


ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ГОРОДА МОСКВЫ  
«МОСКОВСКИЙ ГОРОДСКОЙ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

---

 На правах рукописи

Олешова  
Варвара Васильевна

СУРДОПЕДАГОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ СЕМЬИ РЕБЕНКА  
РАННЕГО ВОЗРАСТА ДО И ПОСЛЕ КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ В  
УСЛОВИЯХ НАДОМНОГО ВИЗИТИРОВАНИЯ

5.8.3 – Коррекционная педагогика (сурдопедагогика)

Диссертация  
на соискание ученой степени  
кандидата педагогических наук

Научный руководитель-  
доктор педагогических наук,  
профессор Н.М. Назарова

МОСКВА 2021

## Оглавление

Введение.....	3
<b>Глава I. Изучение проблемы надомного визитирования в</b>	
<b>системе ранней помощи.....</b>	<b>14</b>
1.1 Терминологический аппарат исследования.....	14
1.2 Состояние проблемы ранней коррекционно-педагогической помощи детям с нарушенным слухом.....	16
1.3 Надомное визитирование как форма организации ранней помощи.....	26
1.4 Методологические основы надомного визитирования в рамках ранней помощи.....	29
1.5 История становления надомного визитирования в России.....	33
<b>Глава II. Диагностическое изучение семей с детьми до и после</b>	
<b>кохлеарной имплантации.....</b>	<b>39</b>
2.1 Цель, задачи и методы исследования.....	39
2.2 Педагогическое обследование детей.....	44
2.3 Исследования взаимодействия родителей с детьми раннего возраста до и после кохлеарной имплантации.....	52
2.4 Сопоставление коммуникативных действий родителей и уровня развития детей в начале реабилитации.....	58
<b>Глава III. Надомное визитирование семей с детьми раннего</b>	
<b>возраста до и после кохлеарной имлантации.....</b>	<b>65</b>
3.1 Технология надомного визитирования семей с детьми раннего возраста до и после кохлеарной имплантации.....	65
3.2 Сравнительные данные прохождения реабилитации детей, участвовавших в программе надомного визитирования и контрольной группы детей.....	96

3.3 Оценка эффективности получения помощи в условиях надомного визитирования при взаимодействии сурдопедагога с семьей ребенка до и после кохлеарной имплантации.....	106
<b>Заключение</b> .....	110
Литература.....	115
Приложение.....	139

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность темы исследования.** В течение последних 15 лет в Российской Федерации накоплен большой опыт проведения операций по кохлеарной имплантации детям младенческого возраста с глухотой и IV степенью тугоухости (В.В. Бахшиян, В.И. Пудов, Г.А. Таварткиладзе и др.). Ежегодно оперируется 70-75% глухих детей младенческого и раннего возраста. Каждый такой ребенок и его семья нуждаются в дальнейшем пролонгированном психолого-педагогическом сопровождении для формирования у ребенка предпосылок и первых умений использовать новые слуховые возможности. Установлено, что чем раньше проведена операция с последующей организацией слухоречевого развития, тем быстрее глухой ребенок приближается к уровню развития своих слышащих сверстников (И.В. Королева, Г.А. Таварткиладзе; S. Archbold, L. Chmiel и др.), так как создается наиболее благоприятная среда для его общего, слухового и речевого развития (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, Э.И. Леонгард, Э.В. Миронова, А.И. Сатаева и др.). При своевременном начале и грамотно выстроенной индивидуальной схеме реабилитации дети, не имеющие дополнительных нарушений в развитии, после кохлеарной имплантации в раннем возрасте имеют все шансы впоследствии обучаться в среде слышащих сверстников (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева и др.).

В настоящее время не налажена единая система сопровождения сурдопедагогом каждого ребенка раннего возраста (до трех лет) после кохлеарной имплантации, при наличии исследований и публикаций по данной теме (Е.Л. Гончарова, О.С. Жукова, О.В. Зонтова, И.В. Королева, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева, Н.В. Тарасова, Н.Д. Шматко и др.). Это связано с масштабностью в рамках страны задачи обеспечения сурдопедагогическим сопровождением каждой семьи с прооперированным ребенком. Немногочисленные центры помощи детям данной категории и их семьям в основном работают в крупных городах по системе 1-2-недельной

реабилитации. Отсутствует технология сурдопедагогического сопровождения, которая позволяла бы подключать развивающие ресурсы семьи и домашней среды в ежедневном долгосрочном режиме.

Современные исследователи подчеркивают важность раннего включения родителей в коррекционно-педагогический процесс, а также обучение их адекватным способам взаимодействия с ребенком в каждодневной деятельности (Л.А. Аксенова, Э.И. Леонгард, А.И. Сатаева, Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская, О.Г. Приходько, Н.Ш. Тюрина, О.В. Югова; R.A. McWilliam и др.)

Развитие ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья требует создания специальной среды (В.В. Лебединский, И.Ю. Левченко, Е.М. Мастюкова, Н.М. Назарова, Н.Ш. Тюрина; C.J. Dunst, D. Jennings и др.), особых внутрисемейных условий. Это особенно значимо для детей с кохлеарным имплантом. В привычной домашней среде существует больше возможностей для свободных эмоциональных проявлений родителей и ребенка, что обеспечивает естественный переход ребенка к спонтанному освоению речи и развитию слухового восприятия.

Таким образом, **проблема** разработки психолого-педагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях надомного визитирования является актуальной и обнаруживает **противоречия**:

- между потребностью теории и практики в научно обоснованной технологии сурдопедагогического сопровождения детей раннего возраста до и после кохлеарной имплантации в условиях надомного визитирования и недостаточной степенью ее разработанности;

- между необходимостью компетентного участия семьи в реабилитации ребенка раннего возраста до и после кохлеарной имплантации и дефицитом психолого-педагогических исследований в данной области.

Необходимость устранения выявленных противоречий определила тему исследования: «Сурдопедагогическое сопровождение семьи ребенка

раннего возраста до и после кохлеарной имплантации в условиях надомного визитирования».

**Цель исследования:** научно обосновать и разработать технологию сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста с кохлеарным имплантом в условиях надомного визитирования.

**Объект исследования:** процесс сурдопедагогической реабилитации ребенка раннего возраста до и после кохлеарной имплантации в условиях семьи.

**Предмет исследования:** технология сопровождения сурдопедагогом семьи ребенка раннего возраста до и после кохлеарной имплантации в условиях надомного визитирования.

В качестве **гипотезы исследования** нами выдвинуто предположение о том, что технология сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста с кохлеарным имплантом в условиях надомного визитирования обеспечивает ежедневную и в течение всего периода бодрствования ребенка его естественную включенность во взаимодействие со взрослым, спонтанное освоение речи и развитие слухового восприятия. Данная технология обеспечивает ускорение сурдопедагогического процесса и его качество.

В соответствии с целью и гипотезой исследования решались следующие **задачи**:

1. Изучить состояние проблемы ранней реабилитационной помощи детям после кохлеарной имплантации, в том числе в условиях надомного визитирования, для определения теоретических основ, методологии исследования;

2. Разработать технологию сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста с кохлеарным имплантом в условиях надомного визитирования с организованным участием семей, в которых дети раннего возраста с нарушением слуха готовятся к кохлеарной имплантации или уже имеют имплант;

3. Подготовить и апробировать диагностический инструментарий для оценки взаимодействия родителей с детьми, а также слухоречевого развития детей до и после кохlearной имплантации;

4. Экспериментально проверить эффективность разработанной технологии и определить факторы, влияющие на успешность реабилитации детей раннего возраста после кохlearной имплантации и на завершение запускающего этапа в условиях надомного визитирования.

5. Проанализировать влияние развивающего взаимодействия родителей с детьми раннего возраста до и после кохlearной имплантации на эффективность реабилитации в условиях надомного визитирования.

**Теоретико-методологическую основу исследования** составили: базовые положения культурно-исторической концепции Л.С. Выготского о социальной ситуации развития, единых закономерностях нормального и нарушенного развития, о роли деятельности в общении и обучении; научные основы организации общения взрослого с ребенком раннего возраста (М.И. Лисина, С.Ю. Мещерякова, Е.О. Смирнова и др.); семейно-центрированный подход (О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, В.В. Ткачева; М.В. Bruder, С.Ж. Dunst, С.М. Trivette и др.); положение о единстве законов развития детей с нормальным и нарушенным слухом (Р.М. Боскис, Л.С. Выготский, Ф.Ф. Рау, Б.Д. Корсунская и др.); положение о необходимости раннего начала коррекционной помощи детям с нарушенным слухом (Л.А. Головчиц, Б.Д. Корсунская, Н.М. Лаговский, Э.И. Леонгард, Т.В. Николаева, Т.В. Пелымская, Е.Ф. Рау, Ф.А. Рау, Н.А. Рау, Н.Д. Шматко); положение о зависимости речевого развития от становления механизмов аффективной организации поведения ребенка и усложнения характера эмоционального взаимодействия близких с ребенком (Е.Р. Баенская, О.С. Никольская, А.Г. Ружская); представление о точке запуска естественного развития слухового восприятия и спонтанного освоения речи у детей после кохlearной имплантации (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева).

**Методы исследования** определялись с учетом цели, объекта, предмета, задач и гипотезы исследования: анализ психолого-педагогической литературы по проблеме исследования, конкретизация отдельных понятий и определений в соответствии с темой научного исследования; педагогический эксперимент, включающий констатирующий, формирующий и контрольный этапы и предусматривающий диагностику взаимодействия родителей с детьми, а также слухоречевого развития детей до и после кохлеарной имплантации; наблюдение за взаимодействием матери и ребенка в повседневной деятельности и на специально организованных занятиях; беседу с родителями; изучение медико-психолого-педагогической документации детей; статистическая обработка и качественный анализ полученных данных.

#### **Организация и основные этапы исследования.**

Исследование проходило на базе ФГБУ РНКЦ Аудиологии и слухопротезирования ФМБА России, кафедры психолого-педагогических основ специального образования института специального образования и комплексной реабилитации ГАОУ ВО МГПУ, Центре социальной адаптации детей «Говорун», детском центре «Слухон» с 2014 по 2020 год в три этапа.

Первый этап (2014-2015 гг.) аналитический, в ходе которого были определены методологические основы и методы исследования работы с семьей ребенка с ограниченными возможностями здоровья в условиях домашнего визитирования, в том числе после операции кохлеарной имплантации; определены цель, задачи, объект и предмет исследования.

Второй этап (2015-2016 гг.) - организация и проведение констатирующего этапа исследования с целью изучения взаимодействия родителей с детьми до и после операции по кохлеарной имплантации, а также слухоречевого развития детей.

Третий этап (2017-2019 гг.) – организация и проведение формирующего эксперимента, направленного на разработку и апробацию



технологии сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста с кохлеарным имплантом в условиях надомного визитирования.

На заключительном этапе (2020 г.) были систематизированы, обобщены и проанализированы результаты проведенного исследования, определена эффективность разработанной технологии.

**Научная новизна** исследования состоит в том, что в исследовании впервые:

- ✓ разработана и апробирована технология сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста до и после кохлеарной имплантации в условиях надомного визитирования;
- ✓ сформированы критерии оценки развивающего взаимодействия родителей с детьми раннего возраста до и после кохлеарной имплантации;
- ✓ доказана зависимость успеха и темпа сурдопедагогической реабилитации кохлеарно имплантированных детей от условий сопровождения семьи.

**Теоретическая значимость исследования:**

- ✓ дополнены и уточнены научные представления о направлениях, формах и содержании работы с семьями детей раннего возраста до и после кохлеарной имплантации;
- ✓ научно доказана эффективность технологии сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста с кохлеарным имплантом в условиях надомного визитирования, направленной на запуск его спонтанного освоения речи и развития слухового восприятия в естественной коммуникации;
- ✓ уточнены знания об особенностях развивающего взаимодействия родителей с детьми с кохлеарным имплантом в условиях надомного визитирования;

**Практическая значимость исследования:**

- ✓ разработан, апробирован и внедрен в практику диагностический инструментарий для выявления особенностей и результативности взаимодействия членов семьи с ребенком раннего возраста до и после прохождения им операции по кохlearной имплантации, а также для контроля состояния и развития потенциала сопровождаемой сурдопедагогом семьи;
- ✓ выделены и проиллюстрированы периоды технологии сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста до и после кохlearной имплантации в условиях надомного визитирования для полноценного включения семьи в развивающую работу с таким ребенком, направленную на спонтанное освоение им речи и развитие слухового восприятия в естественной коммуникации.

**Положения, выносимые на защиту:**

1. Актуальное состояние надомного визитирования детей с нарушенным слухом в России не соответствует потребностям семей, воспитывающих детей раннего возраста до и после кохlearной имплантации.
2. Сурдопедагогическая реабилитационная работа с семьей ребенка раннего возраста до проведения кохlearной имплантации положительно влияет на характер и качество взаимодействия ребенка со взрослым, а также на темп реабилитации после кохlearной имплантации, обеспечивая ее результативность в более короткие сроки как в ситуации надомного визитирования, так и других условиях.
3. Развивающий потенциал семьи в достижении результатов спонтанного освоения речи ребенком раннего возраста в первоначальный период после кохlearной имплантации наиболее полно реализуется в условиях надомного визитирования сурдопедагога при его регулярном и долговременном управлении этим процессом.

4. Включение развивающего взаимодействия родителей ребенка с кохлеарным имплантом во все режимные моменты и события его жизни сокращает сроки прохождения первоначального периода после кохлеарной имплантации, обеспечивая переход ребенка на путь спонтанного освоения речи и развития слухового восприятия в естественной коммуникации.
5. Воспитание в условиях двуязычия требует учета, как один из факторов, препятствующих спонтанному переходу ребенка с кохлеарным имплантом на путь естественного развития слухового восприятия и речи.

**Обоснованность и достоверность результатов исследования** обеспечены его методологической основой, базирующейся на современных научных работах по педагогике, психологии, дидактике, сурдопедагогике, сурдопсихологии; опираются на передовой педагогический опыт в области реабилитации детей раннего возраста после кохлеарной имплантации, а также на отечественные и зарубежные исследования взаимодействия специалистов и семьи с ребенком с ограниченными возможностями здоровья, сравнительный анализ данных, полученных с помощью различных педагогических методов, подкрепленных их репрезентативностью; обусловлены сочетанием теоретических и эмпирических методов, их адекватностью поставленным целям и задачам; подтверждены проверкой теоретических выводов и результатов опытно-экспериментальной работы, личным участием автора в проведении констатирующего, формирующего и контрольного этапов эксперимента.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Результаты исследования рассматривались на заседаниях кафедры психолого-педагогических основ специального образования института специального образования и комплексной реабилитации ГАОУ ВО МГПУ; использованы в практической деятельности специалистов ФГБУ РНКЦ Аудиологии и

слухопротезирования ФМБА России при подключении и настройках речевых процессоров системы кохlearной имплантации детей раннего возраста; обсуждались на вебинаре, организованном в рамках родительских университетов Центра психолого-медико-социального сопровождения «Эхо» Свердловской области на базе ФГБУ РНКИЦ АиС ФМБА России (2018); использовались в учебном процессе Института специального образования и комплексной реабилитации ГАОУ ВО МГПУ, а также при подготовке уроков для родителей Онлайн школы «Мелодия жизни» в рамках гранта «Москва-добрый город» Департамента труда и социальной защиты населения города Москвы (2020); обсуждались на лекции для родителей в честь Дня кохlearной имплантации «Путешествие в мир звуков» (Москва, 2020).

Основные положения исследования были представлены на X фестивале науки МГПУ (Москва, 2015), II Международной заочной научно-образовательной конференции «Инновационный формы и технологии в комплексном сопровождении детей с отклонениями в развитии» (Казань, 2015), XXII Международной научной конференции студентов, аспирантов и молодых ученых «Ломоносов» (Москва, 2016), Научно-практической конференции «Раннее развитие и коррекция: теория и практика» (Москва, 2016), Международной научно-практической конференции «Раннее и дошкольное образование в системе непрерывного сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья» (Москва, 2017), Межрегиональной конференции «Университетский округ МГПУ-интеграции науки, образования и практики» (Москва, 2017), Всероссийской научно-практической конференции «Образование лиц с нарушением слуха: достижения и актуальные проблемы» (Москва, 2018), Всероссийской научной конференции молодых ученых и студентов с международным участием «Специальная педагогика и психология: традиции и инновации» (Москва, 2019 г.), научно-практической конференции «Ранняя помощь в системе межведомственного взаимодействия» (Москва, 2019),

Всероссийской научно-практической конференции «Актуальные проблемы воспитания и обучения лиц с нарушениями слуха» (Чебоксары, 2020).

**Личный вклад соискателя** заключается в самостоятельном теоретическом обосновании и проведении констатирующего, формирующего и контрольного этапов исследования, анализе полученных результатов, их обобщении и представлении.

**Публикации.** Ключевые идеи и результаты исследования отражены в 17 публикациях общим объемом 5, 2 п.л. Из них четыре публикации в изданиях, рекомендованных ВАК Министерства науки и высшего образования Российской Федерации, по специальности 5.8.3 - Коррекционная педагогика (сурдопедагогика).

**Структура и объем диссертации:** Диссертационное исследование состоит из введения, трех глав, заключения, списка литературы, приложений. Общий объем работы составляет 156 страниц машинописного текста. Материал иллюстрируется 14 рисунками, 17 таблицами и 4 приложениями. Список литературы содержит 221 источник, из них 34 на иностранном языке.

## ГЛАВА I

### Изучение проблемы надомного визитирования в системе ранней помощи

#### 1.1 Терминологический аппарат исследования

В отечественной литературе встречаются термины «домашнее визитирование» и «надомное визитирование» (Л.И. Аксенова, Н.В. Алламярова, С.В. Велиева, П.Л. Жиянова, Г.Р. Зиатдинова, Н.В. Макарова, М.И. Нечуговских, Л.К. Селявина, В.Г. Сухих, И.И. Холостова, О.В. Югова) [1, 2, 3, 19, 47, 52, 90, 97, 135, 148, 163, 174], которые употребляются в одинаковых значениях. В толковых словарях русского языка [40, 46, 105, 159] и законодательных актах [61] встречается разное определение данных терминов.

Согласно проанализированной литературе, термин «домашний» относится к членам семьи, частному быту, термин «надомный» употребляется в рамках трудовой деятельности, связан с работой, выполняемой на дому. В связи с этим, в данном исследовании наиболее уместен термин «надомное визитирование», так как педагог выполняет свою профессиональную деятельность вне учреждения, «на дому» у семьи, при этом он не является членом семьи и его нельзя отнести к категории «домашних», т.е. к членам семьи.

Таким образом, **надомное визитирование** – это форма организации ранней реабилитационной помощи, позволяющая проводить занятия с ребенком в домашней обстановке, которая обеспечивает непрерывность коррекционного воздействия и является наиболее комфортной и естественной для ребенка раннего возраста, а также делает возможным активное вовлечение семьи в коррекционно-педагогический процесс, в котором **специалист по надомному визитированию** является консультантом-дефектологом

(сурдопедагогом), приезжающим в семью и обладающим необходимым образованием, а также знаниями, умениями и навыками в области ранней реабилитационной помощи.

**Взаимодействие** в рамках диссертационной работы рассматривается не только как обмен информацией, но и как организация совместной деятельности, коммуникации по поводу нее, сотрудничество между партнерами по коммуникации (Г.М. Андреева) [4].

В отечественной литературе встречается два термина «ранняя комплексная помощь» и «раннее вмешательство» (Л.И. Аксенова, Е.В. Кожевникова, В.И. Лубовский, Н.Н. Малофеев, Р.Ж. Мухамедрахимов, О.Г. Приходько, Е.А. Стребелева, Н.Ш. Тюрина, О.В. Югова и др.) [2, 58, 89, 91, 96, 112, 113, 146, 156].

Термин «помощь», согласно толковым словарям, предполагает содействие, участие и поддержку в какой-либо деятельности, «вмешательство» же подразумевает насильственные, самовольные, пресекающие действия с целью предотвратить какие-либо неблагоприятные последствия против воли того, на кого направлены эти действия [40, 46, 105, 159].

Согласно педагогическим словарям, термин «вмешательство» предполагает непосредственные действия, направленные на воспитательную деятельность других лиц с целью ее корректировки, исправления в интересах испытуемых, обучаемых [24].

Термин «помощь» или «поддержка» является технологией образования, направленной на взаимодействие и диалог взрослого и ребенка, самоопределение и самостоятельное решение ребенком проблемы [29]. В рамках надомного визитирования помощь направлена на диалог педагога, родителей и ребенка с целью максимального использования ресурсов семьи для нормального слухового, речевого и интеллектуального развития ребенка и дальнейшего самоопределения его как личности.

**Ранняя помощь** – технология образования, направленная на взаимодействие специалиста и семьи ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья с целью использования всех возможных ресурсов семьи для максимального приближения ребенка к уровню возрастной нормы, нормального слухового, речевого и интеллектуального развития.

**Педагогическое сопровождение** предполагает системно организованную деятельность специалиста и семьи, направленную на взаиморазвитие и саморазвитие ребенка с ограниченными возможностями здоровья в современном социокультурном пространстве.

## **1.2 Состояние проблемы ранней коррекционно-педагогической помощи детям с нарушенным слухом**

Последние два десятилетия в нашей стране характеризуются появлением принципиально новых возможностей в сфере помощи детям раннего возраста с нарушенным слухом, что связано с широким внедрением кохлеарной имплантации в России (В.В. Бахшиян, Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева, И.В. Королева, Г.А. Таварткиладзе и др.) [9, 10, 41, 63, 150]. Кохлеарная имплантация открывает перед глухими детьми возможности, которые не дают слуховые аппараты детям с глубокими нарушениями слуха. Установлено, что чем раньше проведена операция, тем быстрее глухой ребенок приближается к уровню развития своих слышащих сверстников. Ранняя имплантация позволяет создать наиболее благоприятную среду для интеллектуального, слухового и речевого развития ребенка [41, 150, 184, 187]. Кохлеарная имплантация улучшает качество жизни детей с глубокими нарушениями слуха, положительно влияет на их социализацию [41, 177, 178, 187].

В настоящее время накоплен опыт хирургических операций в младенческом и раннем возрасте, создания стратегий кодирования речи,



реабилитации имплантированных пациентов [9, 149]. Подробно раскрыты вопросы оценки развития навыков слухового восприятия и речи, представлены балльные шкалы для их изучения [177].

В зарубежной литературе встречаются данные о проведении имплантации детям младенческого возраста: в возрасте 6 месяцев и раньше [187, 204]. В России, по данным ФГБУ РНКЦ Аудиологии и слухопротезирования ФМБА России, самому маленькому пациенту на момент проведения кохlearной имплантации было 6 месяцев [212].

В России за последние десятилетия накоплен значительный опыт, отражающий медицинские и педагогические вопросы проведения и реабилитации пациентов после кохlearной имплантации (В.В. Бахшиян, Л.А. Головчиц, Е.Л. Гончарова, О.С. Жукова, О.В. Зонтова, В.И. Пудов, Н.В. Пудов, И.В. Королева, О.И. Кукушкина, И.П. Ларина, Т.В. Николаева, О.С. Орлова, А.И. Сатаева, Г.А. Таварткиладзе, Н.В. Тарасова, Н.Д. Шматко и др.) [9, 32, 33, 41, 63, 74, 75, 99, 106, 150, 151].

В трудах современных авторов раскрываются особенности развития детей с кохlearными имплантами, имеющих дополнительные нарушения в развитии (Е.Л. Андреева, Л.А. Головчиц, И.В. Королева, И.П. Ларина, Т.Ю. Сироткина), отношение родителей детей с тяжелыми нарушениями слуха к кохlearной имплантации (А.В. Буданцов, Л.А. Головчиц, А.Н. Молостова), направления работы с семьей ребенка с кохlearным имплантом (И.П. Ларина, И.В. Королева, А.И. Сатаева и др.), а также особенности взаимодействия сурдопедагога с сурдологом в процессе настроечных сессий системы кохlearной имплантации (О.В. Зонтова, И.В. Королева, А.И. Сатаева, Т.В. Тарасова и др.) [9, 18, 32, 33, 41, 63, 66, 74, 75, 99, 106, 116, 128, 151].

В частности, И.В. Королева подчеркивает приоритетную роль слухового восприятия в начальный период реабилитации детей после кохlearной имплантации, а также значение родителей и семьи в развитии спонтанного

слухового восприятия и речи [63, 64]. Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева отмечают влияние изменяющегося эмоционального взаимодействия между взрослым и ребенком на запуск естественного слухового восприятия и спонтанного освоения речи [29, 41].

Несмотря на особую актуальность психолого-педагогического сопровождения семей с детьми раннего возраста после кохлеарной имплантации, наличия исследований в этой области, проблема своевременного оказания грамотной психолого-педагогической помощи сохраняет свою актуальность в современных условиях.

В нашей стране накоплен большой опыт работы с детьми с нарушенным слухом, изучены особенности развития глухих детей раннего возраста (Е.И. Исенина, Б.Д. Корсунская, Е.П. Кузьмичева, Э.И. Леонгард, Л.П. Носкова, Е.Ф. Рау, Н.А. Рау, Ф.Ф. Рау, Н.Д. Шматко) [57, 67, 69, 80, 81, 100, 124, 125, 169].

Н.А. Рау и Е.Ф. Рау доказали важность ранней педагогической помощи глухим детям, развития их остаточного слуха и устной речи, а также участия родителей в обучении и воспитании ребенка с нарушенным слухом [124, 125, 142].

Б.Д. Корсунская отмечала роль семьи в развитии глухого ребенка, а также рассматривала режим дня и усвоение ребенком бытовых умений и навыков как базу развития неслышащего ребенка. Она указывала на роль раннего обучения речи для максимального приближения ребенка к уровню развития слышащих сверстников и разнообразия возможностей в выборе дальнейшей формы обучения [67]. Е.И. Исенина изучала базовые качества родителей, необходимые для успешного психического развития детей раннего возраста, а также развитие протоязыка через общение со взрослым и совместную деятельность с предметами [57]. Л.П. Носкова в рамках коммуникативно – деятельностной системы обучения глухих детей языку рассматривала речевое общение во взаимосвязи с формированием

практической деятельности, а также роль речевой среды в развитии неслышащего ребенка [100].

Особенности психического развития детей раннего возраста с нарушенным слухом представлены в работах Т.Г. Богдановой, А.А. Венгер, Л.М. Кобриной, Э.И. Леонгард [12, 13, 20, 59, 81], специфика развития слухового восприятия и развития речи отражены в работах Е.П. Кузьмичевой, Э.И. Леонгард, Л.П. Носковой, Т.В. Пелымской, Н.Д. Шматко и др. [69, 80, 100, 168]. Э.И. Леонгард, Т.В. Пелымская, Н.Д. Шматко уделяли большое внимание обучению родителей и всестороннему воспитанию детей с нарушенным слухом в семье с первых дней жизни как в процессе специально организованных занятий, так и ежедневных бытовых дел [69, 168].

Отечественные и зарубежные ученые в своих исследованиях подчеркивают важность раннего возраста, охватывающего сензитивные периоды становления целого ряда функций в развитии ребенка [14, 17, 22, 27, 28, 30, 34, 41, 43, 44, 56, 83, 89, 98, 170, 171].

Доказано, что в развитии детей с ограниченными возможностями здоровья раннее начало коррекционных мероприятий, а также их содержание и характер взаимодействия родителей со своим ребенком благоприятно влияют на профилактику вторичных отклонений в развитии (Л.И. Аксенова, Т.Г. Богданова, Е.Р. Баенская, Е.А. Екжанова, Л.М. Кобрина, Э.И. Леонгард, Г.А. Мишина, Р.Ж. Мухамедрахимов, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Н.Д. Шматко и др.) [1, 7, 8, 12, 43, 58, 59, 82, 94, 113, 123, 146, 68]. В этом возрасте мозг ребенка наиболее пластичен и обладает огромными компенсаторными возможностями. Важно своевременно, в соответствии с сензитивными периодами развития и с учетом ведущих типов деятельности, стимулировать развитие ребенка раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья с использованием всех его сохранных анализаторов. Первые три года жизни ребенка с ограниченными возможностями жизнедеятельности являются важным периодом для начала психолого-

педагогического сопровождения, которое должно происходить в командном взаимодействии родителей (близких взрослых) и специалистов.

Внутрисемейная атмосфера, в которой растет и развивается ребенок, рассматривается как определяющая в его психическом развитии (Р.Ж. Мухамедрахимов) [59], выступает как источник развития, что подтверждается положением о специфическом пути развития ребенка как особом процессе присвоения социально-культурного опыта во взаимодействии с миром взрослых (Л.С.Выготский, А.В.Запорожец, А.Н.Леонтьев, Д.Б.Эльконин) [27, 28, 49, 79, 171]. В процессе общения ребенка с родителями возникают, развиваются и реализуются различные формы психической деятельности (А.Н.Леонтьев) [79], в том числе и личностные качества.

Проблема семейного воспитания детей с нарушенным слухом широко освещается в трудах отечественных ученых: Т.Г. Богдановой, Л.А. Головниц, Е.А. Ивановой, Э.И. Леонгард, Т.В. Пельмской, Е.Г. Самсоновой, Н.Д. Шматко и др. [13, 80, 168]. Авторы подробно анализируют деятельность родителей по созданию слухоречевой среды для ребенка, использующего слуховые аппараты, а также по организации его обучения и всестороннего развития. Использование слуховых аппаратов, по их мнению, является важнейшим фактором эффективного воспитания и обучения ребенка в семье. Однако, необходимо констатировать, что исследований в области воспитания глухих детей раннего возраста до и после кохlearной имплантации в условиях семьи крайне мало. Особенности работы с ребенком раннего возраста после кохlearной имплантации по развитию слухового восприятия, формированию понимания речи, произношения, а также интеллектуального развития в условиях семьи поднимаются в трудах отечественных педагогов, но остаются недостаточно разработанными на уровне работы с семьей в условиях домашнего визитирования (Е.Л. Гончарова, И.В. Королева, О.И. Кукушкина, Э.И. Леонгард, А.И. Сатаева, Н.В. Тарасова, Н.Д. Шматко) [41, 81, 151, 169].

В норме базой формирования понимания речи и собственной речевой активности ребенка является усложнение эмоционального диалога ребенка первого года жизни с близкими взрослыми, в ходе которого развивается слуховое восприятие ребенка, появляются первые голосовые реакции (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева) [41, 130, 131, 132]. Установлено, что усложняющееся эмоциональное взаимодействие родителей с ребенком первого года влияет на речевое развитие ребенка (Е.Р. Баенская, А.Г. Рузская) [7, 127].

Непосредственно-эмоциональное общение ребенка с близким взрослым в первом полугодии жизни выступает в качестве ведущей деятельности ребенка (Д.Б. Эльконин) [172]. В процессе непосредственно-эмоционального общения формируются другие виды деятельности: познавательная деятельность и предметные действия (М.И. Лисина) [84, 85, 86]. Во втором полугодии жизни перестраивается коммуникация ребенка со взрослым, на первый план выходит общение, опосредованное предметами. Оно приобретает ситуативно-деловой характер, действия детей с предметами постепенно усложняются, проходя путь от неспецифических через специфические манипуляции к первым культурно-фиксированным действиям с предметами (Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолова, С.Ю. Мещерякова) [138, 139, 140]. Взрослый становится партнером в совместной предметной деятельности, образцом для подражания. Доказано, что успех ранней коррекционной работы определяется наличием эмоционально-личностного, а позже ситуативно-делового общения с близкими взрослыми, прежде всего с матерью, что отражено в трудах Л.М. Кобриной, Б.Д. Корсунской, Э.И. Леонгард, Е.А. Мишиной, Т.В. Николаевой, Т.В. Пельмской, Н.Д. Шматко [59, 67, 80, 81, 82, 94, 98, 168, 169]. Постепенно ребенок овладевает речью, которая со временем становится главным средством общения. Согласно концепции онтогенеза общения М.И. Лисиной [86] коммуникативная деятельность ребенка является качественным преобразованием в раннем возрасте. Термин «коммуникативная деятельность» рассматривался Лисиной М.И. как синоним

общения [86]. Согласно Г.М. Андреевой [4], общение понимается как сторона деятельности, своеобразный способ ее организации.

Авторами выделяются составляющие общения в виде коммуникации, интеракции и социальной перцепции, в соответствии с которыми информация должна быть не просто принята, но и понята, осмыслена ребенком (Г.М. Андреева, А.А. Леонтьев) [4, 79]. При помощи речи осуществляется кодирование информации коммуникатором в процессе говорения и ее декодирование реципиентом в процессе слушания, то есть использование языка предполагает прием и понимание сообщений, а также их формулировку и отсылку (Г.М. Андреева, Л. Кумин) [4, 71].

Для развития языка и речи детям необходимо владение базовыми сенсорными и перцептивными навыками, к которым относится способность слышать и осознавать смысл услышанного [71].

Успех реабилитации детей после кохлеарной имплантации зависит от времени операции, сроков начала коррекционной работы, а также адекватности настройки речевого процессора кохлеарного импланта [41, 63, 66, 183].

В настоящее время отечественными авторами широко освещается вопрос оказания ранней помощи семьям с детьми с нарушениями развития в процессе режимных моментов (Е.Е. Ермолаева, А.М. Казьмин, Р.Ж. Мухамедрахимов, Л.В. Самарина, П.Л. Жиянова и др.) [45, 47]. В отечественной сурдопедагогике продемонстрирована роль режимных моментов в формировании эмоционального взаимодействия близких взрослых с ребенком, понимания речи, слухового восприятия и развития собственной речи ребенка с нарушенным слухом, в том числе и после кохлеарной имплантации (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, И.В. Королева, Э.И. Леонгард, А.И. Сатаева) [41, 64, 80, 81].

В отечественной и зарубежной литературе анализируются различные факторы, влияющие на развитие ребенка раннего возраста, в том числе: условия семейного воспитания, характер взаимодействия с ребенком членов

семьи, позиция родителей в воспитании ребенка (Л.И. Божович, Л.С. Выготский, М.И. Лисина, Д.Б. Эльконин и др.) [14, 27, 83, 171].

