

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНЫҢ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ
ТҮЗЕУ ПЕДАГОГИКАСЫНЫҢ ҰЛТТЫҚ ҒЫЛЫМИ ПРАКТИКАЛЫҚ
ОРТАЛЫҒЫ

ДИЗАРТРИЯСЫ БАР МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ
БАЛАЛАРМЕН ЖҮРГІЗІЛЕТІН ТҮЗЕТУ-
ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ЖҰМЫСЫНЫҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫ

Әдістемелік нұсқаулық
I бөлім

Алматы 2016

Түзеу педагогикасының ұлттық ғылыми-практикалық орталығының ғылыми-әдістемелік кеңесімен мақұлданған және ұсынылған (5 қазан 2016, хаттама №10).

Қазақстан Республикасының Білім және ғылым министрлігінің мектепке дейінгі және орта білім беру Департаментімен ұсынылған (№13093, 13092/11-3/70-вн. Бұйрық 13.01.2017 ж.).

Пікір бергендер:

А.А. Тайжан – м.ғ.д., профессор

Г.С.Оразаева – ТП ҰҒПО директоры, п.ғ.к., доцент

Авторлар - Р.К. Айтжанова, Г.С. Шубаева., А.А.Даурамбекова

А 32 Айтжанова Р.К.

Дизартриясы бар мектеп жасына дейінгі балалармен жүргізілетін түзету-педагогикалық жұмысының технологиясы: 3 бөлімдік әдістемелік нұсқаулық/ Р.К. Айтжанова, Г.С. Шубаева., А.А. Даурамбекова.- Алматы: ҰП ҰҒПО, 2016.- 50 б.

ISBN 978-601-7131-66-1 1 бөлім.- 2016-546

ISBN 978-601-7131-67-8

Әдістемелік нұсқаулықтарда мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалармен жүргізілетін түзету-педагогикалық жұмысының медициналық аспектісі және дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау мәселесі қарастырылған, сонымен қатар түзету-педагогикалық жұмысының технологиясы бойынша материалдар жүйеленген. Әдістемелік нұсқаулықтар мектепке дейінгі жалпы және арнайы білім беру ұйымдарының логопедтері мен тәрбиешілеріне, ата-аналарға, "Дефектология" мамандығы бойынша білім алып жатқан студенттерге арналған.

ӨӘЖ 376

ISBN 978-601-7131-67-8 (1 бөлім)

ISBN 978-601-7131-66-1 (орт)

© ТП ҰҒПО, 2016

© Айтжанова Р.К., т.б. 2016

МАЗМҰНЫ

КІРІСПЕ	4
1 Дизартриясы бар мектеп жасына дейінгі балалармен жүргізілетін түзету-педагогикалық жұмысының технологиясы (медициналық аспектілері).....	6
2 Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау.....	34
ҚОРЫТЫНДЫ.....	49
ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	50

КІРІСПЕ

ҚР білім жүйесін дамыту Концепциясында білім беру саясатының негізгі міндеттері айқындалған. Білім беру сапасын арттыру, сондай-ақ айқындалған басым бағыттарының бірі «Халықтың барлық топтары үшін сапалы білімнің қолжетімділігін қамтамасыз ету» негізгі міндеттерінің бірі болып табылады.

Қазақстанның әлемдік білім беру кеңістігіне енуі басым бағыт ретінде ұлттық білім берудің барлық бөліктерінің, сонымен қоса білім беруге ерекше қажеттілігі бар балаларға арнайы білім беруді дамыту үшін стратегиялық жоспарын әзірлеуді алға қояды. Отандық ғалымдардың зерттеулері бойынша республикамызда білім беруге ерекше қажеттілігі бар балалар саны артуда.

Білім беруге ерекше қажеттілігі бар балаларды оқыту мен тәрбиелеу ерекше әдіснамалық тәсілдерді әзірлеуді және бірқатар қосымша шарттардың кешенін құруды талап етеді. Қазіргі уақытта білім туралы заңды және білім беру жүйесін дамыту Концепциясын іске асыру тұрғысынан білім беруге әртүрлі ерекше қажеттілігі бар балаларды оқытудың теориясы мен практикасының ғылыми-әдістемелік аспектілерін дамыту үшін қолайлы алғышарттар жасалуда.

Білім беруге ерекше қажеттілігі бар балалар арасында сөйлеу тілі бұзылған балалар ерекше топты құрайды. Сөйлеу тілі бұзылыстарының арасында дизартрия күрделі кемістіктердің бірі болып табылады. Дизартрия – бұл тіл кемістіктердің ішіндегі ең күрделі түрлерінің бірі, ол сөйлеу тілінің дыбыс айту, дауыс шығару, сөйлеуде тыныс алу механизмдерінің ауытқушылығымен және сөйлеудің мәнерлігі мен екпінділігінің, ырғақтылығы мен жылдамдылықтың бұзылуымен сипатталады.

Қазіргі кезде, арнайы педагогика және психология саласында жүргізілген шетелдік және отандық зерттеулердің қорытындылары бойынша, дизартриялық тіл кемістігіне шалдыққан балалардың саны артуда. Логопедиялық көмекке мұқтаж балалардың 50-70% дизартриясы бар балалар құрайды.

Қазіргі таңда дизартрия неврологиялық, психологиялық және

сөйлеу тілі белгілерімен көрінетін орталық-табиғи генездің күрделі синдромы ретінде қарастырылады.

Мәселенің өзектілігі қазақ тілінде оқитын дизартриясы бар балаларды тәрбиелеу және оқыту мәселелеріне бағытталған зерттеулер жүргізілмеген, сонымен қатар түзету – логопедиялық жұмысты тиімді жүргізуге қажет оқу-әдістемелік материалдар жоқтың қасы болуымен түсіндіріледі.

Әдістемелік нұсқаулықтың мақсаты - қазақ тілінде оқитын және тәрбиеленетін мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалармен жүргізілетін түзету-педагогикалық жұмысының жүйесін практикалық тұрғыдан құрастыру және ғылыми негіздеу.

Әдістемелік нұсқау 3 бөлімнен тұрады. Бірінші бөлімде мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалармен жүргізілетін түзету-педагогикалық жұмысының медициналық аспектісі және дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау мәселесі қарастырылған. Екінші бөлімде - түзету-педагогикалық жұмысының технологиясы бойынша материалдар жүйеленген. Әдістемелік нұсқаулықтың үшінші бөлімінде логопедиялық массаждың түрлері мен ерекшеліктері сипатталған, дизартриясы бар балаларға массаж жасау әдістемесі берілген.

Ұсынылып отырған әдістемелік нұсқаулық 2016-2018жж. арнайы білім беру саласындағы "Арнайы білім беруді ғылыми-әдістемелік қамтамасыз ету" тақырыбында "Ғылымды дамыту" қолданбалы зерттеулер бағдарламасы шеңберінде әзірленген (ғылыми-техникалық бағдарламаларды мемлекеттік реестрге еңгізу туралы күәлігі АҚ ҒО ҒТИ берілген, 27.01.2016.Шифр О.0766).

1 ДИЗАРТРИЯСЫ БАР МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРМЕН ЖҮРГІЗІЛЕТІН ТҮЗЕТУ- ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ЖҰМЫСЫНЫҢ ТЕХНОЛОГИЯСЫ (МЕДИЦИНАЛЫҚ АСПЕКТІЛЕРІ)

Қазіргі таңдағы маңызды мәселелердің бірі - бала денсаулығын қорғау болып табылады, ол болашақта ұлт саулығын ғана емес, болашақта қоғамның тұтастай әлеуметтік жағдайынан хабар береді. Толыққанды даму үшін жағымды жағдай жасау, балаларды оқыту және тәрбиелеу, олардың кепілдендірілген әлеуметтік қауіпсіздігі қоғам дамуының маңызды көрсеткіші ретінде кез-келген мемлекеттің міндеті болып табылады.

Бұл аспекіден Қазақстан да тыс қалған жоқ, әсіресе құқықтық құжаттарды жетілдіру және әлеуметтік-экономикалық өзгерістерді дамытуға ықпал еткен 1994 жылғы бала құқығы туралы БҰҰ Конвенциясын ратификациялағаннан кейін.

Халықаралық құқықтық стандарттарын ұстана отырып, Қазақстан соңғы жылдары білім алуда айрықша қажеттіліктерге ие балаларды оңалту аумағы мен ұлттық саясатын белсенді түрде қайта қарастыруда.

Республикалық психологиялық-медициналық-педагогикалық кеңестің (РПМПК) статистикалық мәліметтері бойынша білім алуда айрықша қажеттіліктерге ие бала саны 01.01.2016 жылы 141821 бала болды[1], ол 1000 балаға шаққанда 26,8 пайызды құрайды (кесте 1).

Кесте 1 - Облыстық және аудандық ПМПК мәліметтері бойынша білім алуда айрықша қажеттіліктерге ие балалар мен жасөспірімдер туралы көрсеткіштердің динамикасы

Көрсеткіштер	01.01.2015ж.	01.01.2016ж.
Балалар мен жасөспірімдер (адам)	5 151 300	5 298 500
Білім алуда айрықша қажеттіліктерге ие балалар тіркелді	141 952	141 821
1000 бала мен жасөспірімге шаққанда келетіндер	27,6	26,8

Жыл сайын статистикалық мәліметтерге жасалатын талдау көрсеткендей, бұл балалардың 15-17% тірек-қозғалыс аппараты бұзылған балалар (ТҚАБ) (кесте 2).

ТҚАБ балалардың негізгі категориясын сал ауруына шалдыққан балалар құрайды. Әр түрлі авторлардың мәліметтері бойынша ТҚАБ бар балалардың арасында сал ауруына шалдыққан бала саны 89%-90% пайызды құрайды. Қазақстанда білім саласында жеке нозология ретінде сал ауруына шалдыққан балалардың жеке статистикалық есебі жүзеге аспайды.

Кесте 2 - Облыстық және аудандық ПМПК мәліметтері бойынша 2014-2015 жылдардағы жас ерекшеліктері бойынша ҚР тірек-қимыл аппараты бұзылған (әріде -ТҚАБ) балалар туралы көрсеткіштер

Көрсеткіштер	Жастары бойынша			барлығы
	0-3ж	3-7ж	7-18ж	
01.01.2015ж. ТҚАБ балалар тіркелді	2636	5870	11805	20311
01.01.2016ж. ТҚАБ балалар тіркелді	2290	5732	12478	20500

ҚР денсаулық сақтау және әлеуметтік даму Министрлігінің сал ауруына шалдыққан тұлғаларды статистикалық есепке алу жүйке жүйесі ауруларының шеңберінде жүзеге асады [2]. Ауру көрсеткіші өмірде алғашқы рет тіркелген сәйкес жастағы 100 мың адамның ауру санынан көрініс береді (кесте 3).

Кесте3 – ҚР халқының жүйке жүйесі ауруымен ауыру көрсеткіштері, соның ішінде сал ауруы

Көрсеткіштер	Саны		
	Барлығы	Оның ішінде сал ауруымен ауыратындар	0-14 жас
01.01.2015ж. жүйке жүйесі ауруларымен тіркелген	1884,8	71,7	3176,1
01.01.2016ж. жүйке жүйесі ауруларымен тіркелген	1871,5	73,6	3274,2

Қазақстанда сал ауруына шалдыққанбалалар және оның салдарлары туралы есепке алудың ортақ базасы жоқ, соған сәйкес оның көлеміне сәйкес санын анықтау өте қиын.

Сал ауруының зерттелу тарихы мен таралуы

Бала сал ауруы – жүйке жүйесінің ауыр неврологиялық ауруларының бірі. Қозғалыс қызметі бұзылған, сондай-ақ психикалық және сөйлеу бұзылыстарымен қатар келетін сал ауруымен аурағын балаларда олардың көрінуі әр түрлі деңгейде болады да әріде оның қоғамдағы әлеуметтік бейімделуін анықтайды. Бала мүгедектігінің құрылымында сал ауруы көшбасшы орында тұр, ол 30% дан 70%-ға дейін құрайды. 2015 жылдың 1 қаңтарындағы мәлімет бойынша сал ауруынан зардап шегетін 13238 бала бар [3].

Сал ауруының таралуы бойынша мәліметтер әрбір 1000 балаға келгенде орташа есеппен 2,0-5,9 құрайды және ол көптеген факторларға байланысты[4]. Ресми мәліметтер бойынша Ресейде әр бір мың балаға бес сал ауруы келеді, Өзбекстанда – алты баладан, Қазақстанда үш баладан. Дамыған елдерде бұл көрсеткіш мың балаға 2,5 баладан келеді[5].

Шетелдік мәліметтер бойынша, 50 жылдары сал ауруының таралуы Англияда 1-ден төртке дейін, АҚШ-та 1000 мектепке дейінгі балалармен келеді. 1999 жылы К.А.Семенова Ресейдегі сал ауруының таралуы туралы келесідегі дей мәліметтерді келтірді: 1972 жылы –1000 балаға 1,72, 1982-89 жылдары - туылған 1000 балаға 5,6-8,9 келеді[6].

Әдеби мәліметтер бойынша «сал ауруы» термині бірнеше жүз жылдықтар бойынша қалыптасқан. Әрине, бұл ауру адамзат тарихының бірнеше жылдар кезеңінде атаусыз болғаны анық.

Жалпы сал ауруы клиникасының алғашқы сипаттамасы 1827 жылы Кацавил мен берілген. 1853жылы ағылшын хирург-акушері Литтлдің «О природе и лечении деформаций человеческого каркаса» атты еңбегі шықты, онда қозғалыс бұзылыстарының ауруы сипатталған. Ол 1861 жылы туылғанда бас жарақаты салдарынан аяқ-қолы салданған балаларды бақылауға алған кездегі мәліметтерді жариялады. Бұл мәліметтерден кейін бұл ауру Литтл ауруы деп атала басталдық. Ол аяқтардың бұлшық еттерінің жоғарғы тонусына мән беріп, оны генерализденген тонус ретінде анықтады. Дәл осы доктор Литтл бала сал ауруын зерттеудің негізін салушы болып есептеледі[7].

Алайда, бала сал ауруын сал тектес әр қилы қозғалыс бұзылыстарын біріктіретін жекенозологиялық форма ретінде алғаш бөліп қарастырған белгілі Вена неврологы, әріде белгілі психиатр Зигмунд Фрейд. Және «бала сал ауруы» термині Зигмунд Фрейдке

(Freud) тиесілі. 1887 жылы ол қосарлы атетоз және генерализденген хорей, гемиплегия, церебралды диплегия, генерализденген және параплегиялық қатаюды бөліп көрсететін, өзжіктелісін ұсынатын бала сал ауруы туралы монография жариялады. Бұл жіктеліс алғаш рет бала сал ауруының формаларын бөліп көрсетуге және сипаттауға мүмкіндік берді. Келесі жылдары жіктеліс өзгерді, дегенімен ол барлық келесі жіктеулердің негізі болып қалды[8,9].

Гемитип бойынша спастикалық жоғары тонустағы және жоғары сіңір рефлекстері бар бала сал ауруының формасы, парез құбылысы жоқ гемитония алғаш рет 1900 жылы В.М.Бехтеревпен сипатталған.

1958 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының Оксфордтағы отырысында сегізінші рет қайта қараудан кейін «бала сал ауруы» термині ресми түрде бекітілді. Сондай-ақ сал ауруына анықтама берілді: бала сал ауруы – дене жағдайы мен қозғалысты басқарушы жеке бөліктерді зақымдайтын, бас ми бөлігі ауруының баяу дамушы түрі, бас ми бөлігі дамуының ерте сатыларында пайда болатын ауру.

Қазіргі күнге дейін аталмыш терминге байланысты ғалымдар арасында пікір талас тоқтаусыз жүруде. Сонымен, ағылшындар «церебралды паралич» терминін немесе спастикалық паралич» жиі қолданады, ал неміс неврологтары «қозғалыс аппаратының церебралды бұзылысы» десе, француздар «сал тектес моторикасының бұзылуы» деп атағанды жөн көреді[9].

Сал ауруының дамуы әр түрлі кезеңдеріндегі мидың зақымдалу деңгейімен байланысты:

- жатыр ішілік кезең (сал ауруының ауыр түрлерінің бірі);
- босану кезіндегі зақымдалу (алдын-ала босану немесе ауыр босану, жарып алу, жетілмей туылу және т.б.);
- туылғаннан кейінгі, бала миының зақымдалуы (баланың қандай да бір жұқпалы ауруымен ауыруы: бөртпе, жұқпалы сары ауру және т.б.). Жаңа туылған баланың әлсіз организміне екпе салынғаннан кейін бала сал ауруына ұрынуы мүмкін.

Бала сал ауруының жіктеліуі

Бала сал ауруын зерттеуде үлкен үлес қосқан бала неврологы Л.О. Бадалян. 1988 жылы Бадалян Л.О., Журба Л.Т., Тимонина О.В. «Бала сал ауруы» монографиясын жариялады, онда сал ауруының

эртүрлі формаларының клиникасына толықтай анықтама берген, диагностика мен кешенді емдеудің әдістерін, жіктелуін ұсынған [10].

Әлемдік әдебиетте бала сал ауруының 20-дан аса жұмыстық жіктелісі жасалған. Алайда бүкіл әлемде 1994 жылдан бері ресми түрде қолданылып келе жатқан 10 қайта қараудан өткен Халықаралық аурулар жіктелмесі қабылданған (әріде - ХАЖ), ол әрбір кезеңде (10 жылда бір рет) БДСҰ жетекшілігі мен қарастырылып отырылады. Халықаралық аурулар жіктелуі материалдардың халықаралық салғастырмалылығын және әдістемелік тәсілдердің бірлігін қамтамасыз ететін нормативті құжат болып табылады [11].

Қазақстан аумағында Халықаралық аурулар жіктелмесі 19.10.2009 жылғы «10 қайта қараудан өткен Халықаралық аурулар статистикалық жіктелуін қолдану бойынша нұсқаулықты бекіту туралы» ҚР ДМ №543 Бұйрығымен денсаулық сақтау тәжірибесіне ресми түрде ендірілген болатын.

ХАЖ-10 бала сал ауруының жіктелісі:

- G 80 Бала сал ауруы
- G 80.0 Спастикалық сал ауруы
- G 80.1 Спастикалық диплегия
- G 80.2 Бала гемиплегиясы
- G 80.3 Дискинетикалық сал ауруы (атетоидты сал ауруы)
- G80.8 Бала сал ауруының басқа түрі (салданудың аралас түрі)

G 80.9 Анықталмаған бала сал ауруы [2].

Қазақстанда бала неврологтары сондай-ақ бала сал ауруының 5 формасын қамтитын, 1978 жылы невролог К.А. Семеновамен ұсынылған бала сал ауруының жіктелмесін пайдаланады: спастикалық диплегия, қосарлы гемиплегия, гиперкинетикалық форма, атоника-астатикалық және гемиплегиялық формалар. Бұл жіктелмені Қазақстандағы тәжірибелі неврологтардың көбісі қолданады[13].

Бала сал ауруының клиникалық формасының сипаттамасы

Бала сал ауруы – келесі белгілер бойынша бір топқа біріктірілген симптомдар кешеніне арналған жалпылама термин:

1) салданулар - ерте жастағы бас миының әр қилы ауруларының қалдық симптомдары болып табылады;

2) қозғалыс бұзылыстары қарқынды емес, керісінше, жас өскен сайын кему тенденциясына ие.

Немесе бала сал ауруларын резидуалды (немесе қалдық) бала энцефалопатиясына жатқызады. Бұл жағдайлар қалдықтық сипатқа ие болғандықтан, ол ерте жаста пайда бола отырып, баяу күйде дамиды. Жас өскен сайын неврологиялық симптоматика түзеледі және жақсара түседі [7].

Бала сал ауруының негізгі клиникалық белгісі дамудың кешеуілдеуі және статокинетикалық рефлексдер, тонус патологиясы, парездердің дұрыс қалыптаспауымен байланысты қозғалыс қызметінің бұзылуы болып табылады. Көптеген жағдайларда негізгі белгісіне психикасының, сөйлеуінің, есту және т.б. бұзылуы қосылады.

Спастикалық диплегия – сал ауруымен ауыратындардың 50% зардап шегетін сал ауруының жиі кездесетін формасы. Спастикалық диплегия кезінде барлық аяқ-қолы зақымдалады, әсіресе аяқтары қолға қарағанда көбірек зақымдалады. Спастикалық диплегияның негізгі белгісі-аяқ-қолдың бұлшық ет тонусының (гипертонус немесе спастика) жоғары болуы. Сал ауруының бұл формасында дизартрия, сөйлеу дамуының тежелуі, кейде моторлы алалия кездесіп жатады. Психиканың бұзылуы психикалық дамудың кешеуілдеуі түрінде көрінеді. Өзге формаларға қарағанда сирек түрде эпилепсия кездеседі. Спастикалық диплегиясы бар балалар ТҚАБ балаларға арналған арнайы бала-бақшаларда және мектептерде, жалпы білім беретін мектептерде және үйде (жалпылама мектептердің бағдарламасы бойынша немесе жекелей бағдарлама бойынша) тәрбиеленіп білім алады.

Спастикалықдиплегия–психикалықжәнесөйлеубұзылыстарының алдын-алу жоспарында аурудың болжамдық түрде жағымды формасы және қозғалыс қызметтерін қалыптастыруға қатысты аса жағымды емес.

Спастикалық диплегиясы бар бала өзіне қызмет көрсетуді үйрене алады, жазады, бірнеше еңбек дағдыларын игере алады. Әлеуметтік бейімделу деңгейі қол қызметі және танымдық қызметі сақталған кезде сау адамдардың деңгейіне жете алады.

Қосарлы гемиплегия–сал ауруының ең ауыр формасы, онда ми жұмысының толықтай зақымдалуы орын алады, ең алдымен мидың ең үлкен жартышарлары зақымдауларға ұшырайды. Қозғалыс бұзылыс-тары тең дәрежеде оның қолдары мен аяқтарын қамтиды немесе аяқтарға қарағанда қолдар қатты зақымдалады.

Қосарлы гемиплегияның негізгі клиникалық көрініс беруі –өмір бойы сақталған тоникалық рефлексдердің ықпалымен күшейетін бұлшық еттердің қатаюы. Өзіндік қозғалыстар қалыптаспайды. Балалар отырмайды, тұрмайды, жүрмейді. Барлық балаларда анартрия немесе ауыр дизартрия типі бойынша ауыр сөйлеу бұзылыстары байқалады. Дауыс реакциялары баяу және бір жолға қойылмаған. Сөйлей алмауы мүмкін және ол көптеген балаларда, айқын ақыл-ой кемістігі болуымен байланысты. Эпилепсия жиі кездеседі. Қозғалыс, психикалық және сөйлеуге қатысты болжам жасау қиын. Өздігінен қозғалуы мүмкін емес. «Қосарлы гемиплегия» диагнозы, әлеуметтік бейімделудің мүмкін болмауына байланысты баланы әлеуметтік қорғау мекемесіне бағыттаудың негізі болып табылады.

Гиперкинетикалық форма–бас ми қыртысының астыңғы бөлігінің зақымдалуымен байланысты. Бала сал ауруының бұл түрінің жиі болу себебі билирубинді энцефалопатия (резус-фактор бойынша ана мен ұрық қанының сәйкессіздігі) болып табылады. Қозғалыс бұзылыстары гиперкинез деген атауға ие, өздігінен емес, күштеп жасалатын қозғалыс түрінде көрінеді. Гиперкинездер өздігінен пайда болып, қозғалыс, толқу, шаршау кезінде және мақсатты түрде қозғалыс актісін орындау барысында күшейе түседі. Сөйлеу бұзылыстары артикуляциялық аппарат бұлшық еттерінің гиперкинездеріне негізделген дизартрия түрінде барлық балаларда байқалады. 1/3 балаларда есту бұзылыстары байқалады. Сондай-ақ бұл формада эпилепсия кездеседі. Ми қыртысы асты құрылымдардың бұзылуына негізделген бұзылыстар болғандықтан гиперкинетикалық формалы балалардың интеллект қабілеті сақталады. Сондықтан да бұл форма білім алу мен әлеуметтік бейімделуге қатысты жағымды болып табылады. Шектеулі қозғалыс бұзылыстары кезінде балалар жаза алады және сурет сала алады. Мектеп бітіруге байланысты статистика бойынша сал ауруының бұл формасымен ауыратын балалар аурудың өзге формаларына қарағанда орта мектепке, кейде жоғары оқу орындарына түседі.

Гемиплегиялық (гемипаретикалық) форма–дененің бір жағындағы аяқ-қолдың зақымдалуымен сипатталады. Аяққа қарағанда қол көбірек зақымдалады. Оң жақ қозғалыс бұзылыстары сол жақ жартышардың зақымдалуымен байланысты, сол жаққа қарағанда бұзылысқа көбірек ұшырайды. Ауыр жағдайларда бір жақты қозғалыс шектеулері өмірінің алғашқы айларында байқала

бастайды; жеңіл формасында белгілері алғашқы жылдарында айқын көріне бастайды (бала қолымен белсенді қозғала бастағанда), сирек кездесуі – мектепке дейінгі жаста. Трофикалық бұзылыстар негізінде зақымдалған аяқ-қолдардың қысқаруы мүмкін. Сөйлеу паталогиясы дизартрия немесе моторлы аллалия типімен көрінеді. Танымдық бұзылыстарының деңгейі психикалық дамудың жеңіл ақыл-ой кемістігі түрде басталып ауыр ақыл-ой кемістігіне дейін барады. Қозғалыс дамуының болжамы қазіргі заманауи диагностикасы мен емдеу кезінде жағымды болуы мүмкін. Балалар 1-2 жылға кешігіп жүреді. Өсуімен байланысты дерлік барлық балалар өздігінен жүріп кетеді. Өз-өзіне қызмет көрсету дағдысының қалыптасуы қолының зақымдалу деңгейіне байланысты. Балалардың білім алуы және әлеуметтік бейімделуі қозғалыс бұзылыстарының ауырлығымен емес, баланың интеллекті дамуымен, психикалық және сөйлеу бұзылыстарын заманауи тұрғыдан және толықтай емдеуге байланысты.

Атоникалық-астикалық форма–бас миының шеке бөлігінің зақымдалумен жиі қатар келетін мишықтың зақымдалуына негізделеді. Қозғалыс аумағының тарапынан төмен бұлшық ет тонусы, отырғанда және жүргенде дене тепе-теңдігінің бұзылуы, қозғалыс үйлесімділігі мен тепе-теңдігі, тремор (дірілдеу), гиперметрия байқалады. Жасқа байланысты моторлы дағдылар қалыптасады: 1-2 жаста отырады, тұру және жүруі 6-8 жаста және одан кешірек болуы мүмкін. Алайда, жүріс әрдайым тұрақсыз, сенімсіз. Кеуде дене тепе-теңдігін сақтау үшін өте көп тербелістік қозғалыстар жасайды. Бала жиі құлайды. Қозғалыс айқын емес, олардың синхрондылығы және ритімі бұзылады. Өзіне-өзі қызмет көрсету және жазу дағдысын қалыптастыру қиындығы қол және саусақ қозғалыстарының үйлесімділігі бұзылыстарының болу себебінен. Дизартрия және аллалия түріндегі сөйлеу бұзылыстары жиі байқалады. Аталмыш форма кезінде ақыл-ой кемістігінің шектеулі және ауыр формасы жиі кездеседі, ол әлеуметтік қорғау мекемесіне бағыттау үшін негіз болатын, мидың шеке бөлігінің зақымдалуына негізделеді.

Бала сал ауруы кезіндегі сөйлеу бұзылыстары. Дизартрия

Қозғалыс пен сөйлеудің байланысы алғаш рет 1928 жылы В.М.Бехтеревпен анықталған болатын. Тәжірибеде сөйлеудің дамуы ым-ишарат пен саусақ қозғалыстарымен тікелей байланысты [14].

Бала сал ауруы кезіндегі сөйлеу бұзылыстары сөйлеу дамуының тежелуі, дизартрия, анартрия, алалия, жазу мен оқуы қалыптасуының бұзылуы түрінде болуы мүмкін.

Көптеген авторлардың зерттеулерінде тірек-қозғалыс аппаратының ауыр зақымдануы кезінде сөйлеу ауыз қозғалыс бұлшық еттерінің толық салдану себебінен мүмкін болмай қалады (анартрия)[15].

Дизартрияның алғашқы ғылыми сипаттамасы бала сал ауруы кезінде қозғалыс бұзылыстарын сипаттай отырып, «организмнің моторлы жүйесінің зақымдалуы негізінде сөйлеудің арнайы бұзылыстарын» атап көрсеткен ағылшын неврологы Литтлға тиесілі. «Дизартрия» терминін тікелей алғаш 1879 жылы Куссмауль қолданған. Ол бұл түсініктің негізіне артикуляцияның барлық бұзылыстарын кіргізеді. Дизартрия – әрқилы формаларға ие және әрқайсысы ерекше неврологиялық және сөйлеу симптомикасымен сипатталатын сөйлеу бұзылыстарының жалпылама атауы. Дизартрия кезіндегі жетекші кемістігі орталық және перифериялық жүйке жүйесінің органикалық зақымдалуымен байланысты сөйлеудің дыбыстық және просодикалық жағының бұзылуы.

Бала сал ауруы кезіндегі сөйлеу бұзылысының тарауы туралы әртүрлі пікірлер қалыптасқан.

Е.М. Мастюкованың мәліметтері бойынша сөйлеу бұзылыстары сал ауруымен ауыратын балалардың 70 - 80 % байқалады. В. Кардвеллдің (1956) мәліметтері бойынша сөйлеу паталогиясы сал ауруымен ауыратын балалардың 73% кездеседі. К.А. Семенованың айтуынша, сөйлеу бұзылысының жиілігі салданудың формасына байланысты. Өйткені, спастикалық диплегиясы бар балалардың 70%, гемипаретикалық форма барысында балалардың 25–35% дизартрия диагнозы қойылса, гиперкинетикалық формада дизартрия 90% жағдайда кездеседі, ал атоникалық-астатикалық формада - 60-75%, қосарлы гемиплегияда әркез ауыр дизартрия немесе анартрия байқалады [16].

Зерттеушілердің көбі сөйлеу бұзылысын сал ауруымен тікелей байланыстырады. Алайда, бала сал ауруы кезіндегі сөйлеу паталогиясы қозғалыс бұзылыстарынан тыс өзге себептерден де болуы мүмкін. Сондай-ақ дизартрияда қозғалыс бұзылыстарыңыз-ақ пайда болуы мүмкін.

Дизартрия себептері мыналар болуы мүмкін: асфиксия және

босанудағы жаракат, жаңа туған балалардың гемолитикалық ауруы, нейроинфекциялар, бас-сүйек ми зақымданулары, жүйке жүйесі дамуының кінәраты, ми қан айналымының бұзылуы, ми ісіктері, жүйке жүйесі дамуының кінәраты, жүйке жүйесі ауруының тұқым қуалауы.

Егер дизартрияның пайда болуы сөйлеудің қалыптасу кезеңімен сәйкес келсе (0-ден 3 жас аралығы), онда ол сөйлеудің барлық компоненттерінің қалыптасуына қолайсыз әсер етеді және оның жүйелі түрде жетілмей қалуына әкеліп соғады.

Жүйке жүйесінің зақымдалу синдромы ретінде дизартрия алалия, тұтығу, танымдық жетіспеушілік сияқты өзге де сөйлеу бұзылыстарымен үйлесуі мүмкін. Дизартрия мен бала сал ауруы формасы арасында өзара байланыс бары туралы айтылды. Дизартриялық бұзылыстар жүйке жүйесі зақымдалуының сипаты мен ауырлығына байланысты әртүрлі деңгейде көрінуі мүмкін. Жеңіл түрлері барысында дыбыстық айтылудың жекелей бұрмалануы көрініс береді. Ауыр зақымдауларда сөйлеу бұлшықеттерінің толықтай салдануы себебінен мүлдем сөйлей алмайды. Мұндай жағдайлар анартрия болып есептеледі. Сал ауруымен ауыратын балалардағы дизартрия есту қабылетінің нашарлауымен қатар келуі сирек жағдай емес.

Біздің зерттеулерімізде мектепке дейінгі жастағы балалар арасындағы бала сал ауруының формасы жиі кездесуіне байланысты жасалған талдау мынаны көрсетті. Анағұрлым жиі кездескен түрі аралас формада болуы (спастикалық-дискинетикалық), ол 34,6% (27 бала) құрайды. Бұл категориядағы балалардың жүйке жағдайының зерттеуі көрсеткендей, мұндағы жетекші симптом оқшауланады және әртүрлі көрінетін гиперкинезбен қатар жүретін спастикалық паралич болып табылады.

20 балада (25,6%) дискинетикалық форма байқалса (К.А. Семенованың жіктеуі бойынша гиперкинетикалық форма), 19 балада (24,4%) - спастикалық диплегия, 6 балада гемиплегия (7,7% құрайды). ПМПК жағдайында сирек кездескен формалар: қосарлы гемиплегия – 4 балада (5,1%) және атаксиялық церебралды сал ауруы - 2 бала (2,6%) (сурет 1).

Әдебиет көздерінің деректері бойынша спастикалық сал ауруы жиі кездеседі, оған ПМПК мәліметтері дәлел бола алады [7, 10, 17].

ПМПК-не ауыр формадағы (қосарлы гемиплегия) балалардың келмеуі, қосарлы гемиплегияның ауыр қозғалыс бұзылыстары мен

қозғалыс қызметтері жұмысының тым баяу дамуымен сипатталады (басын ұстай алмады, отыра алмайды, жүре алмайды). Өздігінен қозғала алу, өз -өзіне қызмет көрсете алу дағдысының қалыптасуы мүлдем жоқ деп айтуға болады. Бұл категориядағы балалар білім беру мекемелеріне қарағанда әлеуметтік қорғау мекемелеріне жиі барады [9].



Сурет 1 – Мектеп жасына дейінгі балаларда кездесетін бала сал ауыруының әртүрлі формада келу жиілігі

Бұзылыстарды анықтау (бала сал ауыруының формасы, дизартрия және өзге де сөйлеу бұзылыстары) Халықаралық аурулар жіктемесі (ХАЖ-10) бойынша топтастырылды [12]. ПМПК жағдайындағы мектеп жасындағы сал ауыруына шалдыққан балалардың тексеру картасының талдауы көрсеткендей, әркілі формадағы дизартрия 34 балада кездескен, ол 44% құрайды, анартрия 20 балада кездескен, ол 25,6% құрайды. Осылайша, дизартриялық бұзылыстар тұтастай алғанда 69,6% (54 бала) құрайды (кесте 4).

4 кесте – Мектепке дейінгі жастағы сал ауыруына шалдыққан балалардағы сөйлеу бұзылыстарының жиілігі

Дизартрия формалары	Х А Ж - 1 0 бойынша шифр	Бала саны	
		абс	%
Псевдобульбарлы дизартрияның спастикалық формасы	R47.1	2	2,6
Псевдобульбарлы дизартрияның паретикалық формасы	R47.1	1	1,3
Псевдобульбарлы дизартрияның спастикалық-паретикалық формасы	R47.1	4	5,1

Спастикалық-гиперкинетикалық дизартрия	R47.1	4	5,1
Паретикалық-гиперкинетикалық дизартрия	R47.1	1	1,3
Мишық дизартриясы	R47.1	1	1,3
Экстрапирамидті (гиперкинетикалық) дизартрия	R47.1	17	21,8
Ми қыртысы дизартриясы	R47.1	1	1,3
Дизартрияның көмескі түрі	R47.1	3	3,8
Барлық дизартрия	R47.1	34	44
Анартрия	R47.1	20	25,6
Моторлы алалия	F80.1	2	2,6
Тұтығу	F98.5	2	2,6
Анықталмады	-	20	25,6

Мектепке дейінгі жастағы сал ауруына шалдыққан балаларда анықталған сөйлеу түрлерінің бұзылыстары 4 кестеде көрсетілген.

Қозғалыс саласының бұзылу аумағының сипаты, жиілігі мен дизартрияның ауырлық деңгейі арасында байланысты атап көрсетуге болады. Сал ауруының анағұрлым ауыр кездерінде барлық баланың аяқ-қолының жансыздануы байқалады да, бала мүлдем қозғала алмай қалады (қосарлы гемиплегияда, аралас формаларда дизартрия мен анартрия барлық балаларда байқалады). Е.М. Мاستюкова (1971, 1977) келтіргендей аяқ-қолдардың жансыздануы және сөйлеу бұлшық еттерінің жансыздануы арасындағы байланыстың болуы біздің де мәліметтерде де бар болып шықты. Сонымен, спастикалық диплегиясы бар 19 баладан дизартрия 9 бала да ғана кездесті, ол 47% құрайды. Оның 3 жағдайы дизартрияның көмескі түрі, яғни ол 33% құрайды.

Зерттеушілердің көбі сөйлеу қызметінің бұзылуын тікелей салданумен байланыстырады. Алайда, салдану кезіндегі сөйлеу бұзылысының қозғалыс бұзылыстарына қатысы жоқ басқа да, себептері болуы мүмкін. Сондай-ақ дизартрия қозғалыс бұзылыстарының нақты белгілерісіз-ақ байқалуы мүмкін. Жүйке жүйесінің бұзылу синдромы сияқты, дизартрия өзге де алалия, тұтығу, танымдық жетіспеушілік сияқты бұзылыстарымен қатар келуі мүмкін. Оның жеңіл жағдайында сөздің анық болмауы, «түсініксіз» болуы. Ауыр бұзылыстарда сөйлеу бұлшық еттерінің салданып қалу себептерінен - мүлдем болмауы мүмкін (анартрия). Бала сал ауруы кезінде дизартрия есту қабілетінің төмендеуімен қатар келуі сирек құбылыс емес.

Дизартрияның даму механизімі зақымдануларды жоюға байланысты әртүрлі нұсқаларға негізделетін жолдары мен орталық және перифериялық жүйке жүйесінің әртүрлі бөліктерінің органикалық зақымдарымен анықталады. Бұл бөліктерге жататындар:

- сөйлеу аппараты бұлшық еттеріндегі перифериялық қозғалыс нервтері;

- негізі мидың өзегінде орналасқан басқа нервтер;

- мидың өзегінде және ми қыртысының астыңғы бөліктерінде орналасқан негіз эмоционалды рефлекторлы сөйлеу реакциясын жүзеге асырады (жылау, күлу, айқайлау және т.б.) Мұндай ми құрылымдарының зақымдануы перифериялық салданудан хабар береді: атония, атрофия, арефлексия;

- ми қыртысының астымен мишықтық ядролары және тыныс алу, дауыстық және артикуляциялық аппараттың, сондай-ақ сөйлеуді эмоционалды мәнерлейтін бұлшық ет тонусын реттеуді жүзеге асыратын жолдар. Бұл құрылымдардың зақымдалуы кезінде бұлшық ет тонусының бұзылуы, жеке рефлекстердің күшеюі, сөйлеудің просодикалық жағының бұзылуы: ырғағы, баяулығы, қаттылығы, ырғағының бұзылуы байқалады;

- мидың беткі қабатынан бастап бас сүйек-ми нервтерінің ядросына апаратын жүйелер. Бұл жолдардың зақымдалуы бұлшықет тонусының артуымен келетін сөйлеу бұлшық еттерінің орталықтан салдануы, шартсыз рефлекстердің күшеюі, артикуляциялық бұзылыстардың анағұрлым таңдаулы сипатымен келетін ауыз автоматизмі рефлекстерінің пайда болуы;

- артикуляциялық праксисті қалыптастыру және сөйлеу бұлшық еттерінің дифференциалданған иннервациясын қамтамасыздандырушы мидың үстінгі бөліктері.

Осылайша, сөйлеу аппараты бір-бірімен тығыз байланысты екі бөліктен тұрады: орталық (немесе бақылаушы) және перифериялық (немес атқарушы). Орталық сөйлеу аппараты бас миында орналасқан. Ми қыртысының белгілі бір бөліктері сөйлеуді қалыптастыруда басты мәнге ие. Ол шеке, мидың сол жақ жарты шарындағы төбе және желке тұста орналасқан. Самай қатпары қимыл аумағы болып табылады және ауызша сөйлеуді қалыптастыруға қатысады (Брока орталығы). Шеке қатпары дыбыстық тітіркенулер келіп түсетін есту-сөйлеу аумағы болып табылады (Вернике орталығы) және өзгенің сөйлеуін қабылдауды

жүзеге асырады. Сондай-ақ сөйлеуді түсіну үшін ми қыртысының шеке жақта орналасқан үлесінің мәні зор. Желкедегі үлесі көзбен қабылдау аумағы болып табылады және жазуды игеруді қамтамасыз етеді (жазу, оқу кезінде әріптерді қабылдау) [18]. Периферикалық сөйлеу аппаратының органдары бассүйек ми жүйкесімен иннервацияланады [19]. Сөйлеу аппараты бұлшық еттерін иннервациялауда келесі бас-ми жүйкелері қатысады: үштік (V сыңар), беттік (VII сыңар), тіл-жұтқыншақ (IX сыңар), кезеген (X сыңар), тіласты (XII сыңар) (кесте 5).

5 кесте – артикуляциялық аппараттың бұлшық еттерін иннервациялаушы ми-бассүйек жүйкелері

Ми-бассүйек Жүйке түрі	Бұтақшалар	Иннервацияланатын бұлшықеттер	Бұзылыстарды анықтау сынама- лары
V сыңар–Үштік жүйке– аралас	Үш бұтақшадан тұрады: Көз жүйкесішеке терісі иннервациясы, бастың алдыңғы шаш бөлігі, қабақ үсті, көздің ішкі бұрышы, мұрын үсті, көз алмасы, үстіңгі мұрын жодарының шырышты қабаты. Жақүсті жүйкесіқабақасты терісі иннервациясының сезімталдылығы, көздің сыртқы бұрышы, беттің еріннің үстіңгі бөлігі, тістер, мұрын жолдарының ткіменгі жолдарының шырышты қабатына жауап береді. Жақ асты жүйкесі (аралас)беттің астыңғы бөлігі терісі, астыңғы ерін, ондағы тістер, нек, беттің шырышты қабаты, ауыз жолдарының астыңғы бөлігі және тіл, шайнау иннервациясының қозғалмалылығына, сезімталдылығына жауап береді.	1.Шайнау бұлшықеттері.Жақтың астыңғы жағынан бастап астыңғы жақтың сыртқы жоғарғы бөлігіне бекітіледі. Астыңғы жақты көтеріп тұрады. 2.Асылмалы бұлшықеттер. Желпуіштектес орналасқан түйіндер бір-бірімен жалғаса отырып, жақ дугасының ішінен өтіп. Жақтың төменгі бөлігіне бекітіледі. Төменгі жақты көтеріп оны артқа тартып тұрады. 3. Қанат іспеттес бұлшықеттер (медиялды және латеральды). Сөйлеу кезінде көбінесе латеральды қанат іспеттес бұлшықеттер қатысады. Әрқайсысы біржақты қысқаруда төменгі жақты бір жаққа ақарай ысырады (сол жақ – оң жақ, оң жақ – сол жақ). Бұлшықеттердің екі жақты қысқаруы кезінде алдыңғы жақ алдыға жылжиды.	Сезімталдылықты зерттеуді невролог зерттейді. Ш а й н а у бұлшықеттерінің қозғалыстық қызметтерін зерттеу үшін аурудан мыналарды жасауды скрайды: - тістену және шайнау қозғалысын орындау; - аузын ашу және жақ бір жағына қисаймаған ба сонны көру; - астыңғы жақ сүйектерін жан-жаққа қозғалту.

<p>VII сынар –Бет жүйкесі</p>	<p>қозғалыстық</p>	<p>Астыңғы және үстіңгі бұтақшалармен қалыптастады.</p> <p>Құлак ойықтарының бұлшық еттері және беттің негізгі бұлшық еттері қозғалыстық иннервациясына жауап береді.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Бет-маңдай ымдау бұлшық еттері (Кербез бұлшықеттері).Кенсіріктің үстінде көлденең қабаттарды құрайды. 2.Жоғарғы ерін мен мұрын қабатшаларын көтеріп тұратын бұлшықеттер – шеке жақтың жоғары жағынан бастап мұрын қанаты мен жоғары ерінге дейін келеді (жоғарғы ерін мен ауыз ұшын көтеріп тұратын бұлшықеттермен жабылған). 3. Бет бұлшықеттері. Жақтың жоғарғы жағындағы альвеолярлы өсіндісінің ішкі жоғарғы жағынан бастап ауыз бұрышын латеральды түрде бір жаққа қарай ысырып (күлгенде) ауыз бұрышына дейін барады. 4. Ауыз бұрышын көтеріп тұратын бұлшықеттер - әрқайсысы жоғарғы ерінді көтеріп тұратын бұлшықет астынан басталып астына қарай таралады, ауыздың айналасындағы бұлшықеттерге және оның бұрышына кіреді. 5. Шағын бассүйек бұлшықеттері. Әрқайсысы жақ сүйектерінің төменгі жағынан басталып үстіңгі ерінге дейін кетеді. Жоғарғы ерін мен ауыз бұрышын көтеріп тұрған бұлшықеттің астымен өтеді. Үлкен жақсүйектік бұлшық етпен бірге ауыз бұрышын латералды түрде кері тартады. 6.Үлкен бассүйек бұлшықеттері. Әрқайсысы жақ сүйегінен басталып, шағын бассүйек бұлшықеттерінен латеральды бола отырып бет бұлшықетінің астымен ауыз бұрышына қарай кетеді, оның айналасындағы бұлшықеттерге кірінігіп кетеді, дәлірек айтсақ астыңғы еріннің бұлшықеті. Ауыз бұрышын латеральды түрде кері тартады. 7. Астыңғы ерінді түсіріп тұратын бұлшықеттер және ауыздың латеральды бұрыштары. Әрқайсысы астыңғы жақтың төменгі бөліктерінен басталады және ауыз бұрышына, оның бұлшықетіне бекітіледі. 8. Ауыздың бұрыштарын түсіріп тұратын бұлшықеттер. Әрқайсысы астыңғы жақтың алдыңғы жоғары бөлігінен бастап, астыңғы ерін мен ауыз бұрыштарын түсіріп тұратын ауыз бұлшықеттеріне қарай кетеді. 9. Ауыз айналасының бұлшықеттері.Ол ауыздың айналасында орналасқан оған өзге де бұлшықеттер жалғанады. Ауызды жауып тұрады. 	<p>Бет жүйкесінің жоғарғы бұтақшалары мен иннервацияланатын бұлшық еттерге арналған қимылдық сынамаалар:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Қасты көтеру және тую. (қалыпты жағдайда қыртыстар тегіс, ал қас ортаңғы сызыққа жиырылған). 2. Көзді жұму және қысу (қалыпты жағдайда тегіс жұмылып, қысылады). 3. көзді кезекпен ашып, кезекпен жабу (сол көз ашық, оң көз жабық, сосын керісінше). <p>Бет жүйкесінің жоғарғы бұтақшалары мен иннервацияланатын бұлшық еттерге арналған қимылдық сынамаалар:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. тісін ақситу 2. екі жағын ауаға толтыру 3. Ысқыру («шам үрлеу») ерінді дөңгелектеу. <p>Периферикалық салдану аумағында мұрын-ерін қабаттарының тегістелуі көрінеді, ауыз қарама-қайшы жаққа орналасқан. Бетке үрлеген кезде зақымдалған жақ «желкенденеді»).</p>
-------------------------------	--------------------	---	---	---

IX сыңар–тіл-жұтыну жүйкелері	аралас	<p>Сезімтал және қозғалыстық иннервацияны қамтамасыздандырды:</p> <ul style="list-style-type: none"> - жұтқыншақ бұлшық еті (жұту және түшкіру, жөтелу және құсу рефлексдерінде кезінде), - көмей және көмеу үсті, жұмсақ таңдай (фонация кезінде). <p>Жұмсақ таңдайдың сызықтық-бұдыр бұлшықеттерінің, жұтқыншақ, көмейдің барлық бұлшықеттерінің қозғалыстық иннервациясын жүзеге асырады.</p>	<p>Тілдік-жұтқыншақ жүйкесінің қозғалыстық талшық өздігінен жұтбұлшықетін иннервациялайды.</p>	<p>Тілдік-жұтқыншақтық жүйкемен иннервацияланатын бұлшықеттерге арналған қимылдық сынамалар:</p> <p>Аурудан мыналарды сұрайды:</p> <ul style="list-style-type: none"> - түкірігін жұту (жүйке зақымдалы кезінде жұту бұзылысы пайда болады); - тақпақ, ертегі және т.б. айту (сөйлеу зақымдалған кезде бала мұрнымен сөйлейді).
X сыңар –Блуждающий нерв	смешанный	<p>Қимыл талшығы жұтқыншақ бұлшықеттерін, таңдайды, көмекейді, көмекей үстін бронхы мен түтіктердің жұмсақ бұлшықеттерін, ас қорытуды иннервациялайды. Сезімтал талшықтар есту жолдарын, жұтқыншақты, түтіктерді, көмекейді, бронхы мен өкпені иннервациялайды.</p>		<p>Жүйкемен иннервацияланатын бұлшықеттерге арналған қимылдық сынамалар:</p> <p>Аурудан мыналарды сұрайды:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Алдымен баяу, сосын бірнеше рет бірден, дыбыстрды айтқан кезде (таңдайдың босанданып, зақымдалуы кезінде дыбысты зақымдалған жағымен айтқызады) - өлең, ертегі және т.б. айту (дауыстың бігіп шығуы, екіжақты зақымдалуы кезіндегі дауыстың мінгірлеп шығуы, сұйық тамақтың мұрынжаққа кетуі (таңдайдың салдануы), дауыстың мүлдем шықпай қалуына дейінгі дауыстың өзгеруі (афония, сыбырлап сөйлеу), тамақ ішкен кезде шашалып қалу (көмекейүстінің салданып қалуы)

XI сынар—үстеме жүйкесі	қозғалыстық		<p>- бұғаналық-емізік тәрізді-көкіректік бұлшық еттерді, сондай-ақ мойынның артқы жағындағы бұлшықеттер, негізінен трапеция тәрізді бұлшық еттерді иннервациялайды.</p>	<p>Аурудан мыналарды сұрайды: - басын оң және сол жаққа қарай бұру; - иығын көтеру; - иық белдемшесін артқа тару; - жауырынын біріктіру; - қолын көлденеңнен биікке көтеру;</p>
XII сынар—тіл асты жүйкесі	қозғалыстық	<p>қос қарыншалы бұлшықет пен бізтіласты бұлшықеттің артқы бөлігінен өтеді.</p>	<p>Тілдің тіл асты бұлшықеті, тілдің өз бұлшықеті, сондай-ақ оның қаңқалық бұлшық еттерін иннервациялайды. Тіл бұлшықеттері олардың құрылымы мен қызметтеріне байланысты 3 топқа бөлінеді: 1) иек-тіл бұлшықеті - бұл түйіндер тік бағытқа ие, нәтижесінде олардың қысқаруы кезінде тіл алға жылжып, тығыздала түседі. 2) - біз тіласты бұлшық ет тілді жоғары және артқа қарай тартады; - жоғарғы ұзына бойлы бұлшықет, төменгі ұзына бойлы бұлшықет-бұл топтағы бұлшықеттік түйіндердің бағытысагитталды, соның негізінде тіл алға жылжиды және қысқарады. 3) тіл асты бұлшықеті-тілді алға және төмен тартады; Тілдің көлденең бұлшықеті- бұл бұлшықеттердің қысқаруы кезінде тілдің көлденең көлемі қысқарады.</p>	<p>Аурудан мыналарды сұрайды: - тілін көрсету (ауыз ішінде және шығарған күйі); - отілді бір жаққа қарай қозғалту; - тілімен жоғары және төмен қозғалыстар жасау; - тілді алға және артқа ақарй жылжыту; - тілді жіңішкерту және жалпақтау;</p>

Дизартрияның клиникалық белгілері:

- 1) дауыс және просодика, дыбысты айту кемшіліктері
- 2) артикуляциялық моториканың бұзылуы:
 - бұлшықет тонусының бұзылуы (арттыру, түсіру, дистония);
 - еріксіз паталогиялық қозғалыстар (гиперкинездер, діріл (тремор));
 - үйлесімділік бұзылыстар;
 - қозғалыстың шектеулілігі немесе мүмкін болмауы (тіл, ерін, бет, жақ сүйектері, таңдай);
 - кинестетикалық және кинетикалық оралды праксистің бұзылуы;

- 3) сөйлеудегі тыныс алудың бұзылуы;
- 4) дауыс пен ырғақ-интонациялық бұзылыстар.

Сөйлеу қозғалыс аппаратының зақымдалуын жою негізінде дизартрияның жіктелуі:

- бульбарлы дизартрия;
- псевдобульбарлы дизартрия;
- мидың астыңғы бөлігі дизартриясы;
- мишық дизартриясы;
- бас миының дизартриясы.

Сал ауруына шалдыққан балаларға қатысты қолданылатын синдромологиялық тәсіл негізіндегі дизартрияның жіктелуі:

- псевдобульбарлы дизартрияның спастикалық формасы
- псевдобульбарлы дизартрияның паретикалық формасы
- спастикалық-паретикалық форма
- спастикалық-ригидтік форма
- спастикалық-гиперкинетикалық форма
- спастикалық-атактикалық форма
- атактикалық-гиперкинетикалық форма (ПанченкоИ.И.,1979).

Дизартриялық бұзылыстың ауырлығына қарай деңгейі немесе сөзінің түсініктілік деңгейі бойынша жіктелуі:

- жеңіл деңгей: дыбысты айтудың бұзылуы, сөйлеудегі дыбыстың көмескі болуы, ол сөйлемдерде, сөз байланыстыруда және сөйлеу кезіндегі күш түсуде білінеді;

- орташа деңгей: дыбысты айтудың күрделі бұзылыстары, сөйлеудегі көмескілік барлық деңгейлерде көрінеді, сөйлеу бұлыңғыр, түсініксіз сипатқа ие, жанындағыларға түсініксіз;

- ауыр деңгейі: дыбысты айтудың дөрекі естілетін бұзылыстары, сөйлеуі жанындағылар үшін мүлдем түсініксіз.



Сурет 2 – Дизартрияның жіктемесі

3 жастан кейінгі балаларға «дизартрия» диагнозының қойылуы невропатолог дәрігермен анықталады. Дизартриялық бұзылыс диагнозын қою барысында невролог дәрігер оқшалануын (локализациясын), дизартрияның пайда болу механизімі мен оның көріну деңгейін көрсетеді.

Мысалы, «Ауырлығы орташа деңгейдегі псевдобульбарлы дизартрияның спастикалық формасы» немесе «Ауыр деңгейдегі дизартрияның экстрапирамидалық формасы».

ХАЖ-10 бойынша дизартрия R47.1 шифрымен кодталады.

Дизартрияның дифференциалды формасы ауыр дислалия мен алалиямен қатар жүреді.

Дизартрияның әртүрлі формасының сипаттамасы

Псевдобульбарлы дизартрияның спастикалық формасы - гипертонус (спастикалық) типі бойынша артикуляциялық мускулатурадағы бұлшықеттік тонусты арттыру.

Орталық жүйке жүйесінің аумағының зақымдануы. Бас ми қыртысынан бассүйек ми жүйкелеріне баратын орталық қозғалыс кортико-бульбарлы нейрондардың екі жақтан зақымдалуы. Қыртыс асты ядро, шеке аумағы, орталық бұрмалардың астыңғы үштен бір бөлігі бір уақытта зақымдалу көздеріне айналуы мүмкін.

Неврологиялық белгілері: тіл ауыр қозғалады, артқа тартылады, оның арт жағы дөңгелектеніп, жұтқыншақ жолын жауып тұрады, тілдің спастикалығының көрінуі оның ұшының оқыс қимылынан, қимылдатуға көнбейтіндігінен көрінеді; өздігінен қимыл жасау амплитудасында артқа тығылған тілдің қозғалысы шектеулі, оның орта тұсы қозғалысқа әрең бағынады, ол бір жағына қисайып кетеді немесе астыңғы ерінге қарай түседі; қозғалыс қарқыны баяу, тіл барлық салмағымен диффузиялық күйде жатады, оның ұшы барлық қозғалыстарда пассивті және ауыр қозғалады. Тілді шығарып, оны мұрын ұшына жақындату ауырлық туғызады. Мұрын-ерін қабаттары біркелкі, тістерін ақситу дағдысы жеткіліксіз, бір жақ беті ісіңкіреп тұрады. Осы бұзылыстардың қатар келуі жиі кездеседі.

Сөйлеу тілінің белгілері: сөйлеу тілі түсініксіз, анық емес, бір сарынды, баяу. Даусы әлсіз шығады. Шайнау, жұтуда бұзылыстар болуы мүмкін. Рефлекторлы автоматикалық қозғалыстар сақталған, оның қатарында ауыз қуысы автоматизмі, синкинезия бар. Тегіс емес спастика мен тіл ұшы бұлшықеттерінің бұзылуына байланысты күрделі және дыбыстардың артикуляциялық тұрғыдан дифференциалды болып келетін дыбыстардың айтылуы бұзылған: с, з, ц, ш, ж, ц, ч, л, р. Айтылғанда таңдай тұсына келіп көтерілетін тіл ортасы дауыссыз дыбыстарды жұмсартып айтуға негізделеді – палатизацияланады. Шұғыл дауыссыздар және р, л дыбыстары ызыңға айналады (п-ф, т-с, р,л- ызың р,л). Ызың дауыссыздар бірқалыпты ызың дауыссыздар болып естіледі. Жұту бұлшық еттері мен жұтқыншаққа күш түсуіне байланысты көтерілетін жұмсақ таңдай көтеріледі де артқы қатардағы дауысты дыбыстарды (о,у) айтқан кезде, сондай-ақ дыбыс артикуляциясы бойынша күрделі болып келетін дыбыстарды айтқан кезде мыңқылдау байқалады. Бұлшықеттердің диффузды гипертонусының арқасында қатаң дауыссыз дыбыстардан дыбыс шығады. Тыныс алудың синхрондылығы, дыбыс түзілу және артикуляция байқалады.

Медикаментозды емдеубұлшықет тонусын төмендететін препараттарды қолдануды ұсынады (миорелаксанттар). Бала тәжірибесінде толперизон (мидокалм), баклофен, тизанидин (сирдалуд) сияқты миорелаксанттар жиі қолданылады. Сондай-ақ емдеуде физиоёмдеу, емдік дене шынықтыру, массаж қолданылады.

Псевдобульбарлы дизартрияның паретикалық формасы – арти-куляция (гипотония) органдарындағы бұлшықет тонусын төмендету.

Неврологиялық белгісі – ауызы сәл ашық, сілекей ағады. Тілі жіңішке, жұмсақ, босаң және бүкіл ауызды алып жатады немесе тісаралық жағдайда орналасқан. Тілін көтеру қиынға соғады және ауыр қозғалтады. Еріндері дұрыс жанаспайды. Жұмсақ таңдай мен дауыс желбезегінің шала салдануын жиі байқауға болады (ол астыға түсіп тұрады және оның қозғалысы шектеулі), ол дауысқа назальды бояу береді, ал дауыс баяу және әлсіз шығады. Гипомимия немесе амимия байқалады.

Сөйлеу тілінің белгілері - баяу сөйлейді, әрең естіледі, дұрыс үлгіленбеген. Тіл ортасын көтеруді талап ететін тіл алды (т, т, д,д), еріндік дыбыстарды (п,п б,б) айтудың бұзылуы. Дауыссыз шұғыл дыбыстардың айтылуы бұзылып, тіл алды ызың дауыссыздардың айтылуы бұрмаланады. (с,с,з,з, ш,ж).Сигматизмнің әр түрі кездеседі, тісаралық және жанама түрлері сирек кездеседі.

Медикаментозды емдеу артикуляциялық бұлшық ет тонусын көтеретін дәрі-дәрімектерді қолдануды ұсынады (миорелаксанттар). Бала тәжірибесінде прозерин – антихолинестералды құрал сияқты препараттар қолданылады, ол жүйке бұлшықет өтімділігін қалпына келтіріп, қаңқа бұлшық еттерін сергітеді. Жүйке өтімділігін жақсартатын препараттарға сондай-ақ нейромедин, дибазол (аз мөлшерде), галантамин жатады. Нейрометаболизмдік әсерге В (В1, В6, В12) тобының витаминдері кіреді. Бала жүйкесін емдеуде невробекс, нейромультивит, мильгамма кеңінен қолданылады. Сондай-ақ емдеуде физиоёмдеу, емдеу дене тәрбиесі, массаж қолданылады.

Псевдобульбарлы дизартрияның спастико-паретикалық формасы - бір бұлшықет тонусының артуы мен өзге бұлшықет тонусының төмендеуімен қатар келеді (мысалы, бет, ерін бұлшықетінің жоғарғы тонусы), ал өзге топ - төмендетілген (мысалы, тіл серпімді және жұмсақ).

Неврологиялық белгісі – дербес артикуляциялық қозғалыстардың

амплитудасы, күші айтарлықтай төмендеген. Артикуляциялық, тыныс алу, дауыстық аппарат бұлшықеттеріне күш түсу осы органдардың босандығымен қатар жүреді. Дауыс қалыптастырушы бұлшықет қызметіндегі үйлесімсіздігі дауыс қалыптасырудың асинхрондылығына алып келеді, ол дауыстың жоғарылығы, күші мен ырғағының бұзылуына негіз болады. Анағұрлым көп кездесетіні арткуляциялық және тыныс алу бұлшықеттерінің әлсіздігі, әсіресе диафрагманың, көмей бұлшық ет, тіл - ерін бұлшық еттерінің, жұмсақ таңдайдың босандығы. Біреулерінде бұл спастика қажетті артикуляциялық позаны ұстай алмау қиындығы, өзгелерде қалпынорындау қиындығы түрінде көрінеді. Спастикалық салдану кезінде ас қабылдау көп бұзылысқа түспейді. Тістеу, шайнау, жұту баяу болғанымен дұрыс жолға қойылған.

Сөйлеу тілінің белгілері. Дауыс баяу шығады, әлсіз, бір сарынды. Дауыс модуляциясының амплитудасы төмен, интонацияға қажетті темпоритмикалық бөгелу жоқ, сөйлеудегі тыныс алу әлсіз, тыныс терең емес.

Дыбысты айтудың барлық топтары бойынша жеңілбұлдыр сөйлеу байқалады, әсіресе ызың және сонорлы топтарда жиі кездеседі. Дыбысталудың бұрмалауына қарамастан барлық фонемалар сақталған. Егер де өзіндік алалиялық бұзылыстар болмаса негізінде лексикалық-грамматикалық бұзылыстар болмайды.

Медикаментозды емдеу артикуляциялық бұлшық ет тонусын босаңсытатын немесе арттыратыруға ықпал ететін дәрі-дәрімектерін физиоёмдеумен, емдеу дене тәрбиесі, массажбен бірге қолдануды ұсынады.

Гиперкинетикалық дизартрия (экстрапирамидалы, ми қыртысының астында орналасқан)– дистония типі бойынша бұлшықет тонусының бұзылысы. Мимикалық және артикуляциялық бұлшық еттері қозғалыстарына күш салу түріндегі гиперкинездер байқалады (хореоатетозы, тремор, миоклония). Нәтижесінде балада еріндік, тілдік, бет-жүздік, треморды тітіркену байқалады да тілді еріксіз шығару, күш сала жымыю болады. Гиперкинездер сөйлеу әктісі кезінде күшейе түседі.

Неврологиялық симптоматика – сөйлеу үзілмелі сипатқа ие: еркін сөйлеу сәті артикуляциялық спазмның арқасында бірден өзгереді.

Арткуляциялық органдары қажетті мөлшерінде бала қозғалысқа күш түсіреді және ұдайы ауысып отыратын бұлшықет тонусының

арқасында артикуляциялық поза сезімі мен оны сақтауды қалыңдатады. Қалыпты жағдайда сөйлеу бұлшық ет тонусының жиілігі немесе оның төмендеуі байқалады, алайда толқу, эмоционалды күш түсіру жағдайында бұлшық ет тонусының күрт артуы және қозғалысқа күш салу байқалады. Тіл дөңгелектеніп, артқа тартады, оған бірден күш түседі. Дауыс аппараты мен тыныс алу бұлшық ет тонусының артуы дыбыстың айтылуына жол бермейді де, бала бірде-бір дыбыс шығара алмайды. Тыныс алу, дауыс және артикуляция арасында асинхрондылық байқалады.

Кішігірім бұзылыстарда сөйлеу анық емес, түсініксіз, дауыс мұрыннан шығады және ол сөйлеудің просодикалық жағынан бұзылысқа ұшырайды: сөйлеу қарқыны, баяулығы, сөйлеудің интонациялық мәнерінің компоненттері, дауыс жоғарылығы мен ырғағы. Дауыстың бітуі, түсініксіз міңгірге айналуы байқалады.

Бұзылыстың көрінісі мен жойылуына байланысты дизартрияның спастикалық-ригидтік, спастикалық-ригидтік-гиперкинетикалық, ригидтік-атактикалық, атактикалық-гиперкинетикалық формалары көрінеді.

Сөйлеу тілінің белгілері – дыбысты айту бұзылысы ригидтілік, дистония немесе гипотония типі бойынша бұлшықет тонусының өзгеруіне, гиперкинездердің болуына, кинестетикалық сезімдер мен эмоционалды қозғалыстық иннервациялардың бұзылуымен негізделеді; Экстрапирамидалы дизартрияның ерекшелігі дыбысты айтудағы тұрақты және біртегіс бұзылыстардың болмауы, әртүрлі артикуляторлық және сөздік ауысымдардың болуы. Экстрапирамидалы дизартрияның нейросенсорлы керемдікпен қатар келуі сирек кедесетін жағдай емес. Фонематикалық дыбыс бұзылысы жиі көрінеді, ол дыбыстар мен сөздердің қатаң және ұяң, дауысты-дауыссыз және т.б. айтылу дифференциациясының қиындығына әкеліп соғады.

Медикаментозды емдеу гиперкинездердің азаюына ықпал ететін препараттарды пайдаланумен байланысты. Бала тәжірибесінде акинетонды ми қан айналымын жақсартатын препараттармен қатар қолданады. Гиперкинезді емдеу ұзақ және қиын процесс. Гиперкинездердің көріну деңгейіне байланысты суық өту, антиоксиді, дегидратациялық препараттар, транквилизаторлар, седативті құралдар, физиоёмдеу, емдік дене шынықтыру, массаж ұсынылады.

Дизартрияның спастикалық - гиперкинетикалық формасы – спастикалық салдану мен гиперкинездермен қатар келетін дизартрияның аралас түрі. Клиникада дизартрияның аталмыш бұзылысы кезінде спастикалық, спастикалық-паретикалық және гиперкинетикалық (экстрапирамидті) формалары кездеседі (сипаттамасы жоғарыда).

Дизартрияның спастикалық-ригидтік формасы бұлшық ет тонусын экстрапирамидалық асқынған бұзылысы кезіндегі спастикалық салдануда байқалады.

Неврологиялық белгілері - лабиринтті және мойын-тоникалық реакцияларының қалдықтық құбылыстары байқалады, статикалық-кинетикалық реакциялар қалыптаспаған. Ригидтілік түрі бойынша тонустың бұзылуы әрбір сөйлеу қызметін жүзеге асырғысы келгенде барлық сөйлеу бұлшық еттері мен денедегі тонустың барынша артуымен көрінеді.

Күш салыр жасалған жымыс ерін бұлшықеттерінің бірден салдануымен, тіл ұшының ауыр қозғалуымен және төменгі еріннің қымқырылуы мен ауысады. Тіл сыртқа шығып кетеді және оған күш түсіп ұзарады немесе көмекей жаққа тығылып, оны ол жақтан шығару мүмкін болмай қалады. Астыңғы жақ бұлшықеттеріне күш түседі және пассивті қозғалыс кезінде оны жан-жақты қозғалту мүмкін болмай қалады. Шайнау көп жағдайда соруға ауысады. Оральды автоматизм рефлекстері (мұрын, ерін, жақ және т.б.) және салалы автоматизм рефлекстері байқалады. Бала артикуляциялық қызмет барысында тыныс алу спазмасы жағдайында тоқтауына тура келеді. Ерін және тіл қызметтерінің икемсіздігі жиі байқалады.

Сөйлеу тілінің белгілері :сөйлеу тілі түсініксіз, күш түсіріп сөйлейді. Дауыс амплитудасының модуляциясы 0 дейін түседі, дауыс күші әлсізденген, қарқыны жылдам, сөйлеуі күрт бұзылады (сөйлеу қарқыны дауыстың баяу бітуімен әлсізденетін кездер болады) сөйлеудің фонетикалық жағы зардап шегеді, дыбыстардың фонемдік ерекшеліктері сақталған. Апраксикалық бұзылыстар кезінде дыбыстардың жеке топтары түсіп қалады. Дыбысты айту ерекшеігінде еріндік, тіс алды, жұмсақ және қатаң дыбыстар әлсіз айтылады.

Медикаментозды емдеу артикуляциялық бұлшық ет тонусын босаңсытатын немесе арттыратыруға ықпал ететін дәрі-дәрмектерді

физиоёмдеумен, емдеу дене тәрбиесі, массаж қолдануды ұсынады.

Мишық дизартрия (атактикалық) – мишық пен оның орталық жүйке жүйесінің өзге де қызметтерімен байланысы, сондай-ақ шеке тұс, мишық жолдарының зақымдалуы кезінде пайда болады.

Неврологиялық белгілері – тіл, ерін бұлшық еттерінің төмен тонусы, дистония; тіл жұқа, икемді, оның қозғалысы шектеулі, артикуляциялық қалпын ұстауы қиын. Тіл қозғалысы дәл емес, гипер- немесе гипометрия белгілері бар, бір реттіліктен екінші бір реттілікке ауысу қиын; әлсіз қимыл барысында тілдің дірілдеуі байқалады. Жұмсақ таңдай түсіп тұрады, салдануы байқалады. Артикуляция органдарының қозғалысы шектеулі, қарқыны төмен. Микасы әлсіз. Шайнауы босаң. Оральды праксистің әртүрлі бұзылуы мен тіл бұлшық еттерінің дәм сезімділігіне әлсіздік тән.

Сөйлеу тілінің белгілері - мишық дизартриясы кезіндегі сөйлеу баяу, үзік-үзік сөйлейді, күш салу модуляциясы бұзылған, даусы бітелген. Нақты артикуляциялық қозғалыстарды қажет ететін тіл алды, еріндік, жарылып айтылатын дыбыстар айту, сондай-ақ бұлшықеттердің әртүрлі тобын үйлестіру бұзылған. Таңдай үйкелімділігі арқасында дыбыстардың назализациясы байқалады. Сөйлеу мдерді қалыптастыруда қиындықтар байқалады, әсіресе сөз байланыстыруда.

Медикаментозды емдеу бұлшық ет тонусына әсер ететін препараттарды қолдануда қан тамырлары, ноотроптық және дәруминдік препараттарды физиоёмдеу, емдеу дене шынықтыру, және массажбен қатар қолдану.

Дизартрияның спастикалық-атактикалық формасы – спастикалық салдану мен атаксияның қатар келетін дизартрияның аралас түрі. Клиникада дизартрияның аталмыш бұзылысы кезінде спастикалық, спастикалық-паретикалық және мишықтық (атасикалық) белгілер орын алады (сипаттамасы жоғарыда).

Дизартрияның атактикалық-гиперкинетикалық формасы – атаксия мен гиперкинездің қатар келетін дизартрияның аралас түрі. Клиникада дизартрияның аталмыш бұзылысы кезінде мишықтық (атасикалық) және гиперкинетикалық (экстрапирамидті) белгілері айқындалады (сипаттамасы жоғарыда).

Дизартрияның спастикалық-атактикалық-гиперкинетикалық аралас формасы – спастикалық салдану, атаксия мен гиперкинездің қатар келетін дизартрияның аралас түрі. Клиникада дизартрияның

аталмыш бұзылысы кезінде спастикалық, спастикалық-паретикалық мишықтық (атасикалық) және гиперкинетикалық (экстрапирамидті) белгілері айқындалады (сипаттамасы жоғарыда).

Ми қыртысы дизартриясы – бас ми қыртысы қабатының зақымдалуы кезінде пайда болады. Зақымдауына байланысты оның үш түрін бөліп көрсетеді.

Ми қыртысы дизартриясының бірінші нұсқасы алдыңғы орталық бір жақты немесе екі жақты зақымдалуы кезінде байқалады, нәтижесінде тілдің жеке бұлшықеттерінің салдануы және анағұрлым нәзік те оқшауланған қозғалыстар саны шектеулі болған кезде байқалады. Тіл ұшы жеңіл түрде көтеріліп және иіліңкіреп айтылатын дыбыстарды айту бұзылады (ш, ж, р). Дизартрияның ауыр формалары кезінде олар болмайды, ал анағұрлым жеңіл түрлерінде өзге тіл алды дауыссыз дыбыстармен ауыстырылып айтылады, ол көбінесе тіл ортасының алдыңғы бөлігі таңдай доғалына көтеріліп айтылатын дыбыстар (с, з, олардың жұмсақ нұсқалары т, д, н). Қалыптасу тәсіліне байланысты дауыссыз дыбыстардың айтылуы бұзылуы мүмкін: шұғыл, ызың (л,л), дірілмен айтылатын дыбыстар. Жеңіл жағдайларда қозғалыстың қарқыны мен жатықтығы бұзылады, ол тіл алды дыбыстарды баяу айтады және осы дыбыстар бар буындарды айтуда көрінеді.

Ми қыртысы дизартриясының үшінші нұсқасы басым болып келетін ми жартышары қыртысының біржақты зақымдалуы кезінде пайда болады (көбіне сол жақ), оның дәл орталық алаңының төменгі бөліктері. Реттік қозғалыстарды жүзеге асырудың қиындығы байқалады. Белгілі бір артикуляциялық реттілікті сезіну және айту қиындығы байқалады, яғни кинестетикалық оральды праксистің бұзылуы байқалады. Бет гнозисінің жеткіліксіздігі беттің белгілі бір бөлігіне нүктелік жанасудың нақты шоғырлану қиындығы түрінде көрінеді, әсіресе бұл артикуляциялық аппарат аумағына қатысты. Айтылу тәсілі, қалыптасуы, дауыссыз-дауыстылығы, қатаң-ұяндығына байланысты дауыссыз дыбыстардың тұрақсыз орын ауысуы тән. Негізінен дауыссыз дыбыстарды айту бұзылады, әсіресе ысқырып айтылатын дыбыстар және аффрикаттар. Сөйлеу қарқыны баяулайды және әрдайым артикуляциялық қойылымды іздеу нәтижесінде оның жатықтығы бұзылады.

Ми қыртысы дизартриясының үшінші нұсқасы ми қыртысының басым бөлігінің біржақты зақымдалуы кезінде пайда болады (көбіне

сол жақ), оның дәл преоторлы алаңының төменгі бөліктері. Реттік қозғалыстарды жүзеге асырудың қиындығы байқалады. Динамикалық оральды праксистің бұзылуы нәтижесінде ритмикалық буындық құрылымының құлдырауы байқалады. Күрделі аффрикаттарды айту қиынға соғады, дауыссыз дыбыстарды айтқанда ызың дыбыстардың шұғыл дыбыстарға айналуы байқалады (з-д), дыбыстардың айтылмай қалуы, кейде дауыссыз дыбыстар тандаулы түрде дауысты дыбыстарды қолданумен орны жабылып кетеді. Сөйлеуі ауыр, баяу, персеверациялары бар. Бала сал ауруы кезінде ми қыртысы дизартриясының осы үш түрінің әртүрлі үйлесімі байқалады. Ми қыртысы дизартриясының екінші және үшінші нұсқаларында лексикалық құрамның қалыптасуы, грамматикалық қатары, сөз байланыстыру, жазу және оқу бұзылады. Бұзылудың мұндай ерекшеліктері моторлы алалияны еске салады, сондықтан да әдебиетте оларды «псевдоалалиялық синдром» деп атайды.

Бұлбарлы дизартрия – периферикалық қозғалыс неврондарының біржақты немесе екіжақты зақымдалуы кезінде пайда болады. Сөйлеу бұзылысы бассүйек жүйкелерінің VII, IX, X, XII сыңарларының периферикалық бөлімдері немесе ядро, тамырларының зақымдалуы нәтижесінде пайда болады.

Неврологиялық белгілері – сөз таңдайды, босаң салдану мен тіл, ерін, жұмсақ таңдай, жұтқыншақ, тыныс алу бұлшықеттері және астыңғы жақты ұстап тұратын бұлшықеттердің салдануы. Тіл босаң және иекмсіз. Жұту немесе жақасты рефлекстері жоқ. Бала кезде ол бір жақ бет пен ерін бұлшықетінің салдануына әкелетін бет жүйкесінің біржақты зақымдалуы өзіндік мәнге ие. Нәтижесінде тілдің бір жақ бұлшықетінің атрофиясы бір жаққа қарай кетеді. Атрофия жағында кейде фибриллярлы тартылу байқалады, тіл нашар сулбаланады, таңдай босаңсиды. Бетінде мимикасы жоқ. Қатты және сұйық тамақтарды жұту қиындайды (су, тамақ ішкен кездегі шашалу және қақалу), шайнау қиынға түседі. Бәсең және миңгірлеген дауыс (афония немесе дисфония). Сөйлеу түсініксіз және бұлыңғыр естіледі.

Сөйлеу тілінің белгілері – дауыс желбезегінің салдануынан дауысты және дауыссыз дыбыстарды айта алмайды, тіл, ерін, таңдай, жұтқыншақтың салдануынан дыбыстардың айтылуы бұрмаланады. Дауысты дыбыстардың артикуляциясы нейтралды дауыссыз дыбысқа

жақын. Еріндік дыбыстардың айтылуы ортақ дауыссыз ызыңеріндік дыбысқа жақын. Ал тіл алды дыбыстар ортақ дауыссыз бірығай ызың дыбысқа жақын айтылады. Сөйлеуі баяу.

Медикаментозды емдеу жүйке өтімділігі мен тіндердің трофикасы, бұлшықеттердің қозуын арттыруды (жоғарыдан қарау) жақсарту препараттарын қолдануға бағытталған емдеу түрі. Сондай-ақ емдеу дене шынықтыруы мен массаж қолданылады [20].

Дизартрия кезіндегі болжам бұзылыстың ауырлық деңгейіне байланысты. Дизартрияның жеңіл немесе көмескі формасы кезінде оң болжам жасауға болады, яғни дыбыс айту кемістіктерін алдыналауға болады. Алайда мұндай жағдайларда сөйлеуге күш түскен кезде сөйлеудің анық болмауы сақталып қалуы мүмкін. Дизартрияның псевдобульбарлы және экстрапирамидті формалары кезінде ұзақ және жүйелі түрде логопедиялық және неврологиялық көмек көрсетудің өзінде толығымен оңалту жағдайына қол жеткізу мүмкін емес.

ҚР дизартриясы бар балаларды оқыту және тәрбиелеу арнайы мектепке дейінгі және мектеп ұйымдарында, логопедиялық пунктерде, психологиялық-педагогикалық түзету кабинеттерінде, оңалту орталықтарында, медициналық мекемелерде жүзеге асырылады.

Дизартриясы бар балалар сал аурымен ауыратын балалар қатарынан көрінсе олар логопедиялық көмекті тірек-қозғалыс аппараты бұзылған балаларға арналған арнайы мектепке дейінгі және мектеп ұйымдарында (топтар мен сыныптарда) алады, онда олар ауыр сөйлеу бұзылыстарын түзетудің кешенді тәсілдерімен камтамасыздандырылады.

Дизартриясы бар балаларда тірек-қозғалыс аппараты бұзылған балалар ауыр сөйлеу бұзылыстарына ұшыраған балаларға арналған арнайы мектепке дейінгі және білім беру мекемелеріне жіберіледі.

Жалпы сөйлеу қабілеті жетілмеген жасырын немесе ашық формалы дизартриясы бар балалар логопедиялық пунктерге немесе ауруханаларға жіберіледі [20].

Жоғары айтқанды қортындайтын болсақ, дизартриясы бар балалардың жалпы, ұсақ, артикуляциялық моторикасының бұзылуы байқалады. Балалар тек нашар сөйлеп қана қоймайды, олар сонымен қоса тамақ ішуде де, өз-өзіне қызмет етуде қиындықтарды кездестіреді. Сурет сабақтарында қарындашты дұрыс ұстай алмай-

ды, пластилинмен немесе аппликациямен жұмыс жасағанда қол икемділіктері келмейді. Балалардың саусақтары икемсіз болады, жалпы моторикасында қимыл-қозғалыстары нақты емес, баяу, тепе теңдікті сақтай алмайды. Әрине, мұның бәрі дизартрияға шалдыққан балалардың жазу мен оқу дағдыларының қалыптасуына кері әсерін тигізеді. Кейбір жағдайларда тіптен сөйлеу дағдылары дамымай қалуы мүмкін.

2 МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ ДИЗАРТРИЯСЫ БАР БАЛАЛАРДЫҢ ОТБАСЫЛАРЫН ПСИХОЛОГИЯЛЫҚ- ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ҚОЛДАУ

Қазіргі таңда мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау моделі мектепке дейінгі білім беру мекемесі мен отбасы арасында ынтымақтастық ұйымдастыру, дизартрия түрлеріне байланысты түзету үрдісінде баланың микроэлеуметтік ортасын қалыптастыруға мүмкіндік береді. Сол себепті қазіргі таңда мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдауға қатысты сұрақтар өзінің өзектілігін арттыруда.

Бұл деректер мектепке дейінгі мекемелердегі (МДМ) балалармен түзету-дамыту жұмыстарын ұйымдастыруды шарттайды. Сөйлеу тілінде бұзылыстары бар мектепке дейінгі жастағы балалармен түзету-сауықтыру жұмыстарының жетістіктері көбіне педагогикалық ұжым және тәрбиеленуші отбасының жұмыстарының жүйеленгендігіне (реттелгендігіне) тәуелді екені белгілі. Отбасы - баланың эстетикалық, интеллектуалдық және эмоциялық дамуының құралы және қайнар көзі - баланың ана тілін меңгерудегі алғашқы баспалдағы. Л.С. Выготский қарым-қатынастың ең қолайлы ахуалы отбасында туындайтыны жайлы айтқан. Олар ерте жастан баланың физикалық, адамгершілік, интеллектуалды тұлғасын дамытудың алғашқы негіздерін қалауға міндетті. Жүктелген жауапкершіліктің іске асуына байланысты, баланың ары қарайғы қолайлы немесе қолайсыз дамуы тәуелді болады.

Бүгінде отбасы әлеуметтік міндеттерді атқарушы ретінде емес оқыту-тәрбиелеу, түзету қызметіне жеке қатынасы бар субъект ретінде қарастырылады. Сондықтан отбасымен жұмыста педагог және ата-ананың субъект-субъектілі тұлғааралық қатынасқа, түзетушілік-педагогикалық ағарту және кеңес беруде отбасы мүдделерінің басымдығын және жеке қажеттіліктерін тануға бейімделу өте маңызды. Баланы педагогтермен бірге белсенді түрде бірлесіп, ортақ тәрбиелеу үрдісіне қосу және осының негізінде МДМ-де және сол сияқты үй жағдайында ортақ түзету-дамытушылық кеңістік құру мақсатында, мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау моделін әзірлеудің және оны енгізу жолдарын қарастырудың өзектілігін дәлелдейді.

Отбасында даму (денсаулық) мүмкіндігі шектеулі баланың дүниеге келуі бұзылысқа, кей жағдайда отбасының барлық қызметтерін орындау мүмкінсіздігіне әкелетін көп факторлардың бірі болып табылады. Сол қызметтерді орындамау (орындау мүмкінсіздігі) отбасы бүлінуіне, сонымен қатар отбасы мүшелерінің психологиялық денсаулығының бұзылысына әкеп соқтырады. Айта кететіні, бұл факторды отбасы мүшелерінің айқын эмоционалды күйзелісін шақыратын және созылмалы әсер ететін шектен тыс физикалық және психикалық жүктеме жасайтын, жедел күштілігі жоғары тітіркендіргіш ретінде қарастыруға болады, сондай-ақ ұзақ мерзімді уақыт аралығында отбасы мүшелері баламен бірігіп уақыт өткізіп және әлеуметтік жағынан «өзге», «басқа» қарым-қатынаста болуы, ал ата-аналардың бұл қажеттіліктерге толығымен көндігуін көздейді.

Субъектілік ұстаным негізінде тұлғаның басқалармен қарым-қатынасында «субъект-субъект» сұлбасы жүзеге асырылатындай ерекше жүйе құрылады. Тек осы жүйе қарым-қатынас жасау жағдайын, уақытты, әлеуметтік рөл мен статусты, тұлғалардың мақсаттарын, этикалық қағидаларды дүниеге деген көзқарасты, ұлттық мәдени құндылықтарды, психофизиологиялық ерекшеліктерді катаң ескеруге мүмкіндік беретіндігі отандық психолог А.Р. Ерментаеваның еңбектерінде тұжырымдалады. Бұл түсінік бірлекен іс-әрекет пен қарым-қатынастың субъектілік даму үшін алғышарт екенін дәйектейді [21].

Қ.Қ. Өмірбекова, Г.Н. Төлебиева сынды Отандық дефектологтар ауытқуы бар бала отбасына тікелей тәуелді, әрі олармен жүргізілетін

түзету жұмыстарының негізгі өзегі жанұяға тікелей байланысты болатындығын түсіндіре келе, бірқатар жұмыс түрлерін ұсынады:

- Отбасы ықпалы (психологиялық, ақпараттық);

- Ата-аналарды жекелей дамыту бағдарламасы бойынша түзету, орнықтыру әдісін дамытуға қажет қосымша құралдармен қамтамасыз ету;

- Маман ата-аналармен кеңесінде тексеру сұрақтарын беру, жанұя мен бала жайында қосымша мәліметтер жинау және ата-ана тарапынан туындаған түрлі сұрақтарға жауап беру [22]. Д.В. Зайцев дамуында қиындығы бар баланың отбасымен жүргізуге мүмкін болатын қажетті қосымша қызметтер қатарын айқындап көрсетті [23]:

1) абилитациялық-реабилитациялық, дамуы әдеттегідей емес баланы әлеуметтік ортаға бейімдеу мен мүмкіндігіне қарай қалыпты өмірдегі еңбекке араластыру, психофизикалық және әлеуметтік статусын қайта қалпына келтіру;

2) түзету қызметі, мүмкіндігі шектеулі балалардың психофизикалық даму жеткіліксіздігін әлсіретуге немесе жоюға бағытталу;

3) орнын толтыру, алмастыруға бағытталған, толық қалыптаспаған немесе бұзылған ағза қызметін қайта қалпына келтіру, тіршілік әрекетінің қолайсыз жақтарына бейімдеу және толықтырғыш механизм арқылы сақталған құрылымдарға қатысты зақымдалғандарын алмастыруға талпыныс.

Отбасы, қиындыққа тап болғанда, қолайсыз нәтиже болдырмауға тырысып оған қарсы белсенді әрекет етеді. Отбасылар қиындықтарды әртүрлі қабылдайды. Бір жағдайда қиындықтар бірігіп, жұмыла ықпал етуді көрсетсе, екінші жағынан, керісінше отбасын әлсіретіп үйлеспеушіліктің ұлғаюына әкеледі. Отбасының қиындықтарға қатынасының әркелкі тұрақтылығы түрліше түсіндіріледі. Көп жағдайда нақты механизмде бұзылысқа нәтижелі қарсы әрекет етуді қамтамасыз етеді, - «мәселені шешу механизмі»; немесе қолайсыз жағдайларға жеңіл бейімделуге септігін тигізетін отбасының белгілі ерекшеліктері (өзара қарым-қатынас икемділігі, рөлдік күтілімдерді тұжырымдаудың анықтылығының орта дәрежесі, отбасының ауызбіршілігі, қоршаған әлемді қабылдаудың ашықтығы, яғни әлем жайында қандай да бір ақпарат бөлігін елемей үрдісінің болмауы және т.б). Кез-келген жағдайда отбасы мүшелерінің тұлғалық ерекшеліктері маңызды болып табылады.

Маңызды мәселе – ата-аналардың мақсаты, мотиві, олар өздерін

ата-ана рөлінде сезінуі. Дамуында ауытқушылығы бар баланың отбасында ата-аналардың құндылықтарды бағдарлауы мен ынталануы бірлеседі, әрі өзгереді.

Сөйлеу тілінде күрделі кемістігі бар соның ішінде дизартриясы бар балалардың даму ерекшеліктері ата-аналардың психикасына ауыртпалық түсіреді. Сөйлеу тілі бұзылысы немесе оның мүлдем болмауы коммуникативті кедергінің орыналуына алғышарт болып табылады.

Отбасында дамуында ауытқушылығы бар баланың пайда болуы отбасында әлеуметтік қарым-қатынастың өзгеруіне де қатысты. Көптеген қиындықтардың пайда болуы салдарынан отбасы томаға тұйық және іріктеп сөйлесу қалпына түседі.

Бұл қиыншылық жағдай сондай-ақ науқас баланың ата-анасы арасындағы қарым-қатынасына деформациялану әсерін тигізеді. Дамуында ауытқушылығы бар баланың дүниеге келуінен кейін отбасы жағдайында болатын ең қайғылы көріністердің бірі – ажырасу болып табылады. Науқас бала ажырасудың жанама себебі екені әрдайым ашық айтылмайды.

Зерттеу барысында дизартриясы бар мектепке дейінгі жастағы балалары бар отбасыларына психологиялық, педагогикалық диагностикалау жұмыстары жүргізілді. Тексеру нәтижесінде мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың дамуында және оларды тәрбиелеуде, отбасы ықпалының жағымсыз факторлары айқындалды. Оларға:

- Эмоционалды депривация;
- Ерте жаста тілдік органың жетіспеушілігі;
- Оңтайлы-эмоционалды қатынастың болмауы;
- Жанды қарым-қатынастың болмауы;
- Байланыстың техникалық құралдардың көмегімен қарым-қатынастың басымдығы;
- «Қате» сөздерді қолдану ортасы немесе бала айналасындағы ересектердің «қате»сөйлеу тілі;
- Отбасындағы қос тілділік;
- Психикалық жарақаттар.

Дизартрияға шалдыққан мектепке дейінгі балалардың отбасыларында «ерекше» балаларға деген қатынасына, отбасындағы тәрбиесіне қарай (гипоқамқорлық, неміқұрайлылық, гиперқамқорлық, дертіне қарай тәрбиелеу, эмоционалды шеттетілу, қатігездік және т.б.),

баланың ата-анасына қарасты реакциясы ретінде мінез-құлқында бұзылыстардың пайда болуына алып келетіндігі айқындалды.

Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларымен жұмысты ұйымдастыру үшін, олардың қарым-қатынас ерекшеліктері, сонымен қатар дизартриясы бар балаларды тәрбиелейтін отбасыларда кездесетін қиыншылықтар анықталды:

Дизартрияға шалдыққан мектепке дейінгі балалары бар отбасыларының ерекшеліктері:

- Дизартриясы бар баласына ата-анасы немен және қалай көмектесе алатындығы жайлы қарапайым түсініктің болмауы;

- Отбасы созылмалы стресті жағдайдағы күйде, тұрақты эмоционалды шиеленісте өмір сүруі;

- Арнайы оқыту үрдісі ұзақ болатынын, бірден түзетілмейтінін және отбасын жиі қоғамнан оқшаулауға, отбасындағы қарым-қатынастың өзгеруіне әкелетін күшті стресс тудыратынын түсінбеу (абыржу, қиындықты еңсеру үшін тиісті шаралар қабылдауға қабілетсіздік; өзінің қиындықтарын барлығынан жасырғысы келуі, айналадағылармен байланыстың азаюы, енжарлық, жетістікке сенімсіздік);

- Ақылға қонымсыз стратегия болып қиындықтан шығу жолдарын іздестіруден қашып, барлығы өздігінен шешіледі деп үміттену;

- Сөйлеу тілінде бұзылысы бар баламен тұлғааралық қатынаста психологиялық дайындықтың болмауы.

- Дамуында неғұрлым ауыр бұзылыстары болса, ата-аналар соғұрлым олардың балада бар болуы жайлы ақпаратты қабылдай алмауы;

- Сөйлеу тілінің жасқа сай нормалары жайлы білімнің жоқтығы немесе жетіспеуі (дизартрияға шалдыққан баланың жасқа сай ерешеліктері ата-аналарда жиі алаңдатушылық туғызбауы, сөйлеудің жеңіл бұзылыстары жете бағаланбауы, бұзылысқа мән бермеу, кей жағдайда бұзылыстың бар болуын жоққа шығару);

- Тәрбиелеу функцияларын және сөйлеу тілінің бұзылыстарын (дизартрияны) түзету жұмыстарын білім беру ұйымының ұжымына арту;

- Логопедпен, психологпен өзара ресми қарым-қатынасқа деген ынтаның төмендігі;

- Кешенді психологиялық-педагогикалық және медициналық көмекке деген мағынасыз қатынас (немқұрайлылық);

- Мектеп жасына дейінгі балалардың отбасыларымен дизартрияны еңсеру бойынша жұмыстар үрдісінде ұсыныстарды сауатты, саналы және тиянақты орындауға деген қабілеттіліктің төмендігі болып табылады.

Дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау үрдісіне қатысушылар: отбасы және оның мүшелері, логопед, психолог, тәрбиеші, медицина мамандары және т.б. мамандар (музыкалық басшы, дене тәрбиесін нұсқаушы) болуы мүмкін.

Негізгі бұзылыстың түріне байланысты логопедтің ата-аналармен өзара қатынасы ең маңызды құрамдас бөлігі болып табылады. Сондықтан, негізгі бағдарламалық іс-шаралардың тізімі логопед-отбасы тұлға аралық қатынасы негізінде жүзеге асады. Бағдарламаны жүзеге асыруға жауапты негізгі маман логопед болып табылады.

Дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау, баланы табысты оқыту мен тәрбиелеу үшін арнайы жағдайлар құруға бағытталады, түрлі бағыттағы кәсіби мамандардың қызметтік жүйесін, отбасымен тығыз тұлғааралық қатынас арқылы сөйлеу бұзылыстарын түзетуді қосады. Қолдаудың негізгі қағидалары мыналар болып табылады: қолдау көрсетуші кеңестерінің ұсынымдық сипаты (шешім қабылдау үшін жауапкершілік); жұмысты жүргізудің жүйелілігі; оның мақсатты жоспарлануы; түпкі мақсатқа бағдарлануы; дизартриясы бар балалардың ата-анасын әлеуметтік-психологиялық есепке алу және олардың өзара қарым-қатынасында туындайтын мәселелерді шешу, түзету.

Баланың сөйлеу тілінің даму мәселесі оның әлеуметтік қарым-қатынас жасау мүмкіндігін төмендету факторына алып келеді. Ата-аналары ондай баланы болашақта әлеуметтік келешегі төмен деп қарастырады.

Ата-аналардың эмоционалдық жағдайының күйзелуіне әсер ететін бірден-бір фактор баланың айналасындағы социум және өзімен тікелей адекватты (тиісті) қарым-қатынасты қалыптастыру мүмкіндігінің бұзылуы. Ақырында баланың бұл келбеті әлеуметтік-тұрмыстық бейімсіздік түрінде және әлеуметтік бейімделудің бұзылуымен айқындалады. Балада қалыпты қарым-қатынас қажеттілігінің (анасын немесе әкесін қапсыра құшақтап, еркелеу, олардың көзіне қарап, әңгімелесудің) болмауынан ата-аналары қатты қиналады.

Егер анасы немесе әкесі баланың кемшілігін және оның даму ерекшелігін түсініп, қабылдаған жағдайда, олардың санасында баланың шалдыққан дертін жеңуіне көмек көрсету уәждемесі (мотивациясы) пайда болады. Баланың кемшілігін қабылдамау ата-ананың бейімсізденуіне, тұлғаның іштей қақтығысына алып келеді.

Психологтар даму мүмкіндігі шектеулі балалардың тарапынан қалыптасу үрдісіндегі психологиялық жағдайды төрт кезеңге бөледі [24, 25].

Бірінші кезең – «есеңгіреу» («шок»), өзін олқы сезінуден пайда болған абыржу, шарасыздық, қорқынышпен сипатталады.

Екінші кезең – «кемшілікке ақылға қонымсыз қарау», қойылған диагнозды мойындамай, теріске шығарумен сипатталып, өзінше бірқилы қорғаныш реакциясы болып табылады.

Бұнда күшті сезімдердің біртіндеп ауысуы жүреді. Бірінші реакция – қабылдамау: «бұл менімен болуы мүмкін емес» деген ой. Қабылдамау ашуға ұласып, ата-анаға баланың мүгедектігі жөнінде айтқан медицина қызметкерлеріне бағытталуы мүмкін. Ашу-ыза ерлі-зайыптылардың, атасы мен әжесінің, отбасына жақын басқа да туыстарының қарым-қатынасына әсер етуі мүмкін. Оны түсіндіру немесе жеңіп шығу мүмкін емес деген ой үлкен қайғы мен кенеттен айырылысу сезімін туындатады.

Қорқыныш – тағы да бір реакция. Адамдар мәшһүрлікке қарағанда, беймәлімділіктен қатты қорқады, диагнозы мен баланың болашағы туралы нақты ақпарат аз толғандырады. Мен дүние салғанда, онымен не болады? Содан кейін басқа да сұрақтар туындайды: «Ол күндердің күнінде үйрене ме? Колледжді бітіре ала ма? Ол біз армандағандай, жақсы көріп, өмір сүріп, күліп, барлығын істей ала ма?». Ата-аналары баланың жағдайы мүмкіндігіне қарағанда, өте нашар болуы мүмкін деп қорқады.

Онан кейін, – баланың мүгедектігі ата-ананың күнәсі болуы мүмкін – деген ойда күнә, айып және әбігерлік болады. Олар: «Мен бір нәрсені дұрыс істемедім бе? Мен не үшін жазаландым? Мен жүктілік кезінде өзімді жеткілікті қадағалап байқамадым? Менің әйелім жүктілік кезінде өзіне-өзі қарады ма?» Кейде қателік сезімі жазалау немесе құдайдың жазасы түрінде діни қырынан танылады. Ата-аналар көбінесе жылап: «Неге мен? Неліктен менің балам? Неге құдай маған берді?», «Не істегеніміз үшін бізге мұндай сынақ берілді», - деген сұрақтарға жауап іздейді.

Абдырау да осы кезеңге тән. Адам не болғанын және не болаты-

нын соңына дейін түсінбегендіктен болады. Ұйқысыздықтан, шешім қабылдауға жарамсыздығынан, эмоционалды басымдылықтан абырғау пайда болып, ақпарат түсініксіз және бұрмаланған болып көрінеді. Ол алған ақпаратты түсініп, мағынасын табуға тырысады. Көбінесе баланың ата-аналары және мүгедектік туралы ақпаратты жеткізетіндер «эр түрлі» тілде сөйлеседі.

Үшінші кезең – «ұзақ қамығу» сезімімен қоса жүретін «баланың кемістігін ішінара түсіну». Бұл балада жақсы өзгерістердің болмауы салдарынан, оның қажеттілігіне байланысты ата-аналардың үнемі тәуелді болатын депрессиялық жағдайы. Бұл кезеңде: дәрменсіздік, қабылдауға аса күрделі жағдайды өзгерту мүмкінсіздігі байқалады. Ата-аналар олардың баласында мүгедектік бар екенін өзгерте алмайды, бірақ олар өздерінің өмірлік мәселелерін жеңіп шыға алатынын сезінуі тиіс. Түңілу пайда болады. Баланың жетілмегені ата-ананың намысына тиіп, олардың құндылық жүйесіне сын болады. Қабылдамау балаға, медицина қызметкерлеріне, ерлі-зайыптыларға қатысты болуы мүмкін.

Төртінші кезең – мамандармен бірқалыпты қарым-қатынас орнатып, олардың ұсыныстарын жеткілікті ұғынып, кемістікті қабылдау барысында отбасының барлық мүшелерінің әлеуметтік-психологиялық бейімделуінің басталуы.

Өкінішке орай, қиындықтары бар балалардың ата-анасының барлығы дерлік, өмірдің келешегі мен өмірдің мәнін түсінсе де, дұрыс шешімге келе бермейтіндігі. Көпшілігі мұны өз бетінше жасай алмайды. Нәтижесінде өмірдің әлеуметтік жағдайына бейімделу қабілеті бұзылады. Ауытқушылығы бар баланың отбасына медициналық, экономикалық және әлеуметтік-психологиялық мәселелер жүктеледі, олар өз кезегінде өмір сүруінің нашарлауына, отбасылық және жеке мәселелерінің пайда болуына себеп болады. Басқа түскен қиындықтарды көтере алмай, дамуында бұзылыстары бар бала отбасы өз-өзімен оңашаланып, өмірдің мәнін жоғалтып алуы мүмкін.

Бұндай балаға қолдау көрсетуге байланысты жүктемелер (эмоционалдық, табиғи, психологиялық) отбасы мүшелерінің арасында біркелкі бөлінбейді. Кеннет Терсельсен отбасында қалыптаса-тын кәдуілгі жағдайды сипаттайтын «еліктірудің үш деңгейі» тұжырым-дамасын жасады. Отбасы мүгедек баланың айналасына бірігіп, қамқорлық көрсету дәрежесі мен сипатына қарай үш топқа (топшаларға) бөлінеді [26].

Әрекеттестіктің эмоционалдық жағы туралы ата-аналар ұғымының ерекшеліктерін мазмұнды блоктар (топтамалар) бойынша қарастырдық. Бірінші топтама – сезімталдық, ұғыну, әрекеттес серіктесінің эмоционалдық жағдайын түсіну ерекшеліктерін камтиды және баланың жағдайын қабылдап, осы жағдай себептерін түсіну, сонымен қатар бірге мазасыздану қабілеті тәрізді сипаттамалар тән. Алынған мәліметтер талдауы, ата-аналар өз баласының эмоционалдық жағдайын жеңіл анықтайтынын көрсетеді. Бала жағдайының себебін түсіну және ата-аналарда бірге мазасыздану тәрізді мұндай сипаттама көрсеткіштері орта мәннен жоғары. Бұдан туындайтыны, ата-аналар баланың эмоционалдық жағдайына сезімтал, түрлі эмоционалдық қобалжу себептерін түсініп, өз баласымен бірге уайымдайды.

Екінші мазмұнды топтама (эмоционалдық қабылдау) үлкен адамдардың баланың осы немесе басқа жағдайына әсер ету сипатын көрсетеді және келесі сипаттамалардың көмегімен анықталады: үлкен адамдардың баламен әрекеттесуінде пайда болатын сезім; сөзсіз қабылдау; өзіне ата-ана ретінде қарым-қатынас жасау; әрекеттестіктің басым эмоционалдық фоны. Жоғарыда көрсетілген барлық сипаттамалардың орта мәнінен жоғары көрсеткіштері бар. Бұл мектеп жасына дейінгі балалардың ата-аналармен әрекеттесуі жақсы сезімдермен сипатталып, эмпатияның, қолайлы эмоционалдық фонның болуын, баланы қабылдау және ата-анасы ретінде өзіне оңтайлы қарым-қатынас жасауын айғақтайды.

Мінез-құлық таныту (үшінші топтама), әрекеттестіктің эмоционалдық жақтарының интегративті сипаты болып табылатын, денелік контактіге ұмтылу көрсетілген; эмоционалдық қолдау көрсету; әрекеттесуді құру барысында бала жағдайына бағытталу; оның жағдайына әсер ету ептілігі. Көрсеткіштер мәліметінен анасы өзінің денелік контактіге ұмтылуын бәрінен жоғары бағалайды, баламен қарым-қатынас жасауда жақсы сезімде болады, онымен тығыз контактіде болуға тырысады. Олар баласының ерекшеліктерін жақсы біледі, оның жағдайын анықтай алады, оның сезімін түсінеді. Алайда төмен мәндегі көрсеткіштерге ие болған біршама сипаттамалардың бейнесі айтарлықтай сәтті емес. Мысалы, баланың эмоционалдық жағдайын жоғары дамыған мүмкіндікпен анықтау жөніндегі аналардың ұғымы аясында, олардың бейімделуінің төменгі дәрежесі елