

- Институт дошкольного образования и семейного воспитания, 1998. – 17 с.
2. Кондратов А.М. Воспитание детей в семьях незрячих родителей / А.М. Кондратов, Е.Н. Руцкая. – М.: ВОС, 2010. – 36 с.
 3. Куприянчик Т. "Особенные родители": как можно им помочь / Т. Куприянчик // Обычные люди. – 2012. – с. 19 – 21.
 4. Овчарова Р.В. Психология родительства / Р.В. Овчарова. – М. : Академия, 2005. – 368 с.

In article problems of education of children are considered by blind parents.

Keywords: parenthood, preventive measures, specific difficulties of education of children, help and support of experts

Отримано 24.6. 2013

УДК 376-056.264:81-028.31

С.С. Глазунова

МЕТОДИКА ІНТЕГРАЦІЇ ДІТЕЙ ПІСЛЯ КОХЛЕАРНОЇ ІМПЛАНТАЦІЇ У МОВНЕ СЕРЕДОВИЩЕ ОДНОЛІТКІВ

В статті представлено основну мету, завдання та послідовність проведення післяопераційної реабілітації дітей з кохлеарним імплантом, рекомендації по реабілітації дітей з кохлеарним імплантом, білатеральна кохлеарна імплантація

Ключові слова: кохлеарна імплантація, післяопераційна реабілітація, діти з порушенням слуху, розвиток слуху та мовлення.

Кохлеарная имплантация – новый метод реабилитации глухих детей. В статье представлены основная цель, задачи и последовательность проведения послеоперационной реабилитации детей с кохлеарным имплантом, рекомендации по реабилитации детей с кохлеарным имплантом, билатеральная кохлеарная имплантация.

Ключевые слова: кохлеарная имплантация, послеоперационная реабилитация, дети с нарушением слуха, развитие слуха и речи, билатеральная кохлеарная имплантация.

Практика імплантації кохлеарних імплантів в Україні увібрала в себе більше 20 років наукових досліджень і з 2003 року стала загальнодоступною. Держава щорічно виділяє кошти на кохлеарні імпланти.

Стрімке поширення кохлеарної імплантації визначає необхідність перегляду традиційних і розвитку нових методологічних підходів до реабілітації глухих дітей.

Мета даної роботи – обґрунтувати сучасні науково-методологічні підходи реабілітації дітей, які рано втратили слух, після кохлеарної імплантації.

Традиційні підходи до навчання глухих дітей засновані на уявленні, що глуха дитина не може оволодіти мовою, слухаючи промову оточуючих людей. Тому в дитини з порушеним слухом мову формують, спираючись на інші органи чуття - зір, тактильні і кінестетичні відчуття. При цьому фахівці навчають її промови цілеспрямовано спеціальними методами в спеціальних установах. Важливою особливістю таких підходів до навчання мови є те, що в цих умовах немає мовного середовища.

Кохлеарна імплантація (введення у внутрішнє вухо електродів з подальшою електричною стимуляцією рауліка) є не лише високотехнологічним, але й найбільш високовитратним видом медичної допомоги. У цих умовах зростає необхідність підвищення якості її надання. При цьому ефективність кохлеарної імплантації визначається не тільки рівнем проведення самої операції, але й якістю післяопераційної слухомовленнєвої реабілітації, що є найважливішою складовою всіх заходів з кохлеарної імплантації. Без неї неможливе досягнення оптимального результату після імплантації у розвитку природної слухомовленнєвої поведінки.

Етапи кохлеарної імплантації : передопераційне обстеження і відбір дітей (дорослих пацієнтів) – кандидатів на кохлеарну імплантацію, операція кохлеарної імплантації, післяопераційна слухомовна реабілітація: - пізнооглухлі дорослі (1-3міс.) і діти з природженою глухотою - більше 5 років.

Мета кохлеарної імплантації :

Для долінгвальних дітей: за допомогою КІ навчити глуху дитину чути, розуміти мову і говорити (так щоб мова стала для неї засобом спілкування та оволодінням знаннями), і завдяки цьому забезпечити дитині можливість повноцінно інтегруватися в суспільство тих, що чують, поліпшення якості життя дитини і її сім'ї.