В литературе семья рассматривается как система, которая должна отвечать нуждам ее членов [134]. Способность семьи эффективно функционировать зависит от ее ресурсов и возможности меняться в зависимости от обстоятельств, а также сплоченности ее членов [134].

При организации помощи ребенку с ограниченными возможностями жизнедеятельности акцент изначально должен делаться на потенциале семьи для создания максимально благоприятных условий для развития и воспитания ребенка. Современные исследователи подчеркивают важность раннего включения родителей в коррекционно-педагогический процесс, а также обучения их адекватным способам взаимодействия с ребенком в каждодневной деятельности (И.В. Королева, Э.И. Леонгард, Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская; R.A. McWilliam, M. Raab, P. L. Trohanis, A. P. Turnbull и др.) [63, 64, 80, 169, 196, 199, 207, 208]. Именно родители с помощью специалистов становятся главными «учителями» ребенка с нарушенным слухом в новом мире звуков, учат его слушать и слышать, выделять звуки и ориентироваться в них, понимать речь и говорить (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева, О.С. Никольская, Н.Д. Шматко) [41, 169], закладывают предпосылки для формирования навыков и умений, которые сами по себе у ребенка с ограниченными возможностями здоровья не появляются, а для их возникновения требуется использовать специальные упражнения, дидактические игры, а также индивидуальный подход, педагогическую мудрость, терпение и настойчивость. Уже в раннем детстве у ребенка важно сформировать навыки самообслуживания и социального поведения, способность использовать сохранные анализаторы в своей жизнедеятельности, речевые и коммуникативные умения. Самым важным для ребенка становится комфортная домашняя обстановка, единство всех членов семьи в его воспитании и развитии.

От взаимоотношения с родителями зависит, насколько адекватным будет взаимодействие ребенка с окружающей средой. Э. Эрикссон рассматривает наличие в младенчестве тесного и эмоционально насыщенного контакта с матерью как основу развития у ребенка самостоятельности, уверенности в себе, независимости и в то же время теплого, доверительного отношения к другим людям.

Нарушение слуха у ребенка является препятствием к установлению естественных межличностных связей, что влечет за собой искажение внутрисемейных отношений и родительских позиций (И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева) [78]. В настоящее время родители детей с глухотой и выраженной степенью тугоухости сталкиваются также с необходимостью принятия решения о проведении операции по кохлеарной имплантации (А.В. Буданцов, Л.А. Головчиц, А.Н. Молостова; P. Spenser, M. Marschark) [18, 33, 205], что влечет за собой переживания и стресс и требует поддержки грамотных специалистов (A. Incesulu, P.E. Spenser) [190, 205].

Близкие взрослые ребенка испытывают страх и беспокойство при подготовке к операции, во время нее и после (P.M. Chute, M.E. Nevins) [184], а также в процессе подключения речевого процессора и реабилитации ребенка, которая требует их активного участия (А.В. Буданцов, А.Н. Молостова; J. V. Christiansen, I.W. Leigh) [18, 183, 190]. Родители должны также знать все о техническом обслуживании речевого процессора кохлеарного импланта и о возможных технических неполадках (A. Incesulu) [190]. В зарубежных исследованиях указывается ряд факторов, вызывающих стресс у родителей, воспитывающих ребенка после кохлеарной имплантации: приспособление к изменяющимся слуховым возможностям ребенка, потребностям и поведению; усилия, время, средства, направленные на реабилитацию и выбор адекватного пути сопровождения (Т.Н. Sach, D.K. Whynes, A. Zaidman-Zait) [202, 211].

Исследования потребностей родителей детей, перенесших или являющимися кандидатами на операцию кохлеарную имплантацию, показали, что родителям помимо информации медицинского характера, требуется



определенная техническая и педагогическая подготовка, а также они испытывают потребность в коммуникации, эмоциональной и психологической поддержке (A. Zaidman-Zait) [211].

A. Incesulu, M. Vural, U. Erkam [190] обнаружили высокую встречаемость завышенных ожиданий родителей. Существует определенная группа родителей, которые считают, что ребенок будет нормально слышать и различать речь без каких-либо дополнительных усилий сразу после подключения речевого процессора, что доказывает важность работы с родителями на дооперационном этапе [190]. При этом установлено, что родители детей после кохлеарной имплантации подвержены большему стрессу, чем родители детей, носящих слуховые аппараты. Уровень переживания стресса также варьирует на всех этапах [190, 211].

Как указывалось выше, принятие решения о проведении ребенку кохлеарной имплантации является наиболее сложным для родителей [190]. Согласно исследованиям, стресс родителей не снижается после операции и подключения речевого процессора кохлеарного импланта, что связано с нереализованными ожиданиями, необходимостью родителей активно участвовать в реабилитации ребенка и с ограничением их свободного времени и социальной активности (A. Zaidman-Zait) [211]. A. Zaidman-Zait обнаружила, что высокий уровень стресса матерей связан с трудностями в коммуникации с ребенком и с неудовлетворенностью общения со специалистами. Более того, родители кохлеарно имплантированных детей показали тревожность, связанную с развитием речи ребенка, возможными неисправностями системы кохлеарной имплантации и уходом за речевым процессором (A. Incesulu, A. Zaidman-Zait) [190, 211]. A. Incesulu с соавторами [190] обнаружили, что через год после имплантации уровень стресса родителей имплантированного ребенка снижается. С. Е. Faber, А. М. Grontved [187] отмечают отчетливое улучшение качества жизни семьи имплантированного ребенка, а также взаимодействия с ребенком через год после имплантации.

S. Pipp-Siegel, S. Sedey, A. Yoshinaga-Itano [198] обнаружили, что уровень стресса матерей детей с нарушенным слухом, участвующих в программах раннего вмешательства, ниже и равен уровню переживаний матерей слышащих детей.

Таким образом, несмотря на особую актуальность сурдопедагогического сопровождения семей с детьми раннего возраста до и после кохлеарной имплантации, наличия исследований в этой области, проблема своевременного эффективного оказания грамотной коррекционной помощи стоит наиболее остро в современных условиях, в том числе в нашей стране. Это связано с нехваткой квалифицированных специалистов, владеющих современными методиками работы с детьми до и после кохлеарной имплантации, отсутствием взаимосвязи в работе специалистов образования и здравоохранения, а также просветительской работы с родителями. Поскольку родители становятся главными проводниками ребенка в мире звуков, учат его слушать и слышать, понимать речь и говорить, необходима единая система помощи семьям с детьми раннего возраста до и после кохлеарной имплантации. Именно в раннем возрасте, когда мозг ребенка является наиболее пластичным, средствами педагогической коррекции можно повлиять на ход, характер и время реабилитации ребенка и его семьи.

### **1.3 Надомное визитирование как форма организации ранней помощи**

Надомное визитирование признано наиболее комфортным и эффективным методом сопровождения семьи ребенка раннего возраста (L. E. Josten, K. Savik, R.A. McWilliam, J. Korfmacher) [193, 194, 196], поскольку главным условием психического развития ребенка является его общение со взрослыми (Л.С. Выготский, М.И. Лисина) [26, 83], особенно в условиях полноценной семьи, которая обеспечивает ребенку ведущий для этого возраста вид деятельности: на первом году жизни – возможность

постоянного эмоционального общения, на втором и третьем году – целенаправленное развитие предметно-манипулятивной деятельности и постепенный переход к игровой деятельности. Тем самым они создают комфортную «зону ближайшего развития» в условиях домашней развивающей среды.

Доказано, что благодаря работе специалиста по надомному визитированию со всей семьей, родители меньше подвержены стрессу из-за рождения ребенка с ограниченными возможностями здоровья, в семье выстраиваются более доверительные отношения между ее членами, а дети, включенные в программу, показывают лучшие достижения в речевом и социальном развитии, а также в решении проблемных ситуаций (R.A. McWilliam, J. Korfmacher) [194, 196].

В зависимости от реализуемой модели, целью надомного визитирования является обеспечение семьи целыми спектром поддерживающих услуг, задачами которых является: укрепление взаимоотношений внутри семьи; создание наиболее безопасной, доступной коррекционно-развивающей среды для ребенка; расширение представлений родителей о развитии ребенка; обеспечение эмоциональной, материальной и информационной поддержкой семью; решение возникших проблем путем консультирования родителей; помощь в процессе воспитания ребенка (K. Boller, D. Gomby, R.A. McWilliam, B.H. Wasik) [178, 196, 209].

Во многих странах мира (Германия, США, Скандинавские страны и др.) ранняя помощь детям с ограниченными возможностями здоровья оказывается в привычной для ребенка среде, куда относится в том числе и дом ребенка. Привычная обстановка создает наиболее благоприятные условия для конструирования новых знаний на основе опыта ребенка, а также внедрения коррекционных мероприятий в режим дня, которые становятся понятнее родителям благодаря привычной обстановке (C. Dunst, D. Jennings, R.A. McWilliam, M. Raab, D. Rush) [186, 191, 196, 199, 200]. Коррекционные мероприятия могут быть внедрены в игру, режимные моменты и прочую

привычную для ребенка деятельность [191, 199]. Привычная каждодневная деятельность является важной базой для приобретения новых навыков, так как является предсказуемой, повторяющейся изо дня в день [210].

Согласно R.A. McWilliam [196] надомное визитирование в рамках ранней помощи базируется на следующих принципах:

- дети раннего возраста лучше обучаются через каждодневное взаимодействие со знакомыми людьми в привычной обстановке;
- каждая семья, имея информационную поддержку и необходимые ресурсы, может положительно влиять на развитие своего ребенка;
- с самого начала процесс ранней помощи должен быть динамичным и основываться на всех возможных ресурсах семьи;
- работа с детьми раннего возраста и их семьями должна основываться на научных исследованиях, накопленном опыте работы и определенной законодательной базе.

Согласно подходу R.A. McWilliam [196], основанному на поддержке родителей и развитии ребенка через его привычную повседневную деятельность, сам процесс ранней помощи происходит в промежутке между еженедельными визитами специалиста. Коррекционные занятия не являются основными уроками, так как ребенок не может полностью перенести полученные навыки в каждодневную жизнь (C. Dunst, R.A., McWilliam, M. Raab) [186, 196, 199]. Надомное визитирование предоставляется всей семье, не только ребенку. R.A. McWilliam [196] отмечает, что работа только с ребенком – это нерациональная трата времени, если в нее не вовлечены родители (или лица, их заменяющие). Внимание специалиста должно обязательно фокусироваться и на взрослых, которые играют самую важную роль в развитии ребенка, т.к. именно они взаимодействуют со своим ребенком каждый день и являются самыми значимыми людьми в его жизни. Обучая родителей, специалист стремится к тому, чтобы ребенок получал качественную развивающую поддержку постоянно, а не только во время посещения специалиста.

Таким образом, в рамках ранней помощи надомное визитирование предполагает максимальное использование ресурсов семьи для оказания постоянной развивающей поддержки ребенку со стороны специалистов и родителей.

#### **1.4 Методологические основы надомного визитирования в рамках ранней помощи**

Современные модели ранней помощи в основном базируются на экологической теории U. Bronfenbrenner [134, 179, 189], в основе которой лежит представление о том, что ребенок и его семья существуют в контексте определенных взаимоотношений между индивидуальными особенностями развития ребенка и членов семьи, а также социальным окружением. Ряд авторов исследовали социально-экологическую теорию в рамках работы с семьями, в которых дети имеют ограниченные возможности здоровья (M.M. Bubolz, A.P. Whiren, D. Mitchel) [181, 197]. Согласно социально-экологической парадигме, социальное окружение дает семье ресурсы, необходимые для жизнедеятельности, обеспечивает систему жизненной и социальной поддержкой [134].

U. Bronfenbrenner [179] выделил следующие подсистемы социально-экологической модели: микросистему, мезосистему, экзосистему и макросистему, которые D. Mitchel [197] применил к семьям с детьми с нарушениями развития. Микросистема представляет собой взаимоотношения внутри семьи и функционирует внутри мезосистемы, которая включает ближайшее окружение семьи и поле ее деятельности. В экзосистему входят факторы, которые активно влияют на семью, но семья не может влиять на данные условия. Макросистема отражает принятые в обществе ценности.

Философия семейно-центрированного подхода предполагает, что профессиональное сообщество оказывают информационную, консультативную и прочую необходимую поддержку семьям, которая дает

возможность строить партнерские отношения с целью достижения максимального результата в обучении и воспитании [134, 186].

В семейно-центрированной модели основной ценностью является семья, как наилучшая среда для развития и воспитания ребенка. В семье, через эмоциональное общение с матерью, наиболее полноценно могут реализоваться потребности ребенка в развитии, закладываются основные навыки социальных взаимоотношений. Семья в рамках данного подхода рассматривается как сложная система, члены которой находятся в непрерывном взаимодействии между собой и с окружающим миром. Специалисты в свою очередь признают самоценность и уникальность семьи, оказывая поддержку всей семье, т.к. при рождении ребенка с особенностями в развитии возникает риск распада семьи. Основными технологиями помощи в рамках семейно-центрированного подхода являются различные формы домашнего визитирования. Доминирует опосредованная помощь: работа со всей семьей, финансовая, медицинская помощь членам семьи, помощь в получении образования, в трудоустройстве. Семья из инструмента превращается в активного участника помощи, а специалист из эксперта — в участника диалога. Основным местом оказания помощи является то место, где семья проживает (О.Г. Приходько, О.В. Югова) [112].

Согласно концепции С.Д. Dunst, С.М. Trivette [186] семейно-центрированный подход состоит из двух основных компонентов: реляционного (относительного) и совместного. Реляционный компонент включает в себя такие профессиональные навыки, как активное слушание и эмпатия. Совместный компонент включает индивидуальный подход к каждой семье, учитывающий особенности семьи, приоритеты, нужды и ценности. Это позволяет строить раннюю помощь на основе сотрудничества и активно использовать для этого все возможности и ресурсы семьи (М. Bruder, D. Daro, С.Д. Dunst) [180, 185, 186].

Установлено, что в борьбе со своими переживаниями родители используют как внутренние, так и внешние ресурсы (R.A. McWilliam) [196]. К

внутренним ресурсам относятся психологические характеристики индивида (например, оптимизм, вера в себя и т.д.), которые помогают эффективно справиться с переживаниями. К внешним ресурсам относятся социальные контакты родителей, поддержка, которую они получают от друзей, родственников, профессионалов, а также информационные ресурсы и религиозные убеждения. Использование тех или иных ресурсов зависит от индивидуальных особенностей переживания стресса родителями, усилий, направленных на его преодоление. Ресурсный подход используется в раннем вмешательстве для планирования работы с семьями на основе имеющихся в семье средств [186]. Исследования в этой области доказывают важность понимания физического, психологического и социального контекста, внутри которых происходит переживание стресса родителями [112, 180, 186, 192].

*Семейно-центрированный подход* включает следующие основные принципы: фокусирование на сильных сторонах семьи, уважение традиций, ценностей и решений семьи; искреннее и открытое общение с семьей, гибкость программы в соответствии с нуждами семьи; признание ценности неформальной системы поддержки семьи [134]. С.Ж. Dunst и М. Bruder [180, 186] отмечали необходимость создания коррекционной среды для ребенка в процессе всего бодрствования и выделяли деятельность ребенка в течение дня, которая является наиболее важной частью обучения и может включать следующие компоненты: режимные моменты, ритуалы и праздники.

Отдельные компоненты режима дня семьи являются наиболее важной частью домашнего визитирования и предполагают время дня или события, которые включают всю свободную и учебную деятельность ребенка. Это такие события в течение дня как, например, завтрак, поездка на машине, уборка в комнате, купание и т.д. Они могут включать и достаточно редкие события, такие как поход в магазин или к бабушке в гости, визит к врачу и т.д. Разные семьи выделяют различные режимные моменты, время, в которое они происходят, и способы их выполнения. Режим дня особенно важен в раннем возрасте не только для нормального развития нервной системы и

предупреждения сильного утомления, но и для того, чтобы ребенок чувствовал себя в защищенности, зная, что будет дальше. В раннем возрасте ребенок начинает осознавать свое «Я», в связи с чем появляются многие страхи: страх темноты, одиночества, незнакомых людей, страх потеряться и быть отвергнутым родными. Именно поэтому ребенку раннего возраста комфортнее взаимодействовать с педагогом в привычной домашней среде, которой он доверяет и где его окружают близкие взрослые. Таким образом, создаются изначально благоприятные условия для коррекционно-развивающей работы с ребенком и его семьей.

В работе с родителями детей раннего возраста после кохlearной имплантации особенно важен *принцип эмоциональной окрашенности* (Н. М. Назарова) [143] взаимодействия родителей с ребенком. Эмоциональный диалог взрослого с ребенком после имплантации является, согласно А.И. Сатаевой [129, 131], «точкой запуска» новых слуховых и речевых возможностей ребенка. Очень важно учить родителей быть более эмоциональными со своим ребенком. Заряжая ребенка своими эмоциями, родители формируют естественную основу для овладения речью. Потребность и возможность использовать появившийся после кохlearной имплантации слух возникает благодаря эмоциональному взаимодействию с близкими взрослыми. В ходе эмоционального диалога взрослого и ребенка «звуки связываются с определенными впечатлениями и переживаниями, поэтому реакция на звучания непременно содержит эмоциональное отношение ребенка к услышанному: удивление, обиду, грусть, гнев, радость, растерянность и смущение и др.» (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева) [41, 129, 131]. Согласно современным исследованиям, речевое развитие ребенка находится в непосредственной зависимости от формирования механизмов аффективной организации поведения и усложнения эмоционального контакта близких взрослых с ребенком (Е.Р. Баенская, А.И. Сатаева) [8, 41, 129, 131].

Кроме этого, важно также выделить *принцип фасилитации* в работе с семьей ребенка раннего возраста после кохlearной имплантации, т.е.



облегчение трудностей семьи и поддержка ее педагогом на начальном этапе сопровождения, своевременное постепенное уменьшение помощи по мере освоения родителями основных навыков работы с ребенком в процессе каждодневной деятельности [143].

Таким образом, надомное визитирование семьи ребенка раннего возраста является частью семейно-центрированного подхода, в рамках которого семья рассматривается как база, на которой строится коррекционно-педагогический процесс. Работа с семьей ребенка раннего возраста после кохлеарной имплантации предполагает организацию и обучение родителей усложнению эмоционального диалога с ребенком, а также постепенное уменьшение помощи со стороны сурдопедагога в выстраивании этого взаимодействия.

### **1.5 История становления надомного визитирования в России**

Исследования 80-х годов прошлого столетия позволили создать и проверить на практике систему раннего выявления и помощи детям с выраженными нарушениями слуха. К началу 90-х годов XX века в России наука располагала комплексом исследований в области нейропсихофизиологии слуха и зрения детей младенческого и раннего возраста (Л.П. Григорьева, Н.Н. Зислина, Л.И. Фильчикова и др.) [38, 53, 162], а также в области комплексной помощи отдельным категориям детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья (Ю.А. Разенкова, Т.В. Пелымская, Л.И. Солнцева, Н.Д. Шматко, и др.) [118, 142].

В 1990-е годы в рамках реформ в стране, в том числе и в образовании, Институтом коррекционной педагогики РАО была предложена концепция ранней помощи, которая основывалась на международном опыте (Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Н.Д. Шматко) [91, 117, 142].

Большой вклад в создание отечественной системы ранней помощи внесли Е.Ф. Архипова Е.М. Мастюкова, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Г.В. Чиркина и др. [6, 92, 119, 146, 164].

В 1992 году специально для реализации программы «Абилитация младенцев» (руководители Л.А. Чистович, Е.В. Кожевникова) создается негосударственная организация «Санкт-Петербургский Институт раннего вмешательства», которая взаимодействовала со специально созданной в Швеции дружеской ассоциацией поддержки данной программы [59, 217]. Программа являлась составной частью целевой медико-социальной программы Санкт-Петербурга «Дети-инвалиды». С 2001 года Санкт-Петербург в рамках проекта Таис «Партнерство в сфере образования, здравоохранения и социального развития» был выбран в качестве отдельного региона России в области раннего вмешательства. Сотрудниками института при поддержке коллег из Великобритании, США, Норвегии, Финляндии, Швеции были отработаны скрининговые методы выявления детей с нарушениями в развитии, велась разработка программ раннего вмешательства для детей из семей социального риска. Большое внимание уделялось профессиональной и социальной поддержке семей, имеющих детей-инвалидов; многодетным мамам; женщинам, живущих в сложных социальных условиях. В настоящее время в Институте проводятся семинары по организации домашнего визитирования, по запросу родителей предоставляются услуги сопровождения семей с детьми раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья в условиях дома.

В последнее время распространяется практика ранней помощи в регионах. Согласно данным Ю.А. Разенковой [119], более чем в 68 регионах страны действуют различные модели служб ранней помощи, реализуются региональные программы и эксперименты. Например, в Самарской области действует региональная программа по созданию системы служб ранней помощи в шаговой доступности, в республике Мари Эл данное направление также стремительно развивается.

В нашей стране накоплен опыт оказания ранней комплексной помощи разным категориям детей с ограниченными возможностями здоровья (Л.И. Аксенова, Е.Р. Баенская, Е.А. Екжанова, Э.И. Леонгард, О.Г. Приходько, Ю.А. Разенкова, Е.А. Стребелева, Н.Д. Шматко) [1, 8, 43, 80, 112, 146, 169], проблема же надомного визитирования встречается в трудах лишь отдельных авторов (Л.И. Аксенова, Н.Ш. Тюрина, О.В. Югова и т.д.) [1, 156, 173] и остается недостаточно изученной. В России надомное визитирование семей с детьми с ограниченными возможностями здоровья оказывается в основном в ведении системы здравоохранения и социального обслуживания населения, а также благотворительных фондов и некоммерческих организаций. Например, в благотворительном фонде «Даунсайд Ап» существует программа домашних визитов специалиста по работе с детьми с синдромом Дауна с рождения до 1,5 лет [47, 216].

Несмотря на то, что в 2012 году в Законе «Об Образовании в Российской Федерации» впервые выделяется термин «ранняя коррекционная помощь», только в феврале 2016 года была утверждена «Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года» [62, 160], одним из принципов которой является «приоритет оказания услуг ранней помощи в естественных для ребенка ситуациях – по месту проживания ребенка...». В соответствии с индивидуальной программой ранней помощи и сопровождения ребенка и семьи родители вправе определять место «проведения мероприятий (встречи в учреждении и/или визиты домой)».

Анализируя интернет-источники и специальную литературу по проблеме исследования, мы обнаружили, что в России в 17 областях действуют программы надомного визитирования детей с ограниченными возможностями здоровья [213, 214, 215, 218].

Проанализировав программы надомного визитирования, действующие на территории России, мы видим, что данный вид помощи постепенно распространяется на территории нашей страны. Нам удалось выявить 62 учреждения, сопровождающих семьи с детьми с ограниченными

возможностями здоровья в условиях надомного визитирования. По нашим данным, программы надомного визитирования действуют в 17 областях РФ, при этом наиболее распространены в Республике Татарстан, Ханты-Мансийском автономном округе (Югра), Красноярском крае, Тамбовской и Ивановской областях. В России, помимо местных программ надомного визитирования, распространена шведская программа «Community Based rehabilitation» (CBR), которая издается при поддержке Восточно-Европейского Комитета Швеции.

Помощь в условиях надомного визитирования в основном оказывается детям от 0 до 18 лет с ограниченными возможностями здоровья, имеющими множественные нарушения развития и страдающими тяжелой формой заболевания, в связи с этим учреждения в основном ориентированы на социальное обслуживание семей, куда преимущественно входят различные виды социально-реабилитационных, социально-педагогических и социально-психологических мероприятий. В соответствии с этим, службами надомного визитирования делается подбор специалистов, обслуживающих семьи. Выбор специалистов зависит от ориентированности программы сопровождения и имеющегося персонала в штате центра. В основном это психолог, логопед, социальный педагог, социальные работники, медицинская сестра по массажу, координатор семьи. Однако, ни в одной из программ не задействован сурдопедагог и не существует специальной помощи в условиях надомного визитирования детям с нарушенным слухом.

В основном учреждения ориентированы на повышение компетентности родителей по вопросам развития, воспитания и обучения ребенка, помощи родителям в обучении ребенка навыкам самообслуживания, приемам ухода за ним и создании реабилитационного пространства дома с целью максимального включения ребенка в жизнь семьи и последующую социализацию в общество.

Таким образом, мы видим, что, несмотря на наличие в России программ надомного визитирования, не существует технологии сопровождения семей с

детьми с нарушенным слухом. В некоторых регионах (Республика Татарстан, Тамбовская область, Санкт-Петербург) идет подготовка специалистов и волонтеров по работе в рамках данной технологии, но между тем, анализируя виды оказываемой помощи и включенный в нее персонал, мы не увидели приоритета оказания услуг в раннем возрасте, за исключением отдельных программ (Центр Даунсайд Ап города Москва, Городская общественная организация инвалидов «Общество «Даун Синдром» г. Новосибирска, Институт Раннего Вмешательства).

Анализируя состояние надомного визитирования в России, мы выявили, что в настоящее время разрабатывается единый подход к формированию системы ранней помощи и сопровождению детей и их семей, а также определяются механизмы межведомственного взаимодействия на федеральном и региональном уровнях. В перспективе в соответствии с семейно-центрированным принципом сопровождения семьи, ребенок сможет получать раннюю помощь в наиболее комфортных и естественных для него условиях дома, но это требует разработки конкретных программ в зависимости от вида ограниченных возможностей у ребенка, в том числе отдельно для детей с нарушенным слухом.

### **Выводы по I главе:**

1. В России накоплен определенный опыт медицинского и педагогического сопровождения детей после кохлеарной имплантации, существуют апробированные методики работы с данной категорией детей, однако проблема своевременного оказания ранней педагогической помощи семье имплантированного ребенка стоит по-прежнему остро в современных условиях.
2. Надомное визитирование является наиболее комфортной технологией реализации программ ранней помощи, так как визиты сурдопедагога органично вписываются в жизнь семьи, позволяя активно включать

семью в работу с ребенком и использовать все доступные для семьи ресурсы, а также режимные моменты, как базу построения всего реабилитационного процесса.

3. Надомное визитирование основывается на семейно-центрированном подходе, предполагающем выстраивание партнерских отношений с семьей с целью достижения наиболее высокого результата в реабилитации ребенка. Работа с семьями детей раннего возраста после кохлеарной имплантации предполагает обучение родителей усложняющемуся эмоциональному взаимодействию с ребенком как базы, на которой развивается слуховое восприятие, формируется понимание речи и собственная речевая активность ребенка.
4. Анализ современной ситуации в России показывает, что надомное визитирование развивается в стране, однако не было обнаружено программ, ориентированных на помощь детям раннего возраста с нарушенным слухом, в том числе, до и после кохлеарной имплантации.

## ГЛАВА 2

### Диагностическое изучение семей с детьми до и после кохлеарной имплантации

#### 2.1 Цель, задачи и методы исследования

Целью **констатирующего** этапа исследования являлось определение коммуникативных особенностей детей в начале реабилитационного пути до и после кохлеарной имплантации, а также уровня развития понимания речи, слухового восприятия, интереса ребенка к предметам и выявление зависимости результатов обследования детей от характера взаимодействия родителей с детьми.

На констатирующем этапе решались следующие задачи:

- Выявить особенности развития коммуникативных навыков детей, уровень развития понимания речи, слухового восприятия, интереса к предметам на первоначальном этапе реабилитации до и после операции по кохлеарной имплантации;
- Изучить особенности взаимодействия родителей с детьми на первоначальном этапе реабилитации до и после кохлеарной имплантации.

**Методы исследования** определялись с учетом цели и задач констатирующего этапа эксперимента. Диагностическая программа включала следующие методы:

1. Сбор анамнеза (беседа с родителями, анализ имеющейся медицинской документации);
2. Наблюдение за взаимодействием родителей с детьми в процессе режимных моментов (в том числе по видеозаписям);
3. Педагогическая диагностика уровня развития слухового восприятия, понимания речи и особенностей взаимодействия со взрослым детей до и после кохлеарной имплантации;
4. Беседа с родителями.

Исследование сопровождения семьи ребенка раннего возраста до и после операции по кохлеарной имплантации в условиях надомного визитирования проводилось с 2014 по 2020 годы. Базой являлись ФГБУ «Российский научно-клинический центр Аудиологии и слухопротезирования ФМБА России», Центр социальной адаптации для детей с нарушением слуха «Говорун», Детский центр «Слухон». Нормативно-правовая база для проведения исследования - Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации", Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 17 октября 2013 г. N 1155) [60, 61].

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета программ STATISTICA 8.0 для WINDOWS (StatSoft, USA). Использовались стандартные показатели описательной статистики (определение средних значений, медиан, доверительных интервалов, гистограмм распределения, оценка на нормальность распределений, установление стандартных отклонений). Выбор статистического метода проводился с учетом того, относятся ли два ряда сравниваемых данных к одной выборке (например, сравнение показателей у одной группы испытуемых в динамике) или к разным (сравнение показателей у двух групп испытуемых). Для определения статистической достоверности применялись методы статистического анализа для малых выборок с использованием критерия Пирсона  $\chi^2$ , позволяющего сопоставить распределение теоретических и эмпирических частот, и t-критерия Стьюдента для установления статистической значимости между параметрами, при этом достоверным считался уровень  $p < 0,05$ . При проведении непараметрического анализа различий между группами по методу  $\chi^2$ , в случае малого числа случаев в выборках (менее 5) применялась поправка Йетса.



## Характеристика участников исследования

В ходе исследования нами были выделены две группы испытуемых в соответствии с выбором типа сопровождения: в условиях семьи в рамках домашнего визитирования (1 группа) и вне семьи (2 группа) (Рисунок 2.1).

При сопровождении семьи в условиях домашнего визитирования сурдопедагог посещал семью один раз в неделю. При выборе семьей формы занятий вне семьи, ребенок приезжал на занятия 1-2 раза в неделю.

Группа 1 (домное визитирование)	Группа 2 (Контрольная группа)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Группа 1.1</b> - Семьи, начавшие реабилитацию до КИ в условиях домашнего визитирования</li> <li>• <b>Группа 1.2</b> - Семьи, начавшие реабилитацию после КИ в условиях домашнего визитирования</li> </ul> <p>• Всего 23 семьи: 11 семей до КИ, 12 семей после КИ</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Группа 2.1</b> - Семьи, начавшие реабилитацию до КИ в иных условиях</li> <li>• <b>Группа 2.2</b> - Семьи, начавшие реабилитацию после КИ в иных условиях</li> </ul> <p>• Всего 21 семья: 7 семей до КИ, 14 семей после КИ</p>

**Рисунок 2.1** Характеристика групп семей, принимавших участие в исследовании

В исследовании участвовало 44 семьи с 44 детьми с тяжелыми нарушениями слуха, готовящимися к операции и перенесшими кохлеарную имплантацию, из которых было 27 девочек и 17 мальчиков (Таблица 2.1). 18 семей обратились к сурдопедагогу до операции кохлеарной имплантации, 26 семей – после операции и подключения речевого процессора.

**Таблица 2.1 Пол детей, участвовавших в эксперименте**

группы	Пол		Всего
	м	ж	
Надомное визитирование – группа 1	9	14	23
Контрольная группа - группа 2	8	13	21
Всего	17	27	44

$$\chi^2 = 0.0050 \quad Pr = 0.944 \text{ – нет различий}$$

Основным условием включения в эксперимент был возраст детей на момент начала реабилитационных мероприятий – не более 18 месяцев. Минимальный возраст детей на момент первичной диагностики и начала реабилитационных мероприятий – семь месяцев, максимальный – восемнадцать месяцев. Средний возраст составил 14,1 месяца (Таблица 2.2).

**Таблица 2.2 Возраст детей, участвовавших в эксперименте**

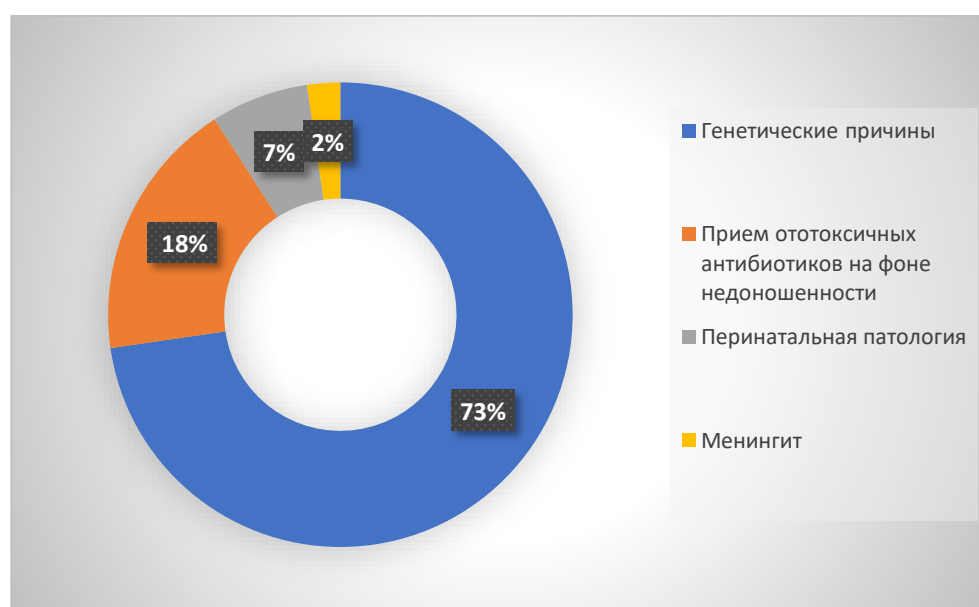
	Группа 1.1 (11 детей)	Группа 1.2 (12 детей)	Группа 2.1 (7 детей)	Группа 2.2 (14 детей)
Среднее значение	12.6	15.25	12.42	16.21
Стандартное отклонение	2.69	3.11	4.11	2.15
Минимум	9	11	7	11
Максимум	18	18	18	18

28 детей являлись пациентами ФГБУ Российский научно-клинический центр Аудиологии и слухопротезирования ФМБА России, где проходило подключение и регулярные настроечные сессии речевого процессора. При наличии возможности сурдопедагог, занимающийся реабилитацией ребенка, принимал участие в настройках речевого процессора кохлеарного импланта. Остальные 16 детей были проимплантированы и проходили регулярные настроечные сессии речевого процессора кохлеарного импланта в других клиниках города Москвы.

