

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ  
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования  
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование кафедры)

44.04.02 Психолого-педагогическое образование

(код и наименование направления подготовки)

Психолого-педагогическое сопровождение детей с проблемами в развитии

(направленность (профиль))

## МАГИСТЕРСКАЯ ДИССЕРТАЦИЯ

на тему ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ  
ФОРМИРОВАНИЯ НАВЫКОВ ОБЩЕНИЯ У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ  
С КОХЛЕАРНОЙ ИМПЛАТАЦИЕЙ В ГРУППАХ  
КОМБИНИРОВАННОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ

Студент

Н.А. Юткина

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Научный  
руководитель

Е.А. Сидякина

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель программы д.п.н., профессор О.В. Дыбина

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

(личная подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

**Допустить к защите**

Заведующий кафедрой д.п.н., профессор О.В. Дыбина

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

(личная подпись)

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

Тольятти 2019

## Оглавление

Введение.....	3
Глава 1. Теоретические основы формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.....	10
1.1 Психолого-педагогические исследования по проблеме формирования навыков общения у детей дошкольного возраста с кохлеарной имплантацией .....	10
1.2 Характеристика психолого-педагогических условий формирования навыков общения детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.....	19
Выводы по первой главе .....	29
Глава 2. Экспериментальная работа по реализации психолого-педагогических условий формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.....	31
2.1 Выявление уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности .....	31
2.2 Реализация психолого-педагогических условий формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.....	49
2.3 Динамика сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности .....	60
Выводы по второй главе .....	67
Заключение.....	69
Список используемой литературы .....	71
Приложения.....	74

## Введение

Актуальность исследования. Полноценное развитие и социализация ребенка во многом зависит от хорошего слуха. При нарушении слуха ребенок ограничивается в познании окружающего мира, коммуникативном развитии. Общение является важным условием социализации личности, развития межличностных взаимоотношений и психологического благополучия ребенка.

В настоящее время в рамках модернизации российского образования в образовательных учреждениях осуществляется создание образовательной среды, позволяющей обеспечить качественное и доступное образование для всех детей с ограниченными возможностями здоровья. Это связано с процессами демократизации общественного сознания и признанием за каждым человеком права на образование. Это процесс развития общего образования, который подразумевает доступность обучения для всех с учетом особенностей психофизического развития и состояния здоровья.

Актуальными вопросами общения занимались такие ученые как А.Н. Леонтьев, М.И. Лисина, В.В. Давыдов. Они отмечали, что проблемы в развитии слуха непосредственно влияют на процесс интеллектуального развития ребенка, следовательно, на формирование коммуникативных способностей.

Большое количество известных сурдопедагогов освящали в своих трудах разные проблемы развития детей с нарушением слуха. Благодаря исследованиям Р.М. Боскис, Л.С. Выготского, С.Л. Зыкова, Б.Д. Корсунской, Э.И. Леонгарда были сформулированы основные закономерности восприятия речи, определена значимость речевой среды в обучении и воспитании детей с нарушением слуха. Содержание работы по формированию навыков разговорной речи у детей с кохлеарной имплантацией было освящено в трудах таких исследователей, как Р.М. Боскис, Л.А. Головниц, И.В. Королева, Н.Д. Шматко, Э.И. Леонгард, О.В. Зонтова, Л.П. Носкова.

Следует отметить, что в настоящее время проблема социализации и развития коммуникативных навыков у детей с кохлеарной имплантацией остается актуальной и достаточно важной.

Формирование навыков общения важно для детей с особенными потребностями, в том числе и для детей с нарушением слуха и кохлеарной имплантацией.

По статистическим данным в последнее время резко возросло количество детей с нарушением слуха. В последнее время выделяют группу детей с тяжелыми нарушениями слуха, которые перенесли операцию по вживлению кохлеарного импланта. Численность детей постоянно растет.

К имплантированным относятся дети, перенесшие операцию по кохлеарной имплантации, т.е. операцию по вживлению электродных систем во внутреннее ухо, в улитку, с последующей электрической стимуляцией слухового нерва, посылающего в мозг серии нервных импульсов, вызывающих слуховые ощущения. Дети с кохлеарными имплантами изначально были глухими или с тяжелой степенью тугоухости (III-IV степень), практически безречевыми. После операции кохлеарной имплантации создается сенсорная основа для формирования устной речи, так как слуховые возможности имплантируемого значительно улучшаются и соответствуют I степени тугоухости (30-40 дБ).

Несмотря на это, такие дети не могут использовать полученные возможности без специальных настроек слухового процессора и коррекционных занятий с сурдопедагогом по развитию слухового восприятия и речи.

В современной мировой педагогической практике в течение нескольких последних десятилетий развиваются теоретические основы и практические мероприятия по реализации инклюзивного обучения, при котором дети с ограниченными возможностями здоровья включаются в группы детских садов вместе с обычными сверстниками. Этому способствуют достижения в развитии цифровых технологий,

отоларингологии, аудиологии, специальной психологии и коррекционной педагогики, согласованные действия специалистов разного профиля в системе междисциплинарной помощи детям с нарушением слуха.

Изучение особенностей навыков общения слабослышащих дошкольников и детей с кохlearной имплантацией, условий их развития в специальном дошкольном учреждении представляет научно-практический интерес для совершенствования содержания и методов коррекционно-развивающей работы.

Анализ психолого-педагогической литературы позволяет выявить следующие **противоречия**:

– между назревшей социальной необходимостью в решении проблемы формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности и недостаточной разработанностью данного направления;

– между процессом формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности и отсутствием разработки содержания психолого-педагогических условий для достижения положительных результатов.

Выявленные противоречия позволяют выдвинуть в качестве актуальной **проблему исследования**: каковы психолого-педагогические условия формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности?

Исходя из актуальности данной проблемы, можно определить **тему исследования**: «Психолого-педагогические условия формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности».

**Цель исследования**: теоретически обосновать и экспериментально проверить эффективность психолого-педагогических условий на формирование навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности.

**Объект исследования:** процесс формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

**Предмет исследования:** психолого-педагогические условия формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

**Гипотеза исследования:** формирование навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности возможно при следующих психолого-педагогических условиях:

- обогащении развивающей предметно-пространственной среды пиктограммами, маркерами, алгоритмами, играми для организации совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах;
- разработке и апробации интегрированной формы совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах по формированию навыков общения с учётом особенностей детей с кохлеарной имплантацией;
- разработке и апробации форм работы с родителями детей с кохлеарной имплантацией.

В соответствии с проблемой, целью, объектом, предметом и сформулированной гипотезой определены следующие **задачи исследования:**

1. На основе анализа психолого-педагогических исследований раскрыть и охарактеризовать процесс формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности, степень разработанности проблемы на современном этапе.
2. Выявить уровень сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.
3. Экспериментально проверить эффективность психолого-педагогических условий в формировании навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Для решения поставленных задач в работе использовались следующие **методы исследования:** теоретические (анализ психолого-педагогической и

методологической литературы по проблеме исследования, интерпретация, обобщение опыта и массовой практики), эмпирические (наблюдение, констатирующий, формирующий, и контрольный эксперименты); методы обработки результатов (качественный и количественный анализы результатов исследования).

**Теоретическую основу исследования** составили:

- отечественные концепции развития психики в онтогенезе (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, Л.В. Обухова, Д.Б. Эльконин);
- исследования об использовании языка в конкретных условиях речевого общения (И.А. Зимняя, А.А. Леонтьев);
- психолого-педагогические исследования воспитания и обучения детей дошкольного возраста с дефектами слуха (Л.А. Головниц, Б.Д. Корсунская, Э.И. Леонгард, Л.П. Носкова, Н.Д. Шматко).

**Экспериментальная база исследования:** детский сад № 189 «Спутник» АНО ДО «Планета детства «Лада». В исследовании принимали участие 6 детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией, 10 детей с нормой развития слуха, 6 родителей детей с кохлеарными имплантами и 10 родителей с нормой развития слуха.

**Этапы исследования.** В осуществлении исследования можно выделить три этапа.

**Первый этап:** поисково-аналитический этап (2017-2018 гг.). В течение данного этапа осуществляется анализ теоретических источников с целью установления степени научной разработки исследуемой проблемы, составление программы исследования, определение исходных параметров, определение теоретико-методологического аппарата исследования.

**Второй этап:** экспериментальный этап (2018-2019 гг.), включающий разработку и апробацию мероприятий, направленных на формирование навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

**Третий этап:** заключительно-обобщающий этап (2019 г.) предполагает анализ, обобщение и систематизацию результатов опытно-экспериментальной работы; оформление материалов исследования.

**Научная новизна исследования:**

– научно обоснованы психолого-педагогические условия формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности;

– определены и описаны показатели и уровни сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

**Теоретическая значимость исследования** состоит в том, что в работе уточнено понятие «формирование навыков общения»; описаны психолого-педагогические условия формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

**Практическая значимость исследования:** разработанные психолого-педагогические условия формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности могут быть использованы в практике дошкольных образовательных организаций.

**Обоснованность и достоверность выводов и результатов исследования** обеспечивались исходными методологическими позициями, комплексом теоретических и эмпирических методов исследования, личным участием автора на всех этапах проводимого исследования и положительной оценкой со стороны практических работников.

**Апробация и внедрение результатов исследования.** Основные положения и результаты экспериментальной работы обсуждались на педагогических советах дошкольной образовательной организации; получили одобрение на научно-практических конференциях: «Студенческие «Дни науки» в ТГУ»; опубликованы в сборнике научных статей «Дошкольник на современном этапе: материалы студенческой научно-практической



конференции». По теме диссертационного исследования было опубликовано 4 статьи.

**Основные положения, выносимые на защиту:**

1. Под навыками общения у ребенка с кохлеарной имплантацией мы будем понимать его способность взаимодействовать со сверстниками и взрослыми, правильно интерпретировать информацию, а также её передавать.

2. Процесс формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности обеспечивается следующими психолого-педагогическими условиями: обогащением развивающей предметно-пространственной среды пиктограммами, маркерами, алгоритмами, играми для организации совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах; разработкой и апробацией интегрированной формы совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах по формированию навыков общения с учётом особенностей детей с кохлеарной имплантацией; разработкой и апробацией форм работы с родителями детей с кохлеарной имплантацией.

3. Показатели и уровни формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности характеризуются: наличием объема словарного запаса; наличием навыков разговорной речи; наличие коммуникативно-речевых умений; наличием умения договариваться с партнером; наличие навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками.

**Структура магистерской диссертации.** Диссертация состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (30 источников) и 5 приложений. Текст иллюстрируют 13 таблиц и 2 рисунка. Объем работы 73 страницы без приложения.

## **Глава 1. Теоретические основы формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности**

### **1.1 Психолого-педагогические исследования по проблеме формирования навыков общения у детей дошкольного возраста с кохлеарной имплантацией**

Проблема исследования нарушений слуха у детей чрезвычайно актуальна и занимает особое место в сфере медико-психолого-педагогической реабилитации. «Различные патологии слуха у ребенка наносят огромный ущерб его психическому развитию. По причине искажения сенсорных эталонов дети не могут в полной мере воспринимать окружающий мир во всем его качественном многообразии» [3].

«Всестороннее развитие личности ребенка, социально приспособленной к условиям жизни в современном обществе, является целью коррекционно-образовательного процесса детей с ограниченными возможностями здоровья. Одной из важных задач воспитания и обучения детей с нарушенным слухом является формирование умений адекватного взаимодействия с окружающими сверстниками и взрослыми на основе речевого общения» [24].

Роль слуха в развитии ребенка очевидна. Без слуха невозможно воспринимать речь, а в следствии с этим невозможно воспринимать информацию, успешно ориентироваться в окружающем мире.

Затрудненность формирования коммуникативных навыков сказывается на развитии механизма развития мышления в целом.

Цель формирования навыков общения особенно важна для детей с особенными потребностями, в том числе для детей с нарушением слуха и кохлеарной имплантацией. Исследования в данном направлении очень немногочисленны.

М.И. Лисина говорит об общении как о «взаимодействии двух (или более) людей, направленное на согласование и объединение их усилий с целью налаживания отношений и достижения общего результата» [30].

Понятие навык общения включает в себя ряд коммуникативных умений таких как: способность сотрудничать и договариваться, умение слушать и слышать собеседника, воспринимать обращенную речь, выразить свои мысли вербально.

Навыки общения формируются к старшему дошкольному возрасту и совершенствуются на протяжении всей жизни.

Нарушение слуха ведет к нарушению в формировании коммуникативных навыков, из-за отсутствия или ограниченной возможности воспринимать информацию и реагировать на неё.

Педагогический процесс формирования навыков общения осуществляется с учетом особенностей психического развития детей с кохлеарными имплантами.

В психологической литературе «общение» рассматривается как взаимодействие людей при обмене информацией.

М.И. Лисина считает, что «общение – это есть активные действия, с помощью которых ребенок стремится передать другим и получить от них определенную информацию, удовлетворить свои материальные и духовные потребности, установить с окружающими людьми необходимые ему эмоционально окрашенные отношения и согласовывать свои действия с окружающими» [30].

В исследованиях С.Л. Рубинштейна, коммуникативный навык рассматривается в рамках развития коммуникативных способностей. Он считает, что коммуникативная способность формируется в процессе практического общения.

Под коммуникативными навыками Л.А. Дубина выделяет такие навыки, как: воспринимать и понимать разговорную речь, умение сотрудничать, слушать и слышать, говорить самому.

О.Н. Смирнова считает, что «коммуникативные умения детей дошкольного возраста – это владение конструктивными способами и средствами взаимодействия с окружающими людьми, умение общаться и в процессе общения успешно решать возникающие игровые, познавательные, бытовые и творческие задачи» [39].

В формировании навыков общения у детей с кохлеарной имплантацией есть своя отличительная черта, так как нарушение слуха – это, одно из «коммуникативных нарушений, происходящее из-за отсутствия или ограничения способностей восприятия информации ребенком и умением на неё реагировать. В результате у детей с нарушением слуха психическое развитие во всех слоях становления личности задерживается» [29].

Ребенок с нарушением слуха овладевает речью в процессе специального психолого-педагогического влияния. В процессе приобретенных навыков и умений реализуется речевое общение.

Л.А. Головчиц считает одним из главных условий в воспитании и обучении детей с нарушением слуха – это организация межличностного общения, которое организует воспитатель [10].

