроизведение ритма. Часто ребенок использует недифференцированную лексику. Не использует слова-действия, а заменяет их предметами.

В результате нарушения артикуляционного аппарата у детей с ДЦП нарушена фонетическая сторона речи. Присутствуют стойкие нарушения звукопроизношения. Многие звуки отсутствуют или произносятся в искаженном варианте, звуки могут заменяться близкими по артикуляции, что приводит к общей невнятности звучания речи. Фонемы усваиваются не последовательно, а в своем порядке, не типичном в последовательности для нормального онтогенеза. На ранних этапах могут закладываться неверные артикуляционные уклады фонем, которые приводят потом к паталогическому речевому стереотипу.

У детей с ДЦП отмечается нарушение фонематического восприятия, что приводит к трудностям звукового анализа и синтеза. В тяжелых случаях дети с ДЦП не могут различить звуки на слух, не могут выделить звук в словах, не могут повторить слоговые ряды. В более легких случаях не могут провести звуковой анализ с дефектно произносимыми звуками.

В развитии лексического строя речи имеются нарушения, вызванные особенностью заболевания, а именно двигательные ограничения. Лексический словарь не формируется в связи с ограниченными

представлениями об окружающем мире, имеющиеся представления – несистематизированные, неточные. Также у детей возникают трудности в употреблении и понимании абстрактных понятий, многозначных понятий, использовании пространственно-временных отношений, возникают сложности в применении предлогов.

В грамматическом строе языка также возникают трудности, длительно усваиваются грамматические категории в связи с ограниченностью общения, речевой пассивностью, нарушениями в познавательной сфере, в восприятии, внимании. «Дети испытывают трудности при построении предложений, согласовании слов в предложении, употреблении правильных падежных окончаний. Нередко отмечаются нарушения порядка слов, пропуски слов, незаконченность предложений, многочисленные повторы одного и того же слова (тут, вот и др.). Даже к началу обучения в школе большинство детей с церебральным параличом практически не умеют пользоваться грамматическими средствами оформления предложений. У них отчетливо выявляется недостаточная сформированность связной речи» [22 с. 39].

1.3. Проблемы семьи ребенка с детским церебральным параличом

Из описанного выше материала мы видим, что у семьи с ребенком с ДЦП существуют: социальные проблемы, в том числе трудовой занятости, психологические проблемы (межличностные, детско-родительские отношения), материальные и бытовые проблемы.

Перенесем наше внимание на вектор участия логопедов в жизни ребенка с ДЦП. И обозначим взаимодействие между логопедами, ребенком и родителями. На практике родители обращаются за помощью к логопедам для преодоления трудностей кормления и для развития речи. Основные трудности во взаимодействии родителей и ребенка с ДЦП:

1. *Трудности кормления.* У детей с поражением ЦНС часто не развит

сосательный рефлекс, ребенок сосет неровно, вяло. Быстро истощается. Во время кормления поперхивается, кашляет, запрокидывает голову или даже засыпает во время кормления. В процессе сосания формируются важные навыки для будущей речи, и закладываются движения губ, языка, для произнесения в будущем звуков. У ребенка с ДЦП, нарушение моторики в речевом аппарате, в первые месяцы жизни проявляются следующим образом: язык толстый малоподвижный, складывается в виде «лодочки», кончик языка может упираться в «твердое нёбо». В первые 6-7 месяцев, когда у «нормотипичных» детей формируется навык жевания, процесс жевания у ребенка с ДЦП затягивается на длительный период. Ребенок испытывает сложности: жевательные движения затруднены, язык ребенок толкает то вверх, то вниз, непрожеванная пища выходит наружу из ротовой полости. У ребенка возникают трудности в откусывании пищи, поскольку мышцы челюсти слабые или нарушена иннервация. Ребенку с ДЦП сложно пить, он не может взять рукой кружку, он не может захватить губами край чашки, направленность языка вперед тоже не дает сделать глоток. Когда вода, пассивно заливается, ребенок заглатывает воздух и затем кашляет.

2. Трудности в развитии речи в доречевом периоде. В доречевом периоде родители замечают, что ребенок мало гулит, издает слабые звуки, и они не эмоциональны, тихие и больше напоминают крик. И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько отмечают: «К году у детей с церебральным параличом наблюдается снижение потребности в речевом общении и низкая голосовая активность» [21 с. 39].

Родителей беспокоит, что ребенок долго не говорит. Существует закономерность между двигательным развитием в целом и речевым развитием. Отставание в двигательной сфере, приводит к задержке в речи. Доречевой период развития у ребенка с ДЦП может задержаться на 2–3 года. Сопутствующая проблема, на которую часто, не обращают внимания специалисты, но которая беспокоит родителей – гиперсаливация. Ребенок из-за слабости в артикуляционном аппарате не чувствует вытекания слюны.

Гиперсаливация может возникать периодами, усиливаться в эмоциональных переживаниях или ослабляться. «Гиперсаливация у больных детей зачастую остается проблемой их родителей, а у больных детей по мере их взросления является источником многих психогений и развивающегося комплекса ущербности и неполноценности. Такие больные начинают избегать внешнего контакта, сторонясь и избегая незнакомых людей и ограничивая общение с внешним миром размерами собственного жилья» [2].

3. *Трудности в развитии речи в речевом периоде.* Семья сталкивается с трудностями в общении с ребенком в речевом периоде. Родители отмечают, что речь ребенка невнятна, смазанная, непонятная, ребенок говорит короткими фразами, односложно. Также родители могут заметить, что речи вообще нет, или ребенок не понимает обращенную к нему речь и не может выполнить команду.

Степень участия логопедов в работе с семьей очень высокая. Очень важна ранняя диагностика и ранняя помощь. Если есть возможность, родителям следует обратиться в службу ранней помощи как можно скорее. Затем начинается коррекционная работа с педагогами.

А. В. Трухачёва выделяет коррекционную работу в двух основных направлениях: «работа непосредственно над речевой функцией; работа над коммуникативной функцией, вне зависимости от того, будет ли она осуществляться посредством звучащей речи или нет.

Наш интерес лежит в области речевой функции. В работе над речевой функцией можно выделить следующие логопедические векторы:

1) структурный: формирование разных структурных уровней системы языка – фонетического, лексического, грамматического;

2) функциональный: формирование навыков владения языком в его коммуникативной функции: развитие связанной речи, развитие речевого общения;

3) когнитивный: познавательное (формирование способности к элементарному осознанию языковых и речевых явлений)» [50 с. 388]. Работа

над речевой функцией предполагает решение многих частных задач, вызванных уникальными особенностями каждого ребенка.

Таким образом, взаимодействие между педагогами и семьей с ребенком ДЦП нужно выстраивать как можно раньше. У родителей очень много проблем и задач по комплексному развитию своего ребенка. В раннем периоде новорожденности логопеды могут дать консультацию по кормлению ребенка, обучить жеванию и глотанию, проконсультировать родителей по доречевому развитию. Дать рекомендации в речевом периоде. Ведь речь – важный компонент семейных отношений, речь носит важную коммуникативную функцию в семье, обществе. Необходимо проводить коррекционную работу и обучение родителей как можно раньше. Такая работа должна проводиться своевременно, системно, для более качественной жизни ребенка и семьи.

1.4. Роль родителей в комплексной реабилитации детей с детским церебральным параличом

Для того чтобы определить роль родителей в комплексной реабилитации, нам необходимо разобраться, что такое комплексная реабилитация и абилитация при диагнозе детский церебральный паралич.

Формы церебрального паралича описывают уровень тяжести состояния ребенка. Заболевание сохраняется на всю жизнь, состояние больных может ухудшаться при отсутствии должного ухода и комплексной реабилитации, и адаптации.

Согласно Федеральному закону от 24.11.1995 N 181-ФЗ (ред. от 24.04.2020) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» [40]. Реабилитация – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Абилитация – система и процесс формирования

отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности. Реабилитация и абилитация инвалидов направлены на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности инвалидов в целях их социальной адаптации, включая достижение ими материальной независимости и интеграцию в общество.

В отношении детей часто используется термин абилитация. Отличие между абилитацией и реабилитацией. Реабилитация возвращает утраченную способность, а абилитация – формирует первоначальные способности, которых еще не было у ребенка, обычно понятие употребляется для детей раннего возраста [24 с.332].

Таким образом, когда мы в своем исследовании говорим о комплексной абилитации, мы имеем в виду формирование новых навыков у детей с ДЦП. Навыки не были утрачены, они не были сформированы. В современной литературе и в устной речи, часто понятия реабилитация и абилитация используются как синонимы. Говоря о комплексной абилитации детей с ДЦП, мы должны понимать, что речь идет о формировании всей жизнедеятельности ребенка.

В сравнение с другими заболеваниями синдром ДЦП при всей вариативности имеет очень конкретную шкалу мониторинга двигательных возможностей ребенка (GMFCS, см. приложение 1).

Существует 5 уровней, которые оценивают крупную моторику ребенка. Исходя из уровня моторной шкалы, родители понимают двигательные возможности ребенка, родителям дается четкое описание состояния их ребенка, двигательный прогноз, например, будет ли самостоятельно ходить, или передвигаться с помощью инвалидной коляски или ребенок никогда не сможет самостоятельно передвигаться и будет управлять, только электроколяской. Когда семья понимает жизненные ориентиры на будущее ребенка, когда внесена ясность, семья формирует свой собственный уклад жизни, не расходуя ресурс семьи впустую. Шкала определяет маршрут жизни

ребенка, т.е. абилитацию, более подробно рассмотрим в следующем разделе через призму функций семьи.

«Функции семьи – это продукты семейного взаимодействия. Они отражают результаты взаимодействия в плане удовлетворения нужд членов семьи. Для успешного функционирования семьи необходима ощутимая взаимозависимость между семьей и внесемейными структурами. Нужно заметить, что семьи различаются, как по приоритетности функций, так и по представлениям о том, кто из членов семьи какие функции должен выполнять. Приведем перечисление типичных функций семьи Милтон Селигман:

1. Экономическая (зарабатывание средств на жизнь, оплата счетов, накопление сбережений и т.д.).
2. Домашнее хозяйство/забота о здоровье (покупка и приготовление еды, уборка в доме, посещения врачей и т.п.).
3. Досуг (хобби, досуг для всей семьи и для отдельных ее членов).
4. Социализация (развитие социальных навыков, межличностные взаимоотношения).
5. Самоидентичность (распознавание сильных и слабых сторон, чувство принадлежности к семье).
6. Привязанность (чувства любви, привязанности, близости).
7. Образование/работа (выбор карьеры, усвоение профессиональной этики, работа на дому и т.п.).
8. Абилитационная – реабилитационная функция» [32 с. 122].

Рассмотрим более подробно абилитационную функцию. Маршрут жизни ребенка – это каждодневные рутины, из которых состоит день ребенка (умывание, чистка зубов, вертикализация, питание, сон и др.). Родители осуществляют каждодневный уход – рутины, обучая ребенка навыкам самообслуживания, игры и коммуникации. При этом родители работают в совместном контакте с ребенком и продолжают осуществлять остальные функции семейной жизни. Происходит не только абилитация ребенка, но и

вся семья приспосабливается к новым условиям жизни с особым ребенком, другими словами, у всей семьи – абилитация.

В маршруте дня ведущую роль играют родители, следуя указаниям врачей и педагогов, родители устанавливают режим дня ребенка: использование технических средств реабилитации, ортезов, устанавливают время кормлений, сна, гигиенических процедур, педагогических занятий, прогулок и игр. На практике родители также определяют и план лечения своего ребенка, принимая решения о выборе стратегии, выборе специалистов (врачей, педагогов). К сожалению, эта стратегия иногда бывает хаотичной или ошибочной и не приводит к позитивной динамике в лечении.