Для пізнооглухлих дорослих : відновлення сприйняття мови на слух до рівня, наближеного до рівня перед втратою слуху, і, завдяки цьому, відновлення у людини працездатності і можливості нормального життя.

Умови, які необхідні для досягнення мети кохлеарної імплантації:

1) якісна система КІ, організація її технічного обслуговування, працездатність, що забезпечує її, упродовж усього життя дитини;

2) високопрофесійна робота хірурга, сурдолога, аудіолога і сурдопедагога;

3) ефективна взаємодія цих фахівців на різних етапах кохлеарної імплантації (відбір, хірургічна операція, реабілітація);

4) організація багаторічної слухомовної реабілітації дитини з КІ адекватними сучасними методами;

5) активна участь в реабілітації близьких дитини та їх професійна підтримка;

6) соціальна підтримка дитини, можливість використання КІ, що забезпечує соціальну повноцінність на протязі усього життя прооперованої людини.

Безпосередньо кохлеарна імплантація не дозволяє глухим дітям відразу ж після підключення мовного процесора розрізняти звукові сигнали і користуватися мовленням у комунікативних цілях. Тому, після проведення першого налаштування процесору дитина потребує педагогічної допомоги з розвитку слухового сприймання та мовлення. У зв'язку з цим, головна мета реабілітації малюків з імплантами – навчити дитину сприймати, розрізняти, впізнавати і розпізнавати навколишні звуки, розуміти їх значення і використовувати цей досвід для розвитку мовлення.

Післяопераційна реабілітація дітей дошкільного віку включає наступні компоненти:

1. Налаштування мовного процесору кохлеарного імпланту (КІ).
2. Розвиток слухового сприймання та мовлення.
3. Загальний розвиток дитини (невербальний інтелект, моторика, пам'ять, увага і т.д.).
4. Психологічна допомога дитині та її близьким.

Через 3-4 тижні після операції проводиться підключення мовного процесора до кохлеарного імпланту та первинна настройка. З цього моменту дитина може чути навколишні звуки. Мовний процесор після підключення налаштовується для отримання максимального ефекту у користувача. Налаштування проводить аудіолог, його робота спрямована на формування у людини повноцінних слухових відчуттів.

У перший рік навчання необхідно приділити максимальну увагу розвитку слухового сприймання, насамперед, використовуючи для цього щоденні звичайні ситуації. Тому величезну роль у розвитку слуху у дітей з КІ відіграють батьки, які постійно привертають увагу і викликають інтерес дитини до звуків, пояснюють їх значення. Завдання фахівців – у короткий термін розвинути природне слухосприймання у глухोї дитини з КІ до рівня, що наближається до нормального слуху, таким чином, щоб слух почав працювати на розвиток розуміння мовлення оточуючих, власного мовлення, як у чуучої дитини[1].

Мета кохлеарної імплантації глухої дитини раннього віку полягає в тому, що за допомогою кохлеарного імпланту малюк навчиться розуміти

мовлення оточуючих, говорити сам, використовувати мовлення для спілкування та пізнання навколишнього світу, і завдяки цьому, буде розвиватися як чуюча особа. Досвід фахівців, які працюють з малюками з КІ, свідчить, що ця мета реальна. При цьому частина таких дітей відвідують масові дошкільні навчальні заклади, частина – загальноосвітні установи для дітей з порушеннями слуху. Але важливо усвідомлювати, що незалежно від цього, всі малюки з КІ без винятку потребують професійної підтримки сурдопедагога. Не варто також забувати, що однією з обов'язкових умов успішної слухомовної реабілітації дітей після кохлеарної імплантації є постійне перебування в мовному середовищі. Оптимальним є відвідування інтегрованих груп для дітей з порушенням слуху, де не менше 50% малюків з нормальним слухом або логопедичних дитячих садів, де ведеться систематична корекційна робота з розвитку мовлення дитини.

Головним напрямом післяопераційної слухомовленнєвої реабілітації для всіх дітей є розвиток сприймання звукових сигналів за допомогою імпланта. Кохлеарний імплант забезпечує можливість чути, але сприйняття звуків навколишнього середовища і розуміння мовлення – це значно більш складні процеси, які включають також уміння розрізняти сигнали, виділяти в них важливі для впізнавання ознаки, розуміти зміст висловлювань, відокремлювати сигнали з шуму тощо[2].

