

реабілітаційної роботи дозволить підвищити ефективність соціальної реабілітації та оптимізувати допрофесійну підготовку, полегшити майбутнє професійне навчання, працевлаштування, кар'єрний зріст і досягнення професійних успіхів молоді людини з інвалідністю. .

Список використаних джерел

1. Шевцов А.Г. Обґрунтування ортопедагогіки // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / Вип. ІХХ. В двох частинах, частина 1. Серія: соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський: Медобори, 2012. – 462 с. – С. 274-284.
2. Шевцов А.Г. Освітні основи реабілітології: [монографія] / А.Г. Шевцов. – К.: «МП Леся». – 2009. – 483с.
3. Российская педагогическая энциклопедия. В двух томах. Том II. – Москва: Большая Российская энциклопедия, 1993-1999. – 672 с.

The article presented ortopedagogical approaches to the pre-professional training of the teenagers with motor disabilities

Keywords: ortopedagogic, teenagers with motor disabilities, pre-professional training.

Отримано 17.9. 2013

УДК: 376-056.263:616.28 – 008.14 – 053.4 / 5:616 – 089.843 – 031.61:611.851

В.М. Шевченко

РАННЄ ВИЯВЛЕННЯ ТА ДОПОМОГА ДІТЯМ З ГЛИБОКИМИ ПОРУШЕННЯМИ СЛУХУ

Стаття висвітлює значення раннього виявлення та кохлеарної імплантації в реабілітації дітей з глибокими порушеннями слуху. У статті автором розкрито сутність раннього втручання, поняття кохлеарної імплантації, представлені методології, що застосовуються в роботі з дітьми, а також зазначені проблемні питання.

Ключові слова: раннє виявлення, кохлеарна імплантація, реабілітація, глухі діти, порушення слуху.

Статья отражает значение раннего выявления и кохлеарной

имплантации в реабилитации детей с глубокими нарушениями слуха. В статье автором раскрыта сущность раннего вмешательства, понятие кохлеарной имплантации, представлены методологии, применяемые в работе с детьми, а также указаны проблемные вопросы.

Ключевые слова: раннее выявление, кохлеарная имплантация, реабилитация, глухие дети, нарушение слуха.

«Якщо дитина, народжена глухою, не перейшла до групи слабочуючих завдяки адекватному слухопротезуванню, то це означає, що держава вчинила перед нею та її батьками злочин».

Моніка Ленхардт

Відповідно до світової статистики, порушення слуху є найбільш поширеною патологією у новонароджених. Одна-дві дитини з тисячі народжуються з серйозними порушеннями слуху або глухотою, ще у двох-чотирьох дітей спостерігається середній ступінь порушення слуху.

У переважній більшості глуха дитина не може опанувати усним мовленням. У той же час, нормальний рівень володіння мовою - необхідний фактор для досягнення належного рівня інтелектуального, емоційного і соціального розвитку. Це також є підставою для входження дитини в товариство чуючих людей і відкриває шлях до інклюзії та інтеграції. У результаті дитина отримує якісну освіту і в майбутньому зможе мати високі шанси на працевлаштування згідно своєї кваліфікації [4, с. 3].

Впровадження в практику об'єктивних методів, які дозволяють виявляти зниження слуху і визначати ступінь втрати слуху у дітей, починаючи з перших днів життя, вимагає зміни підходу до діагностики патології слуху та реабілітації таких дітей. Необхідно якомога раніше обстежити слух дитини для виявлення у неї будь-яких порушень реакції на звук.

Раніше нерідко діагноз «приглухуватість» або «глухота» встановлювався дитині у віці 2-3-х років, хоча було зрозуміло, що порушення слуху у дитини було вродженим або виникло в перші місяці життя. Батьки помічали, що дитина не реагує на ім'я, не розмовляє. Однак лікарі-отоларингологи заспокоювали: «Багато дітей починають розмовляти після 3-х років. Зачекайте. Не турбуйтеся» або «Можливо, ваша дитина погано чує, але ми можемо це точно визначити лише в 3 роки. Давайте почекаємо, подивимось». Час ішов, дитина так і не починала розмовляти і лише в 2-3 роки проводилося необхідне обстеження, піл час якого встановлювався діагноз, що дитина глуха.

В даний час в області діагностики та реабілітації дітей з порушеннями слуху відбулися значні зміни, в т.ч.:

- з'явилися і все ширше впроваджуються об'єктивні методи діагностики порушень слуху у дітей, починаючи з перших днів життя, в тому числі і недоношених;

- розроблено технологію слухопротезування дітей раннього віку;
- розроблено та широко впроваджується метод кохлеарної імплантації, що забезпечує можливість чути глухим дітям;
- розроблено психолого-педагогічні методи реабілітації глухих і слабочуючих дітей раннього віку.

Завдяки цьому діти навіть з великими втратами слуху мають шанс навчитися чути і говорити. Однак досягнення науки і медицини виявляться ефективними лише тоді, якщо ми зможемо виявити у дитини порушення слуху у ранньому віці.

Важливо виявити навіть невелике зниження слуху, оскільки у маленьких дітей воно призводить до затримки і порушення мовного розвитку. Вже при втратах слуху 1 ступеня (20-40 дБ), при якому доросла людина може не відчувати проблем сприйняття мови, дитина не чує в звичайній мові найбільш тихі її компоненти - глухі, шиплячі, свистячі приголосні, закінчення слів, прийменники. Це ускладнює оволодіння дитиною мови, порушує сприйняття і розуміння мови в галасливих умовах, і як наслідок, призводить до затримки загального психічного розвитку дитини, оскільки мова - це не лише засіб спілкування, а й засіб пізнання світу [2, с. 39-44].

Як свідчить світовий досвід, найважливіше значення у виявленні порушень слуху у дітей в ранньому віці мають масові профілактичні скринінгові обстеження. Основним завданням скринінгових аудіологічних обстежень є виявлення дітей з підозрою на наявність порушень слуху і направлення їх у сурдологічні центри для діагностичного обстеження з метою визначення ступеня втрати слуху [4, с. 9-10].

В якості скринінгових методів обстеження в різних країнах використовуються різні методи:

- опитування батьків про слуховий і мовний розвиток дитини;
- реєстрація поведінкових безумовно-та умовно-рефлекторних реакцій на звуки;
- реєстрація отоакустичної емісії (ОАЕ);
- реєстрація коротколатентних (стволомозкових) або стаціонарних слухових викликаних потенціалів [2, с. 59-60].

Сьогодні доведена найбільша ефективність об'єктивних методів - реєстрації ОАЕ і слухових викликаних потенціалів мозку. Аудіологічний скринінг, безумовно, сприяє збільшенню числа виявлених дітей з порушеннями слуху у віці до року. Однак у значної частини дітей порушення слуху продовжують виявляти після року, що пояснюється певними недоліками даної скринінгової процедури. Реєстрація поведінкових реакцій дитини на звуки є суб'єктивним методом. Він має

низьку чутливість при обстеженні маленьких дітей. Тому за його допомогою погано виявляються діти з невеликими і середніми втратами слуху, діти з односторонньою приглухуватістю, різко низхідними аудіограмами. Особливу складність представляють діти з важкою неврологічною патологією. У них погані поведінкові реакції на звуки часто розглядають як наслідок неврологічних порушень.

Очевидна і ще одна обставина - скринінгові обстеження слуху не повинні обмежуватися лише дітьми, що мають фактори ризику, оскільки вже встановлено, що у 50% дітей з порушеннями слуху в анамнезі відсутні чинники ризику по зниженню слуху. А значить, аудіологічний скринінг повинен охоплювати всіх новонароджених.