Анализ медицинской документации детей показал наличие у них исходно нейросенсорной тугоухости от IV степени до глухоты. 13 детям (29,8%) был поставлен диагноз «сенсоневральная тугоухость IV степени, пограничная с глухотой», 17 (38,6%) – «глухота», 14 (31,8%) – «сенсоневральная тугоухость IV степени». В частности, у 4 детей стоял диагноз: «сенсоневральная тугоухость IV степени, нарушение из спектра аудиторных нейропатий».

31 ребенок (70,4%) был биноурально слухопротезирован заушными слуховыми аппаратами до кохлеарной имплантации.

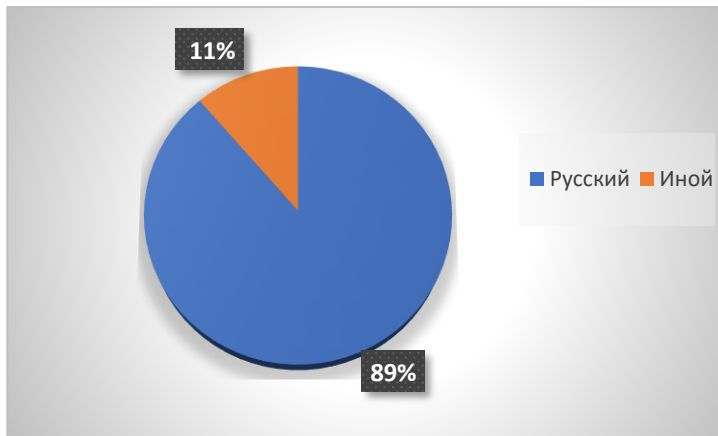
Анализ предположительных причин нарушения слуха у детей на основе анализа имеющейся медицинской документации показал наличие ряда причин, которые представлены на Рисунке 2.2.



**Рисунок 2.2** Причины нарушения слуха у детей

У 32 детей (72,7%) было подтверждено генетическое нарушение слуха. 8 детей (18,2%) родились глубоко недоношенными и получали ототоксичные антибиотики, что могло послужить причиной потери слуха. У 3 детей (6,8%) нарушение слуха обусловлено перинатальной патологией. 1 ребенок (2,3%) переболел в младенчестве менингитом.

У 5 семей русский язык не являлся родным языком родителей. Родители прибыли в Москву из Киргизии, Азербайджана, Таджикистана. В 39 семьях родители родились в России, русский язык являлся их родным языком (Рисунок 2.3). Все родители, участвовавшие в исследовании, были слышащими.

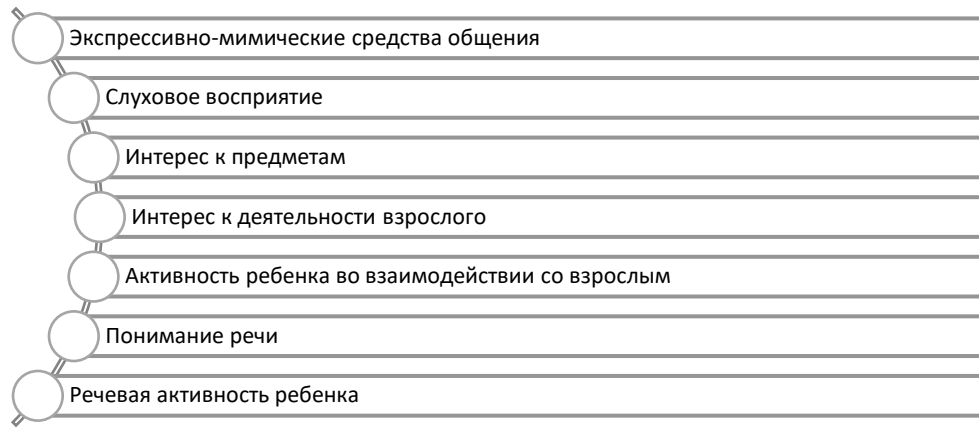


*Рисунок 2.3 Родной язык родителей.*

## 2.2 Педагогическое обследование детей

Мы проанализировали работы отечественных и зарубежных авторов (Е.Ф. Архипова, М.Г. Елагина, П.Л. Жиянова, М.И. Лисина, С.М. Мастюкова, С.Ю. Мещерякова, Т.В. Николаева, О.Г. Приходько, А.Г. Рузская, Е.О. Смирнова, Е.А. Стребелева, О.В. Югова и др.) [6, 44, 47, 85, 92, 98, 99, 113, 127, 138, 140, 146, 173] и выделили наиболее значимые для сурдопедагогической работы показатели, которые в дальнейшем использовались для проведения диагностики в исследуемых группах детей. Наибольшая трудность состояла в том, что методики, разработанные для диагностики детей раннего возраста, не рассчитаны на изменяющиеся слуховые возможности детей после кохлеарной имплантации.

В процессе исследования мы выделили семь показателей, являющиеся наиболее значимыми для реабилитации ребенка до и после кохлеарной имплантации, которые представлены на Рисунке 2.4.



**Рисунок 2.4 Основные показатели, определяющие эффективность реабилитации детей после кохлеарной имплантации**

Для оценки выделенных показателей в начале реабилитации были разработаны диагностические ситуации, лист наблюдения, критерии оценки на основании анализа перечисленных данных (Приложение 1, 2). Диагностические ситуации были направлены на комплексный анализ выделенных показателей. В Таблице 2.3 представлены диагностические ситуации и анализируемые показатели, на которые они направлены. Диагностические ситуации подробно описаны в Приложении 2. Игры предъявлялись ребенку в последовательности, выбранной педагогом в процессе диагностики в зависимости от индивидуальных особенностей ребенка. В начале диагностических проб сурдопедагог предъявлял игры, направленные на анализ характера эмоционального взаимодействия ребенка со взрослым, чтобы установить контакт и заинтересовать ребенка.

**Таблица 2.3. Диагностические ситуации основных показателей, определяющих эффективность реабилитации после кохлеарной имплантации**

ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ СИТУАЦИИ (НАЗВАНИЕ ИГР)	Основные показатели, определяющие эффективность реабилитации после КИ						
	Экспрессивно-мимические средства общения	Уровень развития слухового восприятия	Интерес ребенка к предметам	Интерес к деятельности взрослого	Активность ребенка во взаимодействии со взрослым	Уровень развития понимания речи	Собственная речевая активность ребенка
«Услышь звук музыкального инструмента»	+	+	+		+		+

«Услышь голос»	+	+	+		+		+
«Что звучало?»	+	+	+	+	+	+	+
«Накорми пирогом» (или «спрячь под шляпой» либо «покатай на машине)»	+	+	+	+	+	+	+
«Угадай предмет»	+	+	+	+	+	+	+
Прятки с платочком	+		+	+	+		+
Игра с мыльными пузырями (перышками)	+		+	+	+		+
Пирамидка	+		+	+	+	+	+
Игра с куклой	+		+	+	+	+	+
«Построй башенку»	+	+	+	+	+	+	+
«Кати мяч»	+	+	+	+	+	+	+

Охарактеризуем каждый из разделов, который был оценен по четырем критериям: отсутствует, низкий уровень, средний уровень, высокий уровень.

#### Экспрессивно-мимические средства общения

✓ *Отсутствие* экспрессивно-мимических средств общения выражалось в отсутствии зрительного контакта ребенка со взрослым, мимических выражений ребенком своих чувств, равнодушии ко всем обращениям взрослого и отсутствием заинтересованности к игрушкам.

✓ *Низкий уровень* экспрессивно-мимических средств общения характеризовался редкими зрительными контактами со взрослым, спокойной мимикой. Эмоции и жесты использовались преимущественно на обращения взрослого.

✓ *Средний уровень* - экспрессивно-мимические средства общения характеризовались частыми, но непродолжительными зрительными контактами со взрослым, спокойными эмоциональными проявлениями, непродолжительной эмоциональной включенностью во взаимодействие со взрослым.

✓ *Высокий уровень* экспрессивно-мимических средств общения характеризовался яркой мимикой, эмоциональной включенностью во взаимодействие со взрослым, продолжительным зрительным контактом со взрослым, если того требовала ситуация.

Уровень развития слухового восприятия

✓ *Отсутствует* – ребенок не реагировал на неречевые и речевые звучания.

✓ *Низкий уровень* – у ребенка 6-12 месяцев наблюдались непродолжительные безусловно-ориентировочные реакции на неречевые звучания, реакция на речь разговорной громкости отсутствовала. Ребенок в 12-18 месяцев реагировал на неречевые звучания, речь разговорной громкости, однако не различал звучания между собой. Реакции на шепот не наблюдалось. Ребенок в 18-24 месяца реагировал на неречевые и речевые звучания. Условно-двигательная реакция не была сформирована. У ребенка 24-36 месяцев наблюдались слабые безусловно-ориентировочные реакции на неречевые звучания и речь разговорной громкости.

✓ *Средний уровень* – у ребенка в 6-12 месяцев наблюдались неярко выраженные безусловно-ориентировочные реакции на звучания, ребенок реагировал на знакомую интонацию, ритм, узнавал знакомых взрослых по голосам; реакция на шепотную речь отсутствовала; в 12-18 месяцев у ребенка наблюдались стойкие безусловно-ориентировочные реакции на звучания, ребенок различал музыкальные инструменты, бытовые шумы и голоса близких взрослых. Шепотную речь не различал. У ребенка 18-24 месяцев была выработана условно-двигательная реакция на неречевые звучания, голос разговорной громкости и шепот. Ребенок не различал шепотную речь. У ребенка 24-36 месяцев была выработана условно-двигательная реакция на звучания, ребенок различал речевые и неречевые звучания, однако испытывал сложности при восприятии шепотной речи.

✓ *Высокий уровень* – у ребенка 6-12 месяцев наблюдались стойкие безусловно-ориентировочные реакции на звучания, ребенок реагировал на интонацию, ритм, узнавал знакомых взрослых по голосам; поворачивал голову, когда слышал шепотную речь, концентрировал внимание на тихих звуках, слушал их в течение длительного времени; прислушивался к пению, музыке, реагировал на смену мелодии; различал знакомые звуки окружающего

мира; по-разному реагировал на свое и чужое имя; ребенок в 12-18 месяцев различал музыкальные инструменты, бытовые шумы, голоса животных и голоса близких взрослых, различал тихие речевые и неречевые звучания. У ребенка в 18-36 месяцев была выработана стойкая условно-двигательная реакция на звучания.

*Интерес ребенка к предметам*

✓ *Отсутствует* – у ребенка наблюдалось безразличие к игрушкам и действиям с ними.

✓ *Низкий уровень* – дети 6-12 месяцев проявляли кратковременный интерес к игрушкам, не интересовались упавшей игрушкой, совершали однообразные действия с предметами, вяло манипулировали. Дети в 12-18 месяцев бегло поглядывали на предметы, совершали 1-2 однообразных манипуляции; действия с предметами совершали эпизодически, предпочитая манипулировать предметами; дети постоянно отвлекались от предметов, быстро пресыщались игрой, в их действиях не наблюдалось сосредоточенности. Дети в 18-24 месяца совершали единичные культурно-фиксированные действия с предметами, преимущественно манипулируя предметами, постоянно отвлекались, в действиях отсутствовала сосредоточенность. Дети в 24-36 месяцев манипулировали предметами, эпизодически совершая культурно-фиксированные действия, быстро пресыщались игрой.

✓ *Средний уровень* – у детей 6-12 месяцев наблюдался спокойный и стойкий интерес к предметам и действиям с ними, дети редко отвлекались, пытались достать упавшую игрушку. В 12-18 месяцев дети рассматривали игрушки, совершали разнообразные манипуляции, совершая культурно-фиксированные действия с предметами; рассматривали игрушки, сосредоточенно играя с ними, но часто отвлекались, смотрели по сторонам. В 18-24 месяца дети совершали культурно-фиксированные действия с игрушками, разнообразные манипуляции; были сосредоточены на своей деятельности, однако интерес был непродолжителен. В 24-36 месяцев дети



совершали разнообразные культурно-фиксированные действия с предметами, проявляли непродолжительный стойкий интерес к игрушкам.

✓ *Высокий уровень* – в 6-12 месяцев дети проявляли стойкий интерес к игрушкам, показывали удивление, радость, сосредоточенно изучая игрушки и предметы, не отвлекаясь при этом; совершали разнообразные действия с ними; оживленно манипулировали, сопровождая свои действия лепетом. В 12-18 месяца дети были вовлечены в действия с предметами, действовали сосредоточенно, использовали культурно-фиксированные действия, не отвлекались, были оживлены, сопровождали свои действия лепетом, звукоподражаниями, простыми словами; в 18-24 месяца дети совершали разнообразные культурно-фиксированные действия с предметами, были увлечены игрой в течение продолжительного времени, сопровождали свою игру звукоподражаниями, простыми словами, фразами. Дети в 24-36 месяцев совершали разнообразные культурно-фиксированные действия с предметами, были эмоционально включены в игру, сопровождали свою деятельность предложениями из 2-3 слов.

*Интерес к деятельности взрослого*

✓ *Отсутствует* – у детей наблюдалось отсутствие внимания при показе взрослым действий с предметами, подражания им, игнорирование предложения взрослого поиграть;

✓ *Низкий уровень* – дети наблюдали за действиями взрослого, делали слабые попытки подражать действиям взрослого, быстро отвлекались, переходили к другим занятиям, большинство образцов действий оставались без внимания, в последующей самостоятельной игре дети не пытались воспроизвести образец;

✓ *Средний уровень* – дети внимательно наблюдали за действиями взрослого; сразу после показа образца действия старались воспроизвести его; однако в последующей самостоятельной игре и на следующем занятии образец воспроизводили частично;

✓ *Высокий уровень* – у детей наблюдался стойкий интерес к действиям взрослого, ребенок стремился воспроизвести образец действия.

*Активность ребенка во взаимодействии со взрослым*

✓ *Отсутствует* – ребенок не обращался ко взрослому, уклонялся от общения и не отвечал на инициативу взрослого по взаимодействию с ним;

✓ *Низкий уровень* – дети редко проявляли инициативу во взаимодействии со взрослым, изредка отвечали на игровую инициативу взрослого, часто отвлекались, игнорировали большинство обращений взрослого, не проявляли настойчивости в привлечении внимания взрослых к предметам и действиям с ними, вяло включались в игровую инициативу взрослого; зрительный контакт со взрослым был непродолжительным.

✓ *Средний уровень* – в 6-12 месяцев дети проявляли интерес к взрослому и его действиям, но не выражали удовольствия, радости, периодически отвлекаясь; обращались ко взрослым в основном за помощью для поддержания самостоятельной деятельности или в поисках ласки прижимались к родителям. Дети в возрасте 12-36 месяцев проявляли инициативу не во всех ситуациях взаимодействия со взрослым; инициативные обращения не отличались настойчивостью; дети не всегда откликались на предложения о совместной игре;

✓ *Высокий уровень* – дети в 6-12 месяцев постоянно проявляли инициативу в общении, проявляя настойчивость и максимально используя средства воздействия в виде взгляда, улыбки, голосовых реакций, тактильных ощущений; дети охотно откликались на любое обращение взрослого, проявляли интерес и радость от общения, почти не отвлекались от общения. Дети в 12-36 месяца постоянно проявляли инициативу в общении, привлекали внимание взрослого к предметам, вовлекали в совместные действия, охотно откликались на инициативные действия взрослого, включались в совместную игру и не отвлекались от нее.

*Уровень развития понимания речи*

✓ *Отсутствует* – ребенок не понимает обращенную речь;

✓ *Низкий уровень* – в 6-12 месяцев ребенок понимал единичные звукоподражания; в 12-18 месяцев – понимал отдельные поручения в привычных бытовых ситуациях в сопровождении естественных жестов, а также отдельные звукоподражания и лепетные слова; в 18-24 месяца – совершал действия по поручению взрослого, сопровождающегося зрительной подсказкой (движение рук, мимика); в 24-36 месяцев выполнял единичные действия с хорошо знакомыми предметами по поручению взрослого.

✓ *Средний уровень* – в 6-12 месяцев узнавал единичные названия знакомых предметов, выполнял единичные поручения; в 12-18 месяцев ребенок частично понимал обращенную речь в привычных бытовых ситуациях, выполнял простые действия с предметами по просьбе взрослого; в 18-24 месяца ребенок совершал хорошо знакомые действия с предметами по поручению взрослого, в 24-36 месяцев – понимал обращенную речь разных взрослых, легко находил нужные предметы и совершал действия по просьбе взрослого в рамках ограниченной ситуации взаимодействия, выполнял двухступенчатые инструкции с помощью взрослого.

✓ *Высокий уровень* – в 6-12 месяцев ребенок узнавал названия знакомых животных, близких членов семьи, понимал отдельные поручения, сопровождающиеся жестом например: «Поцелуй маму», «Покажи, как ты хлопаешь», «Нельзя/ Аяяй»; в 12-18 месяцев ребенок узнавал знакомые предметы и животных по их названию и на картинках, выполнял простые действия с предметами, понимал отдельные признаки; понимал речь разных собеседников; в 18-24 месяца ребенок понимал обращенную к нему речь разных взрослых, легко находил необходимые предметы, совершал действия с предметами по просьбе взрослого, понимал признаки предметов; в 24-36 месяцев выполнял поручения, понимал двухступенчатые инструкции взрослого, понимал значение действий, прилагательных и простых предлогов в различных ситуациях взаимодействия, начинал понимать вопросы косвенных падежей, короткие рассказы и сказки. Ребенок выполнял

инструкции взрослого, отвечал на вопросы, не связанные с ситуацией взаимодействия.

*Собственная речевая активность ребенка*

✓ *Отсутствует* – ребенок все время молчит, необходимые предметы требует «мычанием» или криком.

✓ *Низкий уровень* – у ребенка 6-12 месяцев присутствовали в речи единичные вокализации; в 12-18 месяцев – несоотнесенный лепет, крик, голосовые реакции, жесты; в 18-24 месяцев – отдельные звукоподражания; 24-36 – ребенок мог повторить за взрослым отдельные слова и короткие предложения;

✓ *Средний уровень* – у ребенка в 6-12 месяцев в речи наблюдалось гуканье, неактивный лепет; в 12-18 месяцев – отнесенный лепет, звукоподражания; 18-24 месяца – отдельные лепетные и полные слова; 24-36 месяцев – ребенок самостоятельно мог произнести названия знакомых предметов, составить предложение из 2 слов;

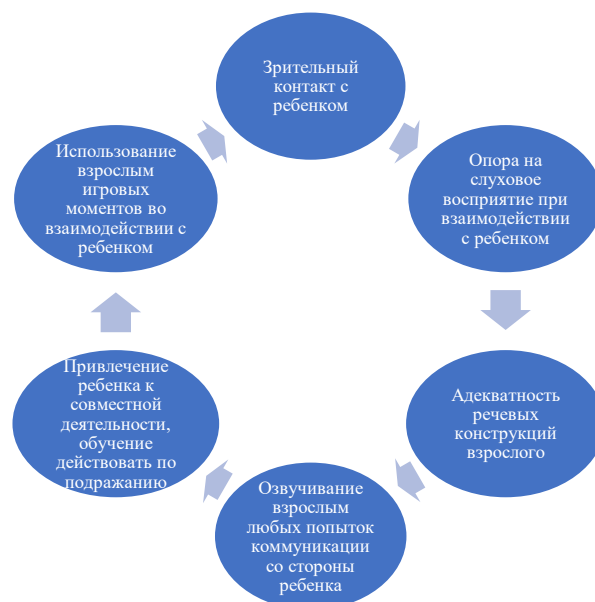
✓ *Высокий уровень* – у ребенка в 6-12 месяцев наблюдался активный лепет; в 12-18 месяцев – звукоподражания, лепетные и полные слова; в 18-24 – короткая фраза из 2 слов; в 24-36 – ребенок обращался к взрослому с высказываниями из 2-3 слов, мог составить 2-3 связных предложения, адекватно использовал местоимения я, ты, мне (к 30 месяцам), овладевал множественным числом существительных и глаголов (в 36 месяцев). В речи ребенка появлялись спонтанно освоенные в естественной коммуникации слова.

### **2.3 Исследование взаимодействия родителей с детьми раннего возраста до и после операции по кохлеарной имплантации**

При проведении исследования взаимодействия родителей с детьми младенческого и раннего возраста до и после кохлеарной имплантации нами были проанализированы методики работы с имплантированными детьми

(Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева, И.В.) [41, 70, 133], а также исследования по работе с детьми младенческого и раннего возраста с нарушенным слухом (Л.М. Кобрина, Б.Д. Корсунская, Э.И. Леонгард, Т.В. Николаева, Т.В. Пельмская, Н.Д. Шматко) [58, 67, 80, 99, 168, 169], синдромом Дауна (П.Л. Жиянова, Г.П. Одинокова, О.И. Пальмов) [47, 104, 107], с органическим поражением ЦНС (М.В. Браткова, Г.А. Мишина, О.Г. Приходько, Е.А. Стребелева, О.В. Югова и др.) [17, 94, 112, 146, 173], в том числе с недоношенными, рожденными на ранних сроках с экстремально низкой массой тела (С.Б. Лазуренко) [73], а также с детьми, имеющими речевые нарушения (Н.Ю. Григоренко, О.Е. Громова, Г.В. Чиркина, Е.В. Шереметьева и др.) [37, 39, 164, 167] и выделены наиболее значимые показатели, являющиеся основной базой для адекватной слуховым возможностям ребенка реабилитационной работы.

В ходе исследования были выделены показатели взаимодействия родителей с детьми раннего возраста до и после кохлеарной имплантации (Рисунок 2.5), которые были оценены по следующим уровням: отсутствует, низкий уровень, средний уровень и высокий уровень, адекватный слуховым возможностям ребенка.



**Рисунок 2.5 Показатели взаимодействия родителей с детьми раннего возраста до и после операции кохлеарной имплантации**

Охарактеризуем каждый из разделов:

Зрительный контакт родителей с ребенком

✓ *Отсутствует* – родитель совершенно не смотрел на ребенка при взаимодействии с ним.

✓ *Низкий уровень* – при взаимодействии с ребенком родитель периодически смотрел на него, но не добивался ответного зрительного контакта, не привлекал зрительного внимания к ситуации, о которой шла речь.

✓ *Средний уровень* – в момент взаимодействия родитель смотрел на ребенка, привлекал его внимание к своему лицу, предмету, совершаемой деятельности, о которых шла речь. Такое взаимодействие происходило регулярно, однако наблюдались ситуации, когда родитель обращался к ребенку, не добиваясь зрительного контакта и зрительной включенности ребенка в ситуацию взаимодействия.

✓ *Высокий уровень (Адекватный слуховым возможностям ребенка)* – на начальном этапе реабилитации родители постоянно привлекали внимание ребенка в процессе взаимодействия с ним: смотрели на него, дожидались зрительного контакта, привлекали внимание к предметам и явлениям, которые становились предметом взаимодействия. По мере развития понимания речи ребенка зрительный контакт ослабевал, родитель оставался чувствителен во взаимодействии с ребенком, зрительный контакт поддерживался, когда ребенку это было необходимо в ситуациях взаимодействия: ребенок не понимал сказанное, нуждался в поддержке, внимании либо родитель видел непонимание ребенком ситуации и привлекал его зрительно, что происходило естественно в соответствии со слуховыми возможностями ребенка.

Опора на слуховое восприятие ребенка

✓ *Отсутствует* – родитель не привлекал слуховое внимание ребенка ни к каким звукам и собственной речи.

✓ *Низкий уровень* – родители эпизодически привлекали слуховое внимание ребенка к окружающим звукам и собственной речи.

✓ *Средний уровень* – родители регулярно привлекали слуховое внимание ребенка к собственной речи и окружающим звукам, однако наблюдались требования, неадекватные слуховым возможностям ребенка.

✓ *Адекватный слуховым возможностям ребенка уровень* – родители привлекали внимание ребенка к собственному голосу, бытовым звукам и звукам окружающего мира в соответствии с изменяющимися слуховыми возможностями ребенка.

*Адекватность речевых конструкций взрослого*

✓ *Отсутствует* – родители говорили с ребенком развернутыми фразами, не использовали звукоподражания, естественные жесты, не выдерживали паузы, не учитывали ритмико-интонационную сторону речи и ее эмоциональную составляющую. В некоторых семьях дети росли в ситуации двуязычия, не было единых требований к языку взаимодействия с ребенком и при ребенке.

✓ *Низкий уровень* – родители минимально использовали естественные жесты, речевые конструкции не соответствовали слуховому статусу ребенка; использование звукоподражаний и учет эмоциональной составляющей, ритмико-интонационной стороны речи, выдерживание смысловых пауз были минимальны.

✓ *Средний уровень* – родители не во всех ситуациях взаимодействия старались четко и емко формулировать свои мысли при взаимодействии с ребенком, при необходимости использовать естественные жесты и звукоподражания. Эмоции и учет ритмико-интонационной стороны речи были недостаточно выражены.

✓ *Адекватный слуховым возможностям ребенка уровень* – в начале реабилитации родители общались с детьми короткими, в соответствии со слуховыми возможностями ребенка, емкими по содержанию фразами, сопровождающимися естественными жестами и звукоподражаниями. Речь взрослых была эмоциональна и богато интонирована. Родители выдерживали паузы и соблюдали смысловые ударения. Когда у ребенка было сформировано

бытовое понимание речи, родители минимально использовали естественные жесты, переставали использовать звукоподражания. Четко и емко формулировали свои высказывания, постепенно снижая эмоциональную окраску до естественной и усложняя речевые конструкции.

Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка:

✓ *Отсутствует* – родитель молча давал предмет, на который указывал ребенок, не побуждал ребенка попросить, не давал образец элементарного высказывания.

✓ *Низкий уровень* – взрослый озвучивал просьбы ребенка, однако образцы высказываний не соответствовали слуховому статусу ребенка и уровню развития понимания речи - родители использовали развернутые фразы, не выдерживали пауз между высказываниями; либо наоборот, у родителей наблюдалось четкое, но утрированное послоговое проговаривание.

✓ *Средний уровень* – родители озвучивали все просьбы ребенка, побуждали использовать указательный жест и жест «дай», однако образцы высказываний не соответствовали уровню развития понимания речи и уровню развития слухового восприятия ребенка.

✓ *Адекватный слуховым возможностям ребенка уровень* – в начале реабилитации взрослые постоянно озвучивали просьбы и любые попытки коммуникации со стороны ребенка с использованием звукоподражаний и лепетных слов, с богатой мимикой и выраженной ритмико-интонационной стороной речи; по мере развития понимания речи ребенком и собственной речи, родители убирали звукоподражания и постепенно усложняли речевые конструкции.

Привлечение к совместной деятельности, обучение действию по подражанию



✓ *Отсутствует* – родители не привлекали ребенка к совместной деятельности, не учили действовать по подражанию.

✓ *Низкий уровень* – родитель минимально привлекал ребенка к своей деятельности в быту, творческой деятельности, конструированию, не предлагал деятельность по схеме «сначала я, потом ты», «смотри, как я...», минимально использовал простые стихи и потешки наподобие «Ладушки-ладушки».

✓ *Средний уровень* – родители периодически привлекали ребенка к совместной деятельности в быту, совместным играм (кубики, пирамидки), творческой деятельности (рисование красками, пальчиковыми красками, лепка), периодически использовали во взаимодействии с детьми простые потешки наподобие «Ладушки-ладушки».

✓ *Адекватный слуховым возможностям ребенка уровень* – активное каждодневное привлечение ребенка к совместной деятельности в быту, совместным играм (кубики, пирамидки), творческой деятельности (рисование красками, пальчиковыми красками, лепка). Родители регулярно использовали во взаимодействии с детьми простые потешки наподобие «Ладушки-ладушки», по мере расширения понимания речи ребенком усложняли речевой материал.

*Использование игровых моментов во взаимодействии родителей с детьми*

✓ *Отсутствует* – родители не использовали игровые моменты, такие как игры в прятки, «козу-рогатую» во взаимодействии с ребенком.

✓ *Низкий уровень* – родители минимально использовали сюрпризные и игровые моменты во взаимодействии с ребенком в быту (игры в прятки «Ку-ку», «Кто там?», «Коза-рогатая», тактильно-ориентированные игры); игровые моменты не соответствовали уровню развития ребенка.

✓ *Средний уровень* – родители эпизодически использовали игровые моменты во взаимодействии с ребенком, однако их было недостаточно, либо они не полностью соответствовали уровню развития ребенка.

✓ *Адекватный слуховым возможностям ребенка уровень* – в начале реабилитации родители во взаимодействии с ребенком постоянно использовали игровые моменты и тактильно-ориентированные игры. По мере взросления ребенка и расширения понимания речи игровые сюжеты усложнялись.

#### 2.4 Сопоставление коммуникативных действий родителей и уровня развития детей в начале реабилитации

В соответствии с проведенной диагностикой нами был проведен анализ результатов констатирующего этапа эксперимента. Для исследования нами были взяты дети из группы 1 и группы 2 и поделены на 2 подгруппы в соответствии со временем начала реабилитации: до операции кохlearной имплантации или после нее. Результаты исследования представлены в Таблице 2.4 и Таблице 2.5.

**Таблица 2.4. Характеристика показателей развития детей в начале подготовительного периода до операции кохlearной имплантации**

Анализируемые параметры	Степень выраженности										Итого	
	отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень		Соответствует возраст			
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%		
Реакция на звуки	13	72,9	5	27,7	0	0	0	0	0	0	18	100
Понимание речи	18	100	0	0	0	0	0	0	0	0	18	100
Собственная речевая активность	18	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	100
Активность ребенка во взаимодействии со взрослым	0	0	8	44,4	10	55,5	0	0	0	0	18	100
Экспрессивно-мимические средства общения	0	0	9	50	9	50	0	0	0	0	18	100
Интерес ребенка к предметам	0	0	9	50	9	50	0	0	0	0	18	100
Интерес к деятельности взрослого	0	0	9	50	9	50	0	0	0	0	18	100

С 18 детьми работа велась до операции кохлеарной имплантации на протяжении 5-8 месяцев. В ходе первичной диагностики были получены результаты, отраженные в Таблице 2.4.

У всех детей отсутствовало понимание речи, собственная речевая активность была представлена несоотнесенным лепетом, криком, отдельными жестами. Реакция на звуки у 72,9% детей отсутствовала. У 55,5 % детей наблюдалась средняя активность во взаимодействии со взрослым, у 50% детей экспрессивно-мимические средства общения, интерес к предметам и деятельности взрослого были представлены на низком уровне, у 50% - на среднем уровне.

На момент начала коррекционной работы после операции кохлеарной имплантации (Таблица 2.5) у большинства детей (86,4%) отсутствовало понимание речи и собственная речевая активность.

У всех детей наблюдался низкий уровень слухового восприятия.

У большинства детей (61,4%) отмечался низкий уровень развития интереса к предметам и деятельности взрослого, а также сформированности экспрессивно-мимических средств общения (56,8%) (Таблица 2.5).

**Таблица 2.5. Характеристика показателей развития детей в начале реабилитации после кохлеарной имплантации**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Реакция на звуки	0	0	44	100	0	0	0	0	44	100
Понимание речи	38	86,4	5	11,4	1	2,8	0	0	44	100
Собственная речевая активность	38	86,4	5	11,4	1	2,8	0	0	44	100
Активность ребенка во взаимодействии со взрослым	0	0	27	61,4	16	36,4	1	2,2	44	100
Экспрессивно-мимические средства общения	0	0	25	56,8	18	40,9	1	2,2	44	100
Интерес ребенка к предметам	0	0	27	61,4	16	36,4	1	2,2	44	100
Интерес ребенка к деятельности взрослого	0	0	27	61,4	17	38,6	0	0	44	100

Было выявлено, что у детей, которые начали заниматься в центре до операции кохлеарной имплантации по сравнению с группой детей, которые начали занятия после операции, уровень развития понимания речи и собственной речевой активности был выше ( $p=0,008$ ). В группах 1.1 и 2.1, в которых дети прошли подготовительный период до операции, отмечались статистически значимые отличия ( $p<0,05$ ) по сравнению с группами 1.2 и 2.2, в которых дети не получали реабилитационной помощи до операции, в активности ребенка во взаимодействии со взрослым, развитии экспрессивно-мимических средств общения, интереса ребенка к предметам и деятельности взрослого. Это отражает значение реабилитационной работы до операции, которая является существенной подготовительной базой для всей коррекционной работы после кохлеарной имплантации и влияет на ее темп, а также характер взаимодействия ребенка со взрослым (Приложение 3).

Таким образом, начальный уровень понимания речи, слухового восприятия и собственной речевой активности большинства детей был низким, интерес ребенка к предметам, действиям взрослого, его активность во взаимодействии со взрослым, развитие экспрессивно-мимических средств общения у большинства детей характеризовались как низкие.

В начале подготовительного периода у большинства родителей отсутствовала опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком (61,1%); наблюдался низкий (50%) и средний (50,0%) уровень удерживания зрительного контакта с ребенком. У большей части исследуемых были оценены как низкие такие показатели как адекватность речевых конструкций взрослого (94,4%), озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка (83,3%), привлечение к совместной деятельности, обучения деятельности по подражанию (66,6%) и использование игровых моментов во взаимодействии с ребенком (66,6%) (Таблица 2.6).

**Таблица 2.6 Анализ взаимодействия родителей с детьми в подготовительном периоде до операции кохлеарной имплантации**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Зрительный контакт с ребенком	0	0	9	50,0	9	50,0	0	0	18	100
Опора на слуховое восприятие	11	61,1	7	38,8	0	0	0	0	18	100
Адекватность речевых конструкций взрослого	1	5,5	17	94,4	0	0	0	0	18	100
Озвучивание взрослым любых попыток коммуникаций со стороны ребенка	3	16,6	15	83,3	0	0	0	0	18	100
Привлечение к совместной деятельности, обучение действию по подражанию	1	5,5	12	66,6	5	27,7	0	0	18	100
Использование игровых моментов во взаимодействии родителей с детьми	5	27,7	12	66,6	1	5,5	0	0	18	100

В начале адаптационного периода (Таблица 2.7) зрительный контакт большинства родителей с детьми был представлен на низком (50%) и среднем (50 %) уровнях; опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком у большинства (61,1%) родителей была на низком уровне. Адекватность речевых конструкций взрослых при взаимодействии с ребенком в подавляющем большинстве случаев была оценена как низкая (94,4%). Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации у большинства родителей было оценено как низкое (83,3 %). Привлечение родителями детей к совместной деятельности осуществлялось на низком (66,6%) уровне. Игровые моменты во взаимодействии с детьми использовало больше половины родителей, однако у большинства из них уровень взаимодействия оценивался как низкий (66,6%).