Потім починаються заняття з педагогом з метою розвитку слухосприймання та усного мовлення. Педагог навчає дитину користуватися своїм „новим слухом”. Основний процес реабілітації повинен забезпечуватися батьками у домашніх умовах.

Реабілітаційні заняття після кохлеарної імплантації включають навчання за наступними аспектами:

- виявлення наявності-відсутності звуків;
- виявлення відмінностей між акустичними сигналами (однакові-різні);
- розрізнення голосу людини та інших немовленнєвих побутових сигналів, впізнавання побутових сигналів;
- визначення різних характеристик звуків (інтенсивність, тривалість, висота та ін);
- відмінність і розпізнавання окремих звуків мовлення (інтонація, ритм), фонемних ознак (твердість-м'якість, місце артикуляції та ін.);
- впізнавання ізольованих слів, речень;
- розуміння злитого мовлення; розуміння мовлення й розпізнавання побутових звуків в умовах перешкод[3].

У роботі з дітьми з КІ доцільним є використання верботонального методу, розробленого професором Петером Губеріна (центр "СУВАГ", м. Загреб, Хорватія). Метод довів свою високу ефективність у розвитку мовлення у дітей з різним ступенем порушення слуху, що використовують слухові апарати (СА). Безумовно, багато напрямів

роботи, прийняті в рамках верботональної методики ефективні для дітей з КІ – фонетична ритміка, прийоми викликання звуків у мовчазних малюків з КІ, формування інтонаційно-ритмічної сторони мовлення, засновані на зв'язку ритмічних рухів тіла і звуків мовлення. Дитина з КІ не потребує опори на тактильно-вібраційні відчуття, що широко використовується в даній методиці, при розвитку сприймання звуків та усного мовлення. У маленького пацієнта з КІ з самого початку ці процеси спираються на слух та слухозорове сприймання. І, звичайно, важливим для післяопераційної реабілітації є те, що метод передбачає активне залучення батьків до процесу розвитку і навчання дитини, внаслідок чого дитина буде все більше спиратися на слух [4].

Але слухозорове сприймання необхідно при роботі над звуковимовною стороною мовлення. Крім того, коли фахівці намагаються пояснити дитині нове слово, важливо, щоб вона зрозуміла значення цього слова. І якщо слухозорове сприймання для дитини полегшує цей процес на початковому етапі експлуатації КІ, то це треба використовувати. Варто пам'ятати, що основна мета не зробити з малюка "слухача машини", а за допомогою слуху навчити його розуміти мовлення і говорити. Більшість малюків досить швидко перестають мати потребу в слухозоровому контакті. [5].

Досвід нашої праці показує, що при правильній роботі глухі діти, які імплантовані в віці до 2-х років, а при ранньому слухопротезуванні і в більш старшому віці, мають реальний шанс наздогнати у розвитку чуючих однолітків. Однак це вимагає тривалої та інтенсивної сурдопедагогічної підтримки і обов'язково активної участі батьків у цьому процесі. У зв'язку з цим навчання батьків щодо розвитку слуху та мовлення у малюка з КІ в природних ситуаціях спілкування і при виконанні звичайних щоденних справ, вміння оцінювати слуховий і мовленнєвий розвиток у відповідності з віковими нормами розвитку є одним з провідних напрямів роботи сурдопедагога.

Реабілітація маленьких дітей з КІ триває 3-5 років, її метою для більшої частини дошкільників є підготовка до навчання у масовій школі. Це вимагає спільних зусиль фахівців спеціалізованих центрів, логопедів та сурдопедагогів на місцях, близьких дитини.

Таким чином, післяопераційна реабілітація дітей з КІ є необхідною умовою розвитку слухового сприймання та мовлення дитини, має певну послідовність, передбачає активну участь і співпрацю відповідних фахівців та батьків.

Кохлеарний імплант може функціонувати впродовж всього життя людини. Для того, щоб дитина відчувала себе комфортно, потрібно перші 2 роки після операції здійснювати регулярний контроль, потім – контрольні перевірки раз у півроку або раз на 3 місяці, в залежності від індивідуальних особливостей. Під час цієї процедури аудіолог за допомогою технічних засобів намагається зробити новий слух (нове

слухання) максимально реалістичним (природним). Діти легко адаптуються до нового звучання. Малюки з кохлеарними імплантами можуть вести звичайний спосіб життя. Передавач (розташований зовні) магнітом притягується до приймача (що знаходиться під шкірою). Зовнішні частини швидко і легко знімаються, і дитина може вільно плавати або приймати ванну.