А. Г. Московкина подчеркивает важность реабилитационной, абилитационной функций «целью которых является восстановление психофизического и социального статуса ребенка, достижение им материальной независимости и социальной адаптации» [32 с. 177]. Но при этом у родителей есть другие функции в семье, связанные не только с абилитацией ребенка, но и поддерживающие самосуществование семьи.

Селигманн пишет о высокой нагрузке родителей и рекомендует специалистам учитывать возможности семьи, согласовывать объем нагрузок разных специалистов между собой: «Важно помнить, что функция обучения – лишь одна из многих. У родителей есть множество ролей и функций, и нельзя забывать о том, что чрезмерное внимание к одной функции может повлиять на выполнение остальных. Иногда специалисты предлагают родителям более напряженный график работы с ребенком, чем может выдержать семейная система. Специалисты, не согласовывающие друг с другом свои советы и рекомендации, могут взвалить на семью непосильное бремя. При некоторых типах нарушений у ребенка семья может получать «домашние задания» от преподавателя, речевого терапевта, физического терапевта и т.д. При этом каждый специалист должен представлять себе рекомендации других специалистов и возможности семьи в целом, поскольку чрезмерная нагрузка на один из аспектов семейного функционирования

может негативно повлиять на успешное функционирование других аспектов» [53 с. 41].

Выводы.

Роль родителей, воспитывающих детей с ДЦП в комплексной абилитации, занимает ведущее место в стратегии жизни ребенка. Родители определяют маршрут дня ребенка, самостоятельно принимают решения в стратегии лечения ребенка. Решения могут быть ошибочными, и ответственность за ошибки берут родители. Ведущим нарушением является нарушение двигательной сферы, здесь у родителей есть инструмент мониторинга, который указывает на двигательный прогноз.

Помимо коррекционной (по А. Г. Московкиной) функции необходимо, чтоб родители выполняли и другие функции семьи, поэтому при работе со специалистами (педагогами) важно соблюсти баланс взаимодействия в абилитационной работе. «Родители – не школьные учителя, которые обучают детей всему, что положено знать. Главное, что дарят ребенку родители – безусловная любовь. Чего бы ни достиг (или не достиг) ребенок, родители все равно его любят и заботятся о нем. Стоит запомнить и регулярно повторять про себя фразу: «Того, что я делаю, достаточно»» [36 с.78].

Нельзя рассматривать роль родителей только утилитарно в отношении ребенка с ДЦП, не стоит воспринимать семью – как реабилитационный медицинский центр, важны гармоничное существование семьи, эмоциональная поддержка и теплый микроклимат в семье.

ГЛАВА 2. ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ ИЗУЧЕНИЕ РЕЧИ ДЕТЕЙ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ПЕДАГОГИЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ РОДИТЕЛЕЙ

2.1. Организация и принципы изучения старших дошкольников с детским церебральным параличом, и их родителей

Цель, задачи и принципы.

Цель – определить роль родителей в реабилитационном процессе – коррекция нарушения речи.

Задачи:

- изучить особенности детей с ДЦП,
- определить включенность родителей в реабилитацию,
- провести оценку педагогических и логопедических компетенций родителей.

Во время проведения констатирующего этапа эксперимента учитывались следующие принципы:

1. Принцип комплексности: выявляются особенности и закономерности развития ребенка, междисциплинарными специалистами: врачами, педагогами, логопедом, психологом и родителями.

2. Принцип целостности. Речь – сложная функциональная система, в которой структурные компоненты находятся в тесном взаимодействии.

3. Принцип личностно-ориентированного подхода мы учитываем индивидуальные особенности ребенка, стороны его характера и возможности здоровья.

4. Принцип системности учета речевого нарушения в структуре дефекта.

Организация обследования. Обследование проводится в двух направлениях, происходит опрос родителей, посредством электронной

формы, получение обратной связи от родителей на индивидуальных консультациях по итогам обучения и коррекционных занятий. И очное обследование детей, на базе МБДОУ детский сад № 438 г. Екатеринбург.

Используются технические средства реабилитации: опора для сидения, наглядный диагностический материал.

Дети с синдромом детский церебральный паралич, старший дошкольный возраст. Девочки – 7, мальчики – 3 (см. табл. 1).

Таблица 1

Обследуемые дети

№	Имя ребенка	Возраст	Диагноз
1	Алиса	6 лет	ДЦП. Спастическая диплегия. ФФНР
2	Василиса	7 лет	ДЦП, спастический тетрапарез, ОНР 3 уровня, псевдобульбарная дизартрия тяжелой степени
3	Лев	5 лет	ДЦП спастическая диплегия, ОНР 3 уровня, псевдобульбарная дизартрия тяжелой степени
4	Ника	5 лет	ДЦП ЗПР, ОНР 3 уровня, псевдобульбарная дизартрия тяжелой степени
5	Ксения	5 лет	ДЦП, спастическая диплегия, ОНР 3 уровня, псевдобульбарная дизартрия тяжелой степени
6	Мария	5 лет	ДЦП спастический тетрапарез, ОНР 3 уровня, псевдобульбарная дизартрия тяжелой степени
7	Федор	7 лет	ДЦП, гидроцефалия, спастическая диплегия, ОНР 3 уровня, псевдобульбарная дизартрия тяжелой степени
8	Диана	5 лет	ДЦП, спастическая диплегия, ОНР 3 уровня, псевдобульбарная дизартрия тяжелой степени
9	Дарина	5 лет	ДЦП, спастическая диплегия, ОНР 3 уровня, псевдобульбарная дизартрия тяжелой степени
10	Арсений	7 лет	ДЦП, спастическая диплегия, ФФНР, псевдобульбарная дизартрия средней степени

2.2. Методика и результаты изучения речи старших дошкольников с детским церебральным параличом

Логопедическое обследование включает в себя сбор данных об особенностях доречевого, раннего речевого и психического развития ребенка

до момента обследования, на основании опроса родителей. Исследуются анамнестические данные (полученные от родителей) и результаты опроса родителей, выявляется время появления крика, гуления, лепета, а затем первых слов и простых фраз (см. приложение 2).

Разбирая анамнестические данные, мы можем сделать следующие выводы.

Дети родились с разным весом. 1000г. – 1 ребенок; от 1000г. до 1500г. – 1 ребенок; от 1500г. до 2000г. – 3 детей; 2000г. – 2 детей; 2500г. – 1 ребенок; от 3000г. до 3500г. – 2 детей.

6 родов были оперативными, 3 родов были естественными. 6 детей родились раньше срока, недоношенные.

В анамнезе развития общей моторики у детей, присутствует нарушение в развитии моторных навыков:

3 детей – не сидят; 3 детей – ходят; 1 ребенок ходит самостоятельно, но не уверенно; 4 детей не ходят; 2 детей ходят с ходунками.

Исследуя речевой анамнез, мы отмечаем задержку развития почти у всех исследуемых.

Предлагаемая система логопедического обследования ребенка с ДЦП оценивается качественно и количественно. Количественная характеристика – шкала баллов по всем методикам, также описание методик обследования находится в приложение (см. приложение 1).

Для детей старшего и подготовительного к школе возраста применяется логопедическое обследование по рекомендациям Н. М. Трубниковой [67]. При обработке полученных данных абсолютное значение (сумма баллов за всю диагностику) оценивалась успешность выполнения. Моторные функции оцениваются по методике: Е. Ф. Архиповой [1], а также по классификациям GMFCS (GROSS MOTOR FUNCTION CLASSIFICATION SYSTEM) и MACS (MANUAL ABILITY CLASSIFICATION SYSTEM, MACS).

Двигательные функции детей обследовались в следующих

направлениях. Обследование общей моторики, которое включало в себя пробы, исследования статической координации движений, переключаемость движений, пространственная координация, ориентирование в сторонах собственного тела, чувства ритма и соответствие уровню оценки по шкале GMFCS (см. приложение 1).

Обследование мелкой моторики включало в себя исследование скорости и аккуратности в манипуляции предметами по классификации функционирования верхней конечности у детей с ДЦП в возрасте от 4 до 18 лет MACS. Также обследование мелкой моторики проводилось по методике Н. М. Трубниковой [67]. Результаты обследования общей и мелкой моторики, классификация уровней GMFCS и MACS детей (см. табл. 2).

Таблица 2

Качественные и количественные результаты обследования общей и мелкой моторики у детей

Имя/ пробы	Общая моторика	Баллы	GMF CS	Мелкая моторика	Бал лы	MACS
1	2	3	4	5	6	7
Алиса	Ребенок стоит у опоры. Может самостоятельно сидеть. Может поймать и бросить мяч, с неловкостью и скованностью. Ориентируется в пространстве, знает, где право и лево. Ребенок выполняет ритмический рисунок, отлично чувствует темп в рамках своих двигательных возможностей.	4	3	Скованность движений, хуже в левой руке, сложность выполнения синхронных действий	4	1
Василиса	Ребенок не стоит самостоятельно. Сидит с поддержкой, может подбросить мяч, одной правой рукой, с помощью может поймать мяч. Ориентируется в пространстве, знает, где право и лево. Ритмический рисунок не выполняет, нарушено чувство темпа.	2	3	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать правую руку в кулак.	1	3

Имя/ пробы	Общая моторика	Баллы	GMFCS	Мелкая моторика	Бал лы	МА CS
1	2	3	4	5	6	7
Лев	Ребенок ходит, чувствует темп, знает право-лево, может выполнить статические и динамические пробы, движения скованные.	4	3	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	3
Ника	Ребенок ходит, сидит самостоятельно. Присутствует легкая скованность в движениях, отлично переключается, не развито пространственное ориентирование право-лево. Может постоять на разных ногах (не знает какая нога правая-левая), подбросить мяч и поймать. Повторяет ритмический рисунок.	4	1	Скованность движений, но быстрый темп выполнения	5	1
Ксения	Ребенок ходит самостоятельно. Присутствует легкая скованность в движениях, отлично переключается, развито пространственное ориентирование право лево. Может поймать и кинуть мяч. Повторяет ритмический рисунок.	4	1	Скованность движений, но быстрый темп выполнения	5	1
Мария	Ребенок не ходит. Сидит с поддержкой. Из положения сидя может кинуть мяч, левой рукой. Выполняет ритмический рисунок, развито пространственное ориентирование, знает право-лево.	2	3	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	2

Продолжение таблицы 2

Имя/ пробы	Общая моторика	Бал лы	GMFCS	Мелкая моторика	Бал лы	MACS
1	2	3	4	5	6	7
Федор	Ребенок ходит с ходунками. Сидя может кинуть мяч. Присутствует чувство ритма, выполняет ритмический рисунок, развито пространственное ориентирование, знает право-лево.	3	3	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	2
Диана	Ребенок не ходит, сидит с поддержкой. Может бросить мячик одной рукой. Присутствует чувство ритма, выполняет ритмический рисунок правой рукой.	2	4	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	2
Дарина	Ребенок ходит самостоятельно. Движения неловкие, нарушена переключаемость. Может подбросить и поймать мяч. Постоять на разных ногах. Выполняет ритмический рисунок, есть чувство темпа. Не развито пространственное ориентирование, не знает право-лево.	2	2	Скованность движений, не может выполнить точные движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак. Показать ушки.	3	2
Арсений	Ребенок не ходит. Сидит с поддержкой. Из положения сидя может кинуть мяч, левой рукой. Выполняет ритмический рисунок, развито пространственное ориентирование, знает право-лево.	2	3	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	2

Обследование артикуляционной моторики направлено на обследование кинетического орального праксиса, динамической организации движений

артикуляционного аппарата, мышечного тонуса и наличия патологической симптоматики (см. табл. 3).