Багаторічні спостереження, проведені за кордоном свідчать, що аудіологічний скринінг необхідно проводити у всіх новонароджених дітей у пологових будинках. Причому оптимальним методом в цьому випадку є реєстрація викликаної отоакустичної емісії. Цей метод дозволяє виявити навіть невелике зниження слуху, причому незалежно від того, це кондуктивна чи сенсоневральна туговухість. Аудіологічне тестування новонароджених у пологових будинках методом реєстрації ОАЕ рекомендується проводити не раніше 4 днів життя, оскільки в більш ранній період у частини дітей вона не реєструється.

Впровадження аудіологічного скринінгу новонароджених у нашій країні повинно дозволити наблизитися до сучасних стандартів в галузі допомоги дітям з порушеннями слуху:

- виявлення порушень слуху відразу після народження;
- діагностика порушень слуху (визначення типу порушення слуху, рівня ураження слухової системи і ступеня слухових втрат) у віці до 3-4 місяців;
- слухопротезування за наявності порогів слуху в мовному діапазоні понад 40 дБ у віці від 2-х місяців;
- проведення необхідних лікувальних заходів;
- рання абілітація - заняття дитини і батьків з сурдопедагогом з розвитку залишкового слуху, комунікативних навичок, мови, психічних функцій, моторики - з моменту виявлення порушень слухового сприйняття;
- кохлеарна імплантація - електродне протезування слуху дітей з глухотою і 4 ступенем туговухості за відсутності ефекту від адекватного протезування слуховим апаратом (починаючи з 1 року).

Дослідження показали, якщо дітей з 3-4 ступенем туговухості протезувати слуховими апаратами у віці до 6-ти місяців, то їх мовленнєвий розвиток, у тому числі накопичення пасивного та активного словника, оволодіння граматичною системою рідної мови, буде таке ж, як у нормальночуючих дітей. Якщо ж дітям одягнути СА після 6-ти місяців, то при найефективнішій корекційній роботі дитина все одно буде відставати в розвитку мови. Така ж картина

спостерігається і при кохлеарному імплантуванні [2, с. 22-27].

Відповідно до вищевикладеного, впровадження аудіологічного скринінгу новонароджених за допомогою отоакустичної емісії, безумовно, важливий етап. Але це лише перший етап у ранній абілітації дітей з порушеннями слуху. У нас лише в кількох містах є центри, оснащені сучасним діагностичним обладнанням та персоналом, який вміє кваліфіковано проводити диференційну діагностику порушень слуху у дітей у віці до 6-ти місяців. Ще менше фахівців, які вміють протезувати дітей такого віку. Катастрофічно не вистачає сурдопедагогів, що мають навички реабілітаційної роботи з дітьми раннього віку. А головне, багато фахівців досі вважають, що слухопротезування дітей може бути відкладено до 1 - 2-х років, а заняття з дитиною можна почати лише в 3 роки в спеціальному дитячому садку для дітей з порушеннями слуху. Це хибна думка, адже найбільш інтенсивний розвиток слухових шляхів і центрів, а також мозку відбувається в перші 1,5 року життя дитини.

На сьогодні зрозуміло, що лише педагогічними методами проблему глухоти вирішити неможливо. Допомогти такій дитині може кохлеарна імплантація в сукупності з подальшою корекційною роботою (М.Р. Богомільський, М.А. Дайхес, І.В. Корольова, О.О. Ланцов, Е.В. Миронова, Г.А. Таварткиладзе, Ю.К. Янов та ін.) Тільки такий комплексний підхід може забезпечити повноцінний розвиток дитини, адже навіть сучасні цифрові слухові апарати не можуть допомогти при нейросенсорній глухоті [1, с. 17].

В даний час кохлеарна імплантація є найбільш ефективним засобом реабілітації осіб з важкими порушеннями слуху. Новітня технологія протезування людей зі значною втратою слуху дає можливість сприймати і розпізнавати звуки навколишнього середовища, розуміти усне мовлення, говорити голосом і тим самим забезпечує основу для повної соціальної реабілітації людей з втратою слуху і глухотою. Але в кожному разі кохлеарний імплант, за своєю суттю, є протезом і він не в змозі відновити природний слух [3, с. 6].