В специально организованной работе по формированию навыков общения у детей с кохлеарными имплантами и нормально слышащих детей, отмечается что, «нарушение слуховой функции ограничивает межличностные контакты, что приводит к обеднению общения и недостатку межличностных отношений и вследствие чего к замедленному темпу развития навыков общения» [12].

По мнению Г.М. Бушуевой, коммуникативные умения дошкольника включают в себя такие умения как сотрудничество, умение понимать разговорную речь, умение слушать и слышать, а также владение навыками разговорной речи [7].

На сегодняшний день в педагогической практике многих стран выделяют ряд категорий нарушения слуха. Если нарушения носят временный характер (например, после перенесенного заболевания на ухо, таких как

отиты и т.д.) оно называется кондуктивным. При кондуктивном нарушении слух восстановить можно. Существует ряд медицинских средств как консервативного, так и современного лечения. Если нарушения носят стойкие или необратимые последствия, связанные с поражением и нарушением работы внутреннего уха, то эти нарушения считаются сенсоневральной тугоухостью и глухотой. При данном виде нарушений восстановить слух уже нельзя. «Речь может идти лишь о поддерживающей терапии, определенных профилактических мероприятиях, слухопротезировании (подборе индивидуальных слуховых аппаратов) и длительной систематической педагогической коррекции» [2].

По состоянию слуха детей делят на глухих и детей с тугоухостью. «Глухота – наиболее резкая степень снижения слуха, при которой самостоятельное овладение речью становится невозможным. Глухие дети – дети с глубоким, стойким двусторонним нарушением слуха, приобретенным в раннем детстве или врожденным» [2].

Тугоухость – стойкое понижение слуха, при котором возникают трудности в восприятии и в самостоятельном овладении речью. Однако остаётся возможность овладения с помощью остаточного слуха ограниченным и искажённым запасом слов. «Тугоухость выражена в различной степени – от небольшого нарушения восприятия шепотной речи до резкого ограничения восприятия речи разговорной громкости» [3]. Детей с тугоухостью называют слабослышащими детьми.

Р.М. Боскис, отмечала, «что чем меньше снижен слух у ребенка, тем выше уровень его речевого развития, чем позже возникает нарушение слуха, тем менее пагубно оно влияет на состояние речи ребенка. При своевременном начале коррекционной работы и ее систематическом и адекватном проведении в течение длительного времени уровень речевого развития даже глухого ребенка может быть максимально сближен с нормой» [6].

Вследствие этого, «дети с нарушенным слухом представляют собой разнородную группу, характеризующуюся:

- степенью (тугоухость, выраженная в той или иной степени, и глухота);
- характером (кондуктивная, сенсоневральная и смешанная тугоухость) нарушения слуха;
- временем, в котором произошло понижение слуха;
- уровнем речевого развития;
- наличием или отсутствием дополнительных отклонений в развитии» [6].

К имплантированным относятся дети и взрослые, перенесшие операцию по кохлеарной имплантации, т.е. операцию по вживлению электродных систем во внутреннее ухо, в улитку, с последующей электрической стимуляцией слухового нерва, посылающего в мозг серии нервных импульсов, вызывающих слуховые ощущения.

Дети с кохлеарными имплантами изначально были глухими или с тяжелой степенью тугоухости (III-IV степень), практически безречевыми. После операции кохлеарной имплантации создается сенсорная основа для формирования устной речи, так как их слуховые возможности значительно улучшаются и соответствуют I степени тугоухости (30-40 дБ).

Несмотря на это, без специальных настроек процессора и коррекционных занятий с сурдопедагогом по развитию слухового восприятия и речи, такие дети не могут использовать полученные возможности. Определение актуального социально-психологического статуса ребенка с кохлеарными имплантами зависит от выбора образовательного маршрута.

«После подключения процессора состояние слуха детей меняется и уравнивается, поэтому более важным становятся различия в развитии вербальной и невербальной коммуникации и характеристика сенсорной основы, на которой она была сформирована» [2].

Дети с минимальным снижением слуха, с кохлеарными имплантами на этапе реабилитации обучаются в дошкольных логопедических группах, в общеобразовательных организациях. Им необходимо психолого-педагогическое сопровождение логопеда. После кохлеарной имплантации детям также нужны динамическое наблюдение и консультации сурдопедагога.

Основная цель коррекционной работы с этими детьми заключается в формировании и совершенствовании слухозрительного, тактильного восприятия речи для получения информации, навыков речевой коммуникации и межличностного взаимодействия, развития мышления, контроля и самоконтроля речи. Детей учат зрительно воспринимать речь, т.е. чтению с губ.

Установление связи между произношением слова и его зрительным образом вырабатывается путем многократного правильного повторения слов, сравнения их длины, состава и порядка звуков. Облегчает зрительное восприятие речи наличие опорных хорошо видимых звуков.

При переходе к новым словам следует привлекать внимание ребенка с нарушением слуха к видимым признакам слова, сопоставлять их с отработанными ранее признаками. Необходимо формировать импрессивную речь и все стороны экспрессивной речи. Занятия проводятся при использовании звукоусиливающих средств индивидуального (слуховой аппарат) и коллективного пользования. При этом постоянно фиксируется внимание на том, как слышит ребенок предлагаемый материал, чтобы избежать ошибок, связанных с недопониманием задания.

Основными направлениями коррекционной работы являются: формирование произносительной стороны речи, дифференциация неречевых и речевых звуков, развитие словесной речи, ее лексико-грамматического строя, письма, чтения. Большое значение для речевого развития имеет раннее обучение грамоте – чтению и письму.

«Все приведенные классификации последовательно сменяют друг друга и являются составными частями динамической по своей сути классификации детей с кохлеарными имплантами, необходимой специалистам для понимания динамики изменений, происходящих с ребенком в процессе реабилитации, выбора и гибкой смены его образовательного маршрута» [2].

«Как показывают наблюдения и данные исследований Л.С. Выготского, нарушение функции слухового анализатора и связанное с этим нарушение развития речи приводит к общему недоразвитию познавательной деятельности» [12]. «Слабо развиты познавательные функции: память (зрительная и слуховая), внимание, мышление, воображение, речь» [12].

Объем оперативной памяти у детей с нарушением слуха, как правило, снижен, прочность запоминания недостаточна, так как у ребенка с нарушением слуха медленнее развивается наблюдательность, а выделение зрительно воспринимаемых объектов, не подкрепленное слухом, происходит менее активно, чем у слышащих детей. Поэтому очень важно проводить работу по расширению и обогащению представлений об окружающем мире, пополнять чувственный опыт детей.

Внимание рассеянное, дети часто отвлекаются, им сложно сосредоточиться. Поэтому важно четко организовать процесс обучения:

- предусмотреть сменяемость видов деятельности на занятии;
- использовать яркий красочный наглядный материал (предметы, муляжи, игрушки);
- использовать наглядные методы (демонстрация предметов, рассматривание картин, наблюдения за объектами природы, просмотр мультфильмов);
- использовать практические методы (рисование, лепка, конструирование, дидактические игры). Это привлекает внимание детей и помогает усваивать материал.



Восприятие развивается в процессе формирования предметных действий. Активно развиваются действия с предметами по подражанию, дети начинают ориентироваться на цвет, форму, величину предметов на третьем году жизни. Но действия с предметами однократные, неразвёрнутые, фрагментарные, это связано с отсутствием понимания речи взрослого. Невозможность слухового контроля обедняет представления глухих и слабослышащих детей о предметном мире. Первостепенной задачей является обогащение представлений о предметах окружающей действительности, способах действия с ними.

«Логическое мышление требует высокого уровня речевого развития, поэтому у таких детей преобладает наглядно-действенное и наглядно-образное мышление, которое формируется позднее, общих возрастных норм. И как следствие уровень развития умственной деятельности средний и ниже среднего» [22].

Речь у глухих детей не формируется без специального обучения. Основной особенностью коммуникативной деятельности является ситуативный характер, а средства общения – жесты, мимика, взгляд, изменение позы, они дополняются вокализациями и лепетом.

У слабослышащих детей в отличие от глухих больше голосовых реакций, у них появляются лепетные слова, звукоподражания, усеченные слова, короткие фразы. Поэтому очень важно создать в группе слухоречевую среду, предполагающую постоянное мотивированное общение ребенка с нарушенным слухом с детьми группы. Для этого необходимо организовывать мотивированное общение с детьми в процессе практической деятельности, поддерживать все проявления речи у ребенка с нарушением слуха, использовать остаточный слух, контролировать речь детей не только на занятиях, но и в ежедневной бытовой деятельности, в играх, свободной деятельности детей.

«Слабо развита эмоционально-волевая сфера: повышенная ранимость, резкие перепады настроения, яркие эмоциональные реакции на ситуацию,

слабая эмоционально-волевая регуляция, повышенная тревожность, неуверенность» [9]. Поэтому важной составляющей организации психолого-педагогического процесса является сопровождение педагога-психолога, который осуществляет коррекцию нарушений эмоционально-волевой сферы.

«Слабая мотивация учебной деятельности проявляется вследствие недостаточной сформированности эмоционально-волевой сферы» [9].

У детей с кохлеарными имплантами, которые посещают детский сад познавательная активность значительно выше, чем у детей, которые не имели такой возможности.

«Интерес к результату учебной деятельности проявляется в стремлении получить положительную оценку со стороны педагогов и сверстников и характеризует своеобразное развитие личности детей с нарушением слуха» [4]. «Дети с нарушением слуха испытывают трудности в общении, и поэтому у них появляется негативное отношение к речевому общению, что проявляется в невозможности высказать свое пожелание и тогда проявляются повышенная плаксивость и обидчивость либо наоборот агрессивность» [5].

«Дети с нарушением слуха пользуются в обычной для них обстановке невербальными средствами общения: экспрессивно-мимическими (улыбка, взгляд, жесты, выразительные локализации); предметно-действенными (движения, позы приближения, протягивание взрослому вещей, выражение протеста)» [7].

У дошкольников с нарушением слуха отмечаются трудности понимания событий, смысла поступков взрослых и детей. Также затруднения возникают при формировании нравственных представлений и чувств, отмечается непонимание чувств окружающих, недифференцированность эмоциональных реакций. Поэтому необходима специальная организация обучения детей, обеспечивающая формирование взаимодействия и общения между детьми и взрослыми, формирование межличностных отношений, развитие самосознания.

Таким образом, работа по социально-личностному развитию детей должна пронизывать всю коррекционно-педагогическую деятельность: в повседневной деятельности, в процессе ознакомления с окружающим.

## **1.2 Характеристика психолого-педагогических условий формирования навыков общения детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности**

Интегрированное образование, которое являлось ведущей стратегией в образовании детей с ограниченными возможностями здоровья в конце XX столетия, предполагало создание коррекционных классов в массовых школах и группах в детских садах. Но выделение особых классов и групп часто ведет к исключению этих детей из социальной жизни образовательного учреждения и создает определенные барьеры в общении и взаимодействии детей.

Поэтому в последнее время особую актуальность приобретает концепция инклюзивного (включающего) образования, целью которого является создание условий для всех детей быть вместе. Инклюзия предполагает вовлечение в педагогический процесс каждого ребенка с помощью образовательной программы, которая соответствует его способностям.

В условиях реформирования российского образования происходит переосмысление обществом и государством отношения к людям с особыми образовательными потребностями, признания «их прав на предоставление равных с другими возможностей в разных областях жизни, включая образование» [2].

В настоящее время процесс включающего образования активизируется, апробируются различные модели взаимодействия коррекционного и общего образования.

В 1987 году в городе Тольятти открылся детский сад № 189 «Спутник» комбинированного типа, где было 8 групп для детей общего развития и 6 коррекционных групп для детей с нарушением слуха.

В 2008-2009 учебном году на базе детского сада были открыты 2 группы, где совместно воспитываются дети с кохлеарными имплантами и слышащие дошкольники. Наполняемость таких групп: 6 детей с кохлеарными имплантами и 11 слышащих детей. Это позволяет создать полноценную речевую среду для детей с кохлеарными имплантами и обеспечить высокую мотивацию речевого общения, что, в свою очередь, положительно сказывается на формировании психологической готовности к общению с окружающими и к совместным занятиям со слышащими сверстниками. Немаловажным является формирование культуры общения, навыков слухового и слухозрительного восприятия и возможность достижения качественного произношения.

Чтобы помочь детям максимально сгладить трудности интегрированного обучения, необходима согласованная работа воспитателей, учителей-дефектологов и родителей.

В первой половине дня учитель-дефектолог проводит коррекционные занятия с детьми с кохлеарными имплантами по разделам: развитие речи, формирование элементарных математических представлений и развитие слухового восприятия и коррекция произношения. Также учитель-дефектолог сопровождает детей с кохлеарными имплантами на занятиях по музыкальному и физическому воспитанию, занятиях по изобразительности, которые проводят воспитатели со всей группой детей. Воспитатели планируют совместную деятельность в соответствии с темами учителя-дефектолога, в различных формах работы закрепляют представления и речевые навыки детей, полученные на коррекционных занятиях учителя-дефектолога.

В совместную деятельность взрослого и детей включена непрерывная образовательная деятельность. «Самостоятельная деятельность детей с

нарушением слуха в условиях комбинированной группы включает технологии по взаимодействию человека с природой и обществом: человек – общество; человек – природа; человек и его здоровье» [1].

При проведении образовательной деятельности воспитателю помогает учитель-дефектолог и педагог-психолог, которые осуществляют психолого-педагогическое сопровождение детей с кохлеарной имплантацией. «В его задачу входит ненавязчивое и деликатное осуществление сопровождения ребенка с кохлеарными имплантами без отвлечения внимания детей от воспитателя» [7]. Роль воспитателя и педагога «поддержки» может меняться в зависимости от вида деятельности.

При проведении образовательной деятельности с группой детей обращается внимание на подготовку детей кохлеарной имплантацией к участию в совместной деятельности.

Во второй половине дня педагог планирует совместную деятельность со всей группой детей, также педагог с детьми с кохлеарной имплантацией «проводит индивидуальную работу по коррекции произношения, развитию слухового восприятия, общему развитию речи рекомендованное учителем-дефектологом [2].