Общая оценка взаимодействия большинства родителей с детьми находилась на низком уровне.

В ходе исследования были получены статистически достоверно более высокие показатели при анализе зрительного контакта родителей с ребенком

в группе 1.2 ( $p=0,049$ ) по сравнению с группой 2.2 и в группе 2.1 по сравнению с группой 2.2 ( $p=0,000$ ) (Приложение 3, Таблица 2).

**Таблица 2.7 Анализ взаимодействия родителей с детьми в начале адаптационного периода**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	п	%	п	%	п	%	п	%		
Зрительный контакт с ребенком	0	0	20	45,5	24	54,5	0	0	44	100
Опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком	7	15,9	28	63,7	9	20,4	0	0	44	100
Адекватность речевых конструкций взрослого	4	9,1	22	50	18	40,9	0	0	44	100
Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка	5	11,4	24	54,5	15	34,1	0	0	44	100
Привлечение взрослым ребенка к совместной деятельности	4	9,1	26	59,1	14	31,8	0	0	44	100
Использование игровых моментов при взаимодействии с ребенком	5	11,4	27	61,4	12	27,2	0	0	44	100

Общая оценка взаимодействия большинства родителей с детьми находилась на низком уровне.

В ходе исследования были получены статистически достоверно более высокие показатели при анализе зрительного контакта родителей с ребенком в группе 1.2 ( $p=0,049$ ) по сравнению с группой 2.2 и в группе 2.1 по сравнению с группой 2.2 ( $p=0,000$ ) (Приложение 3, Таблица 2).

В группах, получавших сопровождение в условиях надомного визитирования, преобладала опора на слуховое восприятие ( $P=0,002$ ) при взаимодействии с ребенком, которая отличалась и между данными группами с преобладанием более высоких показателей в группе, прошедшей подготовительный период ( $p=0,005$ ). Также преобладала адекватность речевых конструкций взрослых в группе, участвовавшей в подготовительном периоде в условиях надомного визитирования ( $P=0,002$ ), а также привлечение ребенка к совместной деятельности ( $P=0,007$ ) и использование игровых

моментов при взаимодействии с ребенком ( $P=0,002$ ) по сравнению с группой, участвовавшей в программе надомного визитирования, но не прошедшей подготовительный период до операции.

Были обнаружены статистически значимые отличия между группами, прошедшими подготовительный период (1.1 и 1.2) ( $p=0,000$ ), а также группами 2.1 и 2.2 ( $p=0,000$ ), при анализе озвучивания взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка (Приложение 3).

Таким образом, мы видим зависимость уровня включенности ребенка во взаимодействие со взрослым, его интереса к предметам и развития экспрессивно-мимических средств общения от взаимодействия родителей с детьми, а также статистически достоверно значимую зависимость включенности родителей во взаимодействие с ребенком от наличия подготовительного периода до операции кохлеарной имплантации.

### **Выводы по II главе:**

При изучении семей с детьми раннего возраста, являющимися кандидатами и пользователями системы кохлеарной имплантации, была разработана система оценки уровня развития слухового восприятия, понимания речи и собственной речевой активности детей, а также их включенности во взаимодействие со взрослым, развития экспрессивно-мимических средств общения, интереса к предметам и деятельности взрослого. Кроме того, были разработаны параметры оценки особенностей взаимодействия родителей с детьми раннего возраста с нарушенным слухом, которые включали следующие показатели: зрительный контакт с ребенком, опора на слуховое восприятие, адекватность речевых конструкций взрослого, озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка, привлечение к совместной деятельности и использование игровых моментов при взаимодействии с ребенком. Для оценки перечисленных показателей уровня развития детей и особенностей взаимодействия родителя с ребенком

были разработаны диагностические ситуации, направленные на оценку заданных параметров.

В ходе сурдопедагогического обследования семей были получены следующие результаты:

1. На момент начала реабилитации после кохлеарной имплантации более высокие результаты диагностики имели дети, прошедшие подготовительный период до операции.
2. Родители, которые участвовали в подготовительном периоде до операции кохлеарной имплантации, имели более высокий уровень взаимодействия с ребенком по сравнению с семьями, которые не получали специальную сурдопедагогическую помощь до кохлеарной имплантации.
3. Статистически значимых отличий исходного уровня слухоречевого развития детей в экспериментальной и контрольной группах на момент начала эксперимента обнаружено не было.



### **ГЛАВА 3**

#### **Надомное визитирование семей с детьми раннего возраста до и после кохлеарной имплантации**

На основании результатов, полученных в ходе констатирующего этапа эксперимента, для каждого ребенка был выбран индивидуальный маршрут реабилитации, учитывающий особенности развития ребенка и условия жизни семьи, его возраст, пожелания родителей о месте проведения реабилитационной работы. В основу технологии надомного визитирования был положен метод «ЗП-реабилитации», разработанный Е.Л. Гончаровой, О.И. Кукушкиной, А.И. Сатаевой [41, 129, 130], заключающийся в создании сурдопедагогом и, с его помощью, родителями условий для проживания ребенком на новой сенсорной основе тех этапов раннего онтогенеза, которые были проведены ребенком в условиях глухоты. Точкой запуска развития слухового восприятия и, как следствие, формирования собственной речевой активности ребенка, является становление и усложнение эмоционального взаимодействия ребенка с близкими взрослыми. В соответствии с «ЗП-реабилитацией», работа сурдопедагога включает четыре сессии, направленные на работу со всей семьей имплантированного ребенка, которые мы учитывали при построении технологии домашнего визитирования: ориентировочная; запуск эмоционального взаимодействия имплантированного ребенка с семьей на новой сенсорной основе; запуск понимания речи на новой сенсорной основе; запуск спонтанного освоения речи в естественной коммуникации на новой сенсорной основе.

#### **3.1 Технология надомного визитирования семей с детьми раннего возраста до и после операции кохлеарной имплантации**

**Цель** формирующего этапа эксперимента заключалась в построении и реализации технологии сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка

раннего возраста до и после операции кохlearной имплантации в условиях надомного визитирования с учетом изменяющихся слуховых возможностей ребенка после перенесенной операции. Обучение родителей навыкам взаимодействия с ребенком до и после кохlearной имплантации, внедрение развивающих мероприятий в режимные моменты семьи и выстраивание технологии сурдопедагогического сопровождения в условиях надомного визитирования проводилось с семьями детей, проимплантированных в РНКЦ Аудиологии и слухопротезирования ФМБА России (41 ребенок) и других клиниках города Москвы (ФГАУ «НМИЦ здоровья детей» Минздрава России, ФГУП НМИЦО ФМБА России), на базе Центра социальной адаптации для детей с нарушением слуха «Говорун» или Детского центра «Слухон».

На формирующем этапе решались **следующие задачи**:

- определить направления развивающей работы с семьями детей до и после кохlearной имплантации в условиях надомного визитирования;
- разработать и апробировать технологию надомного визитирования семей с детьми раннего возраста до и после кохlearной имплантации.

С учетом цели и задач формирующего этапа эксперимента были использованы следующие **методы исследования**:

1. Наблюдение за взаимодействием родителей с детьми в процессе режимных моментов (в том числе и по видеозаписям);
2. Беседа с родителями;
3. Обучение родителей взаимодействию с ребенком с учетом изменяющихся слуховых возможностей в процессе занятий и режимных моментов;
4. Игровое взаимодействие в триаде «сурдопедагог-родитель-ребенок».

**Контрольный** этап предполагал проведение повторного обследования семьи после прохождения диагностического обучения в условиях надомного визитирования, сравнение результатов детей с контрольной группой.

На констатирующем этапе решались следующие задачи:

- Оценить динамику развития детей и их взаимодействия со взрослыми в процессе обучения;
- Сравнить результаты реабилитации семей, получавших сопровождение в условиях надомного визитирования и контрольной группы;
- Оценить эффективность разработанной технологии сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста до и после кохлеарной имплантации в условиях надомного визитирования.

**Методы исследования** определялись с учетом цели и задач контрольного этапа эксперимента:

1. Наблюдение за взаимодействием родителей с детьми в процессе режимных моментов (в том числе и по видеозаписям);
2. Педагогическая диагностика слухового восприятия, понимания речи, собственной речевой активности детей, а также уровня взаимодействия детей со взрослыми;
3. Анализ результатов исследования (количественный и качественный), с применением методов статистической обработки.

Надомное визитирование – это качественно новая технология в работе сурдопедагога, позволяющая выстроить доверительное взаимодействие в триаде сурдопедагог-родители-ребенок с учетом уклада жизни семьи, ее традиций и особенностей. Данная технология позволила сурдопедагогу, работающему с семьей, учитывать условия жизнедеятельности семьи, материальный и психологический климат в семье.

Работа с семьей ребенка в привычных для них условиях дома стимулировала наиболее благополучный выход из стресса, связанного с постановкой диагноза, решение конфликтных ситуаций. Погружение в жизнь семьи позволяло выстроить более доверительные отношения с семьей, чем при занятиях с контрольной группой. Надомное визитирование происходило по запросу родителей и с их согласия в удобное для них время.

Технология надомного визитирования реализовывалась в условиях семьи, члены которой чувствовали себя безопасно и комфортно, а поведение детей было естественно, что позволяло оценивать динамику развития ребенка, выстраивать эмоциональное взаимодействие с семьей ребенка с целью оказания адекватной и своевременной сурдопедагогической помощи.

Надомное визитирование семьи с имплантированным ребенком предполагало решение целого комплекса задач:

1. Эмоциональная поддержка родителей во время подготовки к операции, в период самой операции, а также после подключения речевого процессора кохлеарного импланта.
2. Повышение уровня родительской компетенции в вопросах развития и воспитания ребенка, развитие адекватной и активной позиции по отношению к собственному ребенку.
3. Перестройка взаимодействия в семье с учетом изменяющихся слуховых возможностей ребенка.
4. Помощь в выстраивании режимных моментов семьи с учетом необходимости формирования естественного понимания речи, развития слухового восприятия, которые являются базой для становления собственной речи ребенка в соответствии с этапами раннего речевого онтогенеза.
5. Развитие у родителей навыка организации совместной деятельности с ребенком в течение дня.
6. Обучение родителей включению занятий с ребенком в режимные моменты, их планированию и проведению.
7. Максимальное включение всех членов семьи в процесс реабилитации ребенка с учетом особенностей и ресурсов семьи.
8. Своевременная адекватная социализация ребенка.
9. Контроль за адекватностью настроек речевого процессора, необходимостью слухопротезирования на второе (неоперированное)

ухо, а также консультирование о необходимости проведения кохлеарной имплантации на второе ухо.

Надомное визитирование осуществлялось в соответствии со следующими *принципами*:

- добровольность – помощь семье в виде надомного визитирования оказывалась по обращению родителей и с их согласия;
- семейноцентрированность – помощь была ориентирована на налаживание взаимодействия со всей семьей, учет ее сильных и слабых сторон;
- конфиденциальность – доступ к информации о ребенке и его семье имел только специалист, работающий с семьей;
- принцип фасилитации - облегчение трудностей семьи и поддержка ее педагогом на подготовительном, адаптационном и основном периодах сопровождения, своевременное постепенное уменьшение помощи по мере освоения родителями основных навыков работы с ребенком в процессе ежедневной деятельности;
- принцип нормализации – максимально возможное развитие ребенка происходило в семье и основной задачей сурдопедагога являлось максимальное использование ресурсов семьи для обеспечения реабилитационной помощи;
- принцип педагогического оптимизма - в процессе взаимодействия с семьей сурдопедагог учил родителей замечать успехи ребенка и учитывать позитивные стороны в развитии ребенка как базу для дальнейшей реабилитационной работы;
- принцип эмоциональной окрашенности взаимодействия родителей со своим ребенком – сурдопедагог выстраивал работу с семьей ребенка раннего возраста до и после кохлеарной имплантации с учетом раннего онтогенеза и влияния эмоционального взаимодействия родителей с ребенком на его слуховое и речевое развитие;

- принцип деятельностного подхода - лучше всего ребенок обучается через интересную деятельность.

В ходе работы с семьями с детьми раннего возраста до и после кохлеарной имплантации была разработана технология работы с родителями в условиях *надомного визитирования* (Рисунок 3.1).

<b>Технология надомного визитирования</b>	<p><b>Научные основы:</b> метод «3П-реабилитации» (Е.Л. Гончарова, О.И. Кукушкина, А.И. Сатаева), создание сурдопедагогом и, с его помощью, родителями условий для проживания ребенком на новой сенсорной основе тех этапов раннего онтогенеза, которые были прожиты ребенком в условиях глухоты. Точкой запуска развития слухового восприятия и, как следствие, формирования собственной речевой активности ребенка, является становление и усложнение эмоционального взаимодействия ребенка с близкими взрослыми.</p> <hr/> <p><b>Цель</b> - обучение родителей взаимодействию с ребенком до и после кохлеарной имплантации с учетом изменяющихся слуховых возможностей ребенка после перенесенной операции, внедрение реабилитационных мероприятий в режимные моменты семьи, выстраивание сурдопедагогического сопровождения в условиях надомного визитирования</p> <hr/> <p><b>Задачи:</b> эмоциональная поддержка родителей; повышение уровня родительской компетенции; перестройка взаимодействия в семье; помощь в выстраивании режимных моментов семьи; развитие у родителей навыка организации совместной деятельности с ребенком в течение дня; обучение родителей включению занятий с ребенком в режимные моменты, их планированию и проведению; максимальное включение всех членов семьи в процесс реабилитации ребенка; своевременная адекватная социализация ребенка; контроль за адекватностью настроек речевого процессора.</p> <hr/> <p><b>Принципы:</b> добровольность, семейноцентрированность, конфиденциальность, принцип фасилитации, нормализации, педагогического оптимизма, эмоциональной окрашенности взаимодействия родителя со своим ребенком, принцип деятельностного подхода.</p> <hr/> <p><b>Направления работы:</b> развитие остаточного слуха с использованием тактильно-вибрационных ощущений и зрительного восприятия до кохлеарной имплантации; запуск эмоционального взаимодействия имплантированного ребенка с семьей на новой сенсорной основе после кохлеарной имплантации; запуск понимания речи на новой сенсорной основе; запуск спонтанного освоения речи в естественной коммуникации на новой сенсорной основе.</p> <hr/> <p><b>Организация работы:</b> режимные моменты, занятия, свободная деятельность</p> <hr/> <p><b>Формы работы:</b> демонстрация игр при активном включении родителей; беседа; наблюдение за игрой матери и ребенка; анализ видеоматериалов; дистанционное консультирование через интернет (через Skype/What's up/Zoom), по телефону или электронной почте.</p>
---	--

**Рисунок 3.1** Технология надомного визитирования

Основным условием получения семьей сопровождения в условиях надомного визитирования являлось согласие родителей занять активную позицию в развитии и воспитании своего ребенка, а также понимание того, что сурдопедагог, посещавший семью с определенной периодичностью, являлся консультантом и помощником в выстраивании правильного взаимодействия родителей со своим ребенком.

При надомном визитировании использовались следующие формы работы: демонстрация игр при активном включении родителей; беседа; наблюдение за игрой матери и ребенка; анализ видеоматериалов; дистанционное консультирование через интернет (через Skype/What's up/Zoom), по телефону или электронной почте.

Разработанная технология базировалась на режимных моментах, свободной деятельности и занятиях.

*Режимные моменты* - компоненты режима дня, повторяющиеся изо дня в день в определенной последовательности, имеющие определенную структуру и цель.

*Свободная деятельность* - управляемая ребенком игра, происходящая по его желанию, регулируемая самим ребенком.

*Занятия* - заранее спланированная родителями или сурдопедагогом коррекционно-развивающая деятельность, имеющая определенную структуру, цель и задачи.

Для реализации технологии надомного визитирования было выделено пять основных периодов, каждый из которых имел свою задачу и формы её реализации: подготовительный, адаптационный, основной, переходный, завершающий.

Для анализа успешности реабилитационного процесса нами были взяты следующие показатели:

- время прохождения этапов реабилитации;
- результаты детей и взаимодействия родителей с детьми;
- анализ факторов, повлиявших на длительность реабилитации.

В ходе исследования сравнивались показатели двух групп семей, поделенных в соответствии с типом оказываемой помощи. В первой группе дети получали помощь в условиях семьи в рамках надомного визитирования, во второй группе дети получали помощь вне семьи.

Условием завершения и переходом на новый период после кохлеарной имплантации являлся набор определенных показателей по заданным критериям.

*1.* В течение *подготовительного периода* происходило знакомство с семьей, осуществлялся сбор необходимых данных о ребенке, определялись пути наиболее эффективного и продуктивного взаимодействия до операции кохлеарной имплантации. Сурдопедагог помогал родителям подготовиться к операции и подключению речевого процессора кохлеарного импланта.

В процессе первой встречи проводилась диагностика ребенка по следующим направлениям коррекционно-развивающей работы: уровень развития слухового восприятия и понимания речи ребенком, собственная речевая активность ребенка; активность ребенка во взаимодействии со взрослыми, экспрессивно-мимические средства общения, интерес ребенка к предметам и деятельности взрослого. Параллельно анализировался характер взаимодействия родителей с ребенком: зрительный контакт с ребенком; опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком; адекватность речевых конструкций взрослого; озвучивание взрослым любых попыток коммуникации ребенка; привлечение взрослым ребенка к совместной деятельности, обучение его действовать по подражанию; использование взрослым игровых моментов во взаимодействии с ребенком. Также собирался анамнез и сведения об особенностях моторного развития ребенка.

Особое внимание обращалось на позицию родителей по отношению к ребенку и особенностям его развития, на единство их взглядов в воспитании ребенка, реакцию на детские действия (указания, поддержка, безучастность и др.), а также на эмоциональное взаимодействие родителей с ребенком, состояние родителей (растерянность, подавленность и т.д.), их готовность



довериться специалисту и решимость оказывать систематическую педагогическую помощь в соответствии с рекомендациями сурдопедагога. В конце встречи совместно с родителями определялся тип сопровождения ребенка.

При второй встрече с родителями и ребенком в условиях надомного визитирования обсуждался примерный индивидуальный образовательный маршрут.

Оптимальное количество и вид коррекционных мероприятий для ребенка определялись с учетом потребностей семьи.

Так, в ходе эксперимента в течение подготовительного периода было установлено оптимальное количество визитов. Все семьи сурдопедагог посещал 1 раз в неделю.

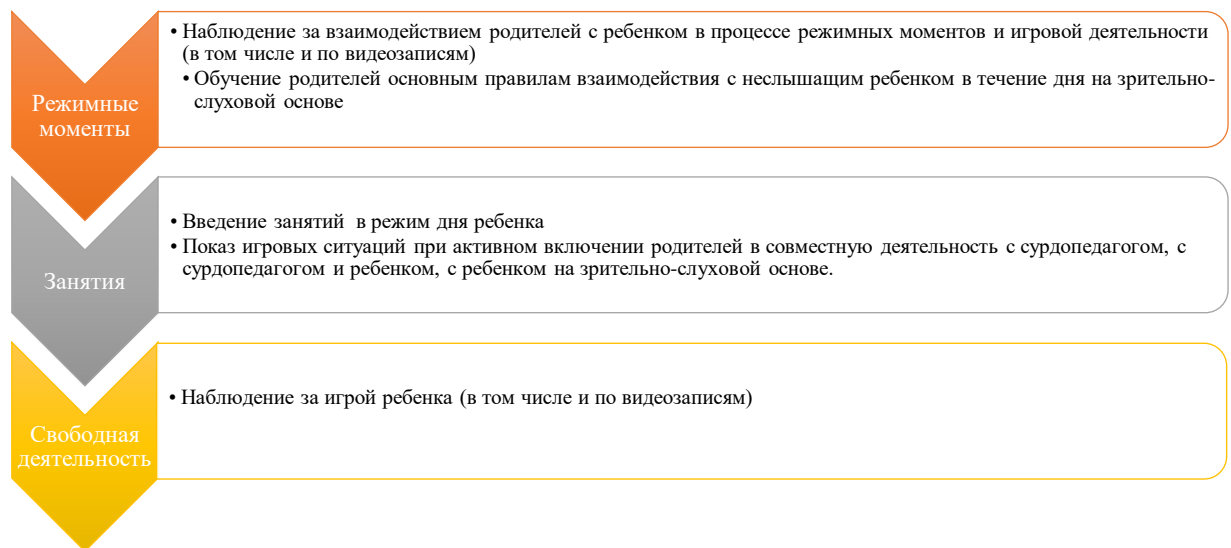
*При подготовке к операции* родители информировались о ходе операции, особенностях первого подключения и дальнейших настроек речевого процессора кохлеарного импланта. Очень важно было создать доброжелательные отношения с ребенком и его семьей, сформировать у ребенка положительное отношение к занятиям. Для этого использовались эмоционально насыщенные игры, предполагающие активное включение родителей и ребенка с целью обучения ребенка поддержанию зрительного контакта с педагогом и членами семьи, деятельности по образцу.

С родителями проводились беседы по следующим темам: «Принципы общения с ребенком – кандидатом на кохлеарную имплантацию», «Особенности первого подключения и дальнейших настроек речевого процессора», «Роль эмоционального взаимодействия с ребенком с нарушенным слухом».

В процессе сопровождения семей в процессе подготовительного периода до операции была сформирована схема работы, представленная на Рисунке 3.2.

В ходе встреч с семьей сурдопедагог наблюдал за взаимодействием родителей с ребенком в процессе режимных моментов и игровой

деятельности, включаясь в этот процесс и давая рекомендации по более продуктивному взаимодействию. Сурдопедагог демонстрировал игры, направленные на формирование эмоционального контакта между взрослым и ребенком, развитие слухового восприятия на зрительно-слуховой основе, тактильно-вибрационных ощущений, познавательное развитие в процессе предметно-игровых действий и изобразительной деятельности, а также развитие двигательной активности. В течение подготовительного периода работа с семьей велась на основе системы обучения детей с нарушенным слухом младенческого и раннего возраста, разработанной Н.Д. Шматко и Т.В. Пелымской [168]. Во все игры сурдопедагог включал родителей, постепенно передавая им ведущую роль во взаимодействии с ребенком в соответствии с поставленными задачами.



**Рисунок 3.2** *Технология работы сурдопедагога с семьей ребенка в течение подготовительного периода до кохлеарной имплантации*

Приведем пример взаимодействия с несколькими семьями до кохлеарной имплантации:

#### История А.

*У А. стоит диагноз «тугоухость IV степени». Работа с семьей А. началась, когда девочке было 6 месяцев. Ребенок биноурально слухопротезирован в 5 месяцев. До кохлеарной имплантации, проведенной в 1 год 5 месяцев, в слуховых аппаратах отсутствовала реакция на шепотную*

*речь, высокочастотные звучания (ки, с, маракасы), наблюдались выраженные реакции в слуховых аппаратах на средне и низкочастотные звучания разговорной громкости на расстоянии 4-5 метра (па, бу). Ребенок начал выполнять простые поручения: «скажи пока-пока», различать простые звукоподражания (мяу, ав-ав); просить «дай», при этом широко открывала рот и говорила: «А-а!», эмоционально включалась и ждала интересного взаимодействия со взрослым. Мама эмоционально комментировала все свои действия в течение дня, активно побуждая ребенка включаться в совместную деятельность.*

*Работа с ребенком проводилась в игровой форме в командном взаимодействии сурдопедагог-мама-ребенок и включала игры, направленные на развитие взаимодействия между взрослым и ребенком, предпосылок понимания речи; зрительного и слухового восприятия; развитие первых предметных действий; двигательной активности ребенка и нормализацию движений пальцев рук.*

*Изначально семья была против кохлеарной имплантации, но в процессе занятий удалось показать родителям возможности усиления звучания в слуховых аппаратах и сформировать положительное отношение к операции.*

*Таким образом, к моменту операции мама научилась взаимодействовать со своим ребенком в процессе режимных моментов, выстраивать самостоятельные занятия дома по рекомендациям сурдопедагога.*

### История В.

*Родители В. обратились в Центр абилитации и социальной адаптации детей с нарушениями слуха и речи «Говорун», когда девочке был 1 год 2 месяца и ребенок только начал носить сверхмощные слуховые аппараты. Девочка родилась в 26 недель. Нарушение слуха было подтверждено в 10 месяцев. Врачи рекомендовали подождать до 1,5 лет для повторного проведения исследования слуха и решения вопроса о кохлеарной имплантации. Родители*

*хотели, чтобы сурдопедагог занимался с ребенком дома. До операции, проведенной в 1 год 7 месяцев, сурдопедагог посетил семью в условиях надомного визитирования 4 раза. В процессе визитов педагога были выявлены следующие особенности взаимодействия внутри семьи:*

- *Мама общалась с ребенком сложными развернутыми фразами: «Давай покормим куклу Аделаиду», «Давай с тобой поиграем на барабане», «Давай с тобой пойдем кушать вкусный суп, который приготовила бабушка».*

- *Речь мамы была незмоциональна.*

- *Мама не использовала режимные моменты для активного взаимодействия с ребенком, например: при мытье рук мама эмоционально не комментировала, что вода холодная, молча переключала воду на другой режим.*

- *В речи взрослых присутствовало много уменьшительно-ласкательных слов, не сопровождаемых звукоподражаниями: «кошечка», «куколка».*

- *Родители не давали ребенку есть ложкой самостоятельно, боялись, что она все вокруг испачкает.*

- *При предъявлении ребенку задания, мама выжидательно смотрела на действия ребенка, постоянно их оценивала, не включалась эмоционально в совместную деятельность, эмоционально не радовалась успехам ребенка.*

- *Бабушка во взаимодействии с ребенком использовала много потешек, стишков с движениями, которые не использовала мама.*

- *У ребенка было много игрушек и все они лежали в свободном доступе в игровом уголке. Не было отдельных игрушек для занятий.*

*Родителям были даны следующие рекомендации:*

1. Маме и остальным членам семьи было рекомендовано общаться с ребенком короткими, четкими, емкими фразами, повторяющимися каждый день.
2. С мамой проводилась работа над налаживанием эмоционального взаимодействия с ребенком, формированием навыка проявления различных эмоций, что связывалось с разными игровыми и бытовыми ситуациями.
3. Сурдопедагог помог родителям сформировать понимания важности режимных моментов в развитии ребенка раннего возраста с нарушенным слухом, были проиграны ситуации этого взаимодействия и даны рекомендации по налаживанию коммуникации с ребенком в режимных моментах.
4. Родителям было рекомендовано использовать в речи полные слова, сопровождающиеся звукоподражаниями. Например: «Ложка упала! Бах!»
5. С членами семьи была проведена беседа о развитии навыков самостоятельности у ребенка и необходимости самостоятельного использования ложки, в том числе и для развития зрительно-моторной координации.
6. Сурдопедагог рассказал родителям о роли похвалы в развитии ребенка, помог включить во взаимодействие с ребенком такие слова как: «Молодец!», «Ура!», сопровождающиеся яркими эмоциональными проявлениями взрослого и естественными жестами.
7. Всем членам семьи было рекомендовано использовать одинаковые простые потешки, стихи с движениями и песенки во взаимодействии с ребенком.
8. Сурдопедагог посоветовал родителям разделить игрушки на несколько наборов: для занятий и для свободной игры, а также часть игрушек убрать на время и доставать по необходимости.

*К моменту решения вопроса о проведении кохлеарной имплантации было нормализовано эмоциональное взаимодействие родителей с ребенком в процессе режимных моментов, постепенно вводились занятия в режим дня ребенка, все члены семьи учились включаться в процесс реабилитации.*

После операции у родителей сформировывалось осознание важности перестройки взаимодействия с ребенком на новой сенсорной основе. На занятиях использовались эмоционально насыщенные игры, предполагающие опору на тактильно-вибрационные ощущения и зрительное восприятие ребенка.

В течение месяца после операции и до подключения речевого процессора продолжалась работа с ребенком и его семьей в игровой форме, подразумевающая развитие эмоционального взаимодействия между ребенком и членами его семьи, слухового восприятия на зрительно-слуховой основе, вибрационной чувствительности, зрительного восприятия, предметных действий, мелкой и общей моторики.

Таким образом, семьи, принимавшие участие в подготовительном периоде, к моменту кохлеарной имплантации имели представление об основных направлениях работы с ребенком, родители старались наладить эмоциональное взаимодействие с ребенком на занятиях и в процессе режимных моментов на зрительно-слуховой основе с использованием тактильно-вибрационных ощущений. Ребенок пользовался индивидуальным слуховым аппаратом целый день до операции и после операции на неоперированном ухе и был готов к эмоциональному взаимодействию со взрослым.

**2. Адаптационный период** длился от 0,5 до 4 месяцев и был направлен на выбор оптимальной настройки речевого процессора КИ, а также формирование эмоционального взаимодействия родителей с ребенком на новой сенсорной основе.

Если семья обращалась за помощью после подключения речевого процессора, то сбор анамнеза и диагностика проходили в рамках адаптационного периода по тому же плану, что и в течение подготовительного периода.

В ходе исследования в течение адаптационного периода было установлено оптимальное количество визитов для каждой семьи: 23 семьи сурдопедагог посещал 1 раз в неделю, с 11 из них работа началась на подготовительном периоде.

В процессе надомного визитирования в рамках адаптационного периода сурдопедагог формировал эмоциональный контакт с ребенком при активном включении родителей в интересную деятельность, обучая тем самым членов семьи эмоциональному взаимодействию с ребенком, которое продолжалось между визитами специалиста в повседневной деятельности.

В течение данного периода сурдопедагог ориентировался на ориентировочную сессию и сессию 1 – запуск эмоционального взаимодействия ребенка с близкими на новой сенсорной основе, входящие в «ЗП»-реабилитацию [70, 129, 130]. Семьи, включенные в эксперимент до операции кохлеарной имплантации, проходили ориентировочную сессию за 1-2 занятия после подключения речевого процессора. Показателями завершения ориентировочной сессии в рамках адаптационного периода был длительный эмоциональный контакт между взрослым и ребенком, а также появление активных попыток родителей в процессе занятий и режимных моментов наладить взаимодействие с ребенком.

В связи с тем, что 47,8% семей сурдопедагог начал посещать в рамках надомного визитирования до кохлеарной имплантации и на 2-3 посещениях семьи перевел родителей и ребенка на сессию 1 – запуск эмоционального диалога с ребенком на новой сенсорной основе, эти сессии были объединены в адаптационный период и стали его подэтапами.

В процессе встреч были проведены беседы по следующим темам: «Становление и развитие эмоционального взаимодействия детей с сохранным

и нарушенным слухом с близкими взрослыми», «Взаимодействие родителей с детьми раннего возраста после кохлеарной имплантации в процессе режимных моментов», «Как подготовить ребенка к настройке речевого процессора КИ?», «Как естественно развивать слуховое восприятие и формировать понимание речи ребенка?», «Как самостоятельно подготовиться к занятиям с ребенком дома?», «Во что играть с ребенком раннего возраста?», «Стихи, потешки и песенки в жизни ребенка раннего возраста с нарушенным слухом», «Как включить членов семьи в процесс реабилитации ребенка?».

Показателями эмоционального включения ребенка служили смех, улыбка, голосовые реакции в ответ на обращение взрослого, а также понимание и использование ребенком интонации, которая являлась естественной базой различения смысла предложенного взрослым контекста.

В течение данного периода родители обучались использованию режимных моментов как базы построения всего реабилитационного процесса. В привычные для ребенка каждодневные ситуации включались простые, эмоционально насыщенные потешки и игровые ситуации.