В Україні кохлеарна імплантація, як високоефективний метод реабілітації глухих дітей, набуває все більшого поширення. При цьому, як і в усьому світі, серед імплантованих збільшується кількість дітей раннього віку, які відносяться до однієї з найбільш перспективних категорій кандидатів на кохлеарну імплантацію, оскільки це пов'язано з важливістю перших трьох років життя дитини для розвитку слухового й мовленнєвого центрів мозку.

На сьогодні вже відомо, що якщо дитина була проімплантована до 2-річного віку, то, за відсутності супутніх порушень, за допомогою корекційно-розвиваючих занять розвиток сприйняття мови, навколишніх звуків і власної мови в значній мірі відбуваються спонтанно, як у дитини з нормальною слуховою функцією. .

Існують різні методології, які застосовуються в роботі з

імплантованими дітьми. Коротко охарактеризуємо кожен з них:

1. Мова жестів. Існує думка, що діти з кохлеарними імплантами не вимагають вивчення жестової мови. Але ми вважаємо цю думку помилковою, оскільки в такому випадку вони не зможуть спілкуватися зі своїми глухими батьками та рідними.

2. Поєднання мови жестів і читання з губ - система візуальної комунікації, в рамках якої використовується вісім знаків руки в чотирьох різних положеннях (так звані ключі) у поєднанні з природними рухами губ. Таким чином, досягається поділ усіх звуків мови.

3. Метод тотальної комунікації полягає в одночасному використанні усної, знакової і візуальної модальностей при спілкуванні зі слабочуючими дітьми і при їх навчанні. Цей підхід повинен бути гнучким, індивідуалізованим і легко адаптуватися до контексту або ситуації.

4. Одночасна комунікація - метод спілкування, який іноді використовують діти з порушеннями слуху. Він полягає в одночасному використанні усно-мовної і знакової версії тієї самої мови.

5. Верботональний метод або метод Губеріни, який також називається SUVAG («Methode Systeme Universel Verbotonal d'Audition Guberina» або «Methode de maman»). Він полягає в тренуванні мови і вимови, але не вербальної комунікації. Діти з імплантами, які можуть чути звуки на всіх частотах, не вимагають такого підходу.

6. Метод природних звуків робить акцент на оптимальному використанні технологічних рішень, розвитку усного мовлення та інтеграції в суспільство чуючих людей. Дітей вчать використовувати свій слух в поєднанні з читанням з губ, мовою жестів та іншими кодами, щоб краще розуміти і використовувати усне мовлення. Цей метод повністю використовує можливості залишкового слуху та кохлеарного імпланта, щоб навчити дитину слухати.

7. Аудіовербальна терапія допомагає дитині засвоїти усну мову на слух. Заняття проходять «один на один» з агресивною корекцією слухових здібностей і використанням технологій. Батьки та опікуни беруть активну участь в терапії [3, с. 7-8].

Не підлягає сумніву, що в Україні кохлеарна імплантація визнається провідним, новітнім способом реабілітації осіб з тотальною глухотою. Потрібно враховувати, що чим раніше була проведена кохлеарна імплантація, тим краще буде результат. Але разом з цим потрібно пояснити деякі моменти.

Думка про те, що після імплантації глухий стане повноцінним членом суспільства не зовсім правильна. У переважній більшості батьки впевнені, що після того, як витратили значні кошти на операцію, то й вирішили всі проблеми. Але це помилкова думка. Потрібно враховувати, що найвідповідальніший етап - це не сама операція, а подальша слухомовленнева реабілітація, адже кохлеарний імплант не може

повністю відновити уражений слуховий аналізатор. Тому слухомовленнєву реабілітацію повинні здійснювати кваліфіковані фахівці за активної участі батьків та близьких людей. Для цього необхідно розробити і ввести повний комплексний процес реабілітації після імплантації протягом усього життя людини, а також забезпечити таких осіб повним пакетом необхідних послуг, в т.ч. і гарантією на технічне забезпечення кохлеарного імпланта.