Содержание проб и количественные критерии оценивания двигательных функций представлены в приложении (см. приложение 1).

Таблица 3

Качественные и количественные
результаты обследования артикуляционной моторики

Имя/ пробы	Статическая координация			Динамическая координация, губ, языка	Баллы
	Губы	Нижняя челюсть	Язык		
1	2	3	4	5	6
Алиса	Подвижные губы, активность участия правой и левой сторон губ	N	Короткая уздечка, язык подвижный	Тремора нет, легко удаётся переключение с одной артикуляционной позы на другую	4
Василиса	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Узкий язык (подъем нижней губы вместе с языком)	Тремор, нарушение плавности движений	2
Лев	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	Не может выдвигать нижнюю челюсть вперед	Язык – спастичный, неподвижный, не может сделать "иголочку", не может облизать губы, не может вытянуть губы в "у", трудность переключения движений	Тремор, "застывание" на одном движении, движения языка не удаются	2
Ника	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Узкий язык, язык в расслабленном состоянии (вялый)	Тремора нет, нарушение плавности движений	4

Продолжение таблицы 3

Имя/про бы	Статическая координация			Динамическая координация, губ, языка	Баллы
	Губы	Нижняя челюсть	Язык		
1	2	3	4	5	6
Ксения	подвижные губы, активность участия правой и левой сторон губ	N	Поиск позы при облизывании губы	Тремора нет, нарушение плавности движений	3
Мария	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	Движение челюсти недостаточного объема, саливация	Корень языка – спастичный	тремор, трудности в переключении с одной артикуляционной позы на другую, напряженность языка	3
Федор	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Поиск позы при облизывании губы	тремора нет, нарушение плавности движений	3
Диана	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Поиск позы, быстрая истощаемо сть	тремора нет, инертность движения, поиск артикуляции	3
Дарина	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Поиск позы при облизывании губы	Напряженность языка	2
Арсений	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	Движение челюсти не достаточного объема саливация	Язык движется неуклюже, всей массой	Тремор, трудности в переключении с одной артикуляционной позы на другую, напряженность языка	3

Обследование фонетико-фонематической стороны речи проводилось по общепринятой в логопедии методике, опубликованной в работах Н. М. Трубниковой [67], Р. Е. Левиной [19], Е. М. Мастюковой [30], О. Б. Иншаковой [9].

Обследование фонетико-фонематической стороны речи включало в себя:

– изучение состояния звукопроизношения, направленное на выявление нарушенных звуков в фонетических группах, характер нарушения произношения (см. табл. 4.).

– изучение фонематического слуха, включавшее в себя задания, направленные на узнавание фонем, различение фонем, близких по акустическим и артикуляционным признакам (см. табл. 5).

Таблица 4

Качественные и количественные результаты обследования
звукопроизношения у детей

Имя ребенка	Качественная характеристика нарушения звукопроизношения	Баллы
1	2	3
Алиса	Антропофонический дефект: [р], [р'] – в стадии, автоматизации в словах, в самостоятельной речи	3
Василиса	Антропофонический дефект: шипящий сигматизм [ш], [ж], [ч]; [л] – нижний ламбдаизм	2
Лев	Антропофонический дефект: [с] – искажение, в стадии автоматизации в словах, самостоятельной речи; шипящий сигматизм [ш], [ж]; свистящий сигматизм [з], [ц]. Фонологический дефект: [л] [р], [р'] – отсутствие звуков	2
Ника	Антропофоонический дефект: заднеязычных [к], [г], [х]	2
Ксения	Фонологический дефект: [л] <-> [р] – в стадии, автоматизации в словах, в самостоятельной речи.	3
Мария	Антропофонический дефект: сигматизм [ч] – искажение звука, [с] – искажение звука, ротаизм [р]. Фонологический дефект: [в]-отсутствует. Усредненное произношение гласных [о], [у].	2
Федор	Антропофонический дефект:сигматизм [с], [з]. Фонологический дефект: [р]– отсутствие звука	2
Диана	Антропофонический дефект: [с], [з], [ц], [ч]. Фонологический дефект: [ж] <-> [ш], [р]- отсутствие звука. Усредненное произношение гласных [а], [о], [у], [и], [э], [ы], палатализация звуков [б], [д], [в]	2
Дарина	Антропофонический дефект: [с], [з], [ш]. Фонологический дефект: [р] – отсутствие звуков. Усредненное произношение гласных [а], [о], [у], [и], [э], [ы].	2
Арсений	Антропофонический дефект: ротаизм [р], [р'], сигматизм [с], [з]	3

Почти у всех детей наблюдается нарушенный, своеобразный порядок

появления и искажения звуков. Например, Мария – возраст 5 лет не использует повсеместно в речи звук [в], который должен появляться в возрасте 2–3 лет. Использует его хаотично в разных примерах. Например, в слове «паровоз», но не станет говорить в слове «Вова» или «привет».

Таблица 5

Качественные и количественные результаты обследования
фонематического слуха у детей

Имя ребенка	Качественная характеристика нарушения фонематического слуха	Баллы
1	2	3
Алиса	Не узнает и не различает звуки из 3 акустических групп: [с], [з], [ш], [р] и [л] среди слогов, среди слов. Допустила ошибки при определении слов паронимов на звуки: [ш], [с], [р], [л].	3
Василиса	Не узнает и не различает звуки из 3 акустических групп: [ш], [ж], [ч] и [д] и [т], [р] и [л] среди слогов, среди слов.	3
Лев	Не понимает, что такое звуки, как их выделять в слове	0
Ника	Не понимает, что такое звуки, как их выделять в слове	0
Ксения	Не узнает и не различает звуки из 2 акустических групп: [р] и [л], [д] и [т] среди слогов, среди слов.	3
Мария	Не понимает, что такое звуки, как их выделять в слове, говорит наугад	0
Федор	Не узнает и не различает звуки из 2 акустических групп: [с], [з], [ш], [р] и [л] среди слогов, среди слов. Допустил ошибки при определении слов паронимов на звуки: [ш], [с], [р], [л].	3
Диана	Не понимает, что такое звуки, как их выделять в слове, говорит наугад	0
Дарина	Не понимает, что такое звуки, как их выделять в слове, говорит наугад	0
Арсений	Не узнает и не различает звуки из 2 акустических групп: [с], [з], [р] и [л] среди слогов, среди слов. Допустил ошибки при определении слов паронимов на звуки: [ш], [с], [р], [л].	3

Пробы на нарушение фонематического слуха, были не понятны детям более младшего возраста (Диана, Дарина, Лев) или детям с нарушением интеллекта (Ника).

Исследование фонематического восприятия оказалось сложным для старших дошкольников, дети более младшего возраста не понимают, что такое слоги или звуки, как их выделять. Поэтому мы не стали проводить диагностику на фонематическое восприятие.

Таким образом, у всех обучающихся с ДЦП отмечаются нарушения звукопроизношения, фонематического слуха и восприятия. Видя результаты

обследования моторных навыков, мы можем заключить, что дефекты звукопроизношения обусловлены недостаточной иннервацией артикуляционного аппарата. Из-за этого у ребенка формируется неправильный артикуляционный уклад фонемы, что приводит к неразличению близких по звучанию звуков, вследствие чего нарушается фонематический слух и восприятие.

Обследование лексико-грамматического строя включало в себя:

- обследование пассивного и активного словаря понимание и называние обобщающих понятий,
- обследование понимания грамматических форм,
- исследование особенностей сформированности словарного запаса, через подбор синонимов, антонимов, названия частей предмета, подбор слова, объединяющие видовые, родовые понятия,
- выявление навыков словообразования, словоизменения, согласования имен существительных с различными частями речи,
- исследование понимания логико-грамматических отношений в предложении.

При исследовании лексико-грамматической стороны речи мы опирались на работы Н. М. Трубниковой [67].

Методика исследования лексико-грамматического строя речи и критерии оценивания представлены в приложении (см. приложение 1). Результаты обследования лексико-грамматического строя детей представлены в таблице 6.

Таким образом, можно сказать, что у всех обследуемых детей, активный словарный запас связан с бытовой деятельностью, простыми бытовыми ситуациями. Обучающиеся используют простые нераспространенные предложения. Наблюдаются, неточность употребления грамматического строя.

Лексический словарь следует расширять, грамматические конструкции усложнять. Сложности возникли в словоупотреблении, в лексических темах:

«мамы и детеныши», «бытовая техника», «инструменты» и др.

Таблица 6

Качественные и количественные результаты
обследования лексико-грамматического строя детей

Имя ребенка	Качественная характеристика лексико-грамматического строя речи	Баллы
1	2	3
Алиса	При выполнении всех заданий требовалась разъясняющая помощь. Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (инструменты) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова.	5
Василиса	При выполнении всех заданий требовалась помощь. Хорошо называла слова высокого употребления. В словаре низкой частоты употребления (бытовая техника) возникли сложности. Не смогла назвать названия детенышей. Возникли сложности с описанием предметов.	3
Лев	При выполнении всех заданий требовалась помощь. Высокий пассивный словарь, низкий активный словарь. Не знает тему цветы. Не может подобрать название предметов по описанию. Может объединять предметы в классы понятий	3
Ника	При выполнении всех заданий требовалась помощь. Высокий пассивный словарь, низкий активный словарь. Не может подобрать название предметов по описанию. Не может объединять предметы в классы понятий. Не знает название бытовой техники, цветы	1
Ксения	Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (инструменты, насекомые) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова.	5
Мария	Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (инструменты, профессии, насекомые) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова. Не знает названия детенышей.	4
Федор	Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (инструменты, профессии) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова. Не знает названия детенышей.	4
Диана	При выполнении всех заданий требовалась помощь. Высокий пассивный словарь, низкий активный словарь. Не может подобрать название предметов по описанию. Не может объединять предметы в классы понятий	1
Дарина	При выполнении всех заданий требовалась помощь. Высокий пассивный словарь, низкий активный словарь. Не может подобрать название предметов по описанию. Не может объединять предметы в классы понятий	1
Арсений	Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (насекомые) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова.	4

Сводная таблица количественной оценки результатов (см. приложение 2).

2.3. Методика и результаты изучения педагогических компетенций родителей детей с детским церебральным параличом

Создан авторский опросник для родителей детей с ДЦП (см. приложение 1). Исследовать родителей необходимо, для понимания временных ресурсов по осуществлению абилитационных (логопедических) мероприятий детям с ДЦП.

Изучить родительские педагогические компетенции - педагогические родительские приемы работы, направленные на обучение ребенка, возможности освоить логопедические компетенции (логопедические упражнения, игры, приемы работы с собственным ребенком по улучшению речи, понимания уровня речевого развития и прогноза).

Оценить родительские умения находить информацию, оказывать помощь своему ребенку. Увидеть какие педагогические цели ставят родители для своих детей, и сравнить их с целями педагогов. Также родители знают лучше своих детей и подскажут логопедам, как мотивировать ребенка к обучению.

В исследовании приняли участие 9 мам детей с ДЦП. Разного возраста и разного семейного положения, статуса. В основном во всех семьях по 1 ребенку. Все мамы на момент исследования находились в отпуске по уходу за ребенком-инвалидом. У 6 опрошенных матерей – это была первая беременность, у 2 – вторая беременность и у 1 мамы – третья беременность.

Результаты опроса социального положения семьи, состава семьи, уровня образования матерей, профессиональная занятость и наличие других детей (см. табл. 7).