В начале адаптационного периода после нескольких встреч с сурдопедагогом родители заполняли таблицу, в которой отмечали основные режимные моменты, их компоненты, а также прописывали ситуации взаимодействия с ребенком. Например, в Таблице 3.1 приведен пример заполненной таблицы мамой А. (приведено без редакции):

<i><b>Режимный момент</b></i>	<i><b>Основные компоненты</b></i>	<i><b>Игровые и обучающие ситуации</b></i>
Проснулись. Надевам ушко. Туалет. Умываемся и чистим зубы. Завтрак.	Встаем с постели и включаем свет.  Я собираю ушко и надеваю его. 3. Идём в туалет, *открываем дверь	1. Встаем вместе, идём к выключателю, включаем свет и эмоционально показываю, что нет света и качаю головой. Жестом показываю куда идти и включаем вместе свет. 2. Па-па-па. Привет, А.! Ты меня слышишь? 3. Пойдём в туалет. Включай свет, открывай



	<p>*включаем свет.          *снимает трусы          *делает дела          *нажимает кнопку смыва          *закрывает крышку          *надеваем трусы</p> <p>4. Подходим к умывальнику          *включаем воду.          *подносит руки к дозатору мыла, мылит и подносит руки под воду          *подносит руки под воду и умывается          *берем зубную щётку          *выдавливаем пасту          *чистим зубы          *моём щётку и ставим на место          *умываем рот водой          *даю полотенце, вытирается          *выключаем свет          *закрываем дверь</p>	<p>дверь. Снимай трусы. Садись. Писай пись-пись. Молодец, пописала. Жми кнопку... Оооо... Вода буль-буль-буль. Закрой крышку «Бах! Как громко!» Прикладываю руки к ушам.</p> <p>4. Иди, мой руки! подкрепляю жестом. Включи воду. Воооооот водаааа. Слышишь. Буль буль. (Включаю холодную воду) мочи руки. Ой ой, холодная вода.          Потом можно горячую (не сильно). Ай, а теперь горячо! И дуем на пальчик. Настраиваем хорошую воду и говорим. Вода хорошая, теплая. Смотри мокрые руки. Жми на мыло. Мылим мылим пузыри.          Умывай глазки, умывай ротик, носик.          А где щётка, вот они. Даю ему свою щётку и говорю. Нееет, это мамина щётка, не А. Мама перепутала, смотри, где твоя. Вот она. Давай чистить зубы. Чистим чистим, чисто чисто.          Смотри, щётка грязная. Фуууу. Мой щётку. На полотенце, мягкое, тёплое, вытирай глазки, ручки.          Покажи ручки, всё сухие. Идём. Выключай свет. Видишь темно. Закрывай дверь.</p>
--	--	---

**Таблица 3.1 Пример заполнения таблицы по режимным моментам мамой А.**

Некоторые родители описывали взаимодействие с ребенком в процессе режимных моментов в свободной форме. Например, мама Е.:

*«Ева искупалась, Ева чистенькая, давай оденем тебе свежий памперс- что у нас нарисовано на памперсе? Зайки! Прыг-прыг зайки! Вот так, одели памперс! А где Евин крем? Вот крем на полочке! Давай тебя помажем! Помажем твои ножки: маленькие ножки пальчики горошки, крепки да сладки яблочки пятки. Помажем твои ручки, пальчики: этот пальчик хочет спать, этот пальчик лег в кровать, этот пальчик уж уснул, этот пальчик лишь вздремнул, этот крепко-крепко спит, тише детка не шуми, спят пальчики... Помажем животик, помажем спинку, помажем щечки, носик, лобик... И маму помажем, мамины щечки, ручки! Уберем крем на полку! А теперь давай оденем пижаму, пижамка чистая и вкусно пахнет - понюхай ахх! Одели пижамку...*

*Вот твоя бутылочка с йогуртом, пей! Йогурт вкусный! Ммм!*

*А теперь мы будем спать, баю-бай!  
И твой мишка будет спать, покачай его ааааа, клади на кровать, вот так, накрой одеялом и скажи - мишка спи! Спит мишка тссс! Пойдем скажем папе и Алисе сладких снов! Сладких снов Алиса, папа, пока-пока! Мы с Евой идем спать!*

*Давай закроем дверь, закрывай! Выключим свет, выключай свет! Нет света! Темно, пора отдыхать! Ева будет спать и мама будет спать!  
(пою колыбельную) Снимем твое ушко, сладких снов Ева!»*

После заполнения родителями таблицы, сурдопедагог анализировал данные, представленные родителями, а также видеозаписи или ситуации взаимодействия родителей с ребенком во время посещения специалиста в процессе режимных моментов и давал рекомендации по выстраиванию более продуктивного взаимодействия с учетом нового слухового статуса ребенка.

Были отмечены следующие сложности взаимодействия:

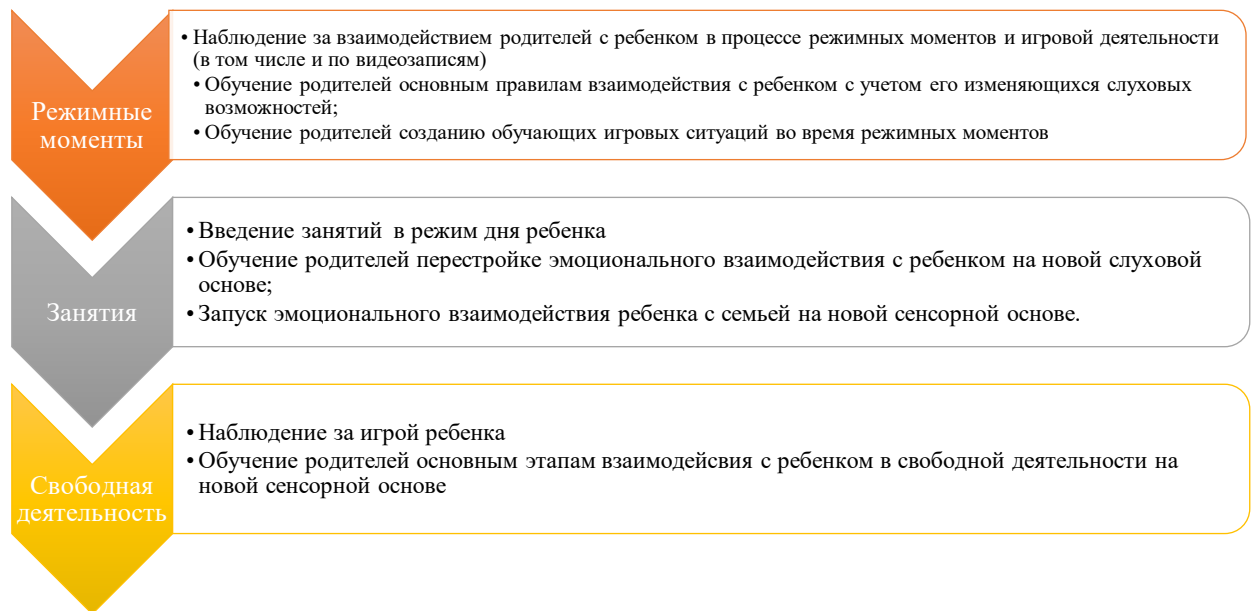
- родители общались с ребенком сложными фразами. Например: «Давай будем играть в куклу!», «Давай пойдем мыть руки!», «Мама сейчас тебя разденет, и мы пойдем кушать»;
- родителям было сложно упрощать речевые конструкции;
- при общении с ребенком родители не всегда привлекали его внимание к себе и к объекту диалога;
- родителям было сложно выдерживать паузы для ответной реакции ребенка, спешили сделать все за него;
- не было разнообразия в эмоциональных проявлениях родителей;
- для родителей основной формой работы с ребенком были занятия, они не рассматривали режимные моменты как базу развития взаимодействия с ребенком, формирования слухового восприятия и понимания речи;
- родителям сложно было придумывать и включать игровые моменты в бытовые ситуации.

Родители отмечали, что для них было очень важным пересмотреть режимные моменты. Например, мама Е. написала:

*«Мне лично казалось, что я знаю, как надо общаться с ребенком, так как читала об этом в книгах, и вроде примерно делала то, о чем вы говорите, но вот что важного я для себя вынесла: во-первых, как важно получать удовольствие от общения с ребенком и не нервничать, когда дочка не играет так, как задумывалось мной, или вообще не хочет играть в то, что я подготовила; не ругать себя, когда в спешке не проговорила что-то в режимном моменте. Я поняла, что до встречи с вами, у меня было внутреннее напряжение от ответственности, которое не шло на пользу никому, от вас я поймала нужной настрой, как мне кажется. Кроме того, я поняла, что у меня больше акцент был на занятии дома, а не на ежеминутном общении, хотя я вроде знала, как это важно...»*

В течение данного периода ребенок воспринимал речь слухо-зрительно, ориентируясь на ритмико-интонационные характеристики речи. Сурдопедагог помогал родителям выстраивать игры с ребенком в рамках свободной деятельности. Ребенок постепенно начинал озвучивать свои игры отдельными вокализациями.

В процессе сопровождения семей была сформулирована следующая технология работы (Рисунок 3.3):



**Рисунок 3.3** *Технология работы сурдопедагога с семьей в течение адаптационного периода после кохлеарной имплантации*

После завершения адаптационного периода в условиях домашнего визитирования были получены результаты, отраженные в Таблице 3.2: у преобладающего большинства исследуемых детей присутствовал средний показатель реакции на звуки (82,6%), низкие показатели понимания речи (69,6%) и собственной речевой активности (82,6%). При этом у большинства детей удалось достичь высокого показателя по таким параметрам как: активность ребенка во взаимодействии со взрослым (82,6%), развитие экспрессивно-мимических средств общения (78,2%), интереса ребенка к предметам (78,2%), интерес ребенка к деятельности взрослого (78,2%).

**Таблица 3.2 Результаты детей после завершения адаптационного периода в условиях домашнего визитирования**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	Отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Реакция на звуки	0	0	0	0	19	82,6	4	17,4	23	100
Понимание речи	0	0	16	69,6	7	30,4	0	0	23	100
Собственная речевая активность	0	0	19	82,6	4	17,5	0	0	23	100
Активность ребенка во взаимодействии со взрослым	0	0	0	0	4	17,5	19	82,6	23	100
Экспрессивно-мимические средства общения	0	0	0	0	5	21,7	18	78,2	23	100
Интерес ребенка к предметам	0	0	0	0	5	21,7	18	78,2	23	100
Интерес ребенка к деятельности взрослого	0	0	0	0	5	21,7	18	78,2	23	100

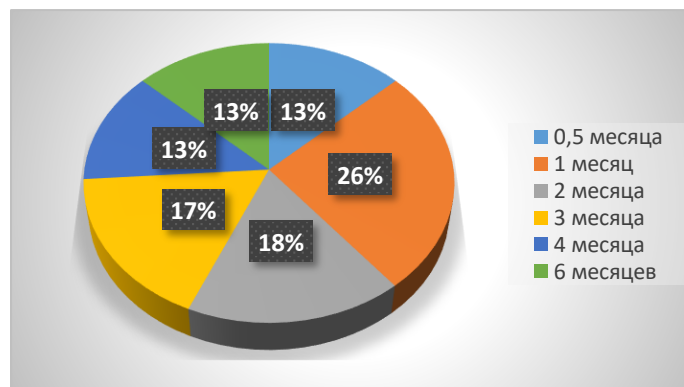
У большинства родителей (Таблица 3.3) наблюдался высокий показатель во взаимодействии с ребенком по таким параметрам как зрительный контакт с ребенком (100%), опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком (82,6%), адекватность речевых конструкций взрослого при взаимодействии с ребенком (82,6%), озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка (82,6%), привлечение ребенка к совместной деятельности, обучение деятельности по образцу (86,9%), использование игровых моментов во взаимодействии с ребенком (82,6%).

Важными критериями перехода в следующий период являлись средние или высокие показатели во взаимодействии родителя с имплантированным ребенком, а также ребенка со взрослым, развития экспрессивно-мимических средств общения, интереса ребенка к предметам и деятельности взрослого. При этом фактором перехода в основной период в области слухоречевого развития был низкий показатель понимания речи и собственной речевой активности ребенка, средний показатель в сформированности слухового восприятия (Подробное описание характеристик – см. Глава II).

**Таблица 3.3 Результаты анализа взаимодействия родителей с детьми после прохождения адаптационного периода в условиях надомного визитирования**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	Отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	n	%	n	%	N	%	N	%	n	%
Зрительный контакт с ребенком	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Опора на слуховое восприятие	0	0	0	0	4	17,4	19	82,6	23	100
Адекватность речевых конструкций взрослого	0	0	0	0	4	17,4	19	82,6	23	100
Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка	0	0	0	0	4	17,4	19	82,6	23	100
Привлечение к совместной деятельности ребенка взрослым	0	0	0	0	3	13,1	20	86,9	23	100
Использование родителем игровых моментов во взаимодействии с ребенком	0	0	0	0	4	17,4	19	82,6	23	100

Анализируя полученные данные, было выявлено, что наибольшее количество семей прошли адаптационный период в условиях надомного визитирования в интервале от 1 до трех месяцев: за 1 месяц – 26%, 2 месяца – 18% и 3 месяца – 17% (Рисунок 3.4). Преимущественно, это были семьи, которые участвовали в подготовительном периоде до кохлеарной имплантации.



**Рисунок 3.4 Время прохождения адаптационного периода семей, участвовавших в сопровождении в условиях надомного визитирования.**

На основании наблюдений, заметок родителей, а также анализа статистических данных, было обнаружено, что дети, получавшие

сопровождение в условиях надомного визитирования до операции кохлеарной имплантации, показывали лучшие результаты при адаптации к речевому процессору:

-меньше снимали с уха;

-ребенку требовалось меньше времени на адаптацию к новым слуховым возможностям и разнообразию окружающих звуков;

-родителям требовалось меньше времени на перестройку взаимодействия с ребенком с учетом изменяющихся слуховых возможностей ребенка.

-ребенку не требовалось время на перестройку эмоционального взаимодействия со взрослым. Эмоциональный диалог с родителями у такого ребенка уже был сформирован в течение подготовительного периода.

*Пример: При подключении речевого процессора А. (1 год 6 месяцев) удивилась новым звукам, с радостью реагировала на пищущую утку, звук которой раньше был недоступен для ее слухового восприятия. За первые два дня после подключения ребенок быстро дошел до 4 программы (самой громкой). При последующей настройке, которая была через 1 неделю, ребенок показал выраженные безусловно-ориентировочные реакции на музыкальные игрушки и речевые звучания разговорной громкости на расстоянии 3-4 метра.*

*Адаптационный период длился 1,5 недели, за это время ребенок начал проявлять интерес к новым, ранее не доступным для его восприятия, звукам: звонок домофона/ телефона, сигнал машины. Девочка продолжила включаться в эмоциональный диалог со взрослым, который был сформирован в течение предоперационного периода.*

Таким образом, адаптационный период считался завершенным по отношению к семье, когда ребенок эмоционально включался во взаимодействие со взрослым в процессе игровой деятельности и режимных моментов, проявлял интерес к окружающим звукам, различал интонацию

взрослого, происходила активизация его голосовых реакций, а родители начинали применять полученные навыки эмоционального взаимодействия с ребенком не только во время посещения сурдопедагога, но и в каждодневной бытовой деятельности, а также специально организованных игровых занятиях с ребенком.

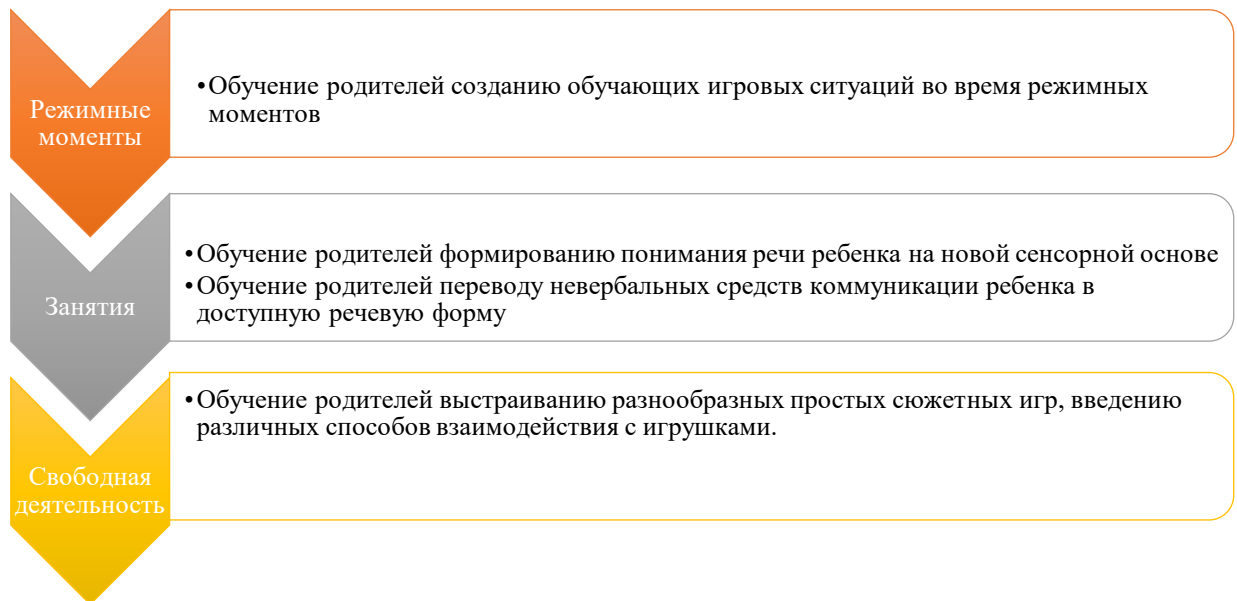
**3. Основной период** ставил своей задачей формирование у ребенка инициативы в эмоциональном взаимодействии со взрослым, понимания речи в процессе режимных моментов и специально организованной деятельности в течение дня. Основным ориентиром данного периода была Сессия 2 – запуск понимания речи, разработанная А.И. Сатаевой [129, 130], которая постепенно переходила в Сессию 3 - запуск спонтанного освоения речи в естественной коммуникации [129, 130]. Продолжительность этого периода составила от 6 до 12 месяцев.

В течение данного периода родители обучались формированию у ребенка понимания речи на слуховой основе, ориентируясь на эмоционально насыщенные игры. Эмоционально-насыщенное развивающее взаимодействие естественно включалось в режимные моменты, к которым относились каждодневные занятия дома с родителями и/или сурдопедагогом. Ребенок начинал ориентироваться и включаться в игру, выполнять поручения сурдопедагога, действовать в соответствии со словами простых стихов и потешек, которые родители использовали в течение дня. В речи ребенка появлялись простые звукоподражания, лепетные и полные слова, простая фраза. В свободной деятельности родители учили ребенка использовать простые сюжетные игры (Рисунок 3.5).

У всех исследуемых детей присутствовал высокий показатель реакции на звуки, у большинства детей наблюдался высокий показатель понимания речи (65,2%) и средний показатель собственной речевой активности (87,0%). У 100% удалось достичь высокого показателя по таким параметрам как: активность ребенка во взаимодействии со взрослым, развитие экспрессивно-



мимических средств общения, интереса ребенка к предметам и деятельности взрослого (Таблица 3.4).



**Рисунок 3.5** *Технология работы сурдопедагога с семьей в течение основного периода после кохлеарной имплантации*

**Таблица 3.4** *Результаты диагностического обследования детей после завершения основного периода в условиях домашнего визитирования*

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	Отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
Реакция на звуки	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Понимание речи	0	0	0	0	8	34,6	15	65,2	23	100
Собственная речевая активность	0	0	2	8,7	20	87,0	1	4,3	23	100
Активность ребенка во взаимодействии со взрослым	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Экспрессивно-мимические средства общения	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Интерес ребенка к предметам	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Интерес ребенка к деятельности взрослого	0	0	0	0	1	4,3	22	95,7	23	100

У родителей наблюдался высокий показатель во взаимодействии с ребенком по таким параметрам как зрительный контакт с ребенком, опора на

слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком, адекватность речевых конструкций взрослого при взаимодействии с ребенком, озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка, привлечение ребенка к совместной деятельности, обучение деятельности по образцу, использование игровых моментов во взаимодействии с ребенком (Приложение 4, Таблица 1).

Основными критериями перехода в смешанный период являлся средний или высокий показатель в развитии понимания речи и средний показатель собственной речевой активности ребенка.

*Из видеозаписи домашнего занятия мамы А. с дочкой (ребенку 2 года):*

*«-А., смотри ложка! Ложка! Стучи! (предлагает постучать по миске, ребенок стучит) Бом-бом-бом! Как громко!*

*-А., смотри, что тут?! Мука! Мука! (мама ложкой набирает немного муки) Дуй! (ребенок дует!) Сыпь! (высыпает всю муку) Пусто!*

*- Пута (говорит А.)*

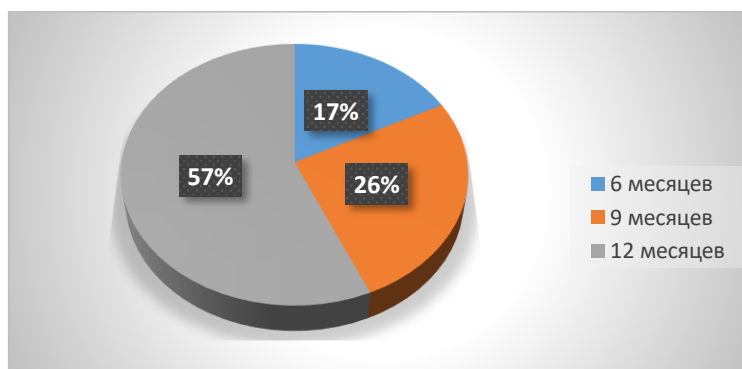
*-Тут соль! Сыпь! (ребенок высыпает соль)*

*-Где водичка? (ребенок смотрит в стакан с водой) Лей! Ой! Разлила водичку! Мокро!*

*-Ау.. (ребенок эмоционально показывает ручкой на лужу!)*

*-Вытирай! (ребенок вытирает) Вот так! Вот так! Теперь сухо! Налей водички еще! (ребенок наливает)....»*

Анализируя данные длительности прохождения основного периода (Рисунок 3.6), было отмечено, что большинство семей (57%), участвовавшие в программе домашнего визитирования прошли этот период за 12 месяцев. Меньшему числу семей для данного периода потребовался более короткий срок: 9 месяцев – 13 %, 6 месяцев – 17%. За 6 и 9 месяцев основной период прошли семьи, которые прошли подготовительный период до кохлеарной имплантации.



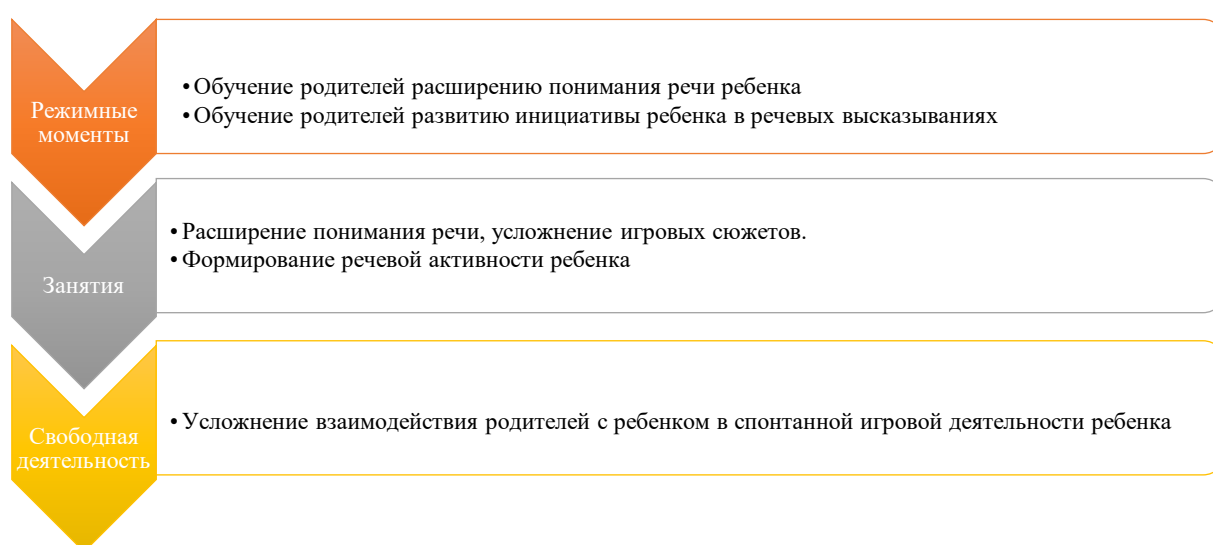
**Рисунок 3.6** *Время прохождения основного периода семьями, участвовавшими в сопровождении в условиях надомного визитирования*

Таким образом, данный период считался завершенным, когда у ребенка было сформировано бытовое понимание речи, он начинал спонтанно осваивать речь в естественной ситуации взаимодействия с окружающими людьми. Речь ребенка была представлена звукоподражаниями, лепетными и полными словами, простой фразой. Родители были включены в эмоциональное взаимодействие с ребенком на протяжении всего посещения сурдопедагога, а также в течение дня.

4. Основной задачей **переходного периода** (постепенный переход на занятия в центр, уменьшение поддержки родителей со стороны сурдопедагога в рамках надомного визитирования) являлось расширение понимания речи ребенком, а также речевой инициативы ребенка. Данный период длился от 3 до 6 месяцев и по логике был продолжением сессии 3 работы сурдопедагога в рамках «ЗП-реабилитации», которая началась в основном периоде.

В течение данного периода постепенно происходило комфортное вхождение ребенка в детский коллектив. Ребенок начинал посещать музыкальные занятия, групповые развивающие занятия, группу кратковременного пребывания в детском саду. Количество визитов специалиста постепенно сокращалось до 1 раза в квартал в рамках надомного визитирования. Занятия в центре проходили 1-2 раза в неделю. В процессе этого периода родители учились усложнять игровые сюжеты, расширяя при этом словарный запас ребенка, продолжали работать над пониманием вопросов, сложных поручений. В процессе режимных моментов сурдопедагог учил

родителей формулировать вопросы к ребенку, формировать у него причинно-следственные связи, развивать память, внимание, мышление. Режимные моменты служили базой интересного, насыщенного событиями и впечатлениями диалога между взрослым и ребенком на слуховой основе. Свободная деятельность становилась разнообразной, осуществлялась по задумке и простому сюжету, предложенному ребенком. Ребенок естественно взаимодействовал с детьми в детском коллективе, спонтанно накапливая и расширяя понимание речи и активный словарь (Рисунок 3.7).



**Рисунок 3.7** *Технология работы с семьей ребенка после КИ в течение переходного периода домашнего визитирования*

У всех исследуемых детей присутствовал высокий показатель реакции на звуки, у большинства детей наблюдался высокий показатель понимания речи (91,3%) и собственной речевой активности (78,3 %). У всех детей удалось достичь высокого показателя по таким параметрам как: активность ребенка во взаимодействии со взрослым, развитие экспрессивно-мимических средств общения, интереса ребенка к предметам и деятельности взрослого (Таблица 3.5).

У всех родителей в данном периоде наблюдался высокий показатель взаимодействия с ребенком по таким параметрам как зрительный контакт с ребенком, опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком,

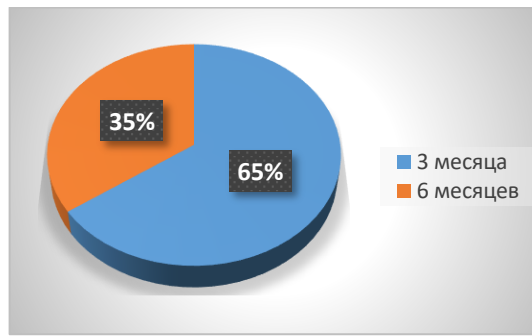
адекватность речевых конструкций взрослого при взаимодействии с ребенком, озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка, привлечение ребенка к совместной деятельности, обучение деятельности по образцу, использование игровых моментов во взаимодействии с ребенком (Приложение 4, Таблица 2).

**Таблица 3.5 Результаты детей после завершения переходного периода**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	n	%	n	%	N	%	N	%		
Реакция на звуки	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Понимание речи	0	0	0	0	2	8,6	21	91,3	23	100
Собственная речевая активность	0	0	0	0	6	26	17	74	23	100
Активность ребенка во взаимодействии со взрослыми	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Экспрессивно-мимические средства общения	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Интерес ребенка к предметам	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Интерес ребенка к деятельности взрослого	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100

Основными критериями перехода семьи на завершающий период являлись естественное, в соответствии со слуховыми и возрастными возможностями, взаимодействие родителей с детьми, а также спонтанное формирование понимания речи и собственной речи ребенка при взаимодействии с окружающими людьми (Приложение 4, Таблица 2).

Большинство семей (65%), участвовавших в программе надомного визитирования, прошло переходный период за 3 месяца (Рисунок 3.8). В основном, это были семьи, которые прошли подготовительный период до кохлеарной имплантации.



**Рисунок 3.8** *Время прохождения переходного периода семьями, участвовавшими в сопровождении в условиях надомного визитирования*

5. Для *завершающего периода* надомного визитирования (занятия в центре) основной задачей работы с родителями являлась их информационная поддержка. Коррекционно-развивающие занятия, при их необходимости, происходили на базе центров Социальной адаптации детей «Говорун» или Детского центра «Слухон» 1-2 раза в неделю.

Поскольку каждый ребенок был включен в эксперимент на два года, то диагностическое обследование детей в рамках завершающего периода проводилось через два года. В рамках диагностики оценивался уровень развития детей по заданным критериям, особенности взаимодействия родителей с детьми, а также факт прохождения всех периодов эксперимента после кохлеарной имплантации.

У всех исследуемых детей (Таблица 3.6) присутствовал высокий показатель реакции на звуки, у большинства детей наблюдался высокий показатель понимания речи (82,6%) и собственной речевой активности (78,3%). У всех детей удалось достичь высокого показателя по таким параметрам как: активность ребенка во взаимодействии со взрослым, развитие экспрессивно-мимических средств общения, интереса ребенка к предметам и деятельности взрослого.

У всех родителей наблюдался высокий показатель взаимодействия с ребенком по таким параметрам как зрительный контакт с ребенком, опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком, адекватность речевых конструкций взрослого при взаимодействии с ребенком, озвучивание

взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка, привлечение ребенка к совместной деятельности, обучение деятельности по образцу, использование игровых моментов во взаимодействии с ребенком (Приложение 4, Таблица 3).

**Таблица 3.6 Результаты диагностического обследования детей в завершающем периоде через 2 года участия в программе домашнего визитирования**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	Отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень		N	%
	n	%	N	%	n	%	n	%		
Реакция на звуки	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Понимание речи	0	0	0	0	4	17,4	19	82,6	23	100
Собственная речевая активность	0	0	0	0	5	21,7	18	78,3	23	100
Активность ребенка во взаимодействии со взрослым	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Экспрессивно-мимические средства общения	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Интерес ребенка к предметам	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Интерес к деятельности взрослого	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100

Таким образом, сопоставляя полученные данные с показателями завершения запускающего этапа «ЗП»-реабилитации [129, 130], можно сделать вывод о том, что у всех детей наблюдался высокий уровень развития слухового восприятия, что проявлялось в поведении, характерном для слышащего ребенка раннего возраста. Также для детей был характерен средний и высокий уровень развития понимания речи, т.е. дети осваивали речь в естественной ситуации взаимодействия с окружающими людьми. У родителей отмечался высокий уровень взаимодействия с ребенком, что проявлялось в естественном взаимодействии родителей с ребенком в течение дня, как это происходит у родителей слышащих детей.

Критерием завершения сурдопедагогической поддержки в условиях надомного визитирования являлось отсутствие у ребенка сложностей в формировании понимания речи вне ситуации наглядного выбора в соответствии с возрастом, спонтанное освоение новых слов в ситуации естественного взаимодействия с окружающими людьми.

### **3.2 Сравнительные данные прохождения реабилитации детей, участвовавших в программе надомного визитирования, и контрольной группы детей**

Результаты реабилитации семей, участвовавших в программе надомного визитирования, сравнивались с контрольной группой семей, дети в которой не получали сопровождение в условиях семьи.

В контрольной группе все дети в конце реабилитации имели высокие показатели в сформированности слухового восприятия и понимания речи; в развитии собственной речевой активности преобладал средний показатель; высокий показатель наблюдался по таким параметрам как: активность во взаимодействии со взрослым, развитие экспрессивно-мимических средств общения, интерес к предметам и деятельности взрослого (Таблица 3.6).

Сравнительный анализ данных (Таблица 3.7) показывал, что дети, получавшие помощь в условиях надомного визитирования продемонстрировали более высокие показатели в уровне развития понимания речи и собственной речевой активности. В ходе анализа результатов исследования были получены статистически значимые отличия ( $p < 0,05$ ) между группой детей, участвовавших в программе надомного визитирования, и контрольной группой с преобладанием высокого показателя в группе, участвовавшей в программе надомного визитирования по следующим параметрам: активности во взаимодействии со взрослым ( $p = 0,028$ ), экспрессивно-мимических средств общения ( $p = 0,0480$ ), интереса к предметам



( $p=0,028$ ), интереса к деятельности взрослого ( $p=0,028$ ) (Приложение 4, Таблица 4).

**Таблица 3.7 Сравнительные данные результатов детей после завершения реабилитации в условиях домашнего визитирования и контрольной группой.**

Анализируемые параметры	Средний уровень				Высокий уровень				Итого	
	n	%	n	%	N	%	n	%	n	%
	Надомное визитирование		Контрольная группа		Надомное визитирование		Контрольная группа			
Реакции на звуки	0	0	0	0	23	52,3	21	47,7	44	100
Понимание речи	4	9,1	8	18,2	19	43,2	13	29,5	44	100
Собственная речевая активность	5	11,4	10	22,7	18	40,9	11	25	44	100
Активность ребенка во взаимодействии и со взрослым	0	0	4	9,1	23	52,3	17	38,6	44	100
Экспрессивно-мимические средства общения	0	0	3	6,8	23	52,3	18	40,9	44	100
Интерес ребенка к предметам	0	0	4	9,1	23	52,3	17	38,6	44	100
Интерес ребенка к деятельности взрослого	0	0	4	9,1	23	52,3	17	38,6	44	100

У родителей из контрольной группы (Таблица 3.8) преобладал высокий показатель во всех ситуациях взаимодействия с ребенком по таким параметрам как зрительный контакт с ребенком, опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком, адекватность речевых конструкций взрослого при взаимодействии с ребенком, озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка, привлечение ребенка к совместной деятельности, обучение деятельности по образцу, использование игровых моментов во взаимодействии с ребенком.

При анализе результатов взаимодействия родителей с детьми, получавших сопровождение после кохлеарной имплантации в условиях домашнего визитирования и контрольной группой, были получены статистически значимые показатели между группами с преобладанием высокого показателя в группе, участвовавшей в программе домашнего визитирования по следующим параметрам: привлечение ребенка к совместной деятельности ( $p=0,028$ ) и использование игровых моментов во взаимодействии с ребенком ( $p=0,032$ ) (Приложение 4, Таблица 5).

**Таблица 3.8 Сравнительные данные анализа взаимодействия родителей с детьми после завершения реабилитации в условиях домашнего визитирования и контрольной группы**

Анализируемые параметры	Средний уровень				Высокий уровень				Итого	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
	Надомное визитирование		Контрольная группа		Надомное визитирование		Контрольная группа			
Зрительный контакт с ребенком	0	0	0	0	23	52,3	21	47,7	44	100
Опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком	0	0	2	4,5	23	52,3	19	43,1	44	100
Адекватность речевых конструкций взрослого при взаимодействии с ребенком	0	0	2	4,5	23	52,3	19	43,1	44	100
Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка	0	0	4	9,1	23	52,3	17	38,6	44	100
Привлечение ребенка к совместной деятельности	0	0	4	9,1	23	52,3	17	38,6	44	100
Использование игровых моментов при взаимодействии с ребенком	0	0	6	13,6	23	52,3	15	34,1	44	100

В соответствии с диагностическим обследованием уровня развития детей и качества взаимодействия родителей с ребенком был сделан вывод о переходе

детей на путь естественного развития, а также завершенности или незавершенности реабилитации.