Помилково стверджувати, що дитина з кохлеарним імплантом, яка пройшла повний курс слухомовленнєвої реабілітації, вже не має порушення слуху. Незважаючи на те, що прогрес в розвитку мови є, хоча це відбувається не в 100% випадків, все одно без процесора (за певних умов його потрібно знімати) дитина залишається глухою. Також здатність дитини слухати безпосередньо пов'язана з його технічним станом, адже обслуговування вимагає постійної заміни елементів живлення, періодичної заміни процесора, його налаштування, а ці витрати лягають на плечі батьків [5, с. 6].

Зазначимо, що звичайно ж технології не стоять на місці. З'являються більш досконалі системи кохлеарних імплантів, також постійно поліпшуються результати від імплантування, а відповідно до цього рекомендації для проведення такого заходу також набагато розширилися [3, с. 6]. Але все ж потрібно враховувати, що існують певні обмеження для проведення таких операцій. Якщо, наприклад, імплантована дитина буде мати виражені порушення інтелекту, то педагогічний результат може бути незначним, а при цьому ще й виникає загроза пошкодження процесора.

Як показує досвід, головними компонентами для успішної корекційної роботи є підтримка батьків і вибір підходів до комунікації. У зв'язку з цим, принципове рішення щодо операції з встановлення кохлеарного імпланта батьки повинні приймати дуже відповідально, з урахуванням повної та об'єктивної інформації про можливі наслідки [5, с. 6].

У підсумку зазначимо, що на наш погляд, програма аудіологічного скринінгу «запрацює» тоді, коли не лише пологові будинки будуть оснащені сучасним якісним обладнанням, а й фахівці оновлять свої уявлення та знання про можливості ранньої реабілітації. Окрім цього, незважаючи на певні недоліки, сьогодні кохлеарна імплантація залишається єдиним дієвим засобом вирішення проблеми при тяжкому порушенні слуху та глухоті. Спільно з тривалою та інтенсивною сурдопедагогічною підтримкою і за активної участі батьків у цьому процесі, вона допомагає дітям з порушеннями слуху відчувати себе повноцінними членами суспільства.

Список використаних джерел

1. Королева И.В., Пудов В.И., Жукова О.С. Кохлеарная имплантация – новое направление реабилитации глухих // Дефектология. – 2001. – № 1. – С. 17.
2. Королева И.В., Янн П.А. Дети с нарушениями слуха: Книга для родителей и педагогов. – СПб.: КАРО, 2011. – С. 22-27, 39-44, 59-60.
3. Ленхардт М. Реабилитация до и после эры кохлеарного импланта // Доклад на Конгрессе отоларингологов в Ереване 23 ноября 2010 г. – С. 6-8.
4. Ленхардт М. Универсальный неонатальный скрининг слуха: обязательный, факультативный или излишний? // Доклад на Конгрессе отоларингологов в Ереване 23 ноября 2010 г. – С. 3, 9-10.
5. Максименко Л., Москаленко Т. Кохлеарная имплантация // Дефектолог. – 2011. – № 4 (52). – С. 6.

The article highlights the importance of early detection and rehabilitation of cochlear implantation in children with severe hearing impairment. In this article the author reveals the essence of early intervention, the concept of cochlear implantation, presented the methodology used in the work with children, and these issues.

Keywords: early detection, cochlear implantation, rehabilitation, deaf children of hearing loss.

Отримано 18.9.2013

УДК 376:371.9

С.Д. Яковлева

КОМПЛЕКС ПСИХОЛОГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ВИЩИХ ПСИХІЧНИХ ФУНКЦІЙ ПРИ ДИТЯЧОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

В статті представлено стан розвитку дітей з ДЦП, їх потенційні можливості та принципи та варіанти психологічної корекції в залежності від стану їх психофізичного розвитку. Відображено необхідність проведення як групової, так і індивідуальної корекції процесів мислення та дрібної моторики відповідно до стану психічних процесів.

Ключові слова: дитячий церебральний параліч, психологічна корекція, психічні функції.