Родителей опрашивали о готовности осуществлять абилитационные

мероприятия – логопедическую работу. Все родители готовы уделять время на логопедическую коррекцию. От 45 до 120 минут.

Таблица 7

Результаты исследования социального портрета семьи, уровень образования, профессиональная занятость, наличие братьев и сестер

Имя родителя, возраст	Семья	Семейное положение	Образов ание	Профессиона льная занятость	Наличие братьев и сестер у ребенка (количес тво)?
1	2	3	4	5	6
Екатерина 24 года	расширенная (с бабушкой, с др. родственниками)	замужем	Среднее специал ьное	Уход за ребёнком	Нет
Марина 41 год	полная	замужем	Высшее	Уход за ребёнком	Нет
Екатерина, 32 года	неполная	одинок(а)	Высшее	Уход за ребёнком	Нет
Елена 43 года	полная	замужем	Высшее	Уход за ребёнком	1
Ольга 21 год	полная	замужем	Среднее	Уход за ребёнком	Нет
Наталья 35 лет	расширенная (с бабушкой, с др. родственниками)	замужем	Высшее	Уход за ребёнком	1
Ольга 40 лет	полная	замужем	Высшее	Уход за детьми	2
Юлия 41 год	неполная	одинок(а)	Высшее	Уход за ребёнком	1
Динара 43 года	полная	замужем	Высшее	Работает	1

Проводилось исследование на понимании возрастных норм развития ребенка. Большинство родителей – 88,9% знают нормы физического и речевого развития своих детей. Один родитель указал, что не знаком с нормами развития (см. приложение 2).

Были исследованы родительские навыки помощи детям с ДЦП, направленные на обучение ребенка. Оценивая педагогические возможности оказания помощи детям, мы увидели, что родители используют информацию о воспитании детей из разных источников. Читают специализированную

литературу, получают рекомендации от педагогов, используют интуицию.

Мы можем сделать предположительный вывод о компетенциях родителей в педагогическом процессе. Родители готовы обучаться, получать рекомендации от специалистов и развивать свой уровень педагогических знаний и оказывать образовательную поддержку своему ребенку.

Родители видят определенные долгосрочные цели для развития своего ребенка. Цели родителей переплетаются с педагогическими целями специалистов, и в будущей коррекционной работе, мы будем использовать эти цели. Эффективные способы педагогической работы, указанные родителями в таблице, будут учитываться в коррекционной работе. Помимо родительских навыков помощи детям компетенций, изучался вопрос о возможности родителями освоить логопедические знания. Родителей опрашивали о трудностях речи ребенка, слышат ли они сами ошибки в речи ребенка и готовы ли родители освоить приемы работы. Ответы родителей приведены ниже, в Таблице 8. Развернутая таблица (см. приложение 2, таблица по ответам родителей).

Таблица 8

Опрос родителей о взаимодействии родителей и ребенка
для оказания помощи в речевом развитии

Имя родителя	Хотели бы вы освоить приемы работы по развитию речи ребенка?	Как вы считаете, кто должен проводить логопедичес кую работу с ребенком?	Вы исправл яете ошибки в речи своего ребенка ?	Какие трудности вы замечаете в речи ребенка?	Каково ваше отношение к трудностям в речи ребенка?
1	2	3	4	5	6
Екатерина	Да	Логопед	да	Горловая буква Р.	Если есть трудности, значит их необходимо преодолеть.
Марина	Да	Логопед	да	С произношен ием отдельных звуков	Адекватное

Продолжение таблицы 8

Имя родителя	Хотели бы вы освоить приемы работы по развитию речи ребенка?	Как вы считаете, кто должен проводить логопедичес кую работу с ребенком?	Вы исправл яете ошибки в речи своего ребенка ?	Какие трудности вы замечаете в речи ребенка?	Каково отношение к трудностям в речи ребенка?
1	2	3	4	5	6
Екатерина	Да	Логопед	да	Вот время произношения каких-то сложных слов, он начинает заикаться (сложно соединять левое и правое полушарие). Иногда он ленится что-то говорить, потому что сложно.	Когда он старается что-то произнести, сложное для него, он напрягается, и я как будто мысленно вместе с ним напрягаюсь и подталкиваю его. Ну и все время говорю, чтобы он расслабился)). А когда ленится, говорю, чтобы говорил как мог, как получается, чтобы старался.
Елена	Да	Логопед	да	Отсутствие некоторых звуков в речи	Спокойно
Ольга	Да	Логопед	да	Не правильно говорит иные слова, не в тех падежах	Среднее
Наталья	да	Мама и логопед	да	Смазанная речь	Спокойно, нужно продуктивно исправлять
Ольга	да	Логопед	да	Трудности в подборе слов, в звукопроизношении	Спокойно
Юлия	да	Мама и логопед	да	Не правильно произносят звуки, очень невнятная речь, мало слов у обеих дочек	Спокойно, понимаю, что могло быть и хуже

Имя родителя	Хотели бы вы освоить приемы работы по развитию речи ребенка?	Как вы считаете, кто должен проводить логопеди- ческую работу с ребенком?	Вы исправля- ете ошибки в речи своего ребенка?	Какие трудности вы замечаете в речи ребенка?	Каково ваше отношение к трудностям в речи ребенка?
1	2	3	4	5	6
Динара	да	Мама и логопед	да	Отсутствие некоторых звуков или их замена	Адекватно, исправляю, когда знаю, что он может сказать верно

Мы можем сделать предположительный вывод о родительских компетенциях в вопросах оказания помощи детям в развитии речи. Родители готовы обучаться, получать рекомендации от специалистов, развивать свой уровень педагогических знаний, оказывать образовательную поддержку своему ребенку, не смотря на загруженность семьи.

Родители готовы освоить приемы работы по развитию речи ребенка, в условиях домашней абилитации. Но при этом родители указывают, что готовы доверить ребенка только специалисту – логопеду. Здесь имеется в виду, что родители, еще не обладают логопедическими знаниями, поэтому считают, что занятия должен проводить только логопед. Родители исправляют ошибки в речи ребенка, слышат неправильно употребляемые ребенком фонемы, видят бедность словаря.

Поэтому ошибки, которые замечают родители в речи ребенка, являются дополнительными данными для работы логопеда и соотносятся с выводами в обследовании детей о моторных нарушениях и трудностях в звукопроизношении. При этом все родители адекватно воспринимают речь своего ребенка, поддерживают и спокойно реагируют на трудности в речи.

После проведенного исследования мы можем провести следующие взаимосвязи обеих частей исследований.

Во-первых, родители имеют высокий уровень мотивации для

взаимодействия со своим ребенком. Адекватно воспринимают речь своего ребенка, поддерживают и спокойно реагируют корректно на трудности в речи. Они принимают диагноз своего ребенка, знают закономерности и нормы развития речи. Понимают уровень моторных возможностей ребенка.

Во-вторых, у исследуемых родителей разный жизненный опыт, разный уровень образования, разные семьи, полные и неполные, то, что называется разный социальный портрет. Но при всем при этом, находясь в разной жизненной истории, мамы умеют работать с образовательными ресурсами, используют информацию и способны к самообразованию.

В-третьих, матери готовы вести коррекционную работу с разной длительностью по времени минимально от 45 мин максимально до 120 мин в день, с поддержкой логопеда, в условиях домашней самостоятельной работы. Чем тяжелее двигательное нарушение ребенка, тем меньше времени родители могут уделять логопедической работе, родители перегружены уходом за ребенком, постуральным менеджментом, а также поддержанием жизни семьи.

В-четвертых, родители готовы получить новые логопедические знания и навыки (сформировать логопедические компетенции родителя). И во многих вопросах они правильно диагностируют своих детей: в вопросах, касающихся звукопроизносительной стороны речи, родители называют большинство нарушенных звуков; родители указывают на пробелы в лексической стороне речи. Важно, что родители не завышают и не занижают уровень речевого развития своих детей.

В-пятых, дети способны к обучению, не смотря на сложный дефект, в большинстве своем группа не имеет когнитивных нарушений и готова работать и с педагогом, и с родителями. Ребенок с интеллектуальными нарушениями (Ника) нуждается в большей частотности занятий и в большем усилии работы мамы и педагогов.

Часть звуков у детей с ДЦП находится в стадии автоматизации. Некоторые звуки то пропадают, то появляются вновь, это вызвано

особенностью органического поражения и псевдобульбарной дизартрией.

Таким образом, зависимость состояния речи детей и уровня родительской компетенции выражена в готовности родителей участвовать в обучении детей с ДЦП. И эту готовность родители выражают выделением времени для обучения и в своем желании обучать. А обследуемая группа детей вполне обучаема и достойна учителей-родителей. Имея уже большой опыт жизни с ребенком с ДЦП, родители имеют высокую степень адаптивности к новым знаниям, касающихся синдрома ДЦП. Обучиться логопедическим навыкам родители готовы, с помощью дистанционных консультаций логопеда, используя готовые логопедические тетради, по инструкциям логопеда. Развивая речь, проводя логопедическую работу, родители могут улучшить и облегчить существование собственной семьи.

ГЛАВА 3. ЛОГОПЕДИЧЕСКАЯ РАБОТА ПО КОРРЕКЦИИ НАРУШЕНИЙ РЕЧИ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ И ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С РОДИТЕЛЯМИ

3.1. Организация логопедической работы по коррекции нарушений речи у старших дошкольников с детским церебральным параличом

Цель: улучшения абилитационного процесса детей с ДЦП посредством логопедической работы и консультативной работы с родителями.

Задачи: создать, апробировать, применить логопедические рекомендации для родителей на этапах абилитации детей с ДЦП.

Научное обоснование.

Научные исследования о педагогической помощи и вопросы взаимодействия педагогов и семей детей с ДЦП рассматриваются в исследованиях Р. Е. Левина [19], Ю. В. Микляева [31], Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина [29], М. Ф. Фомичёва [45], Т. Б. Филичева [25], Е. В. Шереметьева [76].

Современные авторы отмечают значимость участия семьи в абилитации ребенка-инвалида: И. В. Добряков, О. В. Защирина, [6] Е. В. Кулагина [16], О. В. Солодянкина [62].

Взаимодействие родителей, детей с ДЦП и педагогов описано через призму семейного воспитания авторами Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина [29], Н. В. Обухова [44].

Обучение родителей, привлечение родителей в абилитацию консультационное разработано авторами: М. И. Саввиди [52], Н. В. Рыжовой. [51].

Авторы научных трудов Е. Ф. Архипова [1], И. Ю. Левченко,

О. Г. Приходько [20], М. Ф. Фомичева, Т. В. Волосовец, А. А. Гусейнова [45] отмечают стойкие двигательные нарушения, которые полностью влияют на речевое развитие детей с ДЦП и отмечают необходимое участие специалистов и родителей.

О. А. Леонова [23 с. 18] предлагает статью для родителей о профилактике нарушений, дает методические рекомендации по артикуляционной и пальчиковой гимнастике.

Е. В. Собкова, Е. А. Лемтюгова [60 с. 191] дают рекомендации для родителей по расширению словаря и грамматического строя речи детей.

Таким образом, проанализировав научную литературу, мы можем выработать основные принципы работы с детьми и родителями:

1. Принцип взаимосвязи в развитии речи и моторики предполагает, что развитие мелкой моторики способствует процессу формирования речи, поскольку зоны коры головного мозга, отвечающие за движения рук, расположены анатомически рядом с речевыми зонами.

2. Принцип комплексного подхода предполагает воздействие на дефект (речевое нарушение) и на личность ребенка с ДЦП междисциплинарными специалистами (врачей, педагога, психолога, родителей), работающими во взаимосвязи.