Поступово зменшується вік до кохлеарної імплантації (КІ): нині її виконують від 12 місяців, в окремих випадках – від 6 місяців. Причина ранньої КІ - правильний або майже правильний розвиток мови у дітей, які отримали КІ до 2-річного віку.

Якщо малюка прооперували до трьох років, він зможе вчитися у звичайній школі, після школи піти в будь-який інститут - той, який сам обере. Завдяки досягненням в області кохлеарної імплантації така людина буде абсолютно спокійно з вами спілкуватися, і ви навіть не дізнаєтесь, що вона глуха.

Можливо сформулювати рекомендації щодо реабілітації дітей з КІ:

1) оптимальним віком для кохлеарної імплантації слід вважати вік від 1 до 2-х років, тому що, з одного боку, в цей період можливе виконання стандартної операції з установки імпланту, а з іншого – ефективність реабілітаційної програми вища, ніж в інших вікових дитячих підгрупах;

2) для дітей старше 2-х років, оперованих в перілінгвальному і постлінгвальному періодах, перебування у стані значного порушення слуху більше 2 років слід вважати чинником, що погіршує ефективність слухомовленнєвої реабілітації;

3) для підвищення ефективності слухомовленнєвої реабілітації після кохлеарної імплантації рекомендується використовувати залишки слуху в неоперованому вусі за рахунок слухопротезування цифровим слуховим апаратом.

Процес реабілітації після кохлеарної імплантації проходить у декілька етапів:

Формування слухових уявлень на базі нових слухових можливостей за допомогою кохлеарного імпланту. В ході проведення даного етапу здійснюється підготовка молодших дошкільнят до оволодіння усним мовленням на базі розвитку сприйняття звуковисокочастотних характеристик як основа немовних і мовних звуків слухового сприйняття, для подальшого переходу від недиференційованих слухових уявлень до більш диференційованих.

Умови першого етапу корекційно-педагогічної допомоги.

Необхідними умовами для виникнення усного мовлення дітей після кохлеарної імплантації є насамперед звукове і мовне середовище, оточення дитини звуками і людьми, які розмовляють, залучення дитини в спільну практичну діяльність з дорослими та однолітками. Насиченість звукового і мовного середовища повинна штучно посилюватися.

Немовних і мовних сигналів, звернених безпосередньо до дитини, повинно бути в багато разів більше, ніж при нормальному розвитку слухової функції. Крім того, малюк після кохлеарної імплантації має бачити навколо себе людей, що спілкуються між собою, дорослі спеціально демонструють при ньому звернення один до одного за допомогою усної мови, фіксують увагу на розмовах по телефону, на результатах мовного впливу і т. п.

Другий етап – виникнення диференційованих слухових уявлень і становлення спонтанного усного мовлення дітей. На даному етапі створюються педагогічні умови, що сприяють оволодінню усним мовленням. Це пов'язано з тим, що слухові уявлення дітей після включення, першої та наступних налаштувань мовного процесору, стають точнішими, діти починають чути немовні і мовні звуки різної частоти і гучності, які демонструють результати корекційно-педагогічної допомоги дітям після її етапу:

Формування зорово-слухового зосередження сприяє тому, що діти починають прислухатися до оточуючих звуків, потім співвідносити звук з дією або предметом, оскільки починають звертати увагу на різні характеристики звуків (частота, ступінь інтенсивності та інші). Особливість спонтанної мови, що виникає у дошкільнят після кохлеарної імплантації, полягає у відбитому повторі мови дорослих у ситуаціях спільної предметної та ігрової діяльності. Це дозволило нам перейти на другий етап корекційно-педагогічної допомоги.

Умови другого етапу корекційно-педагогічної допомоги.