Результаты диагностики детей, принимавших участие надомном визитировании и контрольной группы, были сопоставлены с фактами, доказывающими переход ребенка на путь естественного развития, которые были разработаны А.И. Сатаевой [129]:

- 1) Дети обеих групп эмоционально включались во взаимодействие со взрослым в течение занятий, режимных моментов и свободной деятельности, могли длительное время поддерживать с ним эмоциональный контакт, что проявлялось в высоком уровне активности ребенка во взаимодействии со взрослым, его эмоциональной включенности и интересе к действиям взрослого. У 9,1% исследуемых семей из контрольной группы удалось достичь среднего уровня эмоционального взаимодействия со взрослым, что проявлялось в непродолжительном эмоциональном контакте со взрослым.
- 2) У всех детей был достигнут высокий уровень развития слухового восприятия: дети различали бытовые звуки и звуки окружающего мира, наблюдались эмоциональные реакции на звуки, разные по частоте, громкости, высоте, долготе, темпу, а также расположению источника звучания. Детям нравилось экспериментировать со звуками. Появились естественные реакции на звуки, характерные для слышащих детей раннего возраста. В процессе подготовки к настройке речевого процессора у детей удавалось сформировать условную двигательную реакцию на звук как на музыкальные игрушки, так и на речь разговорной громкости и шепот на расстоянии 5-6 метров.
- 3) У детей наблюдался средний и высокий уровень понимания развернутой устной речи взрослого, что выражалось в естественном поведении в соответствии с услышанным: выполнении поручений,

ответе на вопрос. При среднем уровне понимания речи дети действовали в рамках ситуации, в которой происходило взаимодействие. При высоком уровне развития понимания речи у детей отмечалось понимание речи вне ситуации наглядного выбора, характерное для слышащих сверстников.

- 4) По истечении двух лет с начала занятий после кохлеарной имплантации у детей, получавших помощь в условиях домашнего визитирования и контрольной группы, начали появляться первые спонтанно освоенные слова, над формированием которых ни сурдопедагог, ни родители специально не работали в рамках занятий и режимных моментов. Например, это были слова: «Да-ну!», «Елки-палки», «Забыла!».
- 5) У всех детей наблюдалось естественное для слышащих детей поведение в социуме.

Однако, у 9,1% детей, получавших помощь в рамках домашнего визитирования, и 18,2 % детей контрольной группы понимание речи было на среднем уровне, что проявлялось в сложностях понимания инструкций и вопросов взрослых вне ситуации наглядного выбора. У 9,1 % детей из контрольной группы удалось достичь среднего уровня взаимодействия со взрослым, что проявлялось в сложности удержания длительного эмоционального и игрового контакта между родителем и ребенком.

Таким образом, 78,2 % детей, помощь которым оказывалась в условиях домашнего визитирования, и 52,4 % детей из контрольной группы завершили запускающий этап реабилитации [129], что проявлялось в естественном, в соответствии с возрастом, поведении в социуме, а также спонтанном освоении речи при взаимодействии со взрослыми и сверстниками (Таблица 3.9).

Между группой, принимавшей участие в программе домашнего визитирования, и контрольной группой были обнаружены статистически значимые различия с преобладанием завершенности запускающего периода

реабилитации в группе, получавшей сопровождение в условиях надомного визитирования, что говорит об эффективности технологии надомного визитирования.

**Таблица 3.9 Результаты прохождения запускающего этапа реабилитации**

группы	Завершение реабилитации		Всего
	Завершили	Не завершили	
Надомное визитирование (группа 1)	18	5	23
Контрольная группа (группа 2)	11	10	21
Всего	29	14	44

Pearson  $\chi^2 = 4.6186$   $p = 0.032$

При завершенности запускающего этапа реабилитации был достигнут высокий уровень взаимодействия взрослого и ребенка, при котором наблюдалась эмоциональная включенность взрослого и ребенка в совместную деятельность; у ребенка было сформировано слуховое восприятие в соответствии с возрастом: ребенок различал музыкальные инструменты, бытовые шумы, голоса животных и близких взрослых, тихие речевые и неречевые звучания, у ребенка была сформирована условно-двигательная реакция на звуки. Дети проявляли интерес к игрушкам, совместным действиям и игре со взрослым, выполняли поручения взрослых в различных ситуациях взаимодействия, сопровождали свою игру фразой из 2-3 слов. Речь детей соответствовала возрасту. Родители были включены в реабилитационный процесс, общались с ребенком в соответствии с его слуховыми и возрастными особенностями.

Показателями завершенности запускающего этапа реабилитации явились: высокий уровень развития экспрессивно-мимических средств общения взрослого с ребенком, эмоциональная включенность ребенка во взаимодействие со взрослым.

Проанализируем факторы, влияющие на завершение реабилитации (Таблица 3.10).

**Таблица 3.10 Факторы, влияющие на завершение запускаящего этапа реабилитации**

Анализируемые признаки	Наличие признака	Завершенность реабилитации		Всего	Статистика
		завершена	не завершена		
Двуязычие в семье	есть	0	5	5	$\chi^2=4.7009$ p = 0.030
	нет	20	29	39	
Нерегулярность занятий	есть	0	6	6	$\chi^2=5.7895$ p = 0.016
	нет	20	18	38	
Невыполнение домашнего задания	есть	1	11	12	$\chi^2=9.1705$ p = 0.002
	нет	19	13	32	
Неблагополучие в семье	есть	1	2	3	$\chi^2=0.1908$ p = 0.662
	нет	19	22	41	
Ранний выход мамы на работу	есть	1	4	5	$\chi^2=1.4742$ p = 0.225
	нет	19	20	39	
Задержка моторного развития	есть	3	14	17	$\chi^2=8.6402$ p = 0.003
	нет	17	10	27	
Психологически нестабильное состояние мамы	есть	3	7	10	$\chi^2=1.2467$ p = 0.264
	нет	17	17	34	
Инфантилизация ребенка	есть	1	6	7	$\chi^2=3.2618$ p = 0.071
	нет	19	18	37	
Присутствие на занятии постороннего взрослого	есть	0	2	2	$\chi^2=1.7460$ p = 0.186
	нет	20	22	42	

При сопоставлении данных факторов в группах детей, получающих помощь в условиях домашнего визитирования, и контрольной группе, по большинству анализируемых показателей различий выявлено не было ( $p>0.05$ ). Исключение составил фактор «невыполнение домашнего задания» ( $\chi^2=9.5213$ , p = 0.023)

Анализируя факторы, которые повлияли на завершение запускаящего этапа реабилитации в течение 2 лет, нами были обнаружены статистически значимые отличия между группой, завершившей и не завершившей

реабилитацию с преобладанием во второй следующих факторов: двуязычие в семье ( $p=0,030$ ), нерегулярность занятий ( $p=0,016$ ), невыполнение домашнего задания ( $p=0,002$ ), задержка моторного развития ( $p=0,003$ ).

Среди двуязычных семей были семьи из Киргизии, Азербайджана, Таджикистана, в которых взрослые активно в общении друг с другом использовали родной язык. С детьми родители по рекомендации сурдопедагога старались общаться на русском языке, поскольку образование планировали получать в русскоязычном детском саду и школе. Однако в вышеперечисленных семьях сложно было перестроить общение отцов с детьми, которые преимущественно общались при детях и с детьми на родном языке, что, по данным нашего исследования, негативно сказывалось на формировании понимания речи как на русском языке, так и на родном языке.

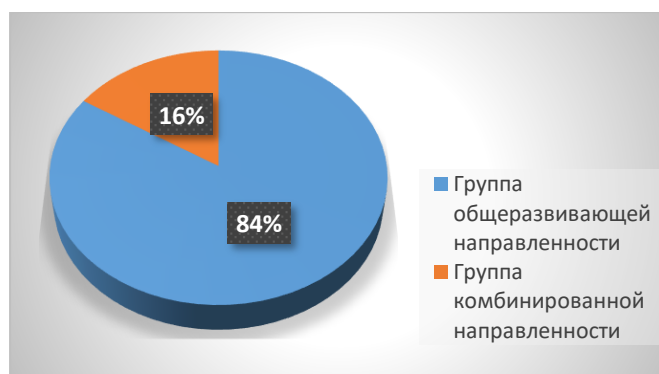
Также в данных семьях сложнее было выстраивать сурдопедагогический процесс, родители чаще не выполняли домашнее задание, пропускали занятия.

Сравнивая двуязычные семьи, помощь которым была оказана в условиях домашнего визитирования (2,3 %) с контрольной группой (9%), был сделан вывод о предпочтительности использования технологии домашнего визитирования для таких семей, так как при посещении сурдопедагогом семьи на дому удавалось быстрее установить взаимодействие между взрослым и ребенком, а также включить в реабилитационный процесс всех членов семьи, что было сложнее сделать при занятиях вне дома, так как на занятия в основном приезжали только матери с детьми. При посещении семей на дому сурдопедагог имел возможность побеседовать с отцами, бабушками, дедушками, дядями, тетями, включить в совместную игру взрослых членов семьи и братьев/ сестер ребенка с кохлеарным имплантом, помочь выстроить взаимодействие с ребенком в процессе режимных моментов, склонить родителей к использованию одного языка при взаимодействии с ребенком и при общении с окружающими людьми и по телефону при ребенке.

Благодаря технологии надомного визитирования сурдопедагог имел возможность понять особенности быта семьи, помочь родителям внедрить занятия в режимные моменты, научить общаться с ребенком.

В силу того, что не у всех детей удалось достичь высокого уровня развития понимания речи, 21,8 % детей, которые прошли все периоды надомного визитирования, продолжили занятия в центре с сурдопедагогом. В контрольной группе работу с сурдопедагогом продолжило 47,6% семей. К моменту завершения эксперимента у детей было сформировано бытовое понимание речи, в речи наблюдались отдельные звукоподражания, лепетные и полные слова, простая фраза из 2 слов (Например: «Мама, на!», «Дай ляля»).

Через 2 года после кохлеарной имплантации 84% детей посещало группу общеразвивающей направленности, 16% – группу комбинированной направленности (Рисунок 3.9), из них 6,8 % получало помощь в рамках надомного визитирования, 9,2% - вне дома.



**Рисунок 3.9 Образовательный маршрут детей через 2 года после кохлеарной имплантации**

Таким образом, все дети, начавшие реабилитацию до кохлеарной имплантации, завершили запускаящий этап через два года после операции. В рамках надомного визитирования за 2 года запускаящий этап реабилитации завершило 78,2% семей, в контрольной группе – 52,4% семей. Все дети оказались в среде слышащих: в группах общеразвивающей и комбинированной направленности. С детьми, с которыми не удалось достичь высокого уровня развития понимания речи, сурдопедагог продолжил работу



после завершения эксперимента. На результаты завершения реабилитации повлияли такие факторы, как двуязычие в семье (в семье было два устных языка), нерегулярность занятий, невыполнение всех инструкций сурдопедагога, ранний выход на работу отдельных матерей, психологически нестабильное состояние мамы на момент начала реабилитации, инфантилизация ребенка, присутствие на занятии взрослого, который не проводил основное время с ребенком. Данные факторы указывают на огромную роль подготовки родителей к кохлеарной имплантации, а также на необходимость комплексного подхода к работе с семьей ребенка до и после кохлеарной имплантации. Необходима не только сурдопедагогическая, но и психологическая поддержка родителей. Некоторым родителям необходима медикаментозная поддержка со стороны невролога и врача-психиатра, так как видимая готовность родителей участвовать в реабилитации ребенка не всегда проявляется в эмоциональной готовности родителей включаться в процесс реабилитации. В рамках домашнего визитирования сурдопедагогу удавалось понять быт и особенности семьи, помочь наладить режимные моменты через непосредственное включение и наблюдение за такими бытовыми ситуациями как умывание, прием пищи ребенком, сборы на прогулку, прогулка и т.д.

Поддержка родителей в выстраивании режимных моментов влияет на качество взаимодействия родителей с детьми в течение всего дня, а также помогает матерям преодолеть стресс, связанный с необходимостью каждодневных занятий с ребенком до и после кохлеарной имплантации. Грамотное использование режимных моментов, постепенное усложнение эмоционального взаимодействия на новой сенсорной основе между взрослым и ребенком в течение дня позволяет настроить родителей на качественную коммуникацию с ребенком в течение всего периода его бодрствования.

### **3.3 Оценка эффективности получения помощи в условиях надомного визитирования при взаимодействии сурдопедагога с семьей ребенка до и после кохлеарной имплантации**

Проанализируем факторы, влияющие на эффективность занятий сурдопедагога в процессе сопровождения ребенка в условиях семьи по сравнению с контрольной группой (Таблица 3.11).

Надомное визитирование позволяло сурдопедагогу уделять больше времени на работу с семьей, в среднем визит специалиста длился 75-120 минут, что в 1,5-2 раза больше, чем среднее время занятий с детьми в контрольной группе. При этом, сурдопедагог тратил больше времени на дорогу. На подготовку к занятию с одним ребенком сурдопедагог тратил в среднем 40-60 минут. Таким образом, общее время, которое требовалось педагогу на подготовку к занятию, дорогу и работу с одной семьей в условиях надомного визитирования составляло в среднем 5 часов в условиях города Москва.

При этом в рамках занятий в условиях надомного визитирования родители тратили в среднем 75-120 минут на занятие, а также на подготовку к занятию. При занятиях сурдопедагога с контрольной группой родители тратили время на дорогу, (например, в среднем в Москве это составляло 1,5-3 часа в сумме в обе стороны), а также время на занятие и беседу с педагогом, что составляет 45-60 минут. Таким образом, общее время, которое родители в Москве тратили на занятие в центре с учетом дороги составляло в среднем 3-4 часа. При этом в рамках занятий с контрольной группой не всегда учитывался режим дня ребенка, и сурдопедагог не мог уделить достаточное время на беседу с родителями после занятия, что было возможно в рамках надомного визитирования.

**Таблица 3.11 Достоинства и недостатки надомного визитирования по отношению ко всем участникам взаимодействия триады «сурдопедагог-родители-ребенок»**

Достоинства и недостатки надомного визитирования/ занятий вне дома		По отношению к родителям	По отношению к ребенку	По отношению к сурдопедагогу
Длительность занятия	вне дома	45-60 минут	45-60 минут	60 минут
	дома	75-120 минут	75-120 минут	75-120 минут
Отвлекаемость ребенка на членов семьи, не присутствующих на занятии	вне дома	-	-	-
	дома	+	+	+
Отвлекаемость ребенка на игрушки, не связанные с занятием	вне дома		-	
	дома		+	
Отвлекаемость ребенка на еду	вне дома	-	-	-
	дома	+	+	+
Отвлекаемость ребенка на домашних животных	вне дома	-	-	-
	дома	+	+	+
Включенность в занятие всех членов семьи	вне дома	-	-	
	дома	+	+	
Учет жилищных условий семьи	вне дома	-	-	-
	дома	+	+	+
Просьба родителей о переносе времени занятия	вне дома	-		-
	дома	+		+
Выстраивание занятий в зависимости от режима дня ребенка	вне дома		+/-	
	дома		+	+
Время на ответы на вопросы и беседу с родителями	вне дома	+/-		+/-
	дома	+		+
Время на подготовку к занятию	вне дома			2 часа на весь рабочий день: конспекты+ собрать/разобрать игрушки
	дома			40-60 минут на одного ребенка: конспект+сбор/разбор игрушек
Физическая нагрузка	вне дома	Одеть/раздеть ребенка, лестницы/эскалаторы в общественном транспорте	Утомляемость во время дороги	В рамках занятия
	дома	уборка перед приходом педагога (+/-)	-	в рамках занятия
Время ожидания, пока семья закончит дела, связанные с режимными моментами	вне дома	-	-	-
	дома			+

При посещении семьи на дому необходимые игрушки сурдопедагог мог оставлять в семье, если посещал ее регулярно, а также родители по заданию сурдопедагога могли приобрести необходимые для занятий материалы. При этом набор игрушек, приобретаемых родителями, был индивидуален, благодаря чему игрушки не надо было каждый раз дезинфицировать. Также материалы для занятий были ориентированы на конкретного ребенка, находились у ребенка постоянно, а не «уезжали» вместе с сурдопедагогом.

В условиях надомного визитирования существовали факторы, которые могли негативно влиять на продуктивность занятия: ребенок отвлекался на членов семьи, не присутствующих на занятии, а также на домашних животных, игрушки и предметы, которые родители не убрали по тем или иным причинам. В рамках надомного визитирования наблюдались случаи, когда ребенок был голоден и на занятии просил кушать, что не встречалось на занятиях в центре.

При посещении семьи на дому возникали ситуации, когда сурдопедагогу приходилось ждать, пока ребенок проснется, закончит кушать и завершит прочие режимные моменты. В данных ситуациях у сурдопедагога была возможность проанализировать взаимодействие родителей с ребенком. Однако, встречались ситуации, когда родители регулярно просили о переносе занятия за несколько часов до занятия, чего не было при занятиях вне дома.

Преимуществами надомного визитирования являлись возможность включения в занятия всех членов семьи, а также учет жилищных условий семьи при планировании визита и составлении рекомендаций.

Таким образом, технология надомного визитирования по сравнению с контрольной группой являлась более комфортным для семьи типом помощи, так как педагог уделял больше времени семье, родители не тратили время на дорогу, а визиты специалиста вписывались в режим жизни семьи. В домашних

условиях сурдопедагог имел возможность наблюдать за естественным взаимодействием родителей с ребенком, помогать родителям решать реабилитационные задачи в рамках привычных бытовых ситуаций с учетом уклада жизни семьи, на что не было предусмотрено время при занятиях с контрольной группой. При надомном визитировании сурдопедагог имел возможность подробно ответить на вопросы родителей, включить большее количество членов семьи в реабилитационный процесс. В привычных условиях дома родители чувствовали себя спокойнее, и семьи быстрее устанавливали контакт с сурдопедагогом. Однако, в рамках надомного визитирования сурдопедагог мог оказать помощь меньшему количеству семей, а дети больше отвлекались на посторонние факторы, чем при занятиях вне дома.

## Заключение

В связи с увеличением количества операций по кохlearной имплантации детям раннего возраста особенно остро встает вопрос оказания ранней сурдопедагогической помощи данной категории детей. Основной задачей обучения имплантированных детей раннего возраста является перевод на путь естественного развития коммуникации и речи на базе усложняющегося эмоционального взаимодействия ребенка с близкими взрослыми на новой сенсорной основе, что возможно только при тесном сотрудничестве сурдопедагога с семьей и активном включении родителей в процесс реабилитации. Анализ психолого-педагогической литературы и практического опыта показывает, что развитие ребенка раннего возраста после кохlearной имплантации наиболее эффективно в условиях семьи, в привычной, повторяющейся каждодневной деятельности при постоянном взаимодействии с матерью (или иными близкими взрослыми). Процесс педагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста в условиях домашнего визитирования позволяет полноценно включить родителей в коррекционно-развивающую работу с ребенком при использовании всех ресурсов семьи.

Анализ научно-методической литературы по проблеме оказания ранней сурдопедагогической помощи семьям с детьми с кохlearным имплантом показал, что технология домашнего визитирования в России не разработана для данной категории детей, что связано с недостаточным количеством кадров, особенно в регионах РФ. Также остро стоит проблема во взаимодействии учреждений здравоохранения и образования. Родители с детьми раннего возраста до операции кохlearной имплантации в основном лишены информации о необходимости занятий сразу после постановки диагноза ребенку, основной акцент в помощи ребенку делается на сборе необходимых исследований для операции кохlearной имплантации. Семьи, детям в которых проведена кохlearная имплантация в раннем возрасте,

испытывают нехватку квалифицированных кадров и программ помощи такому ребенку.

В ходе исследования была разработана технология надомного визитирования семей с детьми раннего возраста до и после операции кохlearной имплантации. Для включения семей в программу надомного визитирования на основе проанализированной методической литературы была разработана и внедрена диагностика уровня развития слухового восприятия, понимания речи, речевой активности ребенка, его активности во взаимодействии со взрослым, интереса к предметам и деятельности взрослого, а также методика оценки показателей взаимодействия родителей с детьми раннего возраста до и после операции кохlearной имплантации. Апробация разработанного диагностического инструментария доказала его эффективность при исследовании детей раннего возраста до и после кохlearной имплантации, а также их родителей.

В процессе формирующего этапа эксперимента была разработана технология надомного визитирования семей с детьми, являющимися кандидатами и пользователями системы кохlearной имплантации, которая включала пять периодов и основывалась на режимных моментах ребенка, свободной деятельности и занятиях как базы построения всего реабилитационного процесса.

Семьи, прошедшие подготовительный период до кохlearной имплантации, показали статистически значимые диагностические отличия при начале коррекционной работы после операции по сравнению с семьями, в которых дети не получали реабилитационную помощь до операции. Это отражает значение реабилитационной работы до операции, которая является существенной подготовительной базой для всей коррекционной работы после кохlearной имплантации и влияет на ее темп, а также характер взаимодействия ребенка со взрослым.

В ходе анализа полученных данных в конце исследования были получены статистически значимые отличия между группами детей, участвовавших в программе домашнего визитирования и контрольной группой с преобладанием высокого показателя в группе, участвовавшей в программе домашнего визитирования по следующим параметрам: уровень развития понимания речи, собственной речевой активности, активности во взаимодействии со взрослым, экспрессивно-мимических средств общения, интереса к предметам и деятельности взрослого.

При анализе результатов взаимодействия родителей с детьми, получавшими сопровождение после кохлеарной имплантации в условиях домашнего визитирования и контрольной группой, были получены статистически значимые отличия между группами с преобладанием высокого показателя в группе, участвовавшей в программе домашнего визитирования по следующим параметрам: привлечение ребенка к совместной деятельности и использование игровых моментов при взаимодействии с ребенком.

Таким образом, дети, участвовавшие в программе домашнего визитирования, быстрее завершили запускающий этап реабилитации, чем дети контрольной группы, а также показали лучшие результаты сурдопедагогического сопровождения. Родители продемонстрировали большую включенность во взаимодействие с ребенком и в реабилитационный процесс.

Технология сурдопедагогического сопровождения семьи ребенка раннего возраста до и после кохлеарной имплантации в условиях домашнего визитирования была более комфортным для семьи типом помощи, чем занятия в центре, так как педагог имел возможность выстраивать посещение в зависимости от режима дня ребенка, уделять больше времени семье, помогать родителям решать поставленные задачи в рамках привычных бытовых ситуаций, включать всех членов семьи в реабилитационный процесс.



Таким образом, в диссертационном исследовании доказана состоятельность выдвинутой гипотезы, решены поставленные задачи, достигнута цель исследования, получены новые теоретические и научно-практические результаты, свидетельствующие об эффективности технологии домашнего визитирования семей с детьми раннего возраста до и после операции кохлеарной имплантации.

Результаты исследования подтвердили правомерность выдвинутой гипотезы и позволили сделать следующие **выводы**:

1. Анализ научно-методической литературы по проблеме оказания ранней сурдопедагогической помощи семьям с детьми с кохлеарным имплантом показал, что в России не разработана технология домашнего визитирования для детей данной категории, что связано с недостаточным количеством кадров, особенно в регионах РФ, а также отсутствием практического опыта подобной работы.
2. Подготовленный и апробированный диагностический инструментарий оценки взаимодействия родителей с детьми, а также слухоречевого развития детей до и после кохлеарной имплантации позволил оценить динамику перехода семьи ребенка на новый период, реализуемый в условиях технологии домашнего визитирования, а также выявить количественные показатели и оценить уровень развития взаимодействия родителей с детьми и слухоречевого развития детей в начале и при завершении экспериментальной работы.
3. Реабилитационная работа с ребенком с тяжелым нарушением слуха и его семьей до операции кохлеарной имплантации является существенной подготовительной базой для всей коррекционной работы после кохлеарной имплантации и влияет на ее темп, а также на характер взаимодействия ребенка со взрослым.
4. Сурдопедагогическое сопровождение семьи ребенка после кохлеарной имплантации в условиях домашнего визитирования позволяет

максимально использовать ресурсы семьи и полноценно включить родителей в развивающую работу с ребенком, что способствует ускорению процесса реабилитации.

5. Двухязычие в семье, где родители при ребенке и с ребенком общаются на втором для них устном языке, нерегулярность занятий, невыполнение всех инструкций сурдопедагога, ранний выход близкого взрослого на работу, его психологически нестабильное состояние на момент начала реабилитации, инфантилизация ребенка, присутствие на занятии взрослого, который не проводил основное время с ребенком, негативно влияют на темп и успех реабилитации.

Материалы выполненного исследования могут быть использованы: при реализации сурдопедагогического сопровождения семей с детьми до и после кохлеарной имплантации в условиях домашнего визитирования; в научно-исследовательской деятельности; при организации сопровождения семей, воспитывающих детей раннего возраста с нарушенным слухом; при составлении специальных образовательных маршрутов для детей, готовящихся и перенесших кохлеарную имплантацию; в процессе подготовки и повышения квалификации учителей-дефектологов (сурдопедагогов); в системе высшего образования при реализации основной образовательной программы бакалавров и магистров.

*Перспективой* дальнейшего изучения темы в качестве диссертационного исследования станет совершенствование методологических и методических аспектов выбранного исследования.

## Литература

1. Аксенова, Л.И. Ранняя комплексная помощь детям с отклонениями в развитии как одно из приоритетных направлений в современной специальной (коррекционной) педагогике // Дефектология. - 2002. - №3. - С.10-20.
2. Аксенова, Л.И. Абилитационная педагогика/ Л.И. Аксенова. - Сер.58. Бакалавр. Академический курс (1-е издание). - Москва, 2018. – 376 с.
3. Алламярова, Н.В. Совершенствование медико-социальной помощи детям, воспитывающимся в домах ребенка специализированного типа: автореферат дис. ... кандидата медицинских наук: 14.02.03 / Алламярова Наталья Валерьевна. - Москва, 2013. - 24 с.
4. Андреева, Г.М. Социальная психология / Г.М. Андреева. – М.: Аспект пресс, 1999 – 375 с.
5. Андреева, Л.В. Сурдопедагогика: Учебник для студ. высш. учеб. заведений / Л.В. Андреева. - Под науч. ред. Н.М. Назаровой, Т.Г. Богдановой. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 576 с.
6. Архипова, Е.Ф. Работаем по программе «От рождения до школы» с детьми младенческого и раннего возраста в период адаптации ФГОС ДО в систему работы ДОО / Е.Ф. Архипова / Современное дошкольное образование. – 2015. - № 10 (62). – С. 40 – 47.
7. Баенская, Е.Р. Эмоционально – смысловой подход в психологической помощи детям с аутизмом / Е.Р. Баенская // Альманах института коррекционной педагогики. – 2019. - № 39. – С. 109 – 118.
8. Баенская, Е.Р. Помощь в воспитании детей с особым эмоциональным развитием (ранний возраст) / Е.Р. Баенская. – М.: Теревинф, 2017. – 112 с.
9. Бахшинян, В.В. Этап подключения речевого процессора, его первичная настройка: аудиолог и сурдопедагог /В.В. Бахшинян, А.И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики. - 2015. - № 21. - С. 22-25.

10. Бахшинян, В.В. Кохлеарный импланты нового поколения/ В.В. Бахшинян// Альманах Института коррекционной педагогики. - 2017. - № 30. - С. 27-36.
11. Бахшинян, В.В. Взаимодействие сурдолога и сурдопедагога в ходе настроек речевого процессора / В.В. Бахшинян, А. И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2020. - № 42. – С. 3.
12. Богданова, Т.Г. Диагностика психического развития детей с нарушениями слуха на ранних этапах онтогенеза / Т.Г. Богданова // В сборнике: Актуальные проблемы современного раннего и дошкольного образования детей с инвалидностью и ОВЗ. Сборник научных статей по материалам региональной научно – практической конференции. – 2018. – С. 40 – 44.
13. Богданова, Т.Г. Проблемы отношений в семье, воспитывающей ребенка с нарушенным слухом / Т.Г. Богданова, Т.Н. Картукова // Образование и общество. – 2016. – № 3 (98). – С. 86 – 90.
14. Божович, Л.И. Избранные психологические труды: Пробл. формирования личности / Л. И. Божович. - Под ред. Д. И. Фельдштейна. - М.: Междунар. пед. акад., 1995. - 209 с.
15. Боскис, Р.М. Учителю о детях с нарушениями слуха: Кн. для учителя/ Р.М. Боскис. - 2-е изд. — М.: Просвещение, 1988.— 128 с.
16. Бразгун, Т.Н. К проблеме дисфункциональности семей, воспитывающих детей с ограниченными возможностями здоровья / Т.Н. Бразгун, В.В. Ткачева // Системная психология и социология. - 2018. - № 3(27) - С.84-98.
17. Браткова, М.В. Формирование предметных действий у детей раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы: автореферат дис. ... кандидата педагогических наук: 13.00.03 / Браткова Маргарита Владимировна. - Москва, 2006. - 22 с.
18. Буданцов, А.В. Переживание этапов кохлеарной имплантации матерями неслышащих детей / А.В. Буданцов, А.Н. Молостова // Консультативная психология и психотерапия. – 2019. - Т. 27. - № 4. - С. 98—116.

19. Велиева, С.В. Региональная модель ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья: учебное пособие / С. В. Велиева, Т.Н. Семенова. - Чебоксары: Чувашский государственный педагогический университет им. И. Я. Яковлева, 2019. - 275 с.
20. Венгер, А.А. Обучение глухих дошкольников изобразительной деятельности/ А.А. Венгер. - М.: Просвещение, 1972. — 168 с.
21. Ветрова, В.В. Влияние прослушивания речи взрослых на вербальное развитие детей раннего возраста: автореф. дис. ... канд. псих. наук : 19.00.07 / Ветрова Валентина Вениаминовна. – М., 1975. – 22 с.
22. Винникотт, Д.В. Маленькие дети и их матери / Д.В. Винникотт. – М.: Независимая фирма Класс, 2007. – 78 с.
23. Воронов, Н.А. Рациональный режим дня человека/ Н.А. Воронов // Материалы конференций ГНИИ "НАЦРАЗВИТИЕ", июнь 2018. Сборник избранных статей. - 2018. - С. 141-143.
24. Воронин, А.С. Словарь терминов по общей и социальной педагогике / А.С. Воронин. – Екатеринбург: ГОУ ВПО УГТУ УПИ, 2006. – 135 с.
25. Выготский, Л.С. Игра и ее роль в психическом развитии ребенка: Стенограмма лекции, прочитанной в 1933 г. в ЛГПИ им. А.И. Герцена / Л.С. Выготский // Психология развития. – СПб.: Питер, 2001. – С. 56–79.
26. Выготский, Л.С. Мышление и речь: психологические исследования / Л.С. Выготский. – М.: Издательство «Национальное образование», 2019. – 368 с.
27. Выготский, Л.С. Проблемы развития психики в 6 т. / Л.С. Выготский // под ред. А.М. Матюшкина. – М.: Педагогика, 1983. – Т.3. – 368 с.
28. Выродова, И.А. Обучение воспитателей личностно-ориентированному взаимодействию с младенцами - сиротами в условиях специализированного дома ребенка: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.03 / Выродова Ирина Анатольевна. - М., 2009. - 235 с.
29. Газман, О.С. Неклассическое воспитание: от авторитарной педагогики к педагогике свободы/ О.С. Газман - М.: МИРОС, 2002. - 296 с.

30. Галигузова, Л.Н. Ступени общения: от года до семи лет / Л. Н. Галигузова, Е. О. Смирнова. – М.: Просвещение, 1992. – 143 с.
31. Головчиц, Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. Заведений/ Л.А. Головчиц. – М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС, 2001. – 304 с.
32. Головчиц, Л.А. Особенности речевого развития детей дошкольного возраста с кохлеарными имплантами, имеющих дополнительные нарушения / Л.А. Головчиц, Е.Л. Андреева, Т.Ю. Сироткина // Дефектология. – 2020. – № 1. – С. 43 – 50.
33. Головчиц, Л.А. Отношение родителей детей с тяжелыми нарушениями слуха к кохлеарной имплантации / Л.А. Головчиц // Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. – 2020. - №1. – С. 48 – 54.
34. Горлова, О.А. Профилактика коммуникативно-речевых отклонений у детей раннего возраста / О.А. Горлова // Специальное образования. – 2012. - №1. – С. 27 – 34.
35. Гражданский кодекс Российской Федерации: [принят Гос. Думой 21 октября 1994 г. № 51 – ФЗ по состоянию на 01.03. 2021 г.]. – М.: Омега-Л. – 624 с.
36. Грибова, О.Е. К проблеме анализа коммуникаций у детей с речевой патологией / О. Е. Грибова // Дефектология. – 1995. – № 6. – С. 12-19.
37. Григоренко, Н.Ю. Формирование основ общения у детей первых лет жизни с нормальным и аномальным развитием. Монография / Н.Ю. Григоренко // под ред. Ю.Е. Вятлевой. — М.: Логомаг, 2020. — 336с.
38. Григорьева, Л.П. Основные методы развития зрительного восприятия у детей с нарушениями зрения: учебно-методическое пособие / Л. П. Григорьева, С. В. Сташевский // Академия педагогических наук СССР; Научно-исследовательский институт дефектологии. - Москва, 1990. - 60 с.
39. Громова, О.Е. Методика формирования начального детского лексикона / О. Е. Громова. - М.: Творч. центр "Сфера", 2003. – 170 с.