3. Принцип личностно-ориентированного подхода мы учитываем индивидуальные особенности ребенка, стороны его характера и возможности здоровья.

4. Принцип системности и последовательности, предусматривающий формирование знаний и навыков в системе и определенном порядке, при котором каждый элемент учебного материала связан логически с другими, последующее опирается на предыдущее и готовит к освоению нового [13].

5. Принцип целостности. Речь – сложная функциональная система, в которой структурные компоненты находятся в тесном взаимодействии.

6. Принцип дифференцированного подхода предполагает учет нескольких факторов, в первую очередь, моторных навыков,

психологических особенностей детей с ДЦП и влияние родителей на обучение.

7. Принцип тесной взаимосвязи развития речи и познавательных процессов предполагает, что усвоение языковой системы детьми с ДЦП должно быть основано на развитии мыслительных операций и других психических функций.

8. Принцип доступности, будет применен в консультативной работе с родителями, предполагает использование уже накопленных знаний и учет индивидуальных сторон детей с ДЦП, которые прекрасно известны родителям.

9. Принцип наглядности для родителей, информация должна быть понятной и доступной, как не для специалистов (родителей), так и для ребенка с ДЦП.

Организация коррекционной работы. Перспективное планирование на каждого обучающегося представлено в приложении (см. приложение 3).

Коррекционно-логопедическая работа осуществляется в первой половине дня на логопедических занятиях 1 раз в неделю по 20 минут, календарный период 0,5 года (ноябрь, декабрь 2020, январь, февраль, март, апрель 2021), 24 занятия.

Используется технического оборудование: опора для сидения.

Формы коррекционной работы. Занятия с детьми проводятся в индивидуальной форме. В подгрупповой форме – в виде консультаций с родителями детей. Подгрупповая работа строится посредством дистанционных технологий.

Методы, применяемые в обучении:

- наглядные (демонстрация, иллюстрации);
- словесные (объяснения, разъяснения, рассказ, инструкция, беседа).

Ведущий вид деятельности дошкольников – игровой, логопед выстраивает свою работу в виде игры. Развитие двигательных функций осуществляется на каждом занятии. Задания определяются с учетом речевых

нарушений, учитываются задачи по коррекционной работе, двигательные возможности, индивидуальные психологические особенности и проявления речевых нарушений. Задания подбираются с учетом речевых трудностей у детей (см. приложение 4).

Общая моторика. Так, при подборе упражнений, направленных на развитие двигательных функций, всех обучающихся можно разделить на три логические подгруппы.

В первой группе: Лев, Ника, Ксения, Дарина – дети ходят и могут свободно перемещаться в пространстве, сохранены движения рук и ног.

Во вторую группу входят Алиса, Василиса, сохранены движения рук, дети самостоятельно не могут ходить.

В третьей группе: Мария, Арсений, Диана, Федор не ходят самостоятельно, поражена сильнее одна рука.

Группы формируются согласно уровню моторного развития (см. приложение 4).

Коррекция мимической моторики, пальчиковой моторики, коррекция звукопроизношения (перспективный план работы, на примере звуков Р-Р', в приложении 4), *фонематического слуха* требуется в равной степени всем обучающимся.

При коррекции лексико-грамматического строя обучающихся можно поделить на 2 группы.

Первая группа Ника, Лев, Василиса, Диана, Дарина требуется развитие словарного запаса, часто встречаются ошибки в словообразовании.

Вторая группа: Алиса, Ксения, Мария, Федор. Арсений можно усложнять задания на развитие лексического словаря и словообразования.

Родителей не стали разделять по группам, поскольку совместная консультативная работа может быть плодотворна в обмене опытом между родителями, всем требуется помощь по всем направлениям работы.

План взаимодействия логопеда с родителями (см. приложение 3).

3.2. Содержание логопедической работы по коррекции нарушений речи у старших дошкольников с детским церебральным параличом и взаимодействие с родителями

В результате, проведенного констатирующего эксперимента, изучения научной литературы мы составили модель логопедической коррекционной работы для специалиста и родителей.

Цель программы: развитие речевого общения, улучшение разборчивости речевого высказывания для того, чтобы обеспечить ребенку большее понимание его речи окружающими.

Методические пособия, используемые специалистом и родителями, логопедические альбомы Н. Э. Теремковой, конспекты логопедических занятий Н. В. Нищевой, Т. Б. Филичевой, В. В. Коноваленко, С. В. Коноваленко.

Направление действия логопедической работы с родителями детей идет в следующей структуре:

1. Развитие общей и мелкой моторики;
2. Коррекция артикуляционной моторики и звукопроизношения;
3. Развитие фонематического слуха;
4. Совершенствование фонематического анализа и синтеза;
5. Коррекция лексико-грамматического строя речи.

Развитие общей и мелкой моторики.

Задачи по коррекции двигательных функций:

- развитие точности движений;
- увеличение объема движений в спастичных конечностях;
- развитие тактильной чувствительности рук;
- развитие согласованности движения рук;
- обучение родителей играм, направленным на мелкую моторику пальцев рук и кистей.

Коррекция артикуляционной моторики и звукопроизношения.

Задачи по развитию артикуляционной моторики и звукопроизношения:

- нормализация тонуса мышц языка и других органов артикуляции;
- развитие двигательной организации губ, языка;
- улучшение качеств артикуляционных движений;
- постановка нарушенных звуков;
- автоматизация звуков в слогах, словах, связной и самостоятельной речи;
- обучение родителей упражнениям артикуляционной гимнастике по 5–10 мин.

Развитие фонематического слуха:

- распознавание звука в тексте;
- распознавание звука в предложении;
- распознавание звука в ряде слов;
- знакомство родителей с упражнениями для развития фонематического слуха.

Коррекция лексико-грамматического строя речи:

- обогащение лексики, введение новых лексических тем;
- развитие понимания лексико-грамматических отношений.

Также важными направлениями работы являются: мотивация родителей, поддержка; совместное чтение для развития связной речи, накопления пассивного и активного словаря; просвещение родителей, знакомство с современной популярной литературой по педагогике и психологии. Также в группе находятся несколько детей дошкольного возраста 6–7 лет, важным этапом необходимым в коррекционной работе является подготовка к школе, развитие графо-моторных навыков.

При общей загруженности родителей, необходимо научить родителей играм, подходящим по двигательным нарушениям – игры между «реабилитациями» или домашние игры. Многим родителям просто не

хватает времени, найти игры для развития ребенка. Конспекты занятий с детьми. Образцы упражнений, электронных рассылок, лекций для родителей (см. приложение 4).

3.3. Результаты

По итогам логопедической работы были проведены контрольные мероприятия по выявлению изменений в развитии речи у детей с ДЦП. Был проведен контрольный опрос родителей об изменениях, которые они стали замечать в речи детей с ДЦП. Вопросы касались основных направлений логопедической работы, представлены в крайних столбцах таблиц, приведенных ниже:

1. развитие общей и мелкой моторики;
2. коррекция артикуляционной моторики и звукопроизношения;
3. развитие фонематического слуха;
4. совершенствование фонематического анализа и синтеза;
5. коррекция лексико-грамматического строя речи.

О количестве реально затраченного времени на работу. Также вопросы о доступности (понятности) предложенного логопедом материала для самостоятельной работы с ребенком (см. приложение 5). Сводные данные по ответам родителей, и данные по результатам формирующего эксперимента по общей моторике, приведены ниже (см. табл. 9).

Двигательные изменения в общей моторике, по пробам остаются без изменения, дети получили одинаковое количество баллов. Это вызвано особенностью состава группы детей. Одна группа детей имеет серьезные двигательные нарушения, не могут справиться с предложенными пробами, а тот состав группы детей, которые могут перемещаться самостоятельно, не обладают плавностью движений. Родители отмечают лёгкие изменения у 50% детей в общей моторике: улучшение в удержании корпуса тела, в

обучении сидения, более аккуратная ходьба, обучение стоянию на одной ноге. Таким образом, никто из учеников не получил оценку выше 5 баллов, изменения после завершения формирующего эксперимента незначительные. Василиса стала повторять ритмический рисунок, но общая скованность, не позволяет ей поставить оценку выше предыдущей.

Таблица 9

Качественная и количественная характеристика общей моторики по результатам формирующего эксперимента и качественная оценка родителей об отмечаемых изменениях

Имя/ пробы	Общая моторика Качественная характеристика	Баллы до ФЭ	Баллы после ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
1	2	3	4	5
Алиса	Ребенок стоит у опоры. Может сам сидеть. Может поймать и бросить мяч, с неловкостью и скованностью. Ориентируется в пространстве, знает, где право и лево. Ребенок выполняет ритмический рисунок, чувствует темп в рамках своих двигательных возможностей.	4	4	Нет
Василиса	Ребенок не стоит самостоятельно. Сидит с поддержкой, может подбросить мяч, одной правой рукой, с помощью может поймать мяч. Ориентируется в пространстве, знает, где право и лево. Ритмический рисунок не выполняет, нарушено чувство темпа.	2	2	Нет
Лев	Ребенок ходит, чувствует темп, знает право-лево, может выполнить статические и динамические пробы, движения скованные.	4	4	Нет
Ника	Ребенок ходит, сидит самостоятельно. Присутствует легкая скованность в движениях, отлично переключается, не развито пространственное ориентирование право-лево. Может постоять на разных ногах (не знает какая нога правая-левая), подбросить мяч и поймать. Повторяет ритмический рисунок.	4	4	Да, стала более подвижная, и более аккуратная, когда ходит
Ксения	Ребенок ходит самостоятельно. Присутствует легкая скованность в движениях, отлично переключается, развито пространственное ориентирование право лево. Может поймать и кинуть мяч. Повторяет ритмический рисунок.	4	4	Да, пытается стоять на одной ноге

Продолжение таблицы 9

Имя/ пробы	Общая моторика Качественная характеристика	Баллы до ФЭ	Баллы после ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
1	2	3	4	5
Мария	Ребенок не ходит. Сидит с поддержкой. Из положения сидя может кинуть мяч, левой рукой. Выполняет ритмический рисунок, развито пространственное ориентирование, знает право-лево.	2	2	Да, ребенок меняется в моторном плане, но изменения едва уловимы, лучше держит корпус тела
Федор	Ребенок ходит с ходунками. Сидя может кинуть мяч. Присутствует чувство ритма, выполняет ритмический рисунок, развито пространственное ориентирование, знает право-лево.	3	3	Да, ребенок занимается ЛФК, изменения есть.
Диана	Ребенок не ходит, сидит с поддержкой. Может бросить мячик одной рукой. Присутствует чувство ритма, выполняет ритмический рисунок правой рукой.	2	2	Нет
Дарина	Ребенок ходит самостоятельно. Движения неловкие, нарушена переключаемость. Может подбросить и поймать мяч. Постоять на разных ногах. Выполняет ритмический рисунок, есть чувство темпа. Не развито пространственное ориентирование, не знает право-лево.	2	2	Нет
Арсений	Ребенок не ходит. Сидит с поддержкой. Из положения сидя может кинуть мяч, левой рукой. Выполняет ритмический рисунок, развито пространственное ориентирование, знает право-лево.	2	2	Да, легкие изменения, учится сидеть самостоятельно

Качественная и количественная характеристика мелкой моторики представлены в таблице 10.

Родители 90% детей отмечают улучшения мелкой моторики. По пробам, только один ребенок – Алиса стала лучше подкидывать и ловить мяч, и по мнению мамы Алисы координация рук улучшилась.

Делаем вывод, что мнения родителей и пробы после формирующего эксперимента совпадают. Изменения в динамической и статической координации речевого аппарата представлены в таблице 11.

Таблица 10

Качественная и количественная характеристика мелкой моторики по результатам формирующего эксперимента и качественная оценка родителей об отмечаемых изменениях.

Имя/ пробы	Мелкая моторика Качественная характеристика	Баллы до ФЭ	Баллы после ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
1	2	3	4	5
Алиса	Скованность движений, хуже в левой руке, сложность выполнения синхронных действий. Стала лучше ловить мяч и бросать мяч.	4	5	Да, улучшилась координация рук
Василиса	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать правую руку в кулак.	1	1	Да, лучше передает предмет в другую руку
Лев	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	2	Да, лучше сочетает работу двух рук
Ника	Скованность движений, но быстрый темп выполнения	5	5	Да, как-то лучше манипулирует
Ксения	Скованность движений, но быстрый темп выполнения	5	5	Да, стала более уверено манипулировать руками
Мария	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	1	Да, не значительно, чуть лучше
Федор	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	1	Да, потихоньку идет развитие обеих рук
Диана	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	1	Да, но не очень значительно у Дианы
Дарина	Скованность движений, не может выполнить точные движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак. Показать ушки.	3	3	Да
Арсений	Скованность движений, не может выполнить движения мелкой моторики. Может сжать руку в кулак.	1	1	Нет

Таблица 11

Качественная и количественная характеристика артикуляционной моторики по результатам формирующего эксперимента и качественная оценка родителей об отмечаемых изменениях.

Имя/ пробы	Статическая координация			Динамическая координация, губ, языка	Ба лл ы до Ф Э	Бал лы пос ле ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
	Губы	Нижняя челюсть	Язык				
1	2	3	4	5	6	7	8
Алиса	Подвижные губы, активность участия правой и левой сторон губ	N	Короткая уздечка, язык подвижный	Тремора нет, легко удаётся переключение с одной артикуляционной позы на другую	4	4	Да. Январь 2021 была операция по подрезанию уздечки, стала лучше проговаривать р.
Василиса	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Узкий язык (подъем нижней губы вместе с языком)	Тремор, нарушение плавности движений	2	2	Да, но иногда говорит все равно смазано, когда торопится
Ника	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Узкий язык, язык в расслабленном состоянии (вялый)	Тремора нет, нарушение плавности движений	4	4	Нет
Ксения	Подвижные губы, активность участия правой и левой сторон губ	N	Поиск позы при облизывании губы	Тремора нет, нарушение плавности движений	3	4	Да, лучше стала произносить сложные слова: аквалангист, мотоцикл, велосипед
Мария	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	Движение недостаточного объема, саливация	Корень языка спастичный	тремор, трудности в переключении с одной артикуляционной позы на др., язык напряжен	3	3	Нет, периодически текут слюны

Имя/ пробы	Статическая координация			Динамическая координация, губ, языка	Баллы до ФЭ	Баллы после ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
	Губы	Нижняя челюсть	Язык				
1	2	3	4	5	6	7	8
Федор	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Поиск позы при облизывании губы	тремора нет, нарушение плавности движений	3	3	Да, стал задумываться о своем устройстве речевого аппарата, экспериментирует, пробует разные положения языка
Диана	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Поиск позы, быстрая истощаемость	тремора нет, инертность движения, поиск артикуляции	3	3	Нет
Дарина	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	N	Поиск позы при облизывании губы	Напряженность языка	2	2	Нет
Арсений	Не опускает (поднимает) нижнюю (верхнюю) губу.	Движение челюсти не достаточного объема саливация	Язык движется неуклюже, всей массой	Тремор, трудности в переключении с одной артикуляционной позы на другую, напряженность языка	3	3	Да, стал как-то медленно разговаривать, раньше болтал много, но было непонятно, что говорит, теперь старается говорить яснее, плавно

По результатам оценки движений артикуляции, изменения произошли у Ксении. Она стала лучше выполнять все пробы на артикуляционную

моторику, недостаточно плавные получаются движения. «Маятник» выполняет резковато, чашечка, с усилием заталкивает язык. Остальные обучающиеся по-прежнему испытывают трудности в артикуляции. 50% родителей отмечают положительную динамику у своих детей, дети начали изучать свою ротовую полость, или стараются выполнять артикуляционные уклады плавно. Характеристика звукопроизношения представлена в таблице 12.

Таблица 12

Качественная и количественная характеристика звукопроизношения по результатам формирующего эксперимента и качественная оценка родителей об отмечаемых изменениях

Имя ребенка	Качественная характеристика нарушения звукопроизношения	Баллы до ФЭ	Баллы после ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
1	2	3	4	5
Алиса	Антропофонический дефект: [p], [p'] – в стадии, автоматизации в словах, в самостоятельной речи	3	4	Ребенок уверенно говорит Р
Василиса	Антропофонический дефект: шипящий сигматизм [ш], [ж], [ч]; [л] – нижний ламбдацизм	2	3	Да, но иногда говорит все равно смазано, когда торопится
Лев	Антропофонический дефект: [с] – искажение, в стадии автоматизации в словах, самостоятельной речи; шипящий сигматизм [ш], [ж]; свистящий сигматизм [з], [ц]. Фонологический дефект: [л] [p], [p'] – отсутствие звуков	2	2	Нет, когда свое имя говорит «Ев», а не «Лев»
Ника	Антропофоонический дефект: заднеязычных [к], [г], [х]	2	3	Да, стала произносить звуки х, г, к
Ксения	Фонологический дефект: [л] <-> [p] – в стадии, автоматизации в словах, в самостоятельной речи.	3	4	Да, стала ставить в нужных словах л и p
Федор	Антропофонический дефект: сигматизм [с], [з]. Фонологический дефект: [p] – отсутствие звука	2	3	Ребенок пытается говорить звуки «с» и «з»

Имя ребенка	Качественная характеристика нарушения звукопроизношения	Баллы до ФЭ	Баллы после ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
1	2	3	4	5
Мария	Антропофонический дефект: сигматизм[ч] – искажение звука, [с] – искажение звука, ротацизм [р]. Фонологический дефект: [в]-отсутствует. Усредненное произношение гласных [о], [у].	2	3	Да, лучше, но в некоторых словах использует р правильную, иногда горловую, звуки с-ч-з путает, иногда смешивает, или не произносит некоторые звуки, идет слово и не хватает вдруг слога например «паримахерская», вместо «парикмахерская»
Диана	Антропофонический дефект: [с], [з], [ц], [ч]. Фонологический дефект: [ж] <-> [ш], [р]- отсутствие звука. Усредненное произношение всех гласных, палатализация	2	2	Нет
Дарина	Антропофонический дефект: [с], [з], [ш]. Фонологический дефект: [р]-отсутствие звуков. Усредненное произношение всех гласных.	2	2	Нет
Арсений	Антропофонический дефект: ротацизм [р], [р'], сигматизм [с], [з]	3	4	Да, медленно произносит слова, где есть звуки С, Ш, З, Ж

Изменения в звукопроизношении произошли у 70% обучающихся: Алисы, Василисы, Ники, Ксении, Марии, Федора. Арсения. Положительную динамику, также отмечают и родители обучающихся. Данные проб и отзывы родителей совпадают. Алиса использует в речи звуки [р], [р'], дополнительным фактором была операция на подъязычной связке, которая помогла в постановке правильного звукопроизношения. Василиса стала использовать, верхнее положение языка, когда произносит звуки [л], [л'] и научилась использовать дыхание и положение языка, для нужной артикуляции [ш], [ж], [ч]. Ника в процессе логопедической работы,

научилась артикуляционной гимнастике, маме даны были рекомендации по изменению рациона питания, больше твердой пищи. Ника стала использовать заднеязычные звуки [к], [г], [х], но также они еще нуждаются в длительной автоматизации. Ксения, научилась дифференцировать звуки [л] <-> [р]. Мария, использует в речи звуки [ч] и [с] изолировано и в слогах, но в словах и предложениях [ч] может звучать как [т] или [с], звук [с] звучит как [т] или [з], звук [р] использует в речи, как горловой, так и одноударный. Звук еще требует автоматизации и дифференциации. Фонологический дефект: [в] – отсутствует, ребенок стал обращать внимание на отсутствие звука, стадия автоматизации. Ребенок обучался слушать звук [в], выделять его в словах. Федор использует звуки в стадии автоматизации [с], [з], звук [р] пока не доступен. Арсений стал использовать в речи звуки [р], [р'], звуки [с], [з] изолировано стоят, в слогах с ошибками, но в речи встречаются ошибки, например могут звучать: «такси» – как «такши», «глаза», как «гласа», «горизонт», как «горишонт».

У 30% детей (Лев, и близнецы: Диана и Дарина), нет изменений, как после логопедической работы, так и совместной работы мамы и ребенка, дома. У Льва возникают проблемы кинетического характера, при переключении артикуляционной позы, Диана и Дарина учатся тоже установке артикуляционных укладов, плавности речи, расслаблению. Пока не могут освоить поставленные задачи по звукопроизношению.

Оценка качественной и количественной характеристики по развитию фонематического слуха представлена в Таблице 13, ниже. Характеристика нарушения фонематического слуха у большинства детей остались без изменения 80 %. У Алисы улучшилось узнавание слов паронимов [ш], [с]. Мария во время постановки звука [в], стала выделять звук [в], в словах. Родителям не ставили задачу, заострять внимание на характеристику нарушений фонематического слуха.

В таблице 14, ниже, отражены изменения в лексико-грамматическом строе речи.

Таблица 13

Качественная и количественная характеристика фонематического слуха по результатам формирующего эксперимента

Имя ребенка	Качественная характеристика нарушения фонематического слуха	Баллы	Баллы после ФЭ
1	2	3	4
Алиса	Не узнает и не различает звуки из 1 акустической группы: [р], [л].	3	4
Василиса	Не узнает и не различает звуки из 3 акустических групп: [ш], [ж], [ч] и [д] и [т], [р] и [л] среди слогов, среди слов.	3	3
Лев	Не понимает, что такое звуки, как их выделять в слове	0	0
Ника	Не понимает, что такое звуки, как их выделять в слове	0	0
Ксения	Не узнает и не различает звуки из 2 акустических групп: [р] и [л], [д] и [т] среди слогов, среди слов.	3	3
Мария	Стала выделять звук [в] в словах	0	1
Федор	Не узнает и не различает звуки из 2 акустических групп: [с], [з], [ш], [р] и [л] среди слогов, среди слов. Допустил ошибки при определении слов паронимов на звуки: [ш], [с], [р], [л].	3	3
Диана	Не понимает, что такое звуки, как их выделять в слове, говорит наугад	0	0
Дарина	Не понимает, что такое звуки, как их выделять в слове, говорит наугад	0	0
Арсений	Не узнает и не различает звуки из 2 акустических групп: [с], [з], [р] и [л] среди слогов, среди слов. Допустил ошибки при определении слов паронимов на звуки: [ш], [с], [р], [л].	3	3

Таблица 14

Качественная и количественная характеристика лексико-грамматического строя по результатам формирующего эксперимента и качественная оценка родителей об отмечаемых изменениях

Имя ребенка	Качественная характеристика лексико-грамматического строя речи	Баллы до ФЭ	Баллы после ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
1	2	3	4	5
Алиса	При выполнении всех заданий требовалась разъясняющая помощь. Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (инструменты) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова.	5	5	Да, употребляет нет кого? Орел-орла, лев-льва.

Имя ребенка	Качественная характеристика лексико-грамматического строя речи	Баллы до ФЭ	Баллы после ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
1	2	3	4	5
Лев	При выполнении всех заданий требовалась помощь. Высокий пассивный словарь, низкий активный словарь. Не знает тему цветы. Не может подобрать название предметов по описанию. Может объединять предметы в классы понятий	3	4	Да, недавно просил вишневое варенье, до этого говорил "вишняковое"
Ника	При выполнении всех заданий требовалась помощь. Высокий пассивный словарь, низкий активный словарь. Не может подобрать название предметов по описанию. Не может объединять предметы в классы понятий. Не знает название бытовой техники, цветы	1	2	Да, но редко, недосказывает окончания
Ксения	Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (инструменты, насекомые) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова.	5	5	Да, мы более глубоко изучили темы: деревья, профессии, инструменты, насекомые. Ребенку очень понравилось изучать новую информацию
Мария	Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (инструменты, профессии, насекомые) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова. Не знает названия детенышей.	4	5	Да, у Маши появились новые представления об окружающем мире, он стала чаще задавать вопросы.
Федор	Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (инструменты, профессии) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова. Не знает названия детенышей.	4	5	Да, но все равно путает окончания.
Диана	При выполнении всех заданий требовалась помощь. Высокий пассивный словарь, низкий активный словарь. Не может подобрать название предметов по описанию. Не может объединять предметы в классы понятий	1	1	Да, используют, если что-то не верно. Я поправляю.

Имя ребенка	Качественная характеристика лексико-грамматического строя речи	Баллы до ФЭ	Баллы после ФЭ	Изменения, отмечаемые родителями
1	2	3	4	5
Дарина	При выполнении всех заданий требовалась помощь. Высокий пассивный словарь, низкий активный словарь. Не может подобрать название предметов по описанию. Не может объединять предметы в классы понятий	1	1	Да, используют, если что-то не верно. Я поправляю.
Арсений	Хороший активный и пассивный словарь. В словаре низкой частоты употребления (насекомые) возникли сложности. Хорошо подбирает категории, обобщающие слова.	4	5	Да, быстро стал использовать новую лексику.

По итогам логопедической работы, обучающиеся значительно расширили свои активные и пассивные словари – 80% детей, 20% детей по пробам, получили одинаковые баллы до формирующего эксперимента и после. Родители всех детей отмечают позитивную динамику по расширению лексического словаря, в словотворчестве, словообразовании, согласовании слов. В опроснике, по итогам исследования родителям также задавался вопрос: «Сколько времени фактически они занимались с детьми?» (см. приложение 5).

Логопед проводил различные формы консультативной работы (индивидуальные консультации, родительские собрания, открытые занятия, рассылки). Результаты совместной работы в сводной таблице.

Сводная таблица по количественным данным по результатам логопедической совместной работы находится в приложении (см. приложение 5).

Выводы.

В исследовании принимали участие заинтересованные родители в логопедической коррекции, которые проявили участие и готовность в освоении новых знаний и их применений. Рекомендации для родителей учитывали общую загруженность семьи. Родители обращали внимание на

неверно произносимые звуки, также для них было важно и развитие речи, как коммуникативной функции. Они просили логопеда выстраивать занятие в форме диалога или беседы, направленной на развитие словарного запаса и лексику.

Логопедическая работа проводилась родителями меньше того времени, которое родители предполагали на работу. Оценив свою загруженность, они смогли выделить доступное время на коррекцию от 20 минут до 60 минут, работу дробили, играли по 10 или 5 мин в течении дня.

Те дети, чьи родители, меньше уделяли времени на логопедическую работу, тоже имеют положительную динамику. Это связано с разной степенью дефекта, у кого-то повреждение головного мозга было сильнее, у кого-то слабее, разные области повреждения.

Звукопроизношение детей с псевдобульбарной дизартрией отмечается своей вариабельностью, иногда в речи можно услышать нужный звук, иногда нет, иногда он звучит в сочетании звуков, через некоторое время в этом же сочетании звуков – звук выпал или исказился, требуется дальнейшая работа. Родители отмечают, улучшения, однако требуется еще очень длительная трудоемкая работа, из-за моторных нарушений речевого аппарата полностью звукопроизношение может не восстановиться. Важно, что родители осознают это и настраиваются на длительный процесс.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первая глава была посвящена теоретическому изучению «особой семьи» в комплексном исследовании, затрагивая разные социальные, психологические и бытовые аспекты детско-семейных отношений.

С точки зрения социально-культурологического уровня исследования. Мы рассматривали гипотезу о том, что в современной российской действительности происходит смена медицинской модели инвалидности на социальную модель. Медицинская модель рассматривает ребенка с позиции дефекта, и возможности устранить дефект, вылечить болезнь, а социальная модель делает ребенка – личностью, ценной для общества. Описывает ребенка с инвалидностью, как социальный объект, у такого ребенка есть друзья, увлечения, жизненные цели, а не только медицинский диагноз. То, что называется – абилитация.

При теоретическом изучении особой семьи мы увидели, что изначальным запускаящим процессом является медицинский диагноз, здоровье ребенка. Вокруг которого и образуется социально-правовые и психологические сферы влияния на семью. Нам было необходимо понять внутреннюю жизнь семьи, факторы, влияющие на современное положение семьи, и мы увидели, что значительные ресурсы уходят:

- на понимание медицинского диагноза ребенка и осуществления лечения семьей;
- на выстраивание и защиту социально-правовой жизни семьи отстаивание прав, получение льгот, защиту интересов семьи и ребенка;
- на поддержание экономического положения семьи, зачастую происходит распад семьи, снижение доходов семьи, поскольку матери вынуждены ухаживать за ребенком и терять трудовую занятость;
- на поддержание функций семьи.

Что психологическое здоровье семьи выстраивается из многих качеств:

- принятия ребенка;
- замкнутости и открытости семьи;
- сложности отношений внутри семьи и отношений с членами общества;
- оценки реабилитационных возможностей ребенка.

Проводя теоретическое исследование особой семьи в России, мы поняли, что социальная модель инвалидности, пока не ложится на реалии нашего общества. Возможно – ребенок действительно полноценная личность, но формирование, выращивание этой личности происходит «руками» родителей, а не общества. Родители принимают все решения по запросу социальных услуг, защите прав и собственного функционирования в рамках семьи.

Теоретически изучив родителей, мы также должны были изучить детей. В исследовании принимали участие дети с ДЦП старшего дошкольного возраста. Мы исследовали подробно психоречевое развитие детей.

Психоречевое развитие детей с ДЦП характеризуется нарушением:

- двигательной сферы;
- сочетанным нарушением анализаторов;
- нарушением речи.

ДЦП носит сложный характер и вызывает нарушение всех сторон речи: лексической, грамматической и фонетико-фонематической.

Изучив речевое развитие старших дошкольников с ДЦП, мы сделали вывод о сложности нарушения и необходимости комплексного подхода в коррекционной работе.

Коммуникация между ребенком и родителями очень важна и используется каждый день в семье. Родителям было предложено взаимодействие: между логопедом, ребенком и ими, делая акцент на освобождения в будущем времени, которое сейчас они тратят на перемещение к логопеду и занятия с логопедом.

Родители проявили внимание к данному аргументу, и мы начали изучение возможностей родителей по совместной работе между педагогами и родителями. Этому было посвящено исследование второй главы.

Мы изучили педагогические возможности родителей по оказанию навыков помощи своим детям, изучили возможности выделить время, затрачиваемое на логопедическую работу. Возможности самообразования родителей и готовность к взаимодействию педагога с семьей.

Также мы оценили для более индивидуальной работы и решения частных задач речевое развитие старших дошкольников с ДЦП. Составили модель логопедической коррекции. Родителям были предложены упражнения, примеры работ с логопедом, даны рекомендации.

По результатам работы были достигнуты небольшие положительные результаты за счет комплексного подхода совместного взаимодействия родителей, логопеда. Подход состоял в планировании логопедической работы и консультировании родителей, выполнении домашних заданий по учебным пособиям, с учетом индивидуальных особенностей развития старших дошкольников с ДЦП.

По результатам анализа контрольного эксперимента. У нас сформировалась небольшая положительная динамика в развитии устной речи обучающихся.

Часть родителей смогла освоить логопедические навыки по оказанию помощи детям, часть родителей в силу других жизненных обстоятельств не смогли принять активного участия в работе.

Гипотеза о том, что мы можем разгрузить родителей, предоставляя возможность осуществлять самостоятельно логопедическую помощь, нуждается в еще более длительном периоде исследования.

Анализ контрольного эксперимента позволил сделать вывод об эффективности предложенной работы по взаимодействию логопеда и семьи, присутствует небольшая динамика, но также детям требуется дальнейшая логопедическая поддержка. Таким образом, учитывая все трудности

исследования, гипотеза экспериментального исследования подтвердилась в отношении тех, родителей, которые приняли активное участие в работе, все задачи исследования были реализованы.

Благодарим всех родителей и детей за возможность проведения исследования.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Архипова Е. Ф. Коррекционная работа с детьми с церебральным параличом : доречевой период : кн. для логопеда. М., 1989. 181 с. URL: http://pedlib.ru/Books/2/0413/2_0413-81.shtml (дата обращения: 01.10.2021).
2. Бабчик Ю. И. Коррекция псевдобульбарных нарушений у больных детскими церебральными параличами. URL: <http://www.sqlapp.ru/korrekcija-psevdobulbarnyx-narushenij-u-bolnyx-detskimi-cerebralnymi-paralichami/> (дата обращения: 01.11.2020).
3. Голдовская А. В., Быков А. А. Государственная и общественная поддержка семей с детьми-инвалидами, с точки зрения родителей Томской области // Технологии социальной работы с различными группами населения : сб. ст. V Междунар. науч.-практ. интернет-конф., 30 нояб. – 05 дек. 2015 г. / под ред. С. Т. Кохана. Томск, 2015. С. 78–83. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=25430196&pff=1> (дата обращения: 01.11.2020).
4. Добряков И. В., Защирина О. В. Психология семьи и больной ребенок : учеб. пособие. СПб., 2007. 400 с.
5. Жилищный кодекс Российской Федерации : офиц. текст.. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_51057/ (дата обращения: 02.11.2020).
6. Защирина О. В. Психология детей с задержкой психического развития : учеб. пособие. СПб., 2007. 168 с.
7. Иваницкая И. Н. Детский церебральный паралич // Исцеление : альманах. М., 1993. С. 41–65.
8. Иванова В. С. Динамическое состояние инвалидности и взаимодействия в семье как психологическая проблематика (на примере детей с ДЦП) // Вестник Томского государственного педагогического университета. 2009. Вып. 2 (80). С. 113–116. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/dinamicheskoe-sostoyanie-invalidnosti-i->

vzaimodeystviya-v-semie-kak-psihologicheskaya-problematika-na-primere-detey-s-dtsp (дата обращения: 08.02.2021).

9. Иншакова О. Б. Альбом для логопеда. М., 2017. 279 с.

10. Ипполитова М. В. Воспитание детей с церебральным параличом в семье : кн. для родителей. М., 1993. 496 с.

11. Керре Н. Особенные дети. Как подарить счастливую жизнь ребенку с отклонениями в развитии. М., 2019. 335 с.

12. Ключкова Е. В. Введение в физическую терапию : реабилитация детей с церебрал. параличом. М., 2016. 288 с.

13. Коменский Я. А. Великая дидактика. СПб., 1875. 309 с. URL: <https://biblioclub.ru/index.php?page=book&id=70969> (дата обращения: 26.10.2021).

14. Конституция Российской Федерации : офиц. текст. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/ (дата обращения: 05.07.2021).

15. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания : учеб.-метод. пособие / Е. А. Стребелева [и др.] ; под ред. Е. А. Стребелевой. М., 2019. 126 с.

16. Кулагина Е. В. Занятость родителей в семьях с детьми-инвалидами // Социс. 2004. № 6. С. 85–88.

17. Лаврова Г. Н. Особенности семьи ребенка с детским церебральным параличом // Личность, семья и общество: вопросы педагогики и психологии. 2014. № 37–2. С. 100-108. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=21195623> (дата обращения: 20.01.2021).

18. Лалаева Р. И. Логопедическая работа в коррекционных классах : учеб.-метод. пособие для учителя-логопеда. М., 2001. 224 с.

19. Левина Р. Е. Воспитание правильной речи у детей. М., 1958. URL: <https://studfile.net/preview/1846530/page:2/> (дата обращения: 02.06.2020).

20. Левченко И. Ю., Приходько О. Г. Технологии обучения и

воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособие. М., 2001. 192 с

21. Левченко И. Ю. Система психологического изучения лиц с ДЦП на разных этапах социальной адаптации : автореф. дис. ... д-ра психол. наук. М., 2001. 41 с.

22. Левченко И. Ю., Ткачева В. В. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии : метод. пособие. М., 2008. 239 с. URL: http://pedlib.ru/Books/5/0008/5_0008-1.shtml (дата обращения: 10.11.2019).

23. Леонова О. А. Консультация для родителей и педагогов «Профилактика речевых нарушений у детей младшего дошкольного возраста // Дошкольная педагогика. 2016. № 6. С. 18–20. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=26697344> (дата обращения: 01.11.2020).

24. Логопедическая абилитация и коррекция в дифференцированной реабилитации и социальной адаптации детей и подростков с отклонениями в развитии / С. А. Игнатьева [и др.]. М., 2002. 367 с.

25. Логопедия : теория и практика / под ред. Т. Б. Филичевой. М., 2021. 608 с.

26. Майрамян Р. Ф. Семья и умственно отсталый ребенок: (психопатологические и психологические аспекты проблемы) : автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 1976. 24 с.

27. Малофеев Н. Н. Характеристика лексического запаса у учащихся с церебральным параличом // Дефектология. 1985. № 1. С. 29–33.

28. Мастюкова Е. М., Ипполитова М. В. Нарушение речи у детей с церебральным параличом. М., 1998. 155 с.

29. Мастюкова Е. М., Московкина А. Г. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие. М., 2003. 235 с.

30. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом : младен., ран. и дошкол. возраст. М., 2000. 127 с.

31. Микляева Н. В., Микляева Ю. В., Виноградова Н. А. Дошкольная

педагогика : учебник. М., 2019. 411 с.

32. Московкина А. Г. Ребенок с ограниченными возможностями здоровья в семье : учеб. пособие. М., 2014. 252 с.

33. Налоговый кодекс Российской Федерации : офиц. текст. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28165/ (дата обращения: 02.11.2020).

34. Наумов А. А. Педагогические условия формирования социально-бытовых навыков у детей со спастическими формами детского церебрального паралича : автореф. дис. ... канд. пед. наук. Екатеринбург, 2005. 24 с.

35. Неретина Т. Г. К вопросу о многоплановости понятия «дети с ОВЗ» в условиях смены образовательной парадигмы // Здоровьесбережение в условиях цифровой образовательной среды: от проблем - к решениям : сб. науч. тр. по результатам Всерос. с междунар. участием науч.-практ. конф. / отв. ред. И. А. Кувшинова. Магнитогорск, 2021. С. 91–97. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=46170967&selid=46170993> (дата обращения: 10.11.2019).

36. Ньюмен С. Игры и занятия с особым ребенком : рук. для родителей. М., 2015. 242 с.

37. О государственной социальной помощи : федер. закон № 178-ФЗ : [принят Гос. Думой 25 июня 1999 г. : одобрен Советом Федерации 02 июля 1999 г.]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_23735/ (дата обращения: 20.10.2021).

38. О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации : федер. закон № 166-ФЗ : [принят Гос. Думой 30 нояб. 2001 г. : одобрен Советом Федерации 05 дек. 2001 г.]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34419/ (дата обращения: 01.10.2021).

39. О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей : федер. закон № 256-ФЗ : [принят Гос. Думой 22 дек. 2006 г.

; одобрен Советом Федерации 27 дек. 2006 г.]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_64872/ (дата обращения: 20.10.2021).

40. О социальной защите инвалидов в Российской Федерации : федер. закон № 181-ФЗ : [принят Гос. Думой 20 июля 1995 г. : одобрен Советом Федерации 15 нояб. 1995 г.]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_8559/ (дата обращения: 01.10.2021).

41. Об образовании в Российской Федерации : федер. закон № 273-ФЗ : [принят Гос. Думой 21 дек. 2012 г. : одобрен Советом Федераций 26 дек. 2012 г.]. URL : http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/ (дата обращения: 06.07.2020).

42. Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации : федер. закон № 326-ФЗ : [принят Гос. Думой 19 нояб. 2010 г. : одобрен Советом Федерации 24 нояб. 2010 г.]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/ (дата обращения: 21.10.2021).

43. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федер. закон № 323-ФЗ : [принят Гос. Думой 01 нояб. 2011 г. : одобрен Советом Федерации 09 нояб. 2011 г.]. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/ (дата обращения: 20.10.2021).

44. Обухова Н. В. Семейное воспитание детей с нарушением речи : учеб.-метод. пособие. Екатеринбург, 2019. 128 с.

45. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению : учеб. пособие / под ред. Т. В. Волосовец. М., 2002. 200 с.

46. Петухова А. В. Повышение уровня компетентности семей, имеющих детей с речевыми нарушениями через интеграцию работы учителя логопеда и педагога-психолога // Научные труды SWORLD. 2012. № 3. С. 3–5. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=18039262> (дата обращения: 01.11.2020).

47. Подласый И. П. Воспитание детей в семье : курс лекций по коррекц. педагогике. М., 2002. 349 с. URL: https://pedlib.ru/Books/1/0153/1_0153-

[312.shtml](#) (дата обращения: 20.10.2021).

48. Приходько О. Г. Ранняя помощь детям с двигательной патологией : метод. пособие. СПб., 2006. 65 с.

49. Приходько О. Г. Ранняя помощь детям с церебральным параличом в системе комплексной реабилитации. СПб., 2008. 208 с.

50. Реабилитация детей с ДЦП : обзор соврем. подходов в помощь реабилитац. центрам / Е. В. Семенова [и др.]. М., 2018. 584 с.

51. Рыжова Н. В. Семейное воспитание детей с речевыми нарушениями. URL: <http://cito-web.yspu.org/link1/metod/met86/met86.pdf> (дата обращения: 20.10.2021).

52. Саввиди М. И. Особенности взаимодействия учителя-логопеда и родителей в процессе коррекционной работы // Science Time. 2015. № 10 (22). С. 314–317. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24386722> (дата обращения: 26.10.2021).

53. Селигман М., Дарлинг Р. Б. Обычные семьи, особые дети : систем. подход к помощи детям с нарушениями развития. М., 2013. 368 с.

54. Семенова К. А. Лечение двигательных расстройств при детских церебральных параличах. М., 1976. 185 с.

55. Семенова К. А., Мастюкова Е. В. Клиника и реабилитационная терапия детей с церебральным параличом. М., 1973. 210 с.

56. Семенова К. А. Медицинская реабилитация и социальная адаптация больных детским церебральным параличом. Ташкент, 1979. 146 с.

57. Сергиенко А. И. Позитивная личностная трансформация и посттравматический рост у родителей детей с особенностями психофизического развития // Дефектология. 2018. № 1. С. 23–33.

58. Смирнова И. А. Логопедическая диагностика, коррекция и профилактика нарушений речи у дошкольников с ДЦП. Алалия, дизартрия, ОНР : учеб.-метод. пособие для логопедов и дефектологов. СПб., 2020. 320 с.

59. Смирнова И. А. Наш особенный ребенок : практ. курс для родителей. СПб., 2020. 192 с.

60. Собкова Е. В., Лемтюгова Е. А. Использование приемов моделирования в логопедической работе с дошкольниками с детским церебральным параличом // Инновационные технологии в образовании и науке : материалы Междунар. науч.-практ. конф., 07 мая 2017 г. : в 2 т. / отв. ред. О. Н. Широков. Чебоксары, 2017. Т. 1. С. 191-194. URL: <https://interactive-plus.ru/e-publications/e-publication-408.pdf> (дата обращения: 26.10.2021).

61. Современные принципы ранней диагностики и комплексного лечения перинатальных поражений центральной нервной системы и детского церебрального паралича : метод. пособие / сост. С. А. Немкова. М., 2013. 76 с.

62. Солодянкина О. В. Воспитание ребенка с ограниченными возможностями здоровья в семье : практ. пособие. М., 2007. 80 с.

63. Тимошкина Е. В., Нелидкин А. М. Гендерный аспект трудоустройства и профессионального самоопределения женщин // Социально-экономические аспекты развития современного общества : межвуз. сб. науч. тр. / Рязан. гос. радиотехн. ун-т ; под ред. С. В. Демидова. Рязань, 2014. С. 237–247.

64. Ткачева В. В., Болотова Н. П., Устинова Е. В. Психокоррекционная работа с семьями детей с ограниченными возможностями здоровья. М., 2019. 191 с.

65. Ткачева В. В. Психологическое изучение семей, воспитывающих детей с отклонениями в развитии. М., 2004. 157 с.

66. Ткачева В. В. Семья ребенка с ограниченными возможностями здоровья : диагностика и консультирование. М., 2014. 160 с.

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

68. Трудовой кодекс Российской Федерации : офиц. текст. URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_34683/ (дата обращения: 20.10.2021).

69. Тындик А. О., Васин С. А. Положение детей-инвалидов и их семей по данным переписей населения // Журнал исследований социальной политики. 2016. Т. 14. № 2. С. 167–180. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/polozhenie-detey-invalidov-i-ih-semey-po-dannym-perepisey-naseleniya> (дата обращения: 20.10.2021).

70. Федеральная служба государственной статистики : офиц. сайт. URL: <https://rosstat.gov.ru> (дата обращения: 02.04.2021).

71. Филичева Т. Б., Чевелева Н. А., Чиркина Г. В. Основы логопедии : учеб. пособие. М., 1989. 223 с.

72. Финни Н. Р. Ребенок с церебральным параличом : помощь, уход, развитие : кн. для родителей. М., 2001. 336 с.

73. Халилова Л. Б. Особенности усвоения лексико-семантических закономерностей языка учащимися с церебральным параличом // Дефектология. 1984. № 5. С. 63–68.

74. Хуснетдинова Д. Н. Качество жизни матерей детей-инвалидов как социальная проблема // Научные труды Центра перспективных экономических исследований Академии наук Республики Татарстан. 2014. Вып. 7. С. 90-99. URL: <https://cpei.tatarstan.ru/> (дата обращения: 01.11.2020).

75. Чернова П. А. Конституционно-правовые основы защиты детей-инвалидов в Российской Федерации // Juvenis Scientia/ Юридические науки и политология. 2018. № 2. С. 24–29. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/konstitutsionno-pravovye-osnovy-zaschity-detey-invalidov-v-rossiyskoy-federatsii/viewer> (дата обращения: 01.11.2020).

76. Шереметьева Е. В. Коррекционно-предупредительное воздействие в раннем возрасте : система занятий с детьми и их родителями. М., 2017. 176 с. URL: https://www.nbcmedia.ru/upload/iblock/e78/sher_kor_pred_verstka.pdf (дата обращения: 01.11.2020).