«Специфика образовательного процесса в группе комбинированной направленности состоит в том, что во второй половине дня воспитатель работает по заданию учителя-дефектолога и педагога-психолога (коррекционный час) над исправлением у детей речевого нарушения и развитием психических процессов» [2]. Содержание работы определяют учитель-дефектолог и психолог. «Режимные моменты жизни в саду дети проживают вместе. Это позволяет нивелировать такую негативную сторону как разобщенность, способствует формированию толерантного отношения друг к другу» [2].

Одним из важнейших педагогических средств является создание условий для переживания успешности каждым ребенком в соответствии с его психофизическими возможностями и особенностями. Такое переживание

успешности – сильный социализирующий и интегрирующий фактор. Для этого, помимо стандартных форм работы, применяются особые формы деятельности.

«Во время подготовки к образовательному процессу детей с кохлеарной имплантацией педагогу следует:

- создавать благоприятную эмоциональную атмосферу, способствующую мотивации, оптимизму и уверенности в собственных силах;
- выработать цели, определять методы, формы и средства взаимодействия субъектов;
- устанавливать дифференцированные требования к качеству результата образовательного процесса;
- распределять подгрупповые и индивидуальные задания» [2].

Важным условием для полноценного воспитания ребенка с кохлеарной имплантацией в группе комбинированной направленности является психологическая готовность воспитателя к работе с ребенком, желание помочь ребенку с кохлеарным имплантом и его родителям, сделать пребывание ребенка в группе полезным и интересным для него.

Рассмотрим основные направления деятельности воспитателя в группе, где находится ребёнок с нарушением слуха.

Работа со слышащими детьми группы и их родителями. Нужно помочь ребенку с кохлеарными имплантами освоиться в коллективе слышащих детей, организовать и поддерживать их совместную деятельность. Обязательно нужно объяснить детям общего развития, для чего ребенку нужен слуховой аппарат, и рассказать о правилах обращения с ним. Предупредить детей о том, что разговаривать нужно нормальным голосом, не кричать, не шептать и обязательно поворачиваться лицом к ребенку с нарушением слуха. Нужно постараться вызвать у детей желание общаться со слабослышащим ребёнком и помогать ему.

Необходимо рассказать родителям слышащих детей о наличии в группе ребенка с кохлеарными имплантами:

1. Создание условий для ребенка с кохлеарной имплантацией. Воспитателю группы нужно учесть несколько моментов. Необходимо помнить, что ребенок с кохлеарными имплантами должен сидеть ближе к воспитателю и доске, чтобы он хорошо мог видеть лица педагога и других детей. В процессе общения во время игр, занятий воспитатель и дети общего развития не должны поворачиваться спиной к ребенку. Необходимо четко задавать вопросы, обращаясь к ребенку, разрешать детям оборачиваться, чтобы видеть лицо говорящего человека; применять наглядность для более полного и глубокого осмысления программного материала. Воспитатель должен знать основные правила пользования слуховым аппаратом и уметь помочь ребёнку надеть, снять, включить аппарат, поменять батарейки.

2. Обеспечение активного участия ребёнка с кохлеарными имплантами во всех видах деятельности и общении с детьми. Воспитателю нужно следить за участием ребенка с кохлеарными имплантами в общении: начинать общение, только убедившись, что ребенок «смотрит на ребят или взрослого, воспринимает их речь. Иногда, чтобы убедиться, что он хорошо понимает вопросы и задания, нужно просить повторить задание или вопрос, пересказать его другому ребенку» [2]. В ходе занятий привлекать ребенка к выполнению работы в парах, в группах, обязательно следить, чтобы ребенок не выполнял задания молча. Он должен участвовать в диалоге вместе с детьми. В ходе игровой деятельности нужно чаще поручать ребенку с кохлеарными имплантами разные роли.

3. Работа с родителями ребенка с кохлеарными имплантами. Воспитатель постоянно информирует родителей о поведении ребенка в группе, участии в занятиях, различных видах деятельности. Сообщает о положительной динамике в развитии, сообщает о возникающих трудностях. Привлекает родителей к участию в собраниях, выставках, праздниках, не ставя их в обособленное положение.

Эффективность образовательного процесса дошкольников с кохлеарными имплантами зависит от многих факторов, в том числе от специально организованной развивающей предметно-пространственной среды.

«Предметно-развивающая среда в детском саду выполняет образовательную, развивающую, воспитывающую, стимулирующую, организационную, коммуникационную, социализирующую и другие функции» [2]. Одним из условий психолого-педагогического сопровождения ребенка с кохлеарными имплантами является наличие специально организованной развивающей предметно-пространственной среды в группе. основополагающим принципом для создания развивающей предметно-пространственной среды в группе является наглядность, поэтому в центрах детской деятельности присутствуют дополнительные пиктограммы; большие маркеры («название игры и примерные действия на картинке»); картинки с надписями-табличками для более точного подкрепления устной речи и раннего обучения чтению; интерактивное панно для активизации речевого общения; алгоритмы.

«При создании развивающей предметно-пространственной среды в инклюзивном пространстве необходимо учитывать требования, которые были разработаны и представлены в концепции развивающей среды ФГОС ДО» [1].

«Принцип учета особенностей развития каждого ребенка. В процессе проектирования предметно-игрового пространства важно учитывать уровень психофизического развития каждого ребенка, интересы детей. Среда должна удовлетворять потребности актуального, ближайшего развития ребенка и его саморазвития» [2].

«Принцип рациональности и доступности. Присутствие каждого компонента среды должно быть обосновано и соответствовать поставленным целям. Обеспечение доступности ко всему содержанию развивающей



предметно-игровой среды для особого ребенка – расположение игр, игрушек и атрибутов на уровне не выше вытянутой руки ребенка» [2].

Особенности сюжетно-ролевой игры дошкольников с нарушением слуха:

- преобладание бытовых игр, причем при отсутствии специального обучения игры могут длительное время носить предметно-процессуальный характер;

- чрезмерная детализация – дети педантично воспроизводят детализированные предметные действия, копируют действия взрослых, не передавая их отношения к окружающим, не развивая сюжет;

- трудности игрового замещения. Не используют предметы в несвойственной им форме (палочку как термометр или нож, пуговицы как деньги и т.п.). Даже формально соглашаясь на переименование предмета в игре, не используют его в новой функции (не режут палочкой, как ножом яблоко, а водят ей по поверхности предмета).

«В центре сюжетно-ролевой игры акцент в работе педагога ставится на реализации речевого развития посредством игровой деятельности, пополнение социального опыта детей с кохлеарными имплантами на основе их взаимодействия со сверстниками» [23]. Дети с кохлеарными имплантами самостоятельно не овладевают игрой, полноценная сюжетно-ролевая игра без специального обучения у них не формируется. Поэтому, важно создать условия для игр в течение дня, предусмотреть их в режиме. Обучение играм происходит в различных формах: в свободной деятельности детей, на прогулках, на занятиях. «Для того чтобы дети играли необходимо организовывать в группе место для развертывания бытовых игр, где бы дети могли готовить, стирать, гладить» [5]. Оснащение игровых уголков проводится в соответствии с возрастом детей и их игровыми интересами. Игра как основная детская деятельность предполагает действия с игрушками, различными предметами, в ходе которых ребенок усваивает их названия, свойства, действия. Эмоциональный фон игры позволяет усваивать речевой

материал более продуктивно. В ходе игры дети взаимодействуют друг с другом или взрослыми, и поэтому именно в игре мотивированно и естественно организуется речевое общение.

Моделируя в играх поступки и взаимоотношения людей можно влиять на поведение детей, способствовать усвоению ими нравственных норм и правил. «Участвуя в коллективных играх, ребенок учится подчинять свои действия логике сюжета, контактировать с другими детьми и организовывать свое поведение» [17].

Приемы руководства игрой бывают прямыми и косвенными. Прямое руководство – это непосредственное участие взрослого в игре, в определении замысла, в разъяснении, в оказании помощи, предложении новой игровой ситуации. Например, во время игры ребенок-продавец часто отвлекается, педагог может взять роль покупателя и обратиться к персоналу: «Кто мне может помочь? Я хочу купить игрушку ребенку» и т.п. Таким образом, педагог-покупатель поможет вернуться в игру ребенку.

«Роль воспитателя в сюжетно-ролевых играх заключается в исполнении наиболее сложных ролей, организации общения детей, помощи в подборе слов и фраз, поддержке замкнутых детей, помощи детям в исполнении ролей и оценке игры» [23]. Именно через игровую деятельность решается задача социализации детей с нарушением слуха в общество слышащих.

Важную роль в развитии ребенка с кохлеарными имплантами играет семья. Родители такого ребенка нуждаются в помощи и поддержке узких специалистов: психологов, дефектологов, сурдопедагогов. Опыт работы с подобными семьями и изучение работы Т.А. Марковой помог выявить следующую проблему: неприятие собственного ребёнка. Часто родители стесняются того, что их ребенок не слышит. Также наблюдается слабая мотивация родителей в дальнейшем развитии ребенка с нарушением слуха. «Многие родители перекладывают ответственность за развитие и достижение каких-либо результатов в развитии ребенка на специалистов и педагогов, не

понимая необходимости непосредственного глубокого собственного участия в этом процессе» [16]. «Гипер или гипоопека родителей слабослышащего ребенка. Перегиб в ту или иную сторону родительской заботы влияет на развитие личных и социальных навыков развития ребенка» [16].

Учитывая это, основными задачами взаимодействия с родителями воспитанников детского сада комбинированного вида являются:

1. Установление доверительных и партнерских отношений.
2. Вовлечение семьи в единое образовательное пространство:
  - формирование у родителей адекватной оценки состояния своего ребенка;
  - активизация и обогащение воспитательных умений родителей;
  - обучение родителей специальным коррекционным и методическим приемам взаимодействия с детьми;
  - формирование толерантного отношения к детям с кохлеарными имплантами у родителей детей с нормой развития.

«Концепция семейного воспитания ребенка с отклонениями в развитии выделяет основные направления работы с семьей – достижение гармоничной жизни семьи с нестандартным ребенком, максимальное развитие потенциальных возможностей ребенка и успешной интеграции его в общество» [28].

При выстраивании процесса взаимодействия с семьями воспитанников, воспитывающих детей с кохлеарными имплантами, необходимо учитывать некоторые особенности, затрагивающие эти семьи:

- восприятие родителями негативной информации о состоянии психофизического здоровья ребенка;
- выбор стратегии поведения в социуме семьи, воспитывающей ребенка с кохлеарными имплантами;
- недостаточная информированность родителей в вопросах социальной и психолого-педагогической помощи ребенку с кохлеарными имплантами;

– недостаточная компетентность родителей в вопросах защиты прав и интересов ребенка с кохлеарными имплантами.

Система взаимодействия детского сада и родителей воспитанников с кохлеарными имплантами выстроена с учетом:

– лично-ориентированного подхода, заключающегося в помощи семье в осознании необходимости нормальной жизни для ребенка (организация домашних праздников, поездки и путешествия, игры и общение со сверстниками, учет личностных особенностей ребенка с поэтапным его развитием);

– междисциплинарного подхода, осуществляемого при взаимодействии специалистов (врача, учителя-дефектолога, педагога-психолога и др.), которые совместно оценивают развитие ребенка, планируют оказание помощи в его развитии, определяют степень ее эффективности;

– мультисистемного подхода, предполагающего сотрудничество со службами здравоохранения, образовательными учреждениями схожих типов, поиск необходимых ресурсов для расширения спектра помощи семье.

Первоначальный этап работы связан с активным вовлечением семей воспитанников к сотрудничеству в вопросах воспитания своего ребенка. Анкетирование, проведение опросов помогут определить педагогическую компетенцию родителей.

Общаясь с родителями индивидуально, воспитатель получает возможность установить с ними отношения, основанные на взаимном уважении, наметить пути действенной помощи семье, дать родителям конкретные советы.

Помимо воспитанников с кохлеарными имплантами, в группе комбинированной направленности находятся слышащие дети, родители которых испытывают опасения, что развитие их ребенка может задерживаться присутствием тех, кто требует специального сопровождения и поддержки. В этом случае рекомендуется подход, определяющий толерантность как уважение и признание равенства.

Основу работы с родителями здоровых детей составляет цикл мероприятий, направленных на развитие толерантности, основная цель которых, формирование установок понимания и принятия чужого мнения, умение проявлять эмпатию, налаживать контакты.

«Среди эффективных форм взаимодействия с родителями выделяют неформальные встречи, которые направлены на формирование и развитие родительского сообщества» [32]. Презентация собственного ребенка в виде стенгазеты, альбома акцентирует внимание родителей, воспитывающих детей с нарушением слуха, на положительных качествах собственного ребенка.

### **Выводы по первой главе**

Дети старшего дошкольного возраста, перенесшие кохлеарную имплантацию – это категория особых детей. Формирование навыков общения у таких детей имеет очень важную функцию. Реализация задачи формирования навыков общения у детей старшего дошкольного возраста с кохлеарной имплантацией возможна при организации особых условий.

Проведя анализ психолого-педагогической литературы по проблеме формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией, мы пришли к следующим выводам:

Под навыками общения мы будем понимать способность взаимодействовать с людьми, при котором происходит правильная её интерпретация, а также правильная её передача. К таким навыкам общения у детей с кохлеарной имплантацией мы будем относить следующие навыки: умение вступать и устанавливать контакт, навыки сотрудничества, умение договариваться, развитие связной речи и обогащение словаря, умение понимать обращенную речь, а также владение навыками разговорной речи.

На сегодняшний день не разработаны психолого-педагогические условия формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Мы предполагаем, что процесс формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности возможен при следующих психолого-педагогических условиях:

- обогащении развивающей предметно-пространственной среды пиктограммами, маркерами, алгоритмами, играми для организации совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах;
- разработке и апробации интегрированной формы совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах по формированию навыков общения с учётом особенностей детей с кохлеарной имплантацией;
- разработке и апробации форм работы с родителями детей с кохлеарной имплантацией.

## **Глава 2. Экспериментальная работа по реализации психолого-педагогических условий формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности**

### **2.1 Выявление уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности**

На основании изученного теоретического материала по проблеме формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией, была определена цель констатирующей части исследования: выявить уровень сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Исследование проводилось на базе ДС № 189 «Спутник» АНО ДО «Планета детства «Лада» в старшей группе. В исследовании принимали участие 6 детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией, 10 детей с нормой развития слуха, 6 родителей детей с кохлеарными имплантами и 10 родителей с нормой развития слуха (приложение А).