40. Даль, В.И. Толковый словарь живого великорусского языка (комплект из 4 книг) / В.И. Даль. - М.: ДРОФА, Русский язык - Медиа, 2011. - 700 с.
41. Дети с кохлеарными имплантами: научно-популярное издание/ под ред. О.И. Кукушкиной, Е.Л. Гончаровой. – М.: Издательство «Национальное образование», 2017- 208 с.
42. Евтушенко, И.В. Особенности разработки программы ранней помощи и сопровождения детей с ограниченными возможностями здоровья и их семей/ И.В. Евтушенко, И.Ю. Левченко, Л.П. Фальковская // Современные проблемы науки и образования. – 2015. - № 6-0. – С. 454.
43. Екжанова, Е.А. Коррекционно-педагогическая помощь детям раннего и дошкольного возраста / Е.А. Екжанова, Е.А. Стребелева. – М.: КАРО, 2016. – 336 с.
44. Елагина, М.Г. Возникновение активной речи в процессе сотрудничества со взрослыми у детей раннего возраста: автореф. дис. ... канд. псих. наук: 09.00.07 / Елагина Марина Георгиевна. – М., 1977. – 17 с.
45. Ермолаева, Е.Е. О ранней помощи детям и их семьям/ Е.Е. Ермолаева, А.М. Казьмин, Р.Ж. Мухамедрахимов // Аутизм и нарушения развития. -2017. -Т. 15. -№ 2. - С. 4-18.
46. Ефремова, Т.Ф. Современный толковый словарь русского языка. В 3 томах. Том 2. М-П / Т.Ф. Ефремова. - М.: АСТ, Астрель, Харвест, Lingua, 2006. - 996 с.
47. Жиянова, П.Л. Семейно-центрированная модель ранней помощи детям с синдромом Дауна: Методическое пособие. / П.Л. Жиянова – 2-е изд., исправленное и дополненное. - М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2014. – 248 с.
48. Жукова, О.С. К вопросу о взаимодействии сурдопедагога и логопеда в реабилитации глухих детей после кохлеарной имплантации / О.С. Жукова, И.В. Королева // В сборнике: Два века российской сурдопедагогики. Материалы Всероссийского конгресса сурдопедагогов.

- Российский государственный педагогический университет им. А.И. Герцена, 2006. – С.225 – 231.
49. Запорожец, А.В. Избранные психологические труды: в 2 т. / А. В. Запорожец. - Москва: Педагогика, 1986.- 316 с.
50. Зарубина, Ю.Г. Адаптация ребенка в группе и развитие общения на игровом занятии КРУГ / Ю. Г. Зарубина, Константинова И. С., Бондарь Т. А., Попова М. Г. – М.: Теревинф, 2009. – 56 с.
51. Захарова, И.Ю. Средовой подход в работе с детьми с нарушениями развития эмоциональной сферы / И.Ю. Захарова, Д.В. Ермолаев //Особый ребенок: исследования и опыт помощи. – Вып. 5. – М.: Теревинф, 2006. – С. 9–33.
52. Зиатдинова, Г.Р. Социализация детей-инвалидов средствами социально-культурной деятельности: диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.05 / Зиатдинова Гульфия Рабхатовна. - Казань, 2011. - 244 с.
53. Зислина, Н.Н. Нейрофизиологические механизмы нарушения зрительного восприятия у детей и подростков / Н. Н. Зислина. - М.: Педагогика, 1987. – 168 с.
54. Зонтова, О.В. Дистанционная поддержка в реабилитации после кохлеарной имплантации / О.В. Зонтова, О.С. Орлова, Н.В. Пудов // Образование лиц с нарушением слуха: достижения и актуальные проблемы. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. Под редакцией Е.Г. Речицкой, В.В. Линькова. – М.: Московский педагогический государственный университет, 2019. – С. 44 - 47.
55. Зонтова, О.В. Этапы реабилитации после кохлеарной имплантации / О.В. Зонтова, В.И. Пудов // Экспериментальная и клиническая отоларингология. – 2020. – № 1 (2). – С. 54 – 55.
56. Игры и занятия с детьми раннего возраста, имеющими отклонения в психофизическом развитии: Книга для педагогов / Под ред. Е.А. Стребелевой, Г.А. Мишиной. – М.: «Полиграф сервис», 2002. – 128 с.



57. Исенина, Е.И. Родителям о психическом развитии и поведении глухих детей первых лет жизни/ Е.И. Исенина. – Иваново, 1996. – 88 с.
58. Кобрина, Л.М. Проблема абилитационной работы с неслышащими детьми раннего возраста /Л.М. Кобрина // Материалы Всероссийского конгресса сурдопедагогов. – СПб: «Наука – Питер». 2006. – с.276 – 281.
59. Кожевникова, Е.В. «Санкт-Петербургская программа «Абилитация младенцев» - первая в России программа раннего вмешательства»/ Е.В. Кожевникова, Р.Ж. Мухамедрахимов, Л.А. Чистович // Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. – 1998. – Т.77 №1. – С.112-113.
60. Колдина, Д.Н. Игровые занятия с детьми 1-2 лет. Методическое пособие/ Д.Н. Колдина. – 2-е изд., доп. – М.: ТЦ Сфера, 2017. – 112 с.
61. Конвенция Международной организации труда N 177 о надомном труде (Женева, 20 июня 1996 г.) [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://docs.cntd.ru/902043477>
62. Концепция развития ранней помощи в Российской Федерации на период до 2020 года [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://mintrud.gov.ru/docs/government/180>
63. Королева, И.В. Научно-методологические основы реабилитации ранооглохших детей после кохлеарной имплантации. Часть 1 «Слуховой метод»/ И.В. Королева // Российская отоларингология. – 2011. - №2 (51) - С.88-98.
64. Королева, И.В. Помощь детям с нарушением слуха. Руководство для родителей и специалистов/ И.В. Королева. – Санкт- Петербург: КАРО, 2016. – 304 с.
65. Королева, И.В. Развивающие занятия с детьми с нарушением слуха раннего возраста / И.В. Королева. - СПб, КАРО, 2017. – 176 с.
66. Королева, И.В. Настройка речевого процессора кохлеарного импланта у особых групп пациентов / под ред. И.В. Королевой - СПб.: Полифорум Групп, 2019. – 66 с.
67. Корсунская Б.Д. Воспитание глухого дошкольника в семье / Б. Д.

- Корсунская. – М.: Издательство «Педагогика», 1970. – 149 с.
68. Кудрина, Т.П. Преодоление трудностей в развитии общения матери и слепого младенца: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.03 / Кудрина Татьяна Петровна - М., 2016. - 140 с.
69. Кузьмичева Е.П. Обучение глухих детей восприятию и воспроизведению устной речи: учеб. пособие для студ. учреждений высш. проф. образования / Е.П.Кузьмичева, Е.З.Яхнина. — М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 336 с.
70. Кукушкина, О.И. Подход к реабилитации ребенка после кохлеарной имплантации / О.И. Кукушкина, Е.Л. Гончарова // Дефектология. - 2016. – № 4. - С. 44-52.
71. Кумин, Л. Формирование навыков общения у детей с синдромом Дауна: Руководство для родителей/ Кумин Либби: пер. с англ. Г.С. Грозной. – Изд. 2-е доп. – М.: Благотворительный фонд «Даунсайд Ап», 2012. – 280 с.
72. Лабунская, В.А. Экспрессия человека: общение и межличностное познание / В. А. Лабунская. – Ростов-на-Дону. - Д: Феникс, 1999. – 608 с.
73. Лазуренко, С.Б. Психическое развитие детей с нарушениями здоровья в раннем возрасте: моногр. / С.Б. Лазуренко. – М.: ЛОГОМАГ, 2014. – 266 с.
74. Ларина, И.П. Проблемы обучения и воспитания детей с кохлеарными имплантами с комплексными нарушениями / И.П. Ларина // В сборнике: Специальная педагогика и психология. Сборник научных статей участников V международного теоретико – методического семинара. – 2013. – С. 243 – 248.
75. Ларина, И.П. Актуальные вопросы психолого – педагогического сопровождения семей, имеющих детей с кохлеарными имплантами / И.П. Ларина // Социокультурные и психологические проблемы современной семьи: актуальные вопросы сопровождения и поддержки: материалы международной научно – практической конференции. – Тула: Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого. – 2015. – С. 205 – 212.

76. Лебединский, В.В. Эмоциональные нарушения в детском возрасте и их коррекция / В.В. Лебединский, О.С. Никольская. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1990. – 173 с.
77. Левченко, И.Ю. Компетенции специалистов в сфере ранней помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и детям группы риска/ И.Ю. Левченко // Раннее развитие и коррекция: теория и практика: сборник науч. ст. по материалам науч.-практ. конф. – М.: ПАРАДИГМА, 2016. – С. 154-161.
78. Левченко, И.Ю. Психологическая помощь семье, воспитывающей ребенка с отклонениями в развитии: метод. пособие / И.Ю. Левченко, В.В. Ткачева. – М.: Просвещение, 2008. – 239 с.
79. Леонтьев, А.А. Психология общения [Электронный ресурс] / А. А. Леонтьев. – М.: Смысл, 1999. – 3-е изд. – 365 с. – Режим доступа: <http://docus.me/d/831792/?preview>.
80. Леонгард, Э.И. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. Задания для родителей глухих и слабослышающих дошкольников, воспитывающихся и обучающихся в семье по методу Леонгард. Издание 2-е дополненное и переработанное / Э.И. Леонгард, Е. Г. Самсонова. - Москва, 2018. – С.9.
81. Леонгард, Э.И. Кохлеарная имплантация: вариативность методов постоперационной слухоречевой реабилитации и интеграции / Э.И. Леонгард // II Всероссийский Конгресс по слуховой имплантации с международным участием. 02 – 04. 10. 2012. Тезисы докладов. - СПб., 2012. – С. 21.
82. Леонгард, Э.И. Сформированность слухоречевой системы – фундамент развития когнитивных функций мозга детей с нарушением слуха / Э.И. Леонгард // Образование лиц с нарушением слуха: достижения и актуальные проблемы. Материалы Всероссийской научно – практической конференции. – 2019. – С. 17 – 20.
83. Лисина, М.И. Влияние отношений с близкими взрослыми на развитие

- ребенка раннего возраста / М. И. Лисина // Вопросы психологии. – 1961. – № 3. – С. 117-124.
84. Лисина, М.И. Возрастные и индивидуальные особенности общения со взрослыми у детей от рождения до семи лет: автореф. дис. на соиск. уч. степени д-ра психол. наук: 190007 / Лисина Майя Ивановна. – М., 1974. – 35 с.
85. Лисина, М.И. Общение и психическое развитие / М. И. Лисина // Общение, личность и психика ребенка / М. И. Лисина – М.: Издательство «Институт практической психологии», 1997. – С. 218-227.
86. Лисина, М.И. Проблемы онтогенеза общения / М. И. Лисина // Науч.-исслед. ин-т общей и педагогической психологии Акад. пед. наук СССР. – М.: Педагогика, 1986. – 144 с.
87. Лисина, М.И. Формирование личности ребенка в общении / М.И. Лисина. – СПб: Питер, 2009. – 320 с.
88. Лопатин, В.В. Русский толковый словарь: более 35 000 слов: ок. 70 000 устойчивых словосочетаний / В. В. Лопатин, Л. Е. Лопатина. - М.: Эксмо, 2004. – 921с.
89. Лубовский, В.И. Специальная психология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / В. И. Лубовский, Т. В. Розанова, Л. И. Солнцева и др. — 2-е изд., испр. — М.: Издательский центр «Академия», 2005. — 464 с.
90. Макарова, Н.В. Психолого-педагогическая помощь детям раннего возраста с нарушениями развития в условиях дошкольного образовательного учреждения: диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.07. - Ростов-на-Дону, 2007. - 264 с.
91. Малофеев, Н.Н. Специальное образование в меняющемся мире. Европа: учеб. пособие для студентов пед. вузов / Н. Н. Малофеев. — М.: Просвещение, 2009. — 319 с.

92. Мастюкова, Е.М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. В.И.Селиверстова. — М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. — 408 с.
93. Миронова, Э.В. Отбор кандидатов на кохлеарную имплантацию: вклад сурдопедагога / Э.В. Миронова, А.И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики. — 2015. — № 21. — С. 16-18.
94. Мишина, Г.А. Пути формирования сотрудничества родителей с детьми раннего возраста с отклонениями в развитии: дис. ... канд. пед. наук. / Мишина Галина Александровна. — М., 1998. — 179 с.
95. Назарова, Н.М. Системно – деятельностный подход в обучении детей с особыми образовательными потребностями / Н.М. Назарова // Пермский педагогический журнал. — 2016. - № 8. — С. 102 – 109.
96. Назарова, Н.М. Абилитационная педагогика как фундамент инклюзивного образования / Н.М. Назарова, В.В. Олешова // Проблемы современного педагогического образования. — 2016. - № 52-7. — С. 102 – 109.
97. Нечуговских, М.И. «Домашнее визитирование» как форма реабилитации ребенка-инвалида в семье/ М.И. Нечуговских// Открытый мир: объединяем усилия: материалы всероссийской научно-практической конференции (07-08 ноября 2018 г., г. Пермь, Россия). - Пермь: ПГГПУ, 2018. — С. 235 – 237.
98. Николаева, Т.В. Комплексное психолого-педагогическое обследование ребенка раннего возраста с нарушенным слухом/ Т.В. Николаева. — М.: Экзамен, 2006. — 112 с.
99. Николаева, Т.В. Педагогическое обследование детей дошкольного возраста с кохлеарными имплантами / Т.В. Николаева // Вестник отоларингологии. — 2016. — Т. 81. - № 6. — С. 51 – 53.
100. Носкова Л.П. Методика развития речи дошкольников с нарушениями слуха: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений/Л.П. Носкова, Л.А. Головниц. - М.: Гуманитар, изд. центр ВЛАДОС, 2004. — 344 с.

101. Ньюмен, С. Игры и занятия с особым ребенком. Руководство для родителей/ С. Ньюмен. – М.: Теревинф, 2016. – 236 с.
102. Общение и речь: развитие речи у детей в общении со взрослыми / под ред. М. И. Лисиной. – М.: Педагогика, 1985. – 208 с.
103. Обухова, Л.Ф. Возрастная психология: учебник для студ. Вузов / Л.Ф. Обухова. – М.: Юрайт, 2009.
104. Одиноква, Г.Ю. Выявление и преодоление неблагополучия в развитии общения матери и ребенка раннего возраста с синдромом Дауна: дис. ... канд. пед. наук: 13.00.03 / Одиноква Галина Юрьевна. - М., 2015. – 185 с.
105. Ожегов, С.И. Толковый словарь русского языка / С.И. Ожегов. - М.: АСТ, 2015. - 736 с.
106. Орлова, О.С. Совершенствование медико-педагогической реабилитации глухих детей после кохлеарной имплантации посредством настройки речевого процессора / О.С. Орлова, О.В. Зонтова // Специальное образование. - 2018. - №2 (50). – С.74 - 86.
107. Пальмов, О.И. Психическое развитие детей с синдромом Дауна в процессе раннего вмешательства: автореферат дис. ... кандидата психологических наук: 19.00.04 / Пальмов Олег Игоревич. - Санкт-Петербург, 2006. - 25 с.
108. Письмо Минобразования РФ от 17.05.1995 № 61/19-12 «О психолого-педагогических требованиях к играм и игрушкам в современных условиях» (Текст документа по состоянию на июль 2011 года).
109. Письмо Минобразования РФ от 15 марта 2004 г. №03-51-46ин/14-03 «Примерные требования к содержанию развивающей среды детей дошкольного возраста, воспитывающихся в семье».
110. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации (Минобрнауки России) от 17 октября 2013 г. № 1155 г. Москва «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта дошкольного образования» (Зарегистрировано в Минюсте России 14.11.2013 № 30384).

111. Примерная основная образовательная программа дошкольного образования (Одобрена решением федерального учебно-методического объединения по общему образованию (протокол от 20.05.2015 № 2/15)).
112. Приходько, О.Г. Современные подходы к психолого- педагогической помощи семье ребенка с отклонениями в развитии/ О.Г. Приходьков, О.В. Югова // Вестник Московского городского педагогического университета. - Серия: Педагогика и психология, 2013. - № 3. - С. 107-119.
113. Приходько, О.Г. Система ранней комплексной помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям / О.Г. Приходько // Особые дети в обществе: сб. науч. докл. и тезисов выступлений участников I Всерос. съезда дефектологов 26-28 окт. 2015 г. – М.: АНО «НМЦ “СУВАГ”», 2015. – С. 179-183.
114. Приходько, О.Г. Психолого-педагогическая диагностика нарушений развития у детей первых лет жизни / О.Г. Приходько, О.В. Югова // Специальное образования. - 2016.- №2 (42). – С. 85-93.
115. Психолого-педагогическая помощь после кохlearной имплантации. Реализация новых возможностей ребенка. Монография/ Кукушкина О.И., Гончарова Е.Л., Сатаева А.И., Шматко Н.Д., Буданцов А.В., Николаева Т.В., Зыкова Т.С., Малофеев Н.Н. – М.: Полиграф сервис, 2014. – 192 с.
116. Пудов, В.И. Особенности настройки процессора системы кохlearной имплантации у пациентов со множественными нарушениями имплантации / В.И. Пудов, О.В. Зонтова, Н.В. Пудов // Современные проблемы физиологии и патологии слуха. Материалы 8 – го национального конгресса аудиологов, 12 – шл международного симпозиума. – 2019. – С. 29 – 30.
117. Разенкова, Ю.А. Система ранней помощи: поиск основных векторов развития: монография/ Ю.А. Разенкова – М.: Карапуз, 2011. – 144 с.
118. Разенкова, Ю.А. Научные исследования Института коррекционной педагогики в области ранней помощи ребенку с ограниченными

- возможностями здоровья и его семье. Сообщение 1 / Ю.А. Разенкова // Дефектология. – 2015. – № 3. – С. 18 – 28.
119. Разенкова, Ю.А. Научные исследования Института коррекционной педагогики в области ранней помощи ребенку с ограниченными возможностями здоровья и его семье. Сообщение 2 / Ю.А. Разенкова // Дефектология. – 2015. – № 4. – С. 3 – 14.
120. Разенкова, Ю.А. Взгляд на эволюцию терминов «раннее вмешательство» и «ранняя помощь» в отечественной науке и практике/ Ю.А. Разенкова // Раннее развитие и коррекция: теория и практика. Сборник научных статей по материалам научно-практической конференции. Сост.: О.Г. Приходько, В.В. Мануйлова, А.А. Гусейнова, А.С. Павлова. – М.: Общество с ограниченной ответственностью «Юкод», 2016. – С. 232 - 238.
121. Разенкова, Ю.А. Трудности развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: выявление, предупреждение и коррекция. Монография / Ю.А. Разенкова. - М.: Полиграф Сервис, 2017. - 200 с.
122. Разенкова, Ю.А. Предупреждение и преодоление трудностей развития общения у детей раннего возраста с ограниченными возможностями здоровья: дисс. ... докт. пед. наук.: 13.00.03. – Москва, 2017. – 207 с.
123. Разенкова, Ю.А. Коммуникативный подход к предупреждению и преодолению трудностей развития общения у различных категорий детей раннего возраста с ОВЗ / Ю.А. Разенкова // Актуальные проблемы современного раннего и дошкольного детей с инвалидностью и ОВЗ. Сборник научных статей по материалам региональной научно-практической конференции. – М.: Общество с ограниченной ответственностью «Юкод», 2019. – С. 252 – 257.
124. Рау, Е.Ф. О работе с детьми раннего возраста, имеющими недостатки слуха и речи / Е.Ф. Рау. -М.: Учпедгиз, 1950. – 140 с.
125. Рау, Ф.Ф. Произношение. Школа глухих. Подготовительный класс / Ф.Ф.



- Рау, Н.Ф. Слезина. - М.: Просвещение, 1985. — 160 с.
126. Рубинштейн, С. Л. Основы общей психологии / С.Л. Рубинштейн. - СПб: Издательство «Питер», 2000 - 712 с.
127. Рузская, А.Г. Развитие общения ребенка со взрослым и сверстниками/ А.Г. Рузская// Психология дошкольника: хрестоматия : учебное пособие для студентов средних педагогических учебных заведений / Сост. Г.А. Урунтаева. – 2-е издание, переработанное и дополненное. – Москва: Академия, 2000.
128. Сапожников, Я.М. Значение совместной работы сурдолога и сурдопедагога при настройке систем кохлеарной имплантации / Я.М. Сапожников, Н.В. Тарасова, А.Р. Сираева // Вестник отоларингологии. – 2018. – Т. 83. - № 2. – С. 22 – 25.
129. Сатаева, А.И. Система работы сурдопедагога с детьми после кохлеарной имплантации: диссертация ... кандидата педагогических наук : 13.00.03 / Сатаева Альбина Ирековна.- Москва, 2016. - 112 с.
130. Сатаева, А.И. «ЗП-реабилитация» детей с КИ: технология перестройки взаимодействия родителей с ребенком на новой сенсорной основе / А.И. Сатаева // Дефектология. – 2018. - №2. – С.14-25.
131. Сатаева, А.И. Эффективность «ЗП-реабилитации» / А.И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2017. - №30. – С.123-142.
132. Сатаева, А.И. Взгляд родителей на «ЗП-реабилитацию» / А.И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2017. №30. – С. 161 – 326.
133. Сатаева, А.И. Технология перестройки взаимодействия ребенка с семьей на новой сенсорной основе / А.И. Сатаева // Альманах Института коррекционной педагогики РАО. – 2017. - №30. – С. 85-122.
134. Селигман, М. Обычные семьи, особые дети/ М. Селигман, Р.Б. Дарлинг. –М.: Теревинф, 2007. – 368 с.
135. Селявина, Л.К. Организация психолого-социальной помощи детям и

- подросткам в системе регионального образования: На примере г. Москвы : диссертация ... кандидата психологических наук : 19.00.07. - Москва, 1999. - 163 с.
136. Семенович, А.В. Введение в нейропсихологию детского возраста: Учебное пособие / А. В. Семенович. – Москва: Генезис, 2005. – 319 с.
137. Система ранней комплексной помощи детям с ОВЗ и их родителям: научная монография / О.Г. Приходько, И.Ю. Левченко и др. – М.: Парадигма, 2018 – 378 с.
138. Смирнова, Е.О. Диагностика психического развития детей от рождения до 3 лет / Е.О. Смирнова, Л.Н. Галигузова, Т.В. Ермолова, С.Ю. Мещерякова. – М.: АНО «ПЭБ», 2007. – 128с.
139. Смирнова, Е.О. Детская психология / Е.О. Смирнова. – М.: Гуманитар. изд. центр ВЛАДОС, 2008. – 133 с.
140. Смирнова, Е.О. Подходы к пониманию игры в современной западной психологии / Е.О. Смирнова, М.В. Соколова, Е.Г. Шеина // Современная зарубежная психология. – 2012. – Т. 1. № 1. – С. 53–64.
141. Соловьева, И.Л. Адаптация детей после кохлеарной имплантации в условиях семьи / И.Л. Соловьева // Социокультурные и психологические проблемы современной семьи: актуальные вопросы сопровождения и поддержки: материалы международной научно – практической конференции. – Тула: Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого. – 2015. – С. 247 – 253.
142. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н.М. Назаровой. – Т.1: История специальной педагогики / Н.М. Назарова, Г.Н. Пенин. – М.: Издательский центр «Академия», 2007. – 352 с.
143. Специальная педагогика: в 3 т.: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / под ред. Н.М. Назаровой. – Т.3: Педагогические системы специального образования / Н.М. Назарова, Л.И. Аксенова, Л.В. Андреева и др. – М.: Издательский центр «Академия», 2008. – 400 с.

144. Специальная семейная педагогика: семейное воспитание детей с отклонениями в развитии: учебное пособие для студентов высших учебных заведений, обучающихся по специальности "Специальная дошкольная педагогика и психология" / [Борисова Н. А. и др.]; под ред. В. И. Селиверстова, О. А. Денисовой, Л. М. Кобриной. - Москва: ВЛАДОС, 2009. - 358 с.
145. Сравнительная специальная педагогика: учеб.пособие для студ. учреждений высш. проф. образования/ Н.М. Назарова, Е.Н. Моргачева, Т.В. Фуряева. – М.: Издательский центр «Академия», 2011. – 336 с.
146. Стребелева, Е.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии: пособие для педагога-дефектолога и родителей / Е.А. Стребелева, Г.А. Мишина. – М. Парадигма, 2010. – 72 с.
147. Стребелева, Е.А. Коррекционная помощь детям раннего возраста с органическим поражением центральной нервной системы в группах кратковременного пребывания: метод. пособие для педагогов / Е.А. Стребелева, Ю.Ю. Белякова, М.В. Браткова и др. - Изд. 2-е. - М.: Экзамен, 2004. - 127 с.
148. Сухих, В.Г. Формирование готовности специалистов социального профиля к работе с лицами с ограниченными возможностями здоровья: диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.08 / Сухих Валентина Герасимовна. - Красноярск, 2015. - 206 с.
149. Таварткиладзе, Г.А. Раннее выявление и коррекция нарушений слуха у детей первых лет жизни/ Г.А. Таварткиладзе, Т.Г. Гвелесиани, Е.Р. Цыганкова, Н.А. Дайхес, С.В. Яблонский, А.В. Пашков // Методическая разработка. – М.: РМАПО, 2009. – 34 с.
150. Таварткиладзе, Г.А. История кохлеарной имплантации / Г.А. Таварткиладзе // Альманах Института коррекционной педагогики. – 2017. - №30. – С. 10-26.
151. Тарасова, Н.В. Комплексное сопровождение детей после кохлеарной

имплантации в центре оториноларингологии: диссертация на соискание ученой степени кандидата пед. наук. / Тарасова Наталья Валерьевна. - М., 2010 – 217 с.

152. Тарасова, Н.В. Роль семейного воспитания в комплексной коррекционно-педагогической помощи детям после кохлеарной имплантации / Н.В. Тарасова, О.С. Орлова // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. – 2010. - № 10. – С. 243 – 249.
153. Ткачева, В.В. Технологии психолого-педагогической помощи семье ребенка с ограниченными возможностями здоровья/ В.В. Ткачева // Межотраслевые подходы в обучении и воспитании лиц с ограниченными возможностями здоровья. – М.: Издательство Спутник +, 2014. – С. 197-215.
154. Ткачева, В.В. Технологии психологической помощи семьям детей с отклонениями в развитии: Учеб.пособие/ В.В. Ткачева. – М.: АСТ; Астрель, 2007. – 318, [2] с. – (Высшая школа).
155. Ткачева, В.В. Реализация семейно-центрированного подхода в условиях службы ранней помощи/ В.В. Ткачева // Раннее развитие и коррекция: теория и практика. Сборник научных статей по материалам научно-практической конференции. Сост.: О.Г. Приходько, В.В. Мануйлова, А.А. Гусейнова, А.С. Павлова. – 2016. – С. 259-266.
156. Тюрина, Н.Ш. Сопровождение семьи, имеющей ребенка младенческого и раннего возраста с особенностями психофизического развития / Н.Ш. Тюрина // Социокультурные и психологические проблемы современной семьи: актуальные вопросы сопровождения и поддержки. Материалы международной научно-практической конференции. - Тульский государственный педагогический университет им. Л.Н. Толстого, 2015. – С.255-259.
157. Тюрина, Н.Ш. Взаимодействие с родителями проблемных детей младшего и раннего возраста: современный подход/ Н.Ш. Тюрина //

- Коррекционно-развивающее образование. – М.: Издательство «Современное образование», 2012. – № 3. – с. 40-46.
158. Тюрина, Н.Ш. Компетентностный подход в инклюзивном образовании / Н.Ш. Тюрина // Специальная педагогика и специальная психология: Современные методологические подходы. Коллективная монография / Под ред. Богдановой Т.Г., Назаровой Н.М. - Москва, 2013.- С.210-215.
159. Ушаков, Д.Н. Толковый словарь современного русского языка / Д.Н. Ушаков. - М.: Альта-принт, 2008. - 793 с.
160. Федеральный закон от 29.12.2012 N 273-ФЗ "Об образовании в Российской Федерации" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/36698>.
161. Федеральный государственный образовательный стандарт дошкольного образования (утв. приказом Министерства образования и науки РФ от 17 октября 2013 г. N 1155) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://base.garant.ru/70512244/53f89421bbdaf741eb2d1ecc4ddb4c33/>
162. Фильчикова, Л.И. Нарушения зрения у детей раннего возраста. Диагностика и коррекция: Методическое пособие / Л.И. Фильчикова, М.Э. Вернадская, О.В. Парамей. - 2-е изд. — М.: Издательство «Экзамен», 2004. — 192 с.
163. Холостова, И.И. Технология социальной работы: учебник / Е. И. Холостова и др. - Москва: Дашков и К°, 2014. - 477 с.
164. Чиркина, Г.В. Основы логопедии : учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. "Педагогика и психология (дошк.)" / Т.Б. Филичева, Н.А. Чевелева, Г.В. Чиркина. - М.: Просвещение, 1989. - 223 с.
165. Шереметьева, Е.В. Предупреждение отклонений речевого развития у детей раннего возраста: автореферат дис. ... кандидата педагогических наук: 13.00.03 / Шереметьева Елена Викторовна; [Место защиты: Ин-т коррек. пед. РАО]. - Москва, 2007. - 25 с.
166. Шпиц, Р.А. Первый год жизни / Р.А. Шпиц, У. Г.Коблинер. – М.: ГЕРРУС,

2000. – 384 с.

167. Шереметьева, Е.В. Особенности речевых и неречевых средств общения в коммуникативном взаимодействии «родитель- ребенок раннего возраста с отклонениями в овладении речью»/ Е.В. Шереметьева, Е.Г. Щелкова, Л.М. Лапшина, М. Игнасио // Современные проблемы науки и образования. – М., 2018. - № 4. – С. 106.
168. Шматко, Н.Д. Если малыш не слышит / Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская. – М.: Просвещение, 1995. – 115 с.
169. Шматко, Н.Д. Ранняя коррекционная помощь детям с нарушенным слухом: взгляд через 30 лет / Н.Д. Шматко // Дефектология. – 2016. - № 6. – С. 43 – 52.
170. Штрасмайер, В. Обучение и развитие ребенка раннего возраста / В. Штрасмайер. – М.: Изд. Центр «Академия», 2002. - 240 с.
171. Эльконин, Д.Б. К проблеме переодизации психического развития в детском возрасте / Д.Б. Эльконин// Вопросы психологии. -1971. - № 4. – С. 6-20.
172. Эльконин, Д.Б. Психология игры / Д.Б. Эльконин. – М.: Педагогика, 1978. – 360 с.
173. Югова, О.В. Вариативная модель ранней коррекционно-развивающей помощи детям с ограниченными возможностями здоровья и их родителям/ О.В. Югова // Специальное образование, 2017. – № 1(45). – С.53-67.
174. Югова, О.В. Специфика родительской позиции и семьи ребенка с ограниченными возможностями здоровья/ О.В. Югова // Вестник Череповецкого государственного университета, 2017. - №2(77). - С.195-203.
175. Юрьева, Р.Г. Программы раннего вмешательства как первый шаг к социальному включению людей с инвалидностью. Опыт Санкт-Петербурга/ Р.Г. Юрьева, Е.В. Кожевникова // Детская и подростковая реабилитация, 2011. - №1 (16). – С. 23-32.

176. Янушко, Е.А. Помогите малышу заговорить! – М.: Эксмо, 2015.
177. Archbold, S. Outcomes from cochlear implantation for child and family: Parental perspectives [Электронный ресурс] / S. Archbold. - Deafness and Education International, 2008. – V.10. - P. 120–142. – Режим доступа:10.1002/dei.243
178. Boller, K. Home Visiting: Looking Back and Moving Forward / K. Boller, D.A. Strong, D. Daro // Zero to Three. - 2010. - Vol. 30. – P. 4-9.
179. Bronfenbrenner, U. The ecology of human development/ U. Bronfenbrenner. - Cambridge, MA: Harvard University Press, 1979. – 213 p.
180. Bruder, M. Early Childhood Intervention: A Promise to Children and Families for Their Future / M. Bruder // University of Connecticut. – 2010 - Vol. 76, № 3. – P. 335-355.
181. Bubolz, M. M. The family of the handicapped. An ecological model for policy and practice / M.M. Bubolz, A.P. Whiren // Family Relations, 1984. - V. 33. - P. 5-12.
182. Chmiel, L. Quality of life in children with cochlear implants / L. Chmiel, R. Sutton, H. Jenkins //Annals of Otology, Rhynology and Laryngology, 185 (Suppl.). - 2000. – P. 103-108.
183. Christiansen, J. B. Educating a child with a cochlear implant / J.B. Christiansen, I.W. Leigh // Cochlear implants in children. - pp. Washington, D.C.: Gallaudet University Press, 2003. – P. 273-317.
184. Chute, P. M. Educational challenges for children with cochlear implants / P.M. Chute, M.E. Nevins. - Topics in Language Disorders, 23(1). – 2003. P. 57–67.
185. Daro, D. Embedding Home Visitation Programs within a System of Early Childhood Services [Электронный ресурс] / D. Daro. - Chapin Hall at the University of Chicago, 2009. – Режим доступа: <http://www.chapinhall.org>.
186. Dunst, C.J. Capacity-Building Family-Systems Intervention Practices/ C.J. Dunst, C.M. Trivette // Journal of Family Social Work, 2009. – P. 119-143.
187. Faber, C.E. Cochlear implantation and change in quality of life [Электронный ресурс] / C.E. Faber, A.M. Grontved. – Acta Otolaryngol Suppl., 2000. –

- P.151-153. - Режим доступа: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10909006/>
188. Gomby, D. S. Home visiting: Recent program evaluations: Analysis and recommendations / Gomby, D. S., Culross, P. L., Behrman, R.E. // *The Future of Children*. – 1999 - № 9(1). – P. 17-23.
  189. Guralnick, M.J. The Developmental Systems Approach to Early Intervention (International Issues in Early Intervention) / M.J. Guralnick. - Baltimore Paul H.: Brookes Publishing Co., 2000. – 329 p.
  190. Incesulu, A. Children with cochlear implants: parental perspective / A. Incesulu, M. Vural, U. Erkam U. – *Otol Neurotol*, 2003. – Jul 24 (4). – P. 605 – 611.
  191. Jennings, D. Using Routine-Based Interventions in Early Childhood Special Education/ D.Jennings, M.F. Hanline, J. Woods// *Dimensions of Early Childhood*. – 2012. - vol. 40. - № 2. – P. 13-23.
  192. Johnson, K. State-based Home Visiting: Strengthening Programs through State Leadership / Johnson, K. // *National Center for Children in Poverty, Mailman School of Public Health, Columbia University*. - February 2009. – 28 p.
  193. Josten, L. E. Dropping out of maternal and child home visits/ L.E. Josten, K. Savik, M.R. Anderson, L.L. Benedetto, C.R. Chabot, M.J. Gifford, J. McEiver, V.A. Schorn, B. Frederickson // *Pub. Health Nurs*, 2002. – V.19. P. 3–10.
  194. Korfmacher, J. Intervention processes as predictors of outcomes in a preventative home-visitation program [Электронный ресурс] / J. Korfmacher, H. Kitzman, D. Olds // *J. Comm. Psychol*, 1998. – V.26. – P.49–64. - Режим доступа: [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1520-6629\(199801\)26:1<49::AID-JCOP5>3.0.CO;2-X](https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6629(199801)26:1<49::AID-JCOP5>3.0.CO;2-X)
  195. Leigh, J. Communication Development in Children Who Receive a Cochlear Implant by 12 Months of Age / J. Leigh, S. Dettman, R. Dowel, R. Briggs // *Otology and neurotology: official publication of the American Otological Society, American Neurotology Society [and] European Academy of Otology*



- and Neurotology. – February, 2013. - 34(3). – P. 443 – 450.
196. McWilliam, R.A. Routines-based early intervention: Supporting young children and their families/ R.A. McWilliam - Baltimore, MD: Paul H. Brookes, 2010. – 75p.
  197. Mitchell, D. Guidance needs and counselling of parents of persons with intellectual handicaps/ D. Mitchell // In N.N. Singh, U. M. Wilton (Eds.), Mental retardation in New Zealand. - Christchurch, New Zealand: Whitcoulls, 1985. - P. 136- 156.
  198. Pipp-Siegel, S. Mastery motivation and expressive language in young children with hearing loss / S. Pipp-Siegel, A. Sedey, C. Yoshinaga-Itano // Journal of deaf studies and deaf education, 2003.- V. 8 (2) – P.133-145.
  199. Raab, M. Early intervention practitioner approaches to natural environment interventions / M. Raab. - Journal of Early Intervention, 2004 – V. 27. – P. 15-26.
  200. Rush, D. D. Coaching families and colleagues: A process for collaboration in natural settings/ D. Rush, M. Shelden, S. Hanft // Infants and Young Children. – 2003. – № 16. – P. 33-47.
  201. Rush, D.D. Evidence-based definition of coaching practices/ D.D. Rush, M.L. Shelden // CASEInPoint. – 2005. - № 1 (6). – P. 1-6.
  202. Sach, T. H. Pediatric cochlear implantation: The views of parents / T. H. Sach, D.K. Whynes // International Journal of Audiology, 2005. - 44(7). – P. 400–407.
  203. Shelden, L. Using a Coaching Interaction Style with Families [Электронный ресурс] / L. Shelden, D.Rush. - Режим доступа: [https://inclusioninstitute.fpg.unc.edu/sites/inclusioninstitute.fpg.unc.edu/files/handouts/Using\\_a\\_Coaching\\_Interactive\\_Style\\_with\\_Families.pdf](https://inclusioninstitute.fpg.unc.edu/sites/inclusioninstitute.fpg.unc.edu/files/handouts/Using_a_Coaching_Interactive_Style_with_Families.pdf)
  204. Spencer, P.E. Cochlear implants: Issues and implications / M. Marschark, E. Spencer// Oxford handbook of deaf studies, language, and education. - Oxford University Press, 2003. - P. 434–448.
  205. Spencer, P.E. Individual Differences in Language Performance after Cochlear

- Implantation at One to Three Years of Age: Child, Family, and Linguistic Factors [Электронный ресурс]/ P.E. Spencer // The Journal of Deaf Studies and Deaf Education, 2004. – V. 9, I.4. - P. 395–412.
206. Spencer, P.E. Cochlear Implants: Advances, Issues, and Implications / P. E. Spencer, M. Marschark, L.J. Spencer // The Oxford Handbook of Deaf Studies, Language, and Education, 2011. - Volume 1, 2 ed. – 450 p.
207. Trohanis, P.L. Progress in providing services to young children with special needs and their families: An overview to and update on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act / P.L. Trohanis // Journal of Early Intervention. - 2008. - № 30(1). – P. 140-151.
208. Turnbull, A.P. Family supports and services in early intervention: A bold vision / A.P. Turnbull, J.A. Summers // Journal of Early Intervention. – 2008. - № 29(3). – P. 187-206.
209. Wasik, B. H. Home visiting procedures for helping families / B.H. Wasik, D.M. Bryant // Thousand Oaks, CA: Sage, 2001. – 322 p.
210. Woods, J. Children’s communication outcomes / J. Woods, S. Kashinath, H. Goldstein // Journal of Early Intervention – 2005. – 26. – P. 175-193
211. Zaidman-Zait, A. Parenting a Child with Cochlear Implant: A Critical Incident Study / A. Zaidman-Zait // Journal of Deaf Studies and Deaf Education. – 2007. – P.221-241.
212. [www.audiology.ru](http://www.audiology.ru)
213. <http://delfin-rc.ru>
214. <http://deti.taminfo.ru>
215. <http://fgrbi.fsu.edu>
216. <https://downsideup.org>
217. <http://eii.ru/>
218. <http://luchikhm.ru>
219. <http://naturalenvironments.blogspot.ru>
220. [https://superinf.ru/view\\_article.php?id=234](https://superinf.ru/view_article.php?id=234)
221. <http://www.teacherjournal.ru>

*Лист наблюдения за детьми*

<p>1. Экспрессивно-мимические средства общения</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p><b>Зрительный контакт</b> (отсутствует, редкий зрительный контакт, непродолжительный зрительный контакт со взрослым, продолжительный зрительный контакт со взрослым, если того требует ситуация);</p> <p><b>Эмоциональные проявления во взаимодействии со взрослым</b> (равнодушие; одинаковые эмоциональные проявления (спокойные/агрессивные), непродолжительная эмоциональная включенность во взаимодействие со взрослым; яркая мимика и эмоциональная включенность во взаимодействие со взрослым)</p>
<p>2. Уровень развития слухового восприятия</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Ребенок не реагирует на неречевые и речевые звучания.</p> <p>Непродолжительная безусловно-ориентировочная реакция на музыкальные инструменты/речь разговорной громкости/шепот</p> <p>Условно-двигательная реакция на звучания сформирована/не сформирована/не автоматизирована на музыкальные инструменты/речь разговорной громкости/шепота</p>
<p>3. Интерес ребенка к предметам</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Интерес к предметам:</p> <p>Манипуляции с предметами:</p> <p>Действия с предметами:</p> <p>Сосредоточенность в действиях:</p> <p>Сопровождение игры речью:</p>

<p>4. Интерес ребенка к деятельности взрослого</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Наблюдение за действиями взрослого</p> <p>Подражание действиям взрослого</p> <p>Воспроизведение действий взрослого на следующем занятии</p>
<p>5. Активность ребенка во взаимодействии со взрослым</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Инициатива ребенка во взаимодействии со взрослым:</p> <p>Использование средств воздействия на взрослого (плач, улыбка, голосовые реакции, тактильные ощущения)</p> <p>Реакции ребенка на игровую инициативу взрослого:</p> <p>Реакции ребенка на обращения взрослого:</p> <p>Зрительный контакт со взрослым:</p>
<p>6. Уровень развития понимания речи</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Выполнение поручения в бытовых ситуациях:</p> <p>Понимание обращенной речи в сопровождении естественных жестов/без естественных жестов</p>
<p>7. Собственная речевая активность ребенка</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>В речи ребенка наблюдаются:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Отдельные вокализации</li> <li>• Несоотнесенный лепет, крик, голосовые реакции, жесты</li> <li>• Лепетные слова</li> <li>• Полные слова</li> <li>• Фраза из 2 слов</li> <li>• Фраза из 3 и более слов с аграмматизмами</li> </ul>

*Лист наблюдения за родителями*

<p>1. Зрительный контакт с ребенком</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Зрительный контакт родителя при взаимодействии с ребенком:</p> <p>Привлечение внимания ребенка к ситуации взаимодействия:</p>
<p>2. Опора на слуховое восприятие ребенка</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Привлечение ребенка к звукам окружающего мира и речи в бытовых ситуациях</p> <p>Привлечение ребенка к звукам окружающего мира и речи на занятии</p> <p>Адекватность требований родителей к слуховому восприятию ребенка</p>
<p>3. Адекватность речевых конструкций взрослого</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Особенности построения фразы родителями:</p> <p>Использование естественных жестов</p> <p>Выдерживание пауз для ответной реакции ребенка</p> <p>Ритмико-интонационные характеристики речи:</p> <p>Эмоциональность речи:</p> <p>Использование второго языка:</p>

<p>4. Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка:</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Оречевление собственных действий взрослым:</p> <p>Комментирование действий ребенка с образцом высказывания, как бы ребенок мог сказать/попросить</p> <p>Побуждения ребенка к действию/высказыванию</p>
<p>5. Привлечение к совместной деятельности, обучение действиям по подражанию</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Привлечение к совместной деятельности в процессе бытовых дел, творческой и игровой деятельности.</p> <p>Использование простых потешек, стихов с движениями.</p>
<p>6. Использование игровых моментов при взаимодействии родителей с ребенком</p> <p>Используемые игры:</p> <p>Ситуации наблюдения:</p> <p>Комментарии:</p>	<p>Игры в прятки</p> <p>Использование игровых моментов</p> <p>Использование сюрпризных моментов</p> <p>Тактильно-ориентированные игры</p> <p>Наиболее типичные игровые сюжеты</p>

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2.****Диагностические ситуации****I. Слуховое восприятие****1) Подготовительный период, Адаптационный период**

Слуховое восприятие оценивалось по стандартной педагогической методике (Н.Д. Шматко, Т.В. Пелымская)

***Описание диагностических ситуаций***

При первичной диагностике сурдопедагог дает ребенку время освоиться в новой обстановке, если диагностика проходит вне дома, и привыкнуть к незнакомому взрослому.

При проведении диагностики ребенок может находиться на руках у родителя, на стульчике за столом, на ковре рядом с родителем (или другим близким взрослым).

А) Игра «Услышь неречевой звук» (со зрительным подкреплением). Сурдопедагог отходит на расстояние 5-6 метров и предъявляет звучание музыкальной игрушки. Если педагог увидел у ребенка безусловно-ориентировочную реакцию в виде поворота головы в сторону источника звука, сосредоточения, замирания и т.д., то сразу в ответ на звук достает игрушку (лучше если это будет наручная кукла Би-ба-бо), подходит к ребенку, показывает, как игрушка с ним здоровается (или щекочет ребенка/ приносит камушек, который необходимо положить в ведерко).

При отсутствии реакции расстояние постепенно уменьшается, пока педагог не увидит четкую реакцию на звучание. Реакции проверяются на музыкальные игрушки во всем частотном диапазоне (барабан, бубен, дудка, трещотка, бубенцы, погремушка).

Б) Игра «Услышь речевое звучание». После выявления расстояния, на котором у ребенка есть реакции на музыкальные игрушки, педагог проверяет наличие реакций на речевые звучания разговорной громкости и шепот. Предъявление звучания начинается с того расстояния, на котором ребенок дал

реакцию на музыкальные игрушки. Речевые звучания предъявляются во всем частотном диапазоне.

## **2) Основной период, Переходный период, Завершающий период**

А) Сурдопедагог отходит на расстояние 5-6 метров и предъявляет звучание музыкальной игрушки. Если педагог увидел у ребенка безусловно-ориентировочную реакцию в виде поворота головы в сторону источника звука, сосредоточения, замирания и т.д., то сразу в ответ на звук достает игрушку (лучше если это будет наручная кукла Би-ба-бо), подходит к ребенку, показывает, как игрушка с ним здороваётся (или щекочет ребенка/ приносит камушек, который необходимо положить в ведерко).

При отсутствии реакции расстояние постепенно уменьшается, пока педагог не увидит четкую реакцию на звучание. Реакции проверяются на музыкальные игрушки во всем частотном диапазоне.

Б) После выявления расстояния, на котором у ребенка есть реакции на музыкальные игрушки, педагог проверяет наличие реакций на речевые звучания разговорной громкости и шепот. Предъявление звучания начинается с того расстояния, на котором ребенок дал реакцию на музыкальные игрушки. Речевые звучания предъявляются во всем частотном диапазоне.

В) При наличии у ребенка условно-двигательной реакции, педагог предлагает в ответ на звучание совершить определенное действие. Например, положить рыбку пеликану в клюв (приделать магнитное яблочко на дерево, надеть грибок на стержень на полянке, бросить красивый камушек в прозрачную миску с водой и т.д.).

## **Различение музыкальных игрушек**

Сурдопедагог показывает ребенку, как под звук барабана прыгает заяка, а под звук дудки едет поезд (под звук колокольчика звонит телефон/ под звук маракас ползет змея). Затем предлагает соотнести сначала слухо-зрительно, а затем на слух звучание музыкального инструмента с определенной игрушкой.



**II. Уровень развития предпосылок и собственного понимания речи** при знакомстве с семьей оценивается сурдопедагогом в ходе наблюдения за ребенком, опроса родителей и диагностических проб.

Сурдопедагог наблюдает за ребенком в процессе всей встречи.

Сурдопедагог задает родителям следующие вопросы: «Что из того, что Вы говорите ребенку, он понимает? Сопровождаете ли Вы свою речь естественными жестами? Понимает ли ребенок, когда Вы зовете его кушать или гулять? Как Вы это делаете?»

### *Описание диагностических ситуаций*

А) Понимание простых поручений, звукоподражаний и действий с предметами.

Если ребенок сидит за столом, то педагог стучит под столом, делает удивленное лицо и показывает игрушку (фигурку животного), затем прячет ее обратно. Спрашивает у мамы: «Кто там?», побуждает маму ответить: «Там кошка мяу». Просит: «Мама, позови мяу». Мама призывающим жестом зовет игрушку. Игрушка делает несколько шагов, и сурдопедагог просит позвать ребенка игрушку.

Таким образом достаются две-три игрушки, если заранее известно, что у ребенка отсутствует или крайне низкий уровень понимания речи. Если родитель сообщает, что ребенок понимает звукоподражания, слова и простые фразы, то количество животных увеличивается по ходу диагностической игры. Педагог достает наиболее известные фигурки животных: корову, собаку, кошку (лошадь, козу)

Когда все игрушки стоят перед ребенком на столе, педагог выполняет на выбор одну из следующих проб:

- Игра «Накорми пирогом».

Достает кусок пирога и просит ребенка: «Дай мяу! Мяу! Мяу!». Побуждает родителя дать кошке яблоко. Педагог изображает, как кошка ест: «Ам-ам-ам! Ммм! Вкусно!»

- Игра «Спрячь под шляпой»

Педагог достает шляпу (или платочек) прячет под ней игрушку: «Ой! Нет мяу!», поднимает шляпу: «Вот мяу!». Просит маму: «Мама, спрячь ав-ав! Ав-ав!». «Ой, нет ав-ав!», мама поднимает шляпу: «Вот ав-ав!»

Затем педагог дает шляпу ребенку и просит спрятать последнюю игрушку, не показывая на нее: «Спрячь му! Му! Му!». Если ребенок затрудняется выполнить задание, педагог предлагает маме помочь ребенку: «Мама, где му?». «Правильно! Вот му! Му!». Педагог показывает ребенку на игрушку: «Спрячь му!»

Игра продолжается по второму кругу, пока ребенок удерживает внимание и интерес и педагог не поймет, уровень понимания ребенком звукоподражаний.

➤ Игра «Покатай на машине» (или любым другим знакомым ребенку видом транспорта)

Педагог смотрит под стол и изображает удивление: «Там би-би! Би-би! Би-би!». Достает из-под стола машину и катает ее по столу, предлагает покатай ее ребенку. Затем говорит: «Стоп!» и останавливает машину. Обращается к маме: «Мама, покатай мяу! Мяу!». Мама берет кошку и сажает ее в машину: «Там мяу! Мяу», катает кошку: «Би-би! Би-би!». После того, как мама покатала кошку и вернула ее на место, сурдопедагог обращается к ребенку: «Покатай ав-ав! Ав-ав! Ав-ав!».

Б) Игра «Угадай предмет». Сурдопедагог достает из «волшебного мешочка» молоток, изображает эмоционально, как он стучит: «Тук-тук-тук». Просит постучать маму: «Мама, стучи! Тук-тук-тук». Мама стучит, озвучивая свои действия. Затем педагог просит постучать ребенка: «Стучи! Тук-тук-тук!». После выполнения ребенком всех действий, сурдопедагог кладет молоток на стол: «Тук-тук тут!».

Далее педагог достает мячик и катит маме: «Мяч! Аааааааа! Мяч каааааааатится! Аааааааа!», побуждает маму катить мяч ребенку: «Мама, кати! Аааааааааааа!», а затем и ребенка «... (имя ребенка), кати! Аааааааа!».



### **III. Экспрессивно-мимические средства общения, эмоциональная включенность ребенка во взаимодействии со взрослым**

А) Наблюдение, заполнение протокола

Б) В процессе игр, направленных на анализ уровня понимания речи, сурдопедагог обыгрывает повадки животных, изображает, как корова бодается «мууу» (сначала бодает маму, потом ребенка). Просит ребенка «забодать» коровой маму.

#### *Диагностические ситуации*

➤ Игра в прятки «Ку-ку». Сурдопедагог достает платок (или шляпу) и прячет под ним себя, побуждая маму сказать: «Ой! Нет тети!», позвать: «Тетя!». Сурдопедагог поднимает платок: «Ку-ку!», затем прячет маму под платком и изображает, как он ее зовет: «Мама!», побуждает ребенка снять с мамы платок. Если ребенок со слов мамы не испугается платка, то сурдопедагог прячет ребенка или ребенка с мамой и игра продолжается либо побуждает по второму кругу спрятать себя и маму.

Сурдопедагог фиксирует, как ребенок реагирует на появление мамы из-под платка.

➤ Игра с мыльными пузырями (перышками, свечками). Сурдопедагог достает мыльные пузыри и с заговорческим видом начинает на них дуть и лопать указательным пальцем, побуждая ребенка сделать то же самое.

➤ Сурдопедагог достает «волшебную коробочку», стучит по ней: «Тук-тук-тук». Делает вопросительный жест: «Что там?». Просит маму: «Стучи!», просит ребенка: «Стучи!». Затем открывает коробку и удивляется: «Первышки!». Дует на них и они разлетаются, стимулирует ребенка подуть на них. Подбрасывает перышки руками, побуждая маму и ребенка повторить действия за ним: «Пааааа! Падают перышки!». Щекотит маму, ребенка, побуждаем маму пощекотать ребенка и ребенка-маму и сурдопедагога.

#### **IV. Интерес ребенка к предметам**

А) Наблюдение и заполнение протокола за взаимодействием ребенка с игрушками в процессе беседы сурдопедагога с мамой (дома-со своими и игрушками педагога)

##### *Диагностическая ситуация*

Сурдопедагог заранее раскладывает на ковре разные игрушки (машину, куклу и бутылочку, матрешку, кубики, мяч). Сурдопедагог предлагает ребенку поиграть, а сам инициирует беседу с родителями

Б) Наблюдение за ребенком в ходе всего обследования, фиксирование интереса ребенка к предметам

#### **V. Интерес ребенка к деятельности взрослого.**

А) беседа с родителями

Б) наблюдение за взаимодействием ребенка с родителями, протокол

В) в ходе диагностических проб

##### *Диагностические ситуации:*

А) Фиксирование попыток ребенка обратиться ко взрослому за помощью при неудаче

➤ Сурдопедагог ставит перед ребенком пирамидку и как бы случайно опрокидывает ее, так, что все колечки слетают. Сурдопедагог эмоционально просит маму: «Мама, надень колечко! Оп!».

Далее педагог предлагает ребенку надеть колечко на стержень пирамидки, при необходимости помогая ему или предлагая маме помочь ребенку. Затем педагог начинает разговаривать с мамой, не обращая внимания на ребенка и предлагая матери действовать также.

Педагог наблюдает за действиями ребенка и фиксирует в протоколе, как ребенок взаимодействует с игрушкой, при неудаче обращается ли к взрослому за помощью.

➤ Сурдопедагог достает куклу и качает ее на руках, проговаривая: «Ааааа!», затем достает соску и дает ее кукле. После этого предлагает маме

покачать куклу и дать ей соску, изображая при этом эмоционально, как кукла сосет соску.

Далее сурдопедагог просит маму дать куклу ребенку, не давая при этом соску. Наблюдает за действиями ребенка некоторое время, не побуждая покачать куклу и иницируя маму не обращать внимания на ребенка. Если ребенок не начал качать куклу, педагог эмоционально с помощью естественного жеста «качать» просит ребенка покачать куклу. Если ребенок не начал просить у мамы соску или стал ее просто забирать, сурдопедагог предлагает ребенку попросить соску, используя жест «дай».

Сурдопедагог фиксирует в протоколе обращается ли ребенок за помощью к маме, как привлекает внимание мамы, чтобы тот дал ему соску, пытается ли качать куклу, подражая действиям педагога.

#### Б) Оценка деятельности по образцу

➤ Сурдопедагог строит из 2-3 кубиков башенку и ставит на нее петушка: «Ку-ка-ре-ку!», далее педагог достает кошку и изображает, как она плачет, показывает на башенку петушка и говорит, подкрепляя речь естественными жестами и выраженными эмоциями, что у кошки нет башни. Дает ребенку кубики и просит сделать башню. Таким образом проверяется, повторяет ли ребенок образец действия, стремится ли подражать взрослому.

➤ Педагог достает мяч и катит его ребенку (ребенку с мамой): «Ааааааа! Катится мяч!», побуждая прокатить мяч обратно. Таким образом проверяется, как ребенок принимает инициативу сурдопедагога и как отвечает на нее, может ли он продлить взаимодействие.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Таблица 1. Данные статистического анализа диагностики детей

Анализируемые параметры	Группы								Статистика
	1.1		1.2		2.1		2.2		
	п	%	п	%	п	%	п	%	
Реакция на звуки	11	25	12	27,27	7	15,9	13	29,5	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ = отличий нет. $\chi^2_{1.1-1.2}$ = отличий нет $\chi^2_{1.1-2.1}$ = отличий нет $\chi^2_{1.2-2.2}$ = отличий нет $\chi^2_{2.1-2.2}$ = отличий нет
Понимание речи	2	4,5	0	0	3	6,8	0	0	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ = 1.2169 Pr = 0.544 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = 3.7636 Pr = 0.152 $\chi^2_{1.1-2.1}$ = 1.7299 Pr = 0.421 $\chi^2_{1.2-2.2}$ = отличий нет $\chi^2_{2.1-2.2}$ = chi2(1) = 7.0 Pr = 0.008
Собственная речевая активность	2	4,5	0	0	3	6,8	0	0	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ = 1.2169 Pr = 0.544 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = 1.7299 Pr = 0.421 $\chi^2_{1.1-2.1}$ = 1.7299 Pr = 0.421 $\chi^2_{1.2-2.2}$ = отличий нет $\chi^2_{2.1-2.2}$ = 7.0000 Pr = 0.008
Активность ребенка во взаимодействии и со взрослым	2	4,5	11	44	0	0	14	31,8	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ = 1.1986 Pr = 0.549 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = 12.6557 Pr = 0.002 $\chi^2_{1.1-2.1}$ = 2.2909 Pr = 0.318 $\chi^2_{1.2-2.2}$ = 12.6557 Pr = 0.271 $\chi^2_{2.1-2.2}$ = 12.6557 Pr = 0.000
Экспрессивно-мимические средства общения	2	4,5	9	20,4	0	0	14	31,8	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ = 2.1624 Pr = 0.339 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = 7.6983 Pr = 0.021 $\chi^2_{1.1-2.1}$ = 2.2909 Pr = 0.318 $\chi^2_{1.2-2.2}$ = 3.95 Pr = 0.271 $\chi^2_{2.1-2.2}$ = 7.6983 Pr = 0.000
Интерес к предметам	2	4,5	11	25	0	0	14	31,8	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ = 1.1986 Pr = 0.549 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = 12.6557 Pr = 0.002 $\chi^2_{1.1-2.1}$ = 2.2909 Pr = 0.318 $\chi^2_{1.2-2.2}$ = 1.21 Pr = 0.271 $\chi^2_{2.1-2.2}$ = 21.0 Pr = 0.000
Интерес к деятельности взрослого	2	4,5	11	20,4	0	0	14	31,8	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ = 0.4765 Pr = 0.490 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = 12.6111 Pr = 0.000 $\chi^2_{1.1-2.1}$ = 1.4318 Pr = 0.231 $\chi^2_{1.2-2.2}$ = 1.21 Pr = 0.271 $\chi^2_{2.1-2.2}$ = 21.0 Pr = 0.000

**Таблица 2. Данные статистического анализа взаимодействия родителей с детьми**

Анализируемые параметры	Группы								Статистика
	1.1		1.2		2.1		2.2		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Зрительный контакт с ребенком	0	0	0	0	0	0	13	29,5	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}=4.3848$ Pr = 0.036 $\chi^2_{1.1-1.2}=1.4318$ Pr = 0.231 $\chi^2_{1.1-2.1}=1.4318$ Pr = 0.231 $\chi^2_{1.2-2.2}=7.9487$ Pr = 0.005 $\chi^2_{2.1-2.2}=17.1$ Pr = 0.000
Опора на слуховое восприятие при взаимодействии и с ребенком	4	9,0	11	25	6	13,6	7	15,9	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}=12.5223$ Pr = 0.002 $\chi^2_{1.1-1.2}=7.7378$ Pr = 0.005 $\chi^2_{1.1-2.1}=4.22$ Pr = 0.04 $\chi^2_{1.2-2.2}=8.787$ Pr = 0.012 $\chi^2_{2.1-2.2}=6.4615$ Pr = 0.040
Адекватность речевых конструкций взрослого при взаимодействии и с ребенком	2	4,5	10	22,7	6	13,6	7	15,9	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}=4.9901$ Pr = 0.082 $\chi^2_{1.1-1.2}=9.7629$ Pr = 0.002 $\chi^2_{1.1-2.1}=0.2672$ Pr = 0.605 $\chi^2_{1.2-2.2}=4.09$ Pr = 0.131 $\chi^2_{2.1-2.2}=7.3714$ Pr = 0.025
Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка	2	4,5	12	27,2	1	2,2	9	20,4	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}=6.1885$ Pr = 0.045 $\chi^2_{1.1-1.2}=16.1299$ Pr = 0.000 $\chi^2_{1.1-2.1}=0.0468$ Pr = 0.829 $\chi^2_{1.2-2.2}=5.3061$ Pr = 0.021 $\chi^2_{2.1-2.2}=16.9500$ Pr = 0.000
Привлечение ребенка к совместной деятельности	3	6,8	10	22,7	4	9,0	9	20,4	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}=6.4939$ Pr = 0.039 $\chi^2_{1.1-1.2}=7.3396$ Pr = 0.007 $\chi^2_{1.1-2.1}=1.60$ Pr = 0.205 $\chi^2_{1.2-2.2}=4.2573$ Pr = 0.119 $\chi^2_{2.1-2.2}=5.1635$ Pr = 0.076
Использование игровых моментов при взаимодействии и с ребенком	3	6,8	11	25	4	9,0	9	20,4	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}=7.9626$ Pr = 0.019 $\chi^2_{1.1-1.2}=9.9913$ Pr = 0.002 $\chi^2_{1.1-2.1}=1.60$ Pr = 0.205 $\chi^2_{1.2-2.2}=6.0821$ Pr = 0.048 $\chi^2_{2.1-2.2}=8.5385$ Pr = 0.014



## ПРИЛОЖЕНИЕ 4.

**Таблица 1. Результаты анализа взаимодействия родителей с детьми после прохождения основного периода в условиях домашнего визитирования**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	п	%	п	%	п	%	п	%		
Зрительный контакт с ребенком	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Опора на сл.воспр.	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Адекватность реч.конс.	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Озвуч.взрол.п.ком.реб.	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Прив.к совм.деят.	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Исп.игр.мом.	0	0	0	0	1	4,3	22	95,7	23	100

**Таблица 2. Результаты анализа взаимодействия родителей с детьми после прохождения переходного периода в условиях домашнего визитирования**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	п	%	п	%	п	%	п	%		
Зрительный контакт с ребенком	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Опора на слуховое восприятие	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Адекватность речевых конструкций взрослого	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Привлечение взрослым ребенка к совместной деятельности	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Использование игровых моментов во взаимодействии с ребенком	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100

**Таблица 3. Результаты анализа взаимодействия родителей с детьми после прохождения завершающего периода в условиях домашнего визитирования**

Анализируемые параметры	Степень выраженности								Итого	
	отсутствует		Низкий уровень		Средний уровень		Высокий уровень			
	n	%	n	%	n	%	N	%		
Зрительный контакт с ребенком	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Опора на слуховое восприятие	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Адекватность речевых конструкций	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка.	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Привлечение взрослого ребенка к совместной деятельности	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100
Использование игровых моментов во взаимодействии с ребенком	0	0	0	0	0	0	23	100	23	100

Таблица 4. Статистические данные результатов реабилитации детей

Анализируемые параметры	Группы								Статистика
	1.1		1.2		2.1		2.2		
	п	%	п	%	п	%	п	%	
Реакция на звуки	11	25	12	27,2	7	15,9	13	29,5	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ = отличий нет $\chi^2_{1.1-1.2}$ = отличий нет $\chi^2_{1.1-2.1}$ = отличий нет $\chi^2_{1.2-2.2}$ = отличий нет $\chi^2_{2.1-2.2}$ = отличий нет
Понимание речи	9	20,4	10	22,7	8	18,1	5	11,3	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ =5.981 Pr = 0.014 $\chi^2_{1.1-1.2}$ =0.0092 Pr = 0.924 $\chi^2_{1.1-2.1}$ =0.2672 Pr = 0.605 $\chi^2_{1.2-2.2}$ =6.0029 Pr = 0.014 $\chi^2_{2.1-2.2}$ =2.3864 Pr = 0.122
Собственная речевая активность	9	20,4	9	20,4	7	15,9	4	9,1	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ =7.325 Pr = 0.007 $\chi^2_{1.1-1.2}$ =0.2672 Pr = 0.605 $\chi^2_{1.1-2.1}$ =0.2672 Pr = 0.605 $\chi^2_{1.2-2.2}$ =7.4617 Pr = 0.006 $\chi^2_{2.1-2.2}$ =4.9471 Pr = 0.026
Активность ребенка во взаимодействии со взрослым	11	25	12	27,2	7	15,9	10	22,7	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ =4.8190 Pr = 0.028 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = отличий нет $\chi^2_{1.1-2.1}$ = отличий нет $\chi^2_{1.2-2.2}$ =4.0519 Pr = 0.044 $\chi^2_{2.1-2.2}$ =2.4706 Pr = 0.116
Экспрессивно-мимические средства общения	11	25	12	27,2	7	15,9	11	25	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ =3.526 Pr = 0.060 $\chi^2_{1.2-1.2}$ = отличий нет $\chi^2_{1.1-2.1}$ = отличий нет $\chi^2_{1.2-2.2}$ =2.9068 Pr = 0.088 $\chi^2_{2.1-2.2}$ =1.7500 Pr = 0.186
Интерес к предметам	11	25	12	27,2	7	15,9	10	22,7	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ =4.81 Pr = 0.028 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = отличий нет $\chi^2_{1.1-1.2}$ = отличий нет $\chi^2_{1.2-2.2}$ =4.0519 Pr = 0.044 $\chi^2_{2.1-2.2}$ =2.4706 Pr = 0.116
Интерес к деятельности взрослого	11	25	12	27,2	7	15,9	10	22,7	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ =4.81 Pr=0.028 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = отличий нет $\chi^2_{1.1-2.1}$ =1.4318 Pr = 0.231 $\chi^2_{1.2-2.2}$ =4.0519 Pr = 0.044 $\chi^2_{2.1-2.2}$ =2.4706 Pr = 0.116

**Таблица 5. Статистические данные анализа взаимодействия родителей с детьми**

Анализируемые параметры	Группы								Статистика
	1.1		1.2		2.1		2.2		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Зрительный контакт с ребенком	11	25	12	27,2	7	15,9	13	29,5	$\chi^2_{1.1-1.2}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.1-2.1}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.2-2.2}$ =анализ невозможен $\chi^2_{2.1-2.2}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}$ =анализ невозможен
Опора на слуховое восприятие при взаимодействии с ребенком	11	25	12	27,2	7	15,9	12	27,2	$\chi^2_{1.1-1.2}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.1-2.1}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.2-2.2}=1.85$ Pr = 0.173 $\chi^2_{2.1-2.2}=1.1053$ Pr = 0.293 $\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}= 2.2948$ Pr = 0.130
Адекватность речевых конструкций взрослого при взаимодействии с ребенком	11	25	12	27,2	7	15,9	12	27,2	$\chi^2_{1.1-1.2}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.1-2.1}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.2-2.2}=1.85$ Pr = 0.173 $\chi^2_{2.1-2.2}=1.1053$ Pr = 0.293 $\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}= 2.2948$ Pr = 0.130
Озвучивание взрослым любых попыток коммуникации со стороны ребенка	11	25	12	27,2	7	15,9	11	25	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}=3.5261$ Pr = 0.060 $\chi^2_{1.1-1.2}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.1-2.1}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.2-2.2}= 2.9068$ Pr = 0.088 $\chi^2_{2.1-2.2}=1.7500$ Pr = 0.186
Привлечение ребенка к совместной деятельности	11	25	12	27,2	7	15,9	10	22,7	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}= 4.8190$ Pr = 0.028 $\chi^2_{1.1-1.2}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.1-2.1}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.2-2.2}=4.0519$ Pr = 0.044 $\chi^2_{2.1-2.2}=2.4706$ Pr = 0.116
Использование игровых моментов при взаимодействии с ребенком	11	25	12	27,2	7	15,9	8	18,1	$\chi^2_{1.1,1.2-2.1,2.2}= 4.6186$ Pr = 0.032 $\chi^2_{1.1-1.2}$ = анализ невозможен $\chi^2_{1.1-2.1}$ =анализ невозможен $\chi^2_{1.2-2.2}=6.68$ Pr = 0.01 $\chi^2_{2.1-2.2}=4.2000$ Pr = 0.040