Важливими умовами розвитку спонтанної мовної активності є мовне середовище. У таких умовах у дитини після кохлеарної імплантації мимоволі починають закладатися зачатки мовної поведінки: вона звекає дивитися в обличчя мовця, намагається зрозуміти звернену до себе по ситуації, за настроєм мовця, з його дій, до людей і їх мовним сигналам поступово проявляється його емоційно забарвлене ставлення; виникає суто людська потреба у встановленні мовних контактів (звернення до співрозмовників з виразом прохань, бажань доступними методами), в передачі інформації; необхідність діяти з предметами спільно загострює її потреби в спілкуванні, посилює увагу до предметних і мовних діяч, створює умови для наслідування. Мовний матеріал визначається виключно інтересами і потребами дітей. Говорити діти навчаються на основі наслідування, а навчання мови проводиться на цілих словах та фразах.

Третій етап – розвитку адекватних слухових уявлень і активного розвитку мовного спілкування. Даний етап спрямований на вдосконалення використання усної мови, як засобу спілкування з оточуючими. Мовна активність дітей, що виникла у них на другому етапі корекційно-педагогічної допомоги, сприяє встановленню міцного зв'язку між слуховим і мовнорухливим образами. З метою звернення до

дорослого діти починають активно використовувати накопичений до цього часу словник, звертати увагу на рухи і дії дорослого, розуміти їх значення і пов'язувати їх зі словами. У мовленні дітей з'являються перші прості фрази. До третього етапу характерна особливість цих фраз полягає у тому, що слова вживаються в незмінній формі, наприклад: мама бобо (мамі боляче) і т.п. . У зв'язку з цим необхідно розвиток граматичних уявлень дітей та вимовних навичок.

Після корекційно-педагогічної допомоги у дітей після кохлеарної імплантації формується адекватна слухомовна поведінка, що дозволяє їм активно використовувати та розвивати слухове сприйняття і розуміння мовлення, а також її відтворення. У свою чергу ми погодимося з тим, що кохлеарна імплантація на даний момент є одним з найбільш прогресивних методів реабілітації глухих дітей.

Напередодні третього тисячоліття в системі освіти Росії, як і інших країн світу, провідні позиції у навчанні та вихованні дітей з проблемами в розвитку, все більш і більш активно займає інтеграція. Не дивлячись на різні труднощі, пов'язані з навчанням і вихованням дітей з порушенням розвитку, процес їх інтеграції в порядку експерименту чи стихійно таки реалізується. Ще Л. С. Виготський вказував на необхідність створення такої системи навчання, в якій вдалося б органічно ув'язати спеціальне навчання з навчанням дітей з нормальним розвитком. Він писав, що при всіх перевагах наша система спеціальної освіти відрізняється основним недоліком, а саме – вона замикає свого вихованця, сліпого, глухого або розумово відсталого малюка – у вузьке коло конкретного колективу, створює замкнений світ, в якому все пристосовано до дефекту, все фіксує його увагу на своєму недоліку і не вводить малюка в справжнє життя. Тому Л.С. Виготський вважав, що завданням виховання дитини з порушенням розвитку є її інтеграція в життя і створення компенсації нестачі яким іншим шляхом. Причому, компенсація розумілася не в біологічному, а в соціальному аспекті: вихователю в роботі з дітьми, які мають дефекти розвитку, доводиться мати справу не стільки з біологічними факторами, скільки з їх соціальними наслідками. На думку Л. С. Виготського, найширше орієнтування на нормальних дітей повинне служити вихідною точкою перегляду спеціальної освіти. Ніхто не заперечує необхідність останнього, але спеціальні знання і навчання потрібно підпорядкувати загальному вихованню та навчанню.

Інтеграція (від лат. Інтегрум – ціле; Інтеграція – відновлення, заповнення) – у загальному випадку позначає взаємопроникнення, об'єднання явищ або елементів у ціле, процес взаємного зближення і освіти взаємозв'язків. У дефектології це успішна соціалізація інваліда, який подолав негативні наслідки ситуації, пов'язаної з його дефектом. Інтегроване навчання дітей з порушенням слуху в загальноосвітньому закладі – відносно нове явище для системи освіти України. До недавнього часу глухі і слабочуючі потрапляли в масові установи досить

рідко та певною мірою випадково: це була або вимушена і тому малоефективна інтеграція, пов'язана з особливими соціально-економічними та культурними умовами, або інтеграція в середу чуючих найбільш обдарованих дітей з порушеннями слуху, що мали регулярну корекційну допомогу і освітню підтримку з боку батьків або педагогів-репетиторів. Сьогодні процес інтеграції дітей даної категорії в масові дитячі установи неухильно розширюється і набуває характеру стійкої тенденції в освітньому просторі країни.

Батьки, що мають дитину з порушенням слуху, завжди стикаються з проблемою вибору дошкільного закладу для своєї дитини. З одного боку, у спеціалізованих дитячих садах слабочуючих дітей вчать говорити, мало того - дуже велику увагу приділяють психофізичному та інтелектуальному розвитку своїх вихованців, навчанню їх грамоті і навичкам поведінки в суспільстві. Але в таких закладах практично відсутнє природне мовне середовище, яке є в дошкільних закладах загального типу. Діти завжди наслідують одноліткам. А якщо ті спілкуються жестами і говорити намагаються тільки на заняттях?

Потрапивши в мовну середу, дитина буде прагнути вийти на один рівень з чуючими однолітками, вона заговорить раніше, швидше освоїть поведінкові манери. Але чи достатньо мовного середовища для абілітації малюка? Звичайно ж ні. В установі загального типу дитина з порушенням слуху знаходить мовну середу, але втрачає заняття з педагогами, які добре представляють особливості таких дітей і володіють методами спеціального навчання. Ця проблема тільки на перший погляд здається нерозв'язною. Вирішенням цієї проблеми є інтегроване навчання. В ідеалі інтегроване опромінення являє собою спеціально розроблений для кожного малюка план, що включає заняття з розвитку слухового сприйняття, постановки правильної звуковимови, розвитку мови.

При реабілітації дитини раннього віку з КІ підходять всі методики для розвитку слуху та мовлення у слабочуючих дітей, що використовують якісні слухові апарати. Однак є ряд особливостей.

У перший рік необхідно приділити максимальну увагу розвитку слухового сприйняття, причому, насамперед, використовуючи для цього щоденні звичайні ситуації. Основне завдання – в короткий термін розвинути природне слухове сприйняття з кохлеарним імплантом у глухій дитини до рівня, що наближається до нормального слуху, таким чином, щоб слух почав працювати на розвиток розуміння мови і власної мови, як у нормальночуючої дитини. За спостереженнями вчених, на це потрібно від 6-ти до 12 місяців, залежно від наявності у дитини слухового досвіду, супутніх порушень уваги, підготовленості батьків до процесу абілітації та ін причин.

Дитина з кохлеарним імплантом, імплантована в молодшому віці, не потребує використання глобального читання. Однак, на думку

І.В. Корольової, дитина з кохлеарним імплантом має рано оволодіти навичкою аналітичного читання. Політерно-послогове читання використовується, з одного боку, для розвитку вимовного аспекту мови. З іншого боку, воно служить базою для формування граматичної системи рідної мови. Це пов'язано, з тим, що дитина з КІ, як дитина з 1-им ступенем приглухуватості, не чує в природному мовленні найбільш тихої частини – закінчення, прийменники, приставки, які в російській мові визначають граматику. Крім того, внаслідок того, що до імплантації слухові можливості були дуже обмежені, граматичні уявлення не формувалися спонтанним чином, як у нормальночуючої дитини.

Дитина з КІ не потребує використання сполученої мови для розвитку вимовних навичок. Більше того, якщо педагог використовує її при навчанні дитини після імплантації, то це гальмує природний розвиток розуміння мови і використання власної мови у дитини. Необхідно відразу перейти на послідовно-діалогову мову.

Ми повинні пам'ятати, що слухо-зорове сприйняття мови – це природний спосіб її сприйняття і для нормальночуючої людини. У дитини зі значним порушенням слуху навіть у слуховому апараті сприйняття мови в більшій мірі зорово-слухове, оскільки вона занадто мало чує. Навчання глухої дитини раннього віку сприйняттю мови та усного мовлення в значній мірі спирається на формування зорової уваги до обличчя мовця, наслідування його артикуляторним рухам. Якщо ці навички у малюка сформовані, то це дуже сприятливий показник розвитку у нього промови після імплантації, тому що вони свідчать про загальну сформованість процесів уваги і наслідувальної активності, важливих для навчання. Однак після підключення процесора КІ ситуація змінюється. Дитина звикає орієнтуватися на зір, як на більш надійне джерело інформації, а треба, щоб більше уваги приділялося слуху. Але робити це треба поступово.