Для изучения уровня формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности были выделены и определены задачи, этапы и подобраны методики с опорой на исследования М.И. Лисиной, Е.О. Смирновой, В.И. Холмогоровой, Г.А. Афонькиной, Б.Д. Корсунской, Л.П. Носковой.

Обследование проводилось в два этапа.

На первоначальном этапе выявлялся уровень сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Второй этап позволял выявить уровень психолого-педагогических условий сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности (таблица 1).

Таблица 1 – Диагностическая карта эксперимента

Задача	Показатель	Диагностические методики
<b>I этап</b>		
Цель: выявить уровень сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности		
Выявить уровень объёма словарного запаса	– наличие объёма словарного запаса	Диагностическая методика 1 «Методика обследования словарного запаса детей» (автор И.А. Смирнова)
Выявить уровень сформированности разговорной речи	– наличие навыков разговорной речи	Диагностическая методика 2 «Проверка навыков разговорной речи» (авторы Е.Г. Речицкая, Е.В. Пархалина)
Выявить уровень сформированности коммуникативно-речевых умений	– наличие коммуникативно-речевых умений	Диагностическая методика 3 «Методика выявления коммуникативных умений у детей с нарушением слуха» (авторы Б.Д. Корсунская, Л.П. Носкова)
Выявить уровень сформированности коммуникативных умений у детей старшего дошкольного возраста.	– наличие умения договариваться с партнером	Диагностическая методика 4 «Рукавички» (автор Г.А. Цукерман)
Выявить уровень сформированности умений взаимодействовать со взрослыми и сверстниками	– наличие навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками	Диагностическая методика 5 «Методика экспертной оценки коммуникативного развития ребенка» (автор А.Г. Самохвалова)
<b>II этап</b>		
Цель: выявить уровень психолого-педагогических условий формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности		
Выявить возможности для коррекции формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности	– наличие развивающей предметно-пространственной среды	Диагностическая методика 6 «Аналитическая справка»
Выявить наличие знаний у родителей по проблеме формирования навыков общения у детей с кохлеарной имплантацией	– осведомленность родителей о проблеме формирования навыков общения у детей с кохлеарной имплантацией	Диагностическая методика 7 «Анкетирование»



Исследование мы начинали с изучения медицинской и педагогической документации каждого ребенка, имеющего кохлеарную имплантацию. С целью выявления преобладающих форм общения у каждого из детей в непрерывной образовательной деятельности и в самостоятельной деятельности нами было проведено наблюдение. В ходе наблюдения за детьми отмечались способы общения. Основное внимание уделялось уровню развития у детей устной и разговорной речи, также отмечалось, какими формами общения преимущественно общаются дети, используют ли жестовую речь, пользуются только устной речью, или используют совместное устно-дактильное проговаривание.

Рассмотрим подробно диагностические методики.

Диагностическая методика 1 «Методика обследования словарного запаса детей» (автор И.А. Смирнова).

Цель: выявить уровень объёма словарного запаса.

Ход. Процедура эксперимента: эксперимент проводился с каждым ребенком индивидуально.

Задание 1. «Нами были подобраны вопросы, позволяющие проанализировать наиболее часто встречающиеся у детей с кохлеарными имплантами затруднения. В содержание вопросов нами были включены темы, отмеченные как наиболее трудные для усвоения дошкольников с кохлеарными имплантами. Условно все вопросы были поделены на четыре группы» [6].

Первая группа. Вопросы, требующие понимания родовидовых отношений:

- Назови домашних животных.
- Груша, яблоко, апельсин – что это?
- Какие профессии ты знаешь?

Вторая группа вопросов. Вопросы для выяснения знаний о профессиях людей:

- Какая профессия у мамы?

– Где работает папа?

– Что делает повар?

Третья группа вопросов. Вопросы, выявляющие степень овладения знаниями о признаках предметов и явлений природы, понимания причинно-следственных связей:

– Днем светло, а ночью...?

– Река широкая, а ручей...?

– Какая сегодня погода? Как ты догадался?

Четвертая группа вопросов. Вопросы, выявляющие понимание отношений родства:

– У тебя есть брат (сестра)?

– Как зовут твою бабушку?

Задание 2. Определение уровня развития связной речи.

«Выполняя задание, ребенок должен воспроизвести последовательность событий по серии сюжетных картинок» [6]. Для ребенка предлагается серия сюжетных картинок «Мальчик и собака», которая состоит из 4 карточек, каждая из которых представляет собой законченную ситуацию.

Ребенку предлагается инструкция к заданию: «Посмотри на картинки. Положи по порядку картинки. Расскажи, что тут изображено».

Оценка осуществлялась в соответствии со следующими критериями:

Низкий уровень (1 балл) – ребенок не справился с заданиями, в предметном словаре преобладают слова бытовой тематики; с трудом понимает обращенную речь, низкий уровень владения связной речью.

Средний уровень (2 балла) – ребенок справился с заданиями частично, у ребенка словарный запас соответствует программным требованиям, не всегда понимает обращенную речь, средний уровень владения связной речью.

Высокий уровень (3 балла) – ребенок справился со всеми заданиями, имеет словарный запас в рамках программных требований, хорошо понимает обращенную речь, хорошо владеет связной речью.

В результате проведения данного диагностического задания нами получены следующие результаты.

Низкий уровень показали 5 детей, что составляет 83% от общего количества испытуемых. Это дети Арсений А., Руслан Н., Данил Ж., Полина М., Яша Ц. Особую трудность все эти дети испытали при выполнении задания по выявлению уровня связной речи «Мальчик и собака». Никто из них не смог правильно разложить последовательность карточек. У этих детей возникли большие трудности при описании всех четырех картинок.

1 ребенок показал средний уровень, это 17% от общего количества испытуемых – это Даша З. Она правильно разложила карточки из серии «Мальчик и собака» с помощью педагога.

Высокого уровня среди испытуемых не было выявлено.

Количественные результаты диагностической методики 1 «Методика обследования словарного запаса детей» можно увидеть в таблице 2.

Таблица 2 – Количественные результаты диагностической методики 1 «Методика обследования словарного запаса детей»

Кол-во детей	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
6 детей	0	1	5
100 %	0%	17 %	83 %

Диагностическая методика 2 «Проверка навыков разговорной речи» (авторы Е.Г. Речицкая, Е.В. Пархалина)

Цель: выявить уровень сформированности навыков разговорной речи.

Задание 1. Выполнение поручений с отчетом о выполнении действий.

Каждому ребенку дается по 6 поручений:

1. Подойди и покажи где стол, стул.
2. Попроси у воспитателя книжку.
3. Нарисуй не яблоко, а огурец.

4. Возьми карандаш и положи на стол.
5. Открой дверь.
6. Спроси у друга, как зовут его маму.

«В протоколе отмечается, как дети выполняют задания. В графе отчеты записываются ответы детей после выполнения поручения» [15]. Отмечалось, как дети владеют и пользуются устной речью: обращаются за помощью к словам, написанным на табличках, используют дактильную речь, используют устно-дактильное проговаривание, пользуются только устной речью.

Задание 2. Каждому ребенку предлагается ответить на 6 вопросов.

1. Как тебя зовут?
2. Как зовут твою маму?
3. Сколько тебе лет?
4. Где ты живешь?
5. Какое сейчас время года?
6. Какая сегодня погода?

Ответы детей оцениваются и записываются в протокол.

Оценка осуществлялась в соответствии со следующими критериями:

Низкий уровень (1 балл) – ребенок не справился с заданием, испытывал трудности при выполнении всех заданий, плохо понимал речь, использовал только дактильную речь.

Средний уровень (2 балла) – ребенок справился с заданием частично, ребенок выполнил 3 задания из 6, пользовался помощью педагога, и использовал устно-дактильную речь.

Высокий уровень (3 балла) – ребёнок выполнил все задания без помощи и подсказки взрослого, использовал только устную разговорную речь.

Низкий уровень показали 4 детей, что составляло 67% от общей массы испытуемых. Эти дети Данил Ж., Арсений А., Руслан Н., Яша Ц. Детям было необходимо повторять инструкцию по несколько раз, пользоваться карточками-табличками.

Средний уровень показали 2 детей, что составило 33% детей от общей массы. Даше З. и Полине М. требовалась помощь педагога в некоторых случаях, инструкцию дети воспринимали не с первого раза. Вопросы «Где ты живёшь?», «Какое время года?» и «Какая сегодня погода?» вызвали трудности, никто из детей не ответил на вопрос. Высокого уровня развития навыков разговорной речи не было выявлено ни у одного из детей.

Количественные результаты диагностической методики 2 «Проверка навыков разговорной речи» можно увидеть в таблице 3.

Таблица 3 – Количественные результаты диагностической методики 2. «Проверка навыков разговорной речи»

Кол-во детей	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
6 детей	0	2	4
100 %	0%	33%	67%

Диагностическая методика 3 «Методика выявления коммуникативных умений у детей с нарушением слуха» (авторы Б.Д. Корсунская, Л.П. Носкова).

Цель: выявить уровень сформированности коммуникативно-речевых умений.

В ходе наблюдения за испытуемыми, выявлялись основные способы коммуникации у каждого конкретного ребенка. В основном преобладали такие формы коммуникации как: устная речь, устно-дактильная, дактильная. Детям было предложено три задания для выявления уровня коммуникативно-речевых умений.

Задание 1.

Цель: выявить умение ребенка вступать в контакт, задавать вопросы собеседнику.

Ход: ребенку предлагалось позвать детей в игру.

При оценке отмечалось, какими коммуникативными способами общения ребенок пользуется, возникают ли трудности при вступлении в контакт со сверстниками.

Ребенку предлагался лист бумаги, и давалась инструкция «Нарисуй домик», при этом на столе не было карандашей. Ребенок должен был попросить дать ему карандаши.

При оценке предусматривается способ коммуникации, оценивается информативность вопроса.

#### Задание 2.

Цель: выявить умение ребенка брать на себя роли в игре, способы общения в игре.

Задание проводится при наблюдении за сюжетно-ролевой игрой в группе.

#### Задание 3.

Цель: выявить умение договариваться в процессе игры.

Двум детям предлагается одна игрушка, давалась инструкция «У меня одна игрушка, поиграйте, потом мне отдадите».

При оценке учитывалась способность ребенка договориться.

Оценка осуществлялась в соответствии со следующими критериями:

Низкий уровень (1 балл) – ребенок не справился с заданиями, не активен в общении, не является инициатором общения, не пользуется формами речевого этикета, имеет затруднения при общении со взрослыми. Не умеет обратиться к взрослому, не принимает словесные задания взрослого, некоторые дети достаточно конфликтны со сверстниками, не могут регулировать свое поведение, не умеют подчиняться правилам.

Средний уровень (2 балла) – ребенок справился с заданиями частично, ребенок не является главным инициатором в общении, участвует в общении по инициативе других, умеет слушать и понимать речь, не всегда пользуется формами речевого этикета, не всегда может найти совместное решение, но может договориться.

Высокий уровень (3 балла) – ребенок справился со всеми заданиями успешно, он умеет слушать и понимать речь, он активен в общении, охотно

идет на контакт, умеет договориться, умеет пользоваться формами речевого этикета.

Обработка результатов эксперимента: низкий уровень показали 3 ребенка, что составляет 50% от всей группы. Это Арсений А., Руслан, Данила Ж. Все трое детей имеют затруднения в общении со сверстниками. Арсений был враждебен к сверстникам, Руслан не проявил интереса при выполнении третьего задания. При выполнении задания «Дорисуй домик», Данила Ж. после повторной инструкции отказался от выполнения задания, отвернулся от экспериментатора. При выполнении задания 3 Арсений не проявил интереса к игрушке и не захотел поиграть вместе со сверстником.

Средний уровень составили 50%. Это 3 ребёнка от общего числа всех детей. Полина М., Яша Ц, Даша З. лучше всего могут договариваться и взаимодействовать в игре. В совместной игре с игрушкой Полина и Даша смогли договориться только после инструкции воспитателя, Яша Ц. имеет затруднения в общении со взрослыми, Яша не умеет разворачивать игру с детьми. Высокий уровень выявлен не был.

Количественные результаты диагностической методики 3 «Методика выявления коммуникативных умений у детей с нарушением слуха» можно увидеть в таблице 4.

Таблица 4 – Количественные результаты диагностической методики 3. «Методика выявления коммуникативных умений у детей с нарушением слуха»

Кол-во детей	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
6 детей	0	3	3
100 %	0%	50%	50%

Диагностическая методика 4 «Рукавички» (автор Г.А. Цукерман).

Цель: выявить уровень сформированности умения договариваться с партнером.

Ход эксперимента: эксперимент проходил в виде наблюдения за деятельностью детей. В эксперименте принимали участие пара детей с нормой слуха и с кохлеарными имплантами. Для проведения эксперимента

нужно было подготовить силуэты 2 рукавичек и 2 набора цветных карандашей шести цветов. Эксперимент проводился в 2 этапа.

1 этап. Детям давалась инструкция: «Раскрасьте рукавички так, чтобы они составили пару, то есть были совершенно одинаковыми. Сначала вам нужно договориться какой узор, вы будете рисовать и какими карандашами, а потом приступать к рисованию». Дети получили по одинаковому набору карандашей шести цветов.

2 этап. Детям предлагалось раскрасить рукавички, но предлагался один набор карандашей. Детей предупредили, что нужно делиться.

На обоих этапах дети выполняли задание самостоятельно.

Оценка осуществлялась в соответствии со следующими критериями:

Низкий уровень (1 балл) – «у дошкольников слабо развитая согласованность действий и умение работать сообща: в их узорах наблюдаются большие различия или отсутствие сходства. Дети не способны договориться, каждый из них убежден только в своем выборе» [21].

Средний уровень (2 балла) – эти дети не всегда умеют договариваться, им требуется помощь при объяснении инструкции в виде таблички алгоритма выполнения действий.

Высокий уровень (3 балла) – эти дети умеют договариваться, приходят к общему решению, осуществляют контроль по ходу выполнения деятельности, осуществляют взаимопомощь по ходу рисования, делятся карандашами.

Проанализировав результаты, наблюдались ситуации, когда один из детей выполнял главную роль и начинал действовать в одиночку, а другой пассивно наблюдал за ним. Дети с кохлеарной имплантацией чаще всего подчинялись условиям детей с нормой слуха, это обуславливалось тем, что дети с кохлеарной имплантацией не умеют настаивать на своём из-за низкой коммуникативной способности. Эта методика продемонстрировала следующие результаты 67% (4 ребенка) имеют низкий уровень – это Русла Н., Арсений А., Данила Ж., Яша Ц. Дети выполняли задание в



одинокую, проигнорировали инструкцию педагога, у них недостаточно сформирована согласованность действий и способность, совместно выполнять действия со сверстниками. Дети не всегда делились карандашами при выполнении второго этапа обследования, не производили контроль. В узорах рукавичек имеются очень большие различия.

Средний уровень развития показали 2 детей. Это 33% от общего количества детей (Полина М., Даша З.). Дети не всегда умеют договариваться, им потребовалась помощь при объяснении инструкции в виде таблички алгоритма выполнения действий. Данил и Полина более охотно взаимодействовали со своими оппонентами, Данил и Даша не всегда могли приходиться к соглашению и выбирать один рисунок. У детей получились рукавички с частичным повторением узоров и с различием в цветовой гамме.

Проследив данную ситуацию, можно сделать следующие выводы, что у детей с кохlearной имплантацией, коммуникативные умения находятся на более низком уровне развития. Это связано с недостаточным опытом речевого общения, а также с трудностями принятия позиций партнёра.

Детей с высоким уровнем не было выявлено.

Количественные результаты диагностической методики 4 «Рукавички» можно увидеть в таблице 5.

Таблица 5 – Количественные результаты диагностической методики 4 «Рукавички»

Кол-во детей	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
6 детей	0	2	4
100 %	0%	67 %	33 %

Диагностическая методика 5 «Методика экспертной оценки коммуникативного развития ребенка» (автор А.Г. Самохвалова).

Цель: выявить уровень сформированности навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками.

Ход эксперимента: наблюдение велось за каждым ребенком с кохlearной имплантацией индивидуально. Педагогам предлагалось

заполнить карту анализа, которая представляет собой таблицу с 16 показателями навыков общения ребёнка.

В карту анализа включены показатели развития базового, операционального, рефлексивного, содержательного уровней коммуникативного потенциала. Каждый показатель рассматривается в ситуациях взаимодействия воспитателя и ребенка с кохлеарными имплантами, сверстника с нормой развития и ребенка с кохлеарными имплантами.

Оценка осуществлялась в соответствии со следующими критериями:

- 5 баллов – часто;
- 4 балла – как правило, 3 балла – иногда;
- 2 балла – редко;
- 1 балл – никогда.

Результаты по каждому показателю суммируются, далее вычисляется средний показатель, который дает реальную оценку уровню развития навыков общения у детей с кохлеарной имплантацией.

Уровень развития каждого коммуникативного показателя ребенка определяется по следующим нормам:

- Низкий уровень – низкий (15-25 баллов);
- Средний уровень – средний (20-25 баллов);
- Высокий уровень – высокий (25-30 баллов).

Обработка результатов эксперимента: в ходе эксперимента изучалось умение взаимодействовать ребенка с кохлеарной имплантацией со сверстниками и взрослыми.

Низкий уровень был выявлен у троих детей, что составляет 50% от числа испытуемых, это показывает, что у детей имеются коммуникативные трудности. Проблемы наблюдались у таких детей, как: Руслан Н., Арсений А., Данила Ж.

Руслан и Данила Ж. имеют трудности базового уровня (показатели 1 – 5), а Арсений трудности содержательного уровня (показатели 6 – 9).

Средний уровень был выявлен у всех остальных детей (3 детей), что составляет 67%, от всей группы (Полина М., Яша Ц., Даша З.). Высокий уровень не был выявлен.

Количественные результаты диагностической методики 5 «Методика экспертной оценки коммуникативного развития ребенка» можно увидеть в таблице 6.

Таблица 6 – Количественные результаты диагностической методики 5. «Методика экспертной оценки коммуникативного развития ребенка»

Кол-во детей	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
6 детей	0	3	3
100 %	0%	50%	50%

Определив среднее значение по результатам констатирующего эксперимента, мы распределили всех детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией по уровням сформированности навыков общения. Количественные данные представлены в таблице 7

Таблица 7 – Уровни сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности (констатирующий этап)

Уровни	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Общая оценка	0%	33%	67%

Далее можно ознакомиться с характеристикой каждого из трех уровней.

На основе выделенных критериев и их показателей в диссертации наметились типичные уровни формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Низкий уровень (0-5 баллов): «Ребенок не является инициатором общения, не использует речевые средства общения, не умеет доказать свою точку зрения. Осуществляет согласие или несогласие с мнением собеседника, не может привести аргументов; не спрашивает и не переспрашивает, в затруднительной ситуации общения; не умеет договориться и находить общее решение в конфликтной ситуации; имеет скудный объем словарного запаса и не развитую связную речь» [23].

Средний уровень (6-10 баллов): «Ребенок не является инициатором общения, но поддерживает контакт, не всегда использует речевые средства, отстаивает свою точку зрения. Выражает согласие или несогласие с мнением собеседника, не умеет привести аргументы, доводы; иногда спрашивает, переспрашивает собеседника; может договориться и найти общее решение, имеет средний уровень развития связной речи, не всегда понимает обращенную к нему речь» [23]. Имеет средний объем словарного запаса.

Высокий уровень (9-15 баллов): «Ребенок сам инициирует общение, поддерживает контакт, использует речевые средства, всегда оценивает чувства и эмоциональное состояние собеседника, внимательно слушает собеседника, не перебивает, отстаивает свою точку зрения. В затруднительной ситуации спрашивает, переспрашивает собеседника, может договориться, имеет высокий уровень развития связной речи, хорошо понимает обращенную к нему речь» [23].

С количественными результатами выявления уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности можно познакомиться в приложение Б и на рисунке 1 в виде гистограммы.

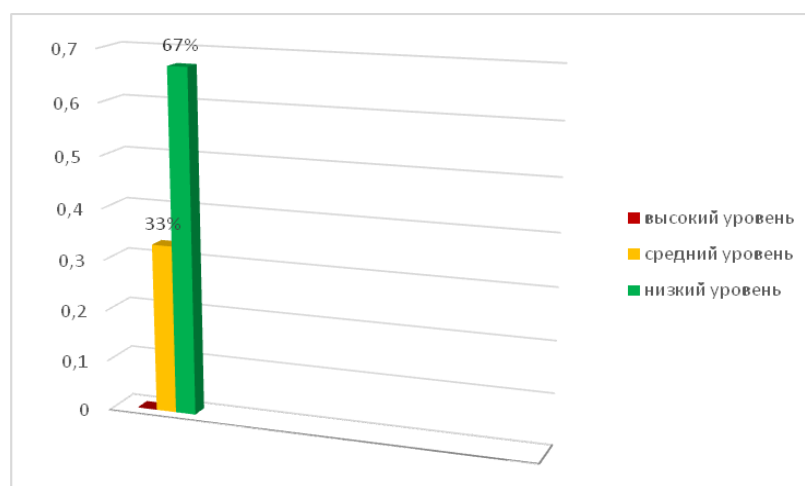


Рисунок 1 – Количественные результаты выявления уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности

В результате диагностики на данном этапе исследования мы обнаружили итоговый уровень сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности. Результаты процентного и количественного соотношения можно представить так: низкий уровень был выявлен у 4 детей (67%); средний уровень – у 2 человек (33%); высокий уровень не был выявлен.

Таким образом, исходя из результатов первого этапа констатирующего эксперимента, можно сказать, что уровень сформированности навыков общения у обследованных детей соответствует среднему и низкому уровню. Это говорит о необходимости разработки психолого-педагогических условий формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Диагностическая методика 6 «Аналитическая справка».

Цель: анализ развивающей предметно-пространственной среды комбинированной группы для детей с кохлеарной имплантацией.

Эффективность образовательного процесса дошкольников с кохлеарными имплантами зависит от многих факторов, в том числе от специально организованной развивающей предметно-пространственной среды.

Для осуществления инклюзии детей с кохлеарной имплантацией в детском саду необходимо организовать развивающую предметно-пространственную среду дошкольной организации, в которой должна быть отражена специфика требований:

- к техническим средствам обучения (включая специализированные компьютерные инструменты обучения, ориентированные на удовлетворение особых образовательных потребностей);

- к специальным рабочим тетрадям и дидактическим материалам, отвечающим особым образовательным потребностям детей на дошкольной ступени образования.

При создании развивающей предметно-пространственной среды в инклюзивном пространстве мы учитывали следующие принципы:

– полифункциональность среды. Для детей с кохлеарными имплантами в развитии создаются условия, которые стимулируют детей к игровым действиям. «Игрушки и пособия размещаются таким образом, что дети с нормой самостоятельно могут определять содержание деятельности, намечать план действий и активно решать разнообразные задачи» [3];

– принцип комфортности и стабильности. «Создавая развивающую среду группы, очень важно, чтобы окружающая детей обстановка была комфортной и эстетичной» [3]. Для детей с кохлеарными имплантами особую значимость приобретает стабильность компонентов среды, это обеспечивает им ощущение надежности и защищенности. У всех детей среда, созданная с учетом этого принципа, вызывает чувство радости, обогащает новыми впечатлениями и знаниями;

– принцип учета особенностей развития каждого ребенка. «В процессе проектирования предметно-игрового пространства важно учитывать уровень психофизического развития каждого ребенка, интересы детей» [3]. Среда должна удовлетворять потребности актуального, ближайшего развития ребенка и его саморазвития;

– «принцип рациональности и доступности. Присутствие каждого компонента среды должно быть обосновано и соответствовать поставленным целям. Обеспечение доступности ко всему содержанию развивающей предметно-игровой среды для особого ребенка – расположение игр, игрушек и атрибутов на уровне не выше вытянутой руки ребенка, а дополнительные надписи – на уровне глаз или в поле зрения ребёнка» [3].

Мы считаем, что «наполняемость развивающей предметно-пространственной среды должна отвечать принципу целостности образовательного процесса. Для реализации образовательных областей должно быть подготовлено специальное оборудование: дидактические

материалы, средства, соответствующие психолого-педагогическим особенностям возраста воспитанников» [15].

Проведя анализ развивающей среды группы, мы определили некоторые недочеты в оснащении. Прежде всего, это коснулось речевой среды в группе. В группе было отмечено малое количество указательных карточек, схем и алгоритмов выполнения действий. В речевом центре было представлено малое количество дидактического материала на развитие разговорной речи. Слабо оснащен центр социально-коммуникативного развития на формирование навыков взаимодействия и толерантного отношения между детьми с нормой развития и детьми с кохлеарными имплантами.

Таким образом, можно подытожить, что в данной группе на этапе формирующего эксперимента необходимо пополнить среду всеми недостающими материалами, дидактическими пособиями для развития навыков общения у детей с кохлеарными имплантами старшего дошкольного возраста.

Диагностическая методика 7 «Анкетирование родителей».

Цель: определить осведомленность родителей о проблеме формирования навыков общения у детей с кохлеарными имплатами

На этом же этапе нашего исследования мы провели анкетирование, направленное на родителей комбинированной группы детей 5-6 лет с кохлеарными имплантами, целью которого было выявление степени информированности родителей об интегрированном обучении детей с кохлеарными имплантами в группах комбинированной направленности (приложение Г).

Сравнительный анализ результатов опроса показал недостаточность информированности родителей о процессе интегрированного обучения. Негативное отношение к интегрированному обучению и воспитанию испытывали 33% родителей (4 человека). Наибольшими проблемами, которые могут помешать интегрированному обучению, 25% родителей (2

человека) отметили негативное отношение со стороны здоровых детей и их родителей.

На вопрос: «При каких условиях возможно введение системы совместного обучения здоровых детей и детей с кохлеарными имплантами в группах комбинированной направленности?», 50% (6 человек) родителей отметили – дополнительная подготовка педагогов, дополнительное финансирование и сокращение числа воспитанников в группах.

33% (4 человека) отметили необходимость разработки специальных образовательных программ и специального оборудования кабинетов.

8% (1 человека) отметили необходимость увеличения количества педагогов;

8% (1 человек) за подготовку общественного мнения.

На вопрос: «Какими дополнительными умениями и навыками должны владеть воспитатели, работающие в образовательных учреждениях, где совместно обучаются, воспитываются здоровые дети и дети с кохлеарными имплантами?», 75% (9 человек) родителей отметили – необходимы специальные знания особенностей развития детей с ОВЗ и навыки оказания поддержки, предотвращения конфликтов. 8% (1 человек) – необходимы дополнительные медицинские знания; 17% (2 человека) – они просто должны любить детей и быть терпимыми.

Выводы: исходя из результатов проведенного анкетирования, мы можем сделать вывод о том, что родители считают недостаточным для работы в группах комбинированного типа ДООУ просто любить детей и профессию. Наиболее важным для них оказалось наличие и специальная подготовка педагогических кадров, а также соответствующее финансирование и оборудование кабинетов и помещений в ДООУ. Менее всего волнует родителей проблема общественного мнения по данному вопросу.



## **2.2 Реализация психолого-педагогических условий формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности**

Полученные данные констатирующего эксперимента показали необходимость проведения мероприятий с целью формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарными имплантами. Так на наш взгляд, формирование навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности возможно при следующих психолого-педагогических условиях:

- обогащении развивающей предметно-пространственной среды пиктограммами, маркерами, алгоритмами, играми для организации совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах;
- разработке и апробации интегрированной формы совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах по формированию навыков общения с учётом особенностей детей с кохлеарной имплантацией;
- разработке и апробации форм работы с родителями детей с кохлеарной имплантацией.

Формирующий этап исследования строился на основании данных, полученных на констатирующем этапе.

В первую очередь, мы приступили к обогащению развивающей предметно-пространственной среды материалами, оборудованием, дидактическими пособиями для формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группе комбинированной направленности.

Основополагающим принципом для создания развивающей предметно-пространственной среды в группе является принцип наглядности, поэтому центры детской деятельности мы оснастили:

- дополнительными пиктограммами: «Слушай», «Идёт», «Бежит»;
- схемами: «Играем вдвоем», «Играем в группе»;

– большими маркерами с названием игры и примерными действиями на картинке;

– алгоритмами и пиктограммами для активизации речевого общения;

– играми «Угадай на ощупь», «Скажи, что ты нащупал», «Узнай плоскую и объемную фигуру», «Тактильные шары». Игры были направлены на обогащение чувственного опыта ребенка через перцептивные действия (ощупывание, обведение, поглаживание, узнавание);

– играми «Тихо-громко», «Кто позвал», «Угадай, на чем играю», «Иди на звук», «Что шумит?», «Шумящие коробочки» для развития слухового восприятия.

«В центре сюжетно-ролевой игры акцент в работе воспитателя ставился на реализацию речевого развития посредством игровой деятельности, пополнение социального опыта детей с проблемами в развитии на основе их взаимодействия со сверстниками» [18]. Дети с кохлеарной имплантацией самостоятельно не овладевают игрой. Поэтому, важно было создать условия для игр в течение дня, предусмотреть их в режиме. Для того чтобы дети играли, в группе было организовано место для развертывания бытовых сюжетов, где дети могли готовить, стирать, гладить.

Оснащение игрового центра проводилось в соответствии с возрастом детей и их игровыми интересами. Мы расширили тематику игр и подобрали атрибуты для организации сюжетно-ролевых игр: «Салон красоты», «Поликлиника», «Моя семья», «Супермаркет». Игра, как основная детская деятельность предполагает действия с игрушками, различными предметами, в ходе которых ребёнок усваивает их названия, свойства, действия.

В игровой зоне для детей с кохлеарной имплантацией мы разместили интерактивные панно с кармашками. В кармашках дети вставляли картинки с надписями-табличками «Я продавец», «Я продаю фрукты» или «Я буду строителем, я хочу построить мост». Панно представляло собой пластиковую панель с прозрачными пластиковыми кармашками, где дети с кохлеарной имплантацией отмечали с помощью табличек-надписей, кем они хотят играть

и что им для этого нужно. С помощью табличек-надписей ребенок с кохлеарной имплантацией разыгрывает ту или иную роль. Тем самым обогащая и закрепляя словарный запас и формируя навыки разговорной речи (приложение Г).

Эмоциональный фон игры позволял усваивать речевой материал более продуктивно. В ходе игры дети взаимодействовали друг с другом или взрослыми, поэтому именно в игре мотивированно и естественно организуется речевое общение.

Для социально-коммуникативного развития нами были включены предметы оперирования (для сюжетно-ролевой игры), игрушки (персонажи и маркеры (знаки) игрового пространства), материалы для игр с правилами. Для формирования социально-коммуникативных умений детей, снятия тревожности, развития адекватной самооценки в детском саду имеется кабинет психолога.

В группе нами было организован центр под название «Все мы разные» для развития толерантного отношения у детей в группе по отношению друг к другу. Мы подбирали материалы в этот центр для понимания детьми, что все люди разные. У кого-то большой размер ноги (мы поместили на пол след большой и маленькой ноги), у кого-то большие ладошки (перчатки большие и маленькие), кто-то плохо видит (очки с различными дефектами), кто-то плохо слышит (наушники).

Сначала воспитатель познакомила детей с этим центром и объяснила, для чего он нужен. Дети внимательно рассматривали наполняемость центра, примеряли на себе атрибуты.

На следующем этапе воспитатель объяснила, что в группе тоже есть дети, которые плохо слышат, и предложила примерить на себя наушники.

В дальнейшем при проведении совместной деятельности в режимных моментах воспитатель попросила одного из детей с нормой слуха одеть наушники и попытаться пообщаться или выполнить какую-то совместную деятельность.

При наблюдении нами было отмечено, что детям с нормой слуха сначала становилось некомфортно, они не понимали, что им хотят сказать, пытались переспросить, педагог начинала интонационно выделять слова в речи. Но в дальнейшем дети с кохлеарной имплантацией начинали им помогать, в основном применяя жестовую и дактильную речь.

Тем самым мы учили детей с нормой развития слуха методам общения с детьми с нарушениями слуха, а детей с кохлеарной имплантацией общению со сверстниками с нормой развития слуха.

Для речевого развития в группах речевые центры пополнились пособиями, которые помогали активизировать словарь детей с кохлеарной имплантацией с помощью интерактивных панно, пиктограмм и алгоритмов.

Следующей задачей формирующего эксперимента стала организация совместной работы педагога и детей по формированию навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией.

«Для формирования процессов понимания речи детям с кохлеарной имплантацией необходимо накапливать в памяти множество образов звуков окружающего мира и звуков речи и научиться их анализировать, овладеть системой родного языка – знать значение слов, правила словоизменения и связи слов в предложении, овладеть навыками звукопроизношения, научиться активно пользоваться речью, как средством общения» [17].

Детям с кохлеарной имплантацией необходима предварительная работа учителя-дефектолога, в процессе которой он подготавливает ребёнка: проводит беседу, проигрывает правила, нарабатывает словарь по теме, объясняет ситуацию. Далее воспитатель включает его в деятельность (игровую, познавательно-исследовательскую и т.д.) определяя ему роли, задачи и правила. После такой подготовки ребёнок чувствует себя спокойно и уверено.

«При проведении совместной деятельности наряду с воспитателем задействуется педагог «поддержки» (учитель-дефектолог, педагог-психолог), осуществляющий сопровождение детей с нарушением слуха» [17]. В его

задачу входит ненавязчивое и деликатное осуществление сопровождения ребенка с кохлеарной имплантацией без отвлечения внимания детей от воспитателя. Роль воспитателя и педагога «поддержки» может меняться в зависимости от вида деятельности.

«Во второй половине дня воспитатель организует совместную деятельность со всей группой, учитель-дефектолог проводит индивидуальную работу с детьми с нарушением слуха по коррекции произношения, развитию слухового восприятия, общему развитию речи» [17].

Одним из важнейших педагогических средств является создание условий переживания успешности каждым ребенком в соответствии с его психофизическими возможностями и особенностями. Такое переживание успешности – сильный социализирующий и интегрирующий фактор. Нами были выработаны основные правила работы в образовательном процессе с детьми с кохлеарной имплантацией:

1. Ребенок с кохлеарным имплантом должен сидеть за первым столом.
2. В процессе общения воспитатель не должен поворачиваться спиной к ребенку.
3. Необходимо чётко задавать вопросы, обращаясь к ребёнку, разрешать детям оборачиваться, чтобы видеть лицо говорящего человека.
4. Необходимо применять наглядность для более полного и глубокого осмысления программного материала.

Также нами был разработан цикл совместной деятельности в режимных моментах по формированию навыков общения у детей с кохлеарной имплантацией с детьми с нормой развития слуха, где нормально слышащие дети являлись «тьюторами» (помощниками) для детей с кохлеарной имплантацией. Рассмотрим некоторые из них подробнее.

В совместной деятельности педагога с детьми «Зимний калейдоскоп» в группе комбинированной направленности принимали участие 6 детей с кохлеарной имплантацией и 10 детей с нормой развития слуха.

Одним из методов являлась игра-приветствие, где воспитатель просила поприветствовать друг друга и назвать детей как их зовут. Игра-приветствие проводилась, когда в группу приходили гости, например, воспитатель из другой группы. Дети по одному представляются и здороваются, используя разную форму приветствия. Воспитатель просила детей с кохлеарной имплантацией представиться и поздороваться. Полина сказала: «Привет, я Полина», Даша «Здравствуйте. Меня зовут Даша», Яша сказал: «Я – Яша». Данилу, Арсению, Руслану потребовалась помощь сначала воспитателя в произнесении своего имени. После того как эти ребята произнесли свое имя дети, выступающие тьюторами повторили их имена гостю, чтобы было понятно.

Поднять эмоциональный настрой предлагалось игрой «Повторялка», где детям приветствовали друг друга той частью тела, которое назовет воспитатель. Детям с кохлеарной имплантацией предлагались карточки подсказки частей тела с надписями. Даша, Полина, Данил и Яша охотно выполняли все приветствия, Руслан и Арсений были немного скованными, некоторые задания они пропускали и не повторяли.

Воспитатель обратила внимание детей на коробку и предложила заглянуть в нее и назвать всё то, что увидят дети в коробке. Дети доставали предметы, называли их и рассматривали. В коробке находились кукла Снежная королева, снегирь, снежинка. Стимуляция речевого общения у детей с нарушением слуха происходила следующим образом: воспитатель задавал наводящие вопросы: «Данила, скажи, кто это?» (показ картинки снегиря). Данила отвечал «Птичка». Воспитатель показывал Полине куклу снежной королевы: «Полина, кто это?». «Это кукла» – ответила Полина. Руслану показали снежинку и на вопрос «Что это?», он промолчал.

Потребовалась помощь ребенка – тьютора: «Руслан это снежинка», Руслан повторил: «Это снежинка».

Следующим приёмом было разучивание стихотворения «Снегири». Дети с нарушением слуха рассказывали стихотворение с опорой на мнемотаблицу, используя элементы фонетической ритмики. Сначала воспитатель читала стихотворение вслух и показывала на картинки, потом попросила совместно произнести стихотворение с показом на картинки. Далее воспитатель предложила по очереди детям с кохлеарной имплантацией рассказывать и показывать каждую фразу на картинке.

Одним из важных показателей был показатель, связанный с формированием коммуникативных умений договариваться. В констатирующем эксперименте всего два ребёнка показали средний уровень сформированности умения договариваться, остальные четыре ребенка, владели низким уровнем сформированности данного навыка.

Мы предложили детям всей группы составить из геометрических фигур снежинки и наклеить их на лист бумаги. Предложили детям разбиться в пары по желанию. Яша и Данила сразу сели выполнять задание вместе, Полина и Даша выбрали себе в партнеры слышащих сверстников. Руслан и Арсений не проявили интереса к выбору партнера, дети – тьюторы предложили им выполнить задание совместно. Паре Яши и Данилу требовалась помощь воспитателя в инструкции, воспитатель предложила алгоритм последовательности выполнения задания. Яша сразу начал выполнять узор, после этого Данил понял схему составления и принялся совместно с Яшей выполнять узор. В парах Даши и Полины основную роль помощников возложили на себя слышащие сверстники, они им объяснили, что нужно делать сначала, а что потом. Даша предложила узор для составления из геометрических фигур. Полина выполняла действия по показу. Руслан и Арсений не проявляли никакого интереса к заданию, пока им воспитатель не предложила алгоритм выполнения задания. Арсений принялся выкладывать

узор по показу, но клеить отказался, Руслан выполнял узор неохотно, но тщательно, клеил совместно со своим слышащим сверстником по показу.

После совместной деятельности, воспитатель предложила отметить на оценочном панно, понравилось ли им играть, с кем им понравилось играть, и какая деятельность понравилась больше. Полина отметила, что ей понравилось играть в «Повторялку», Даша и Яша отметили совместную деятельность по разучиванию стихотворения «Снегири», Данилу и Руслану понравилось собирать снежинки.

Для реализации следующей задачи, обращенной на сотрудничество педагогов и родителей по формированию навыков общения у детей 5-6 лет кохлеарной имплантацией, нами был разработан комплекс мероприятий по взаимодействию с родителями воспитанников комбинированных групп.

Успех в воспитании и обучении детей с кохлеарной имплантацией «в детском саду в рамках инклюзивного образования в значительной мере зависит от объединения усилий педагогов и родителей воспитанников, от того, как родители понимают задачи работы с ребёнком и могут участвовать в их решении» [2].

«Желание родителей систематически заниматься воспитанием ребёнка, участвовать в его обучении зависит в значительной мере от того, насколько педагоги смогут установить с родителями контакты, увлечь своим примером работы с детьми, в доступной форме объяснить и продемонстрировать методы и приёмы работы по различным направлениям» [2].

Формы работы с семьёй воспитанника комбинированной группы способствуют проявлению социальной и личной ответственности родителей за полноценное развитие и воспитание своего ребенка, повышению педагогической и психологической грамотности родителей в вопросах воспитания и образования детей.

В группе комбинированной направленности появились хобби-клубы по интересам, в которые вошли родители как детей с кохлеарной имплантацией, так и родители детей с нормой развития слуха. Эти клубы разделились по



интересам. Одним из хобби-клубов был клуб «Волшебная глина», где родители познакомились с основами лепки из глины. В этот клуб вошли 4 родителя хорошо слышащих детей, а также родители детей с кохлеарной имплантацией (Яши и Арсения). Мама Арсения с удовольствием показывала мастер-классы для детей и родителей клуба по основам лепки из глины.

Хобби-клуб «Игрушек-оберегов» создала мама Полины. В этот клуб вошли 5 родителей слышащих детей и 2 родителя (Даши и Полины) детей с кохлеарной имплантацией. Совместно с родителями дети создавали народные куклы обереги, играли в русские народные игры.

Ещё одним хобби-клубом был клуб «Лего». В него вошли 3 родителей слышащих детей и 2 родителей детей с кохлеарной имплантацией (Данилы и Руслана). Педагог показала родителям мастер-класс по созданию интересных построек из конструктора, а также как можно с помощью Лего развивать навыки чтения и счета. Родители с удовольствием приобрели различные виды Лего конструкторов.

Ещё одной из форм сотрудничества с родителями было совместное изготовление стенгазет и альбомов, акцентирующих внимание родителей, воспитывающих детей с кохлеарной имплантацией, на положительных качествах собственного ребенка. Были созданы такие альбомы как:

- «Я развиваюсь дома», его изготовили родители Данила;
- «Я занимаюсь спортом», его решили составить родители Полины;
- «Полезные рецепты» в создании приняли родители Даши и Яши, а также родители слышащих детей.

Помимо воспитанников с кохлеарной имплантацией, в группе комбинированной направленности находятся дети общего развития, родители которых испытывают опасения, что развитие их ребенка может задерживаться присутствием тех, кому требуется психолого-педагогическое сопровождение.

Была организована совместная работа с родителями обеих категорий детей и разработаны следующие блоки: информационно-просветительский блок, психологический блок, блок обмена опытом.

«Информационно-просветительский блок дает родителям разъяснения об особенностях детей с ограниченными возможностями здоровья; информацию о правах детей вообще и правах инвалидов в частности, о российском и международном законодательстве, обеспечивающем право на равный доступ детей к образованию» [28].

В рамках реализации этого блока были разработаны информационные листы и буклеты на тему «В семье особенный ребенок», «Пять принципов воспитания особенного ребенка», «Я хочу слышать». Очень активно принимали участие родители в родительской почте, где они задавали вопросы воспитателям, педагогам «поддержки». Нам поступило всего 20 обращений от родителей, где 11 были вопросы родителей детей с кохлеарной имплантацией по воспитанию и коррекции речевых нарушений у их детей, а 9 вопросов задавали родители слышащих детей, родителей интересовало, что такое имплант, как объяснить своему ребенку о правилах поведения с такими детьми. Все вопросы мы рассматривали в родительской газете. На страницах газеты печатались события, происходящие в детском саду и группе. Через газету педагоги поздравляли детей с днем рождения и благодарили родителей за помощь детскому саду. Всего нами было выпущено семь газет на различные тематики. Эта форма взаимодействия с родителями стала очень популярной.