При організації корекційної роботи з дітьми після кохлеарної імплантації необхідно враховувати особливості сприйняття звуків і мови у дітей цієї категорії, які визначаються наступними причинами:

- спотворенням звуків і мови, переданих кохлеарним імплантом у слухову систему. Це спотворення обумовлено особливістю перетворення мовних сигналів кохлеарним імплантом. Кохлеарному імпланту потрібен час, щоб закодувати і передати сигнал до слухового нерву, що обумовлює затримку сприйняття сигналів. Але хоча сигнали кохлеарного імпланту переключені, в них міститься вся лінгвістична інформація, необхідна для сприйняття мови;

- частковим пошкодженням волокон слухового нерва і слухових центрів мозку у багатьох пацієнтів. Це проявляється у проблемах зі слуховою пам'яттю, увагою, швидкістю обробки мови, найбільш характерних для рано оглохлих людей у перші роки використання кохлеарного імпланту;

- несформованість слухових центрів мозку;

- моноуральним сприйняттям. Кохлеарна імплантація проводиться зазвичай на одне вухо, а взаємодія двох вух необхідна для локалізації звуку в просторі, сприйняття мови в галасливих умовах і в приміщеннях з високим рівнем реверберації.

Враховуючи особливості сприйняття звуків і мови у дитини з кохлеарним імплантом, ми повинні створити оптимальні умови для розвитку слуху та розуміння мови. Ось вони:

1. Дитина повинна постійно носити кохлеарний імплант, процесор кохлеарного імпланту повинен бути добре налаштований.

2. Під час занять слід виключати шуми. Займатися краще в приміщенні, де низький рівень відображення звуків від стін і стелі-реверберації (є завіса, килими, меблі).

3. При спілкуванні з дитиною краще знаходиться поруч з боку імпланту на відстані до 1 метра або перед малюком.

4. Перш ніж говорити з дитиною, потрібно повернути її увагу до себе.

5. При спілкуванні з дитиною краще говорити простими фразами, виділяючи голосом ключові слова-фрази.

6. Говорити з дитиною треба голосом нормальної гучності, трохи повільніше, співуче, чітко вимовляючи слова, але разом.

7. Дитина краще розуміє і запам'ятовує мову, якщо слова і фрази повторюються.

8. Треба виділяти голосом найбільш тихі частини слів, прийменники, закінчення, ненаголошені склади.

9. Слід постійно привертати увагу дитини до оточуючих звуків і мови, повторювати почутий звук з дитиною (провести дію). Це особливо важливо в перший рік після імплантації. Якщо дитина почує звук, треба навчити її шукати джерело звуку. Вона може це зробити, тільки якщо звук повторюється або довгий. Ранооглохлих дітей важливо вчити співвідносити звук з предметом або дією, які виробляють цей звук – тобто пояснювати значення звуку.

10. Слід вчити дитину дізнаватися окремі звуки мови, щоб вона могла добре сприймати мову оточуючих. Уміння розрізняти акустично подібні звуки мови використовується також для контролю правильності налаштування мовного процесору кохлеарного імпланта.

11. У маленьких дітей важливо стимулювати будь-які голосові реакції і спроби говорити, просячи повторити вимовлені вами слова або відповісти на питання, даючи зразок відповіді. Намагайтеся на заняттях і в звичайних ситуаціях спілкування створювати ситуації, які підштовхували б дитину до використання мови.

12. Необхідно постійно пояснювати дитині значення нових слів і фраз, перевіряти їх розуміння, стимулювати самотійно їх використовувати, а не тільки повторювати.

13. При спілкуванні важливо часто ставити запитання, хоча перший час вам буде потрібно самим на них відповідати. Це сприяє розвитку у малюка мислення, розуміння мови, а пізніше прагнення і вміння самому задавати питання.

14. Необхідно уважно ставиться до мови дитини, стежити за правильністю побудови висловлювання, узгодженням слів у висловлюванні, словозміни і слововживання.

Виправляйте дитину, якщо вона помилилася, даючи правильний варіант, просіть дитину повторити за вами.

При навчанні та вихованні дитини з кохлеарним імплантом в умовах інтегрованої групи для дітей з порушенням слуху слід уникати таких моментів:

1. Не варто припускатися ситуації, коли дитина не включена в процес спільної діяльності. Це відбувається, коли дитина не зрозуміла зміст, що відбувається, чи інструкцію вихователя. Дана ситуація переборна, якщо педагог володіє вмінням формувати завдання з урахуванням її основних особливостей.