Вторым блоком стал психологический блок. «Он предполагает рассмотрение существующих стереотипов в отношении людей с инвалидностью и подходов к пониманию проблем инвалидности; выработку основных направлений по разрушению барьеров» [28].

В рамках реализации данного блока нами был проведен мастер-класс «Мы все такие разные». На мастер-классе присутствовало 11 родителей детей с кохлеарной имплантацией и детей с нормой развития слуха. Целью данного

мастер-класса было формирование толерантного отношения. Очень высокую оценку дали родители этому мастер-классу.

Также в рамках реализации психологического опыта был организован семинар-практикум под названием «На встречу друг другу». Целью данного семинара было формирование у родителей психологической готовности к взаимодействию с детским садом по опросам обучения и воспитания ребенка с кохлеарной имплантацией, снятия психологического барьера. На семинаре-практикуме принимали все семьи воспитанников детей с кохлеарной имплантацией. После проведения данной формы взаимодействия с родителями нами было отмечено, что родители стали активнее принимать участие в жизни сада и группы в целом. Также родители Полины, Яши и Данила приняли участие в подготовке к всероссийскому конкурсу для детей с ОВЗ в номинации танец.

Третьим блоком стал блок обмена опытом. Он подразумевает совместное обсуждение проблем и трудностей, с которыми пришлось столкнуться при интеграции детей с кохлеарной имплантацией; обсуждение конкретных историй о детях с инвалидностью, которые успешно учатся в массовых школах. В рамках реализации этого блока мы использовали такую форму работы с родителями как: «круглый стол», где воспитатель, имеющая сестру-двойняшку с нарушением слуха, делилась опытом воспитания, рассказывала, как строилась система образования для детей с нарушением слуха 30 лет назад, и какие изменения произошли сейчас.

К созданию социально-психологической комфортности детей в детском саду мы отнесли проведение работы в группах комбинированной направленности с родителями воспитанников с кохлеарной имплантацией. Это давало им осознание роли семьи и её влияния на формирование личности ребенка. Также повысился уровень знаний о состоянии развития и здоровья детей с кохлеарной имплантацией, реальных возможностях и механизмах их адаптации в обществе.

Родители овладели навыками коррекционно-развивающего взаимодействия с ребенком с кохлеарной имплантацией. У родителей поменялась позиция от постороннего наблюдателя к позиции активного участника. В группах комбинированной направленности сформировались задатки толерантного отношения к проблемам граждан с ограниченными возможностями здоровья.

При решении поставленной задачи на этапе формирующего эксперимента можно отметить, что было установлено продуктивное взаимодействие детского сада и семьи по формированию навыков общения детей с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

### **2.3 Динамика сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности**

Цель контрольного этапа эксперимента: выявление динамики уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Диагностические методики, критерии, показатели и оценочная система остались такими же, как и на констатирующем этапе.

Мы диагностировали динамику уровня сформированности навыков общения у шести детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Были получены следующие результаты.

Диагностическая методика 1 «Методика обследования словарного запаса детей» (автор И.А. Смирнова).

Цель: выявить динамику уровня объёма словарного запаса.

Описание диагностического задания, уровня объёма словарного запаса предложены на констатирующем этапе эксперимента.

В ходе контрольного этапа были получены следующие результаты: высокий уровень развития словарного запаса и понимание обращенной речи выявился у 1 ребенка. Это Даша З., что составило 16% от общего количества испытуемых. У Даши пополнился словарный запас в рамках программных требований, она стала хорошо понимать обращенную речь, хорошо владеть связной речью.

Средний уровень составил 84%. Это 5 детей – Полина М., Данил Ж., Руслан Н., Арсений А., Яша Ц. Все эти дети показали хороший результат в задании на понимание обращенной к ним речи, у них повысился объём словарного запаса, дети в достаточной мере владеют навыками связной речи.

Благодаря проделанной работе на пополнение словарного запаса, развитие связной речи, понимание обращенной речи никто из детей не показал низкого уровня.

Количественные результаты диагностической методики 1 «Методика обследования словарного запаса детей» можно увидеть в таблице 8.

Таблица 8 – Результаты диагностической методики 1 «Методика обследования словарного запаса детей»

Уровни	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Констатирующий этап	0% (0)	17% (1)	83% (5)
Контрольный этап	17% (1)	83% (5)	0% (0)

Диагностическая методика 2 «Проверка навыков разговорной речи» (авторы Е.Г. Речицкая, Е.В. Пархалина)

Цель: выявить динамику уровня сформированности навыков разговорной речи.

Описание диагностической методики, уровней сформированности навыков разговорной речи предложены на констатирующем этапе эксперимента.

При проведении данной диагностической методики были получены следующие результаты.

У одного ребенка выявлен высокий уровень развития разговорной речи это 17% от общего количества испытуемых. Это дети Даша З., она при выполнении задания использовали только устную разговорную речь.

Четверо дети показали средний уровень разговорной речи, что составляет 66% от общего количества испытуемых. Полина М, Руслан Н, Данила Ж., Яша Ц., имели небольшие трудности при ответе на вопросы.

Один ребенок показал низкий уровень. Это 17% от общего числа испытуемых. У Арсения по-прежнему большие трудности в использовании разговорной речи.

Количественные результаты диагностической методики 2 «Проверки навыков разговорной речи» можно увидеть в таблице 9.

Таблица 9 – Результаты диагностической методики 2 «Проверки навыков разговорной речи»

Уровни	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Констатирующий этап	0% (0)	67% (4)	33% (2)
Контрольный этап	17% (1)	66% (4)	17(1)

Диагностическая методика 3 «Методика выявления коммуникативных умений у детей с нарушением слуха» (авторы Б.Д. Корсунская, Л.П. Носкова).

Цель: выявить динамику уровня сформированности коммуникативно-речевых умений.

Описание диагностического задания, уровней сформированности коммуникативно-речевых умений предложены на констатирующем этапе эксперимента.

У 1 ребенка (16%), это Даша З. выявился высокий уровень развития коммуникативных умений. Даша стала хорошо слушать и понимать речь, у нее наблюдалась активность в общении, Даша охотно шла на контакт, она владеет навыками договориться в достаточной мере, умеет пользоваться формами речевого этикета.

Средний уровень развития коммуникативных умений выявился у 5 детей (84%). Это Арсений А, Руслан Н, Данил Ж., Яша Ц., Полина М. При обследовании эти дети показали, что они не являются главными инициаторами в общении, участвуют в общении по инициативе других, умеют слушать и понимать речь, не всегда пользуется формами речевого этикета, не всегда могут найти совместное решение, но могут договориться.

Низкий уровень развития коммуникативных умений не выявился, что говорит о динамике развития коммуникативных умений.

Количественные результаты диагностической методики 3 «Методика выявления коммуникативных умений у детей с нарушением слуха» можно увидеть в таблице 10.

Таблица 10 – Результаты диагностической методики 3 «Методика выявления коммуникативных умений у детей с нарушением слуха»

Уровни	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Констатирующий этап	0% (0)	50% (3)	50% (3)
Контрольный этап	16% (1)	84% (4)	0% (0)

Диагностическая методика 4 «Рукавички» (автор Г.А. Цукерман).

Цель: выявить динамику уровня сформированности умения договариваться с партнером.

Описание диагностической методики, уровней сформированности умения договариваться с партнером предложены на констатирующем этапе эксперимента.

У 2 детей (33%), а это Даша З. и Полина М. мы диагностировали высокий уровень сформированности коммуникативных умений. У этих детей узор на рукавице совпадал по всем показателям. Они вели себя при выполнении задания спокойно и организовано, у них наблюдалась согласованность действий относительно цветов раскрашивания и вида узоров.

У 3 детей (50%), Руслана Н., Яши Ц., Полины М. наблюдался средний уровень сформированности коммуникативных умений. У этих детей

рукавички имеют небольшие недочеты в составлении узоров. Дети при выполнении задания были не внимательными, мало общались, у них не наблюдалась согласованность действий при выполнении задания. При выполнении задания Руслан Н. просто срисовывал рисунок у партнёра, не общался и не договаривался. У Яши Ц. и Руслана Н. не было контроля в ходе выполнения задания.

Один ребенок (16%), это Арсений А. также продолжал демонстрировать низкий уровень, не смотря на проведенную работу.

Количественные результаты диагностической методики 4 «Рукавички» можно увидеть в таблице 11.

Таблица 11 – Результаты диагностической методики 4 «Рукавички»

Уровни	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Констатирующий этап	0% (0)	67% (4)	33% (2)
Контрольный этап	33% (2)	50% (3)	16% (1)

Таким образом, наблюдается положительная динамика формирования коммуникативных умений у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Диагностическая методики 5 «Методика экспертной оценки коммуникативного развития ребенка» (автор А.Г. Самохвалова).

Цель: выявить динамику уровня сформированности навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками.

Описание диагностической методики, уровней сформированности навыков взаимодействия со взрослыми и сверстниками предложены на констатирующем этапе эксперимента.

У 1 ребенка (17%) – Даша З. диагностировался высокий уровень. Даша легко идет на контакт, действует сообща, может оказать помощь и принимать её от других, положительно реагирует на замечания, откликается на просьбы, стремится уладить конфликт, умеет убеждать.

У 4 детей (66%) – Руслан Н., Данил Ж., Полина М., Яша Ц. диагностировался средний уровень. Эти дети редко выражают заботливое



отношение к сверстнику, отдают предпочтение игре, редко стремятся заслужить ласку.

1 ребенок (17%) – Арсений А. также продолжал демонстрировать низкий уровень, не смотря на проведенную работу.

Количественные результаты диагностической методики 5 «Методика экспертной оценки коммуникативного развития ребенка» можно увидеть в таблице 12.

Таблица 12 – Результаты диагностической методики 5 «Методика экспертной оценки коммуникативного развития ребенка»

Уровни	Высокий уровень	Средний уровень	Низкий уровень
Констатирующий этап	0% (0)	67% (4)	33% (2)
Контрольный этап	17% (1)	66% (4)	17% (1)

Таким образом, наблюдается положительная динамика коммуникативного развития детей 5-6 лет кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

В целом можно сказать, что в результате формирующего эксперимента по формированию навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности произошли следующие изменения. Количество детей с низким уровнем снизилось, произошло улучшение в показателях высокого уровня формирования навыков общения.

Количественные результаты выявления динамики уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности на контрольном этапе исследования представлены на рисунке 2 в виде гистограммы.

Далее нами был проведен сравнительный анализ полученных данных на констатирующем и контрольном этапе исследования и выявлена динамика уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Таблица 13 – Сравнительные результаты констатирующего и контрольного эксперимента

Кол-во детей %	ВУ		СУ		НУ	
	Кон.э.	Контр.с.	Кон.э.	Контр.с.	Кон.э.	Контр.с.
100 %	0%(0)	17%(1)	33% (2)	66% (4)	67% (4)	17%(1)

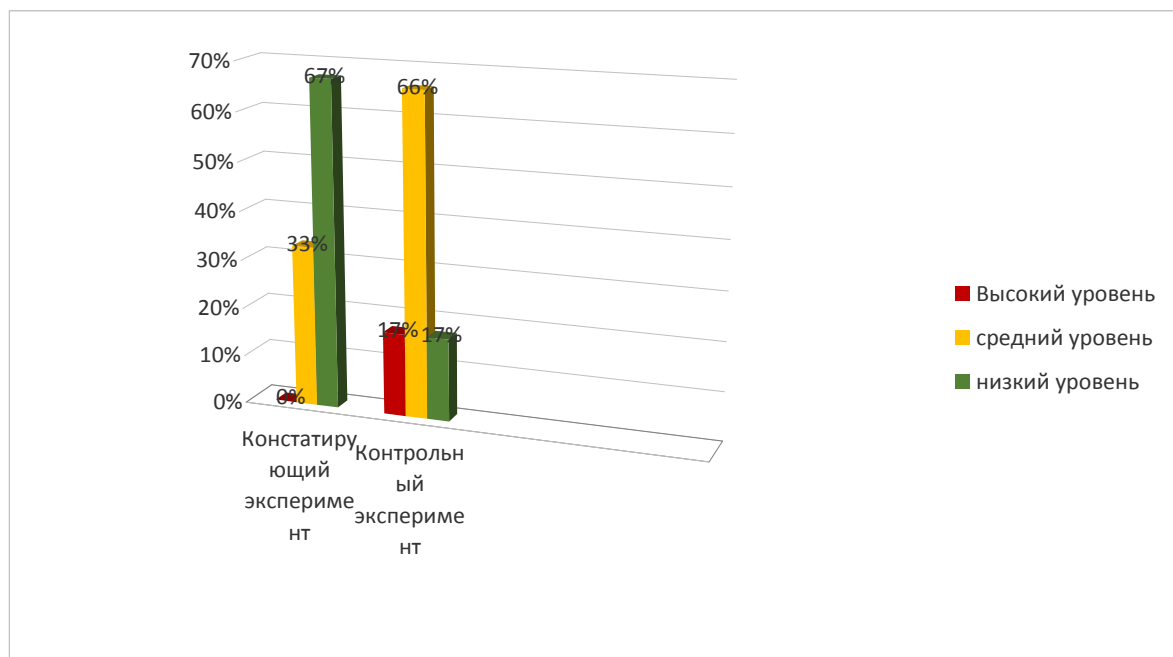


Рисунок 2 – Сравнительные количественные результаты уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности

Анализируя данные, полученные на констатирующем и контрольном этапах исследования, мы выявили следующую динамику уровня формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности. Нами были отмечены увеличение количества детей с высоким уровнем сформированности навыков общения на 1 (17 %) ребенка, средний уровень показали 4 человека (66 %), детей с низким уровнем стало на 1 ребенка меньше, что составило 1 человек (17%).

Исходя из результатов контрольного среза эксперимента, можно наблюдать положительную динамику уровня формирования навыков

общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Таким образом, анализ данных контрольного эксперимента доказал эффективность формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности. Цели данного исследования достигнуты, задачи решены, гипотеза нашла свое экспериментальное подтверждение.

### **Выводы по второй главе**

Экспериментальная работа по реализации психолого-педагогических условий формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности состояла из трех этапов (констатирующий, формирующий и контрольный).

На констатирующем этапе выявление уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности и фиксация полученных результатов осуществлялась при помощи диагностических методик:

- «Методика обследования словарного запаса детей» (автор И.А. Смирнова);
- «Методика проверки навыков разговорной речи» (авторы Е.Г. Речицкая, Е.В. Пархалина);
- «Методика выявления коммуникативных умений у детей с нарушением слуха» (авторы Б.Д. Корсунская, Л.П. Носкова);
- методика «Рукавички» (авторы Г.А. Урунтаева, Ю.А. Афонькина);
- «Методика экспертной оценки коммуникативного развития ребенка» (автор А. Г. Самохвалова).

В результате констатирующего эксперимента были выявлены особенности формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности.

Формирующий эксперимент исследования включал в себя проведение с родителями и воспитателями, а также с детьми 5-6 лет с кохлеарной имплантацией ряда мероприятий, направленных на формирование навыков общения у детей. Обогащение развивающей предметно-пространственной среды проводилась регулярно с учетом возможностей и особенностей развития детей.

В течение всего эксперимента проводилась систематическая работа с родителями по установлению доверительных и партнерских отношений; вовлечению семей в единое образовательное пространство. Мы формировали у родителей адекватную оценку состояния своего ребенка; обучали родителей специальным коррекционным и методическим приемам взаимодействия с детьми; формировали толерантное отношение к детям с кохлеарной имплантацией у родителей детей с нормой развития.

Были разработаны и апробированы интегрированные формы совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах по формированию навыков общения с учётом особенностей детей с кохлеарной имплантацией.

Выявление динамики уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией осуществлялось в ходе контрольного эксперимента. По итогам контрольного среза мы условно отнесли к низкому уровню сформированности навыков общения детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией 1 человека (17%), к среднему уровню – 4 человека (667%) и к высокому уровню сформированности навыков общения 1 человека (17%).

Данные результаты свидетельствуют о положительной динамике уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности.

## Заключение

Проведенное исследование доказало правомерность выдвинутой гипотезы, что позволило нам сделать следующие выводы:

1. Теоретическое изучение психолого-педагогической литературы по проблеме формирования навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группах комбинированной направленности позволило установить, что данная проблема является актуальной в педагогической теории и практике, требует дальнейшего осмысления. Недостаточность развития навыков общения у детей с кохlearными имплантами напрямую влияет на процесс социализации детей. Имеющиеся у ребенка с кохlearным имплантом навык общения не всегда успешно реализуется в непривычных для ребенка условиях. В таком случае есть основания для организации специальных условий для организации работы по развитию межличностных отношений.

2. В ходе проведения констатирующего эксперимента, были определены критерии, показатели, уровни сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группе комбинированной направленности; проведены диагностические задания. Анализ результатов констатирующего эксперимента свидетельствуют, что большинство детей характеризуются недостаточной сформированностью навыков общения.

3. В работе доказано, что навыки общения у детей 5-6 лет с кохlearной имплантацией в группе комбинированной направленности можно формировать. Это становится возможным при создании определенных психолого-педагогических условий:

– обогащению развивающей предметно-пространственной среды пиктограммами, маркерами, алгоритмами, играми для организации совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах;

– разработке и апробации интегрированной формы совместной деятельности воспитателя и детей в режимных моментах по формированию навыков общения с учётом особенностей детей с кохлеарной имплантацией;

– разработке и апробации форм работы с родителями детей с кохлеарной имплантацией.

4. В ходе исследования, на контрольном этапе выявлено, что формирование навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группе комбинированной направленности проходит успешно, при реализации психолого-педагогических условий. Анализ результатов диагностики детей в экспериментальной группе в контрольном эксперименте показал, что уровень развития навыков общения повысился в экспериментальной группе по всем показателям.

Полученные результаты имеют практическое значение и могут быть использованы в практике работы дошкольных образовательных организациях в группах комбинированной направленности.

## Список используемой литературы

1. Концепция государственного стандарта общего образования лиц с ограниченными возможностями здоровья. [Электронный ресурс] –<http://eduinspector.ru/2015/05/07/normativnaya-baza-i-materialy-po-fgos-detej-s-ovz>
2. Концепция интегрированного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья (со специальными образовательными потребностями) [Электронный ресурс] – <http://stmshkola2.edusite.ru>
3. Андреева, Л.В. Сурдопедагогика: учебник для вузов [Текст] / Л.В. Андреева. – М. : Академия, 2005. – 572с.
4. Богданова, Т.Г. Сурдопсихология: учеб. пособие для студентов высших педагогических учебных заведений [Текст] / Т.Г. Богданова – М. : Академия, 2002. – 222с.
5. Бодалев, А.А. Личность и общение [Текст] / А.А. Бодалев. – М.: Просвещение, 1990 – 218 с.
6. Боскис, Р.М. Речь и развитие аномальных детей. Основы обучения и развития аномальных детей [Текст] / Р.М. Боскис, Р.Е. Левина. – М. : Просвещение, 1965. – 170 с.
7. Выготский, Л.С. Основы дефектологии. [Текст] / Л.С. Выготский – М., 1983. – 368 с.
8. Выготский, Л.С. Педагогическая психология: учебное пособие [Текст] / Л.С. Выготский. – М. : Педагогика, 1991. – 344 с.
9. Головчиц, Л.А. Дошкольная сурдопедагогика: Воспитание и обучение дошкольников с нарушениями слуха: учебное пособие [Текст] / Л.А. Головчиц – М. : Владос, 2001.
10. Головчиц, Л.А. Система воспитания и обучения дошкольников с недостатками слуха при комплексных нарушениях развития [Текст]: автореф. дис. докт. пед. наук / Л.А. Головчиц. – М., 2007. – 38 с.
11. Головчиц, Л.А. Совершенствование форм коррекционно-

педагогической помощи детям дошкольного возраста с комплексными нарушениями развития [Текст] / Л.А. Головчиц – М., 2012. – №6. – С. 25-32.

12. Зикеев, А.Г. Развитие речи слабослышащих учащихся [Текст]: пособие для учителя / А.Г. Зикеев. – М. : Педагогика, 1976. – 216 с.

13. Зыков, С.А. Обучение глухих детей языку по принципу формирования речевого общения: учебное пособие [Текст] / С.А. Зыков. – М. : Изд-во АПН РСФСР, 1961. – 360 с.

14. Зыков, С.А. Проблемы сурдопедагогики: учебное пособие [Текст] / С.А. Зыков – М. : Загрой, 1997. – 231 с.

15. Интегрированное обучение детей с нарушением слуха [Текст] / науч. ред. Н.М. Шипицына, Л.П. Назарова. – СПб. : Детство-Пресс, 2001. – С. 63-86.

16. Казарцева, О.М. Культура речевого общения: теория и практика обучения: учебное пособие [Текст] / О.М. Казарцева – М. : Флинта, 2001. – 496 с.

17. Лисина, М.И. Общение, личность и психика ребёнка: учебное пособие [Текст] / М.И. Лисина – М. : Издательство «Институт практической психологии». – Воронеж : НПО «Модэк». – 1997. – 384 с.

18. Малофеев, Н.Н. Базовые модели интегрированного обучения: учебное пособие [Текст] / Н.Н. Малофеев, Н.Д. Шмадко. – М. : Дефектология. – 2008 – 85 с.

19. Носкова, Л.П. Методика развития речи дошкольников с нарушениями слуха: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст] / Л.П. Носкова, Л.А. Головчиц. – М. : Гуманитар: изд. центр ВЛАДОС, 2004. – 344 с.

20. Рау, Ф.Ф. Методика обучения произношению в школе глухих [Текст] / Ф.Ф. Рау, Н.Ф. Слезина. – М. : Просвещение, 1981. – 191 с.

21. Речицкая, Е.Г. Готовность слабослышащих детей дошкольного возраста к обучению в школе: учеб. пособие для студ. высш. учебн. заведений [Текст] / Е.Г. Речицкая, Е.В. Пархалина. – М. : Владос, 2000. –



192 с.

22. Речицкая, Е.Г. Проблемы формирования межличностных отношений детей младшего школьного возраста с нарушениями слуха [Текст] / Е.Г. Речицкая // Современные технологии диагностики, профилактики и коррекции нарушений развития: научно-практическая конференция, посвящённая 10-летию МГПУ. Том I. – М. : МГПУ, 2005 – 282 с.

23. Смирнова, Е.О. Особенности общения с дошкольниками [Текст] / О.Е. Смирнова. – М. : Издательский центр «Академия», 2000. – 160 с.

24. Шматко, Н.Д. Организация воспитания и обучения детей с ограниченными возможностями здоровья в группах комбинированной направленности: учебное пособие [Текст] / Н.Д. Шматко – М. : Владос, 2010 – 52 с.

25. Янн, П.А. Воспитание и обучение глухого ребёнка [Текст] / П.А. Янн – М.: Издательский центр «Академия», 2003 – 248 с.

26. Dimpleby, R. More Than Words [Text] / R. Dimpleby // An Introduction to Communication. – 2011 – 36 p.

27. Klein, S.D. The challenge of communication with parents. [Text] / S.D. Klein // Families, physicians, and children with special health needs collaborative medical education models. – Westport, CT: Greenwood – 72 p.

28. Moores, D. Educational the deaf: psychology principles and practices [Text] / D. Moores– Houghton Mifflin company. – Boston, 1991 – p 21.

29. Preisler, J. Deaf children in communication [Text] / J. Preisler – Laholm, 2009 –57 p.

30. Volterra, V. Signes and words at two years or: When communication became laanguage: Internetional aspects [Text] / V. Volterra – Laanguage in signes. – 2013 –54 p.

## Приложение А

### Список детей, принимавших участие в эксперименте

№ п/п	Имя ребенка	Степень снижения слуха	Возраст
1	Данила Ж.	двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, кохлеарная имплантация правого уха	6 лет
2	Полина М.	двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, кохлеарная имплантация левого уха	5 лет 8 мес.
3	Руслан Н.	двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, кохлеарная имплантация правого уха	5 лет 10мес.
4	Яша Ц.	двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, кохлеарная имплантация левого уха	5 лет 6 мес.
5	Арсений А.	двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, кохлеарная имплантация правого уха	5 лет 11 мес.
6	Даша З.	двусторонняя сенсоневральная тугоухость 4 степени, кохлеарная имплантация на оба уха	5 лет 4 мес.

## Приложение Б

Количественные результаты выявления уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности на констатирующем этапе исследования

Имя ребенка	Диагностические методики					Общее количество баллов	Уровень сформированности навыков общения
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5		
Полина М.	1	2	2	2	2	9	С
Данила Ж.	1	1	1	1	1	5	Н
Руслан Н.	1	1	1	1	1	5	Н
Яша Ц.	1	1	2	1	2	7	Н
Арсений А.	1	1	1	1	1	5	Н
Даша З.	2	2	2	2	2	10	С

## Приложение В

### Анкета для родителей

1. Что вы знаете об интегрированном обучении?

- ничего;
- многое;
- все.
- затрудняюсь ответить.

2. Как Вы отнесетесь к зачислению Вашего ребенка в комбинированную группу? Почему?

- негативно;
- положительно;
- затрудняюсь ответить.

3. Если «да», что, на Ваш взгляд, может помешать интегрированному обучению?











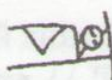














- техническая непригодность ДОУ;
- недостаток необходимых специалистов;
- отсутствие специальных программ и технологий;
- негативное отношение со стороны здоровых детей и их родителей;
- другое.

4. Какие проблемы Вы видите в ситуации интегрированного обучения?

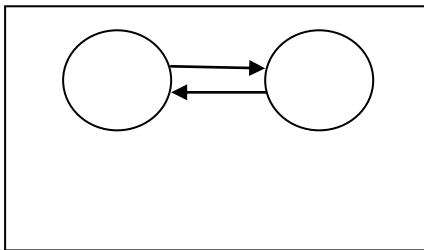
- отсутствие специальных условий обучения;
- недостаток специалистов;
- проблемы общения детей с ОВЗ со сверстниками;
- проблемы адаптации;
- другое.

## Приложение Г

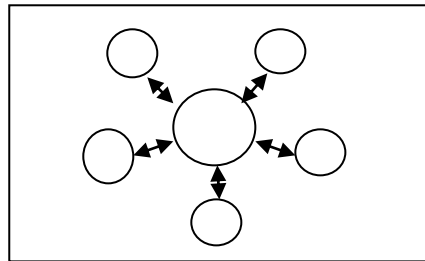
### Пиктограммы

СЯДЬ(ТЕ)		СИДИТ	
ВСТАНЬ(ТЕ)			
ИДИ(ТЕ)		ИДЕТ	
БЕГИ(ТЕ)		БЕЖИТ	
ПРЫГАЙ(ТЕ)		ПРЫГАЕТ	
ПОЛЗИ(ТЕ)		ПОЛЗЕТ	
СТОЙ(ТЕ)		СТОИТ	
ЕШЬ(ТЕ)		ЕСТ	
ПЕЙ(ТЕ)		ПЬЕТ	
УПАЛ		СПИТ	
ПЛАЧЕТ			
МОЙ РУКИ			
НАДЕНЬ			
СНИМИ			
НАДЕНЬ АППАРАТ		НАУШНИКИ	
СНИМИ АППАРАТ		НАУШНИКИ	
ВОЗЬМИ		НЕТ	
ДАЙ		ХОРОШО	
НЕЛЬЗЯ		ПЛОХО	

## Алгоритмы



«Играем вдвоем»



«Играем в группе»

Маркеры, обозначающие центры сюжетно-ролевой игры



## Карточки-надписи



## Интерактивные панно



## Приложение Д

Количественные результаты выявления уровня сформированности навыков общения у детей 5-6 лет с кохлеарной имплантацией в группах комбинированной направленности на контрольном этапе исследования

Имя ребенка	Диагностические методики					Общее количество баллов	Уровень сформированности навыков общения
	№ 1	№ 2	№ 3	№ 4	№ 5		
Полина М.	2	2	2	2	2	10	С
Данила Ж.	2	2	2	2	2	10	С
Руслан Н.	2	2	2	2	2	10	С
Яша Ц.	2	2	2	2	2	10	С
Арсений А.	2	1	2	1	1	7	Н
Даша З.	3	3	3	3	3	15	В