2. Не допускати ситуацію опіки, прояви жалості у відношенні до дитини, оскільки вона "така ж як і всі". До всіх дітей у групі повинні пред'являтися однакові вимоги. Індивідуальна допомога повинна надаватися делікатно і нарівні з іншим, що зазнають будь-які труднощі в процесі освітньої діяльності або гри.

3. Не знижувати темпу роботи групи. Слабочуюча дитина повинна освоювати загальний темп і зміст діяльності. Якщо він у чомусь утруднюється, вихователь в індивідуальній роботі заповнює прогалини, відпрацьовує матеріал, надаючи його в доступній формі.

У цілому, виходячи з позитивного досвіду роботи сучасних західних і вітчизняних сурдопсихологів та педагогів, які займаються з дітьми з порушеннями слуху, можна зробити наступний висновок. Якщо дитина з порушеним слухом, що отримала сучасні високотехнологічні способи слухопротезування, включена в систему інклюзивної освіти, вона здатна опанувати мову і надалі успішно увійти в соціум.

Білатеральна кохлеарна імплантація - це імплантація з обох сторін, або одночасне використання двох кохлеарних імплантів. Багато батьків розповідають, що після білатеральної імплантації діти можуть краще концентруватися на заняттях у школі, покращилася здатність малюків локалізувати звук, тобто визначати його джерело. Також було відзначено поліпшення комунікативної поведінки. Такі діти, використовуючи два імпланта, краще розуміли усне мовлення і набагато краще сприймали мову на фоні шуму. Крім того, у дітей після білатеральної імплантації були відзначені кращі слухові навички при вирішенні складних завдань на прослуховування.

Нові ідеї все більш впевнено впливають на формування ставлення суспільства до людей. У новій системі цінностей люди, яких раніше

вважали і називали інвалідами, розглядаються як особи, що вимагають особливого підходу в розвитку виховання, визначення їх місця в суспільстві. У даному випадку мова йде про глухих дітей. Різні методики ставлять своєю метою розробку шляхів підвищення рівня оволодіння мовою дітьми з порушеннями слухового сприйняття.

Висновки.

1. В Україні потрібний перехід до наступного етапу розвитку кохлеарної імплантації - розробки і впровадження єдиної системи післяопераційної слухомовної реабілітації пацієнтів з КІ.

2. Впровадження єдиного комплексного підходу до організації слухомовної реабілітації пацієнтів після кохлеарної імплантації повинне бути забезпеченим для кожного пацієнта.

3. Активізувати практично-пошукову роботу щодо створення умов і забезпечення науково-методичної бази навчання дітей з особливими потребами.

4. Розробити концептуальні підходи до оновлення змісту освіти учнів з порушеннями слуху та мовлення, у контексті його методологічної переорієнтації на розвиток особистості учнів, формування у них освітніх, життєвих і соціальних компетенцій.

Список використаних джерел

1. Леонгард Э.И., Самсонова Е.Г. Развитие речи детей с нарушенным слухом в семье. – М.: Просвещение, 1991. – 319 с.
2. Зонтова О.В. Коррекционно-педагогическая помощь детям после кохлеарной имплантации. Методические рекомендации. – СПб.: Речь, 2008. – 124 с.
3. Королева И.В. Слухоречевая реабилитация глухих детей с кохлеарными имплантами. – СПб.: Питер, 2006. – 314 с.
4. Руленкова Л.И. Как научить глухого ребенка слушать и говорить на основе верботонального метода. – М.: Парадигма, 2010. – 191 с.
5. Специальная педагогика / под ред. Н.М.Назаровой. Т.3. Педагогические системы специального образования. – М.: Издательский центр "Академия", 2008. – 400 с.

Cochlear implantation is a new method of rehabilitation of deaf children tasks and sequence of carrying out postoperative rehabilitation of children with a cochlear implant are presented in article a main objective, bilateral cochlear implantation, recommendations for rehabilitation of children with cochlear implant.

Keywords: cochlear implantation, postoperative rehabilitation, children with a hearing disorder, hearing and speech development.

Отримано 24.6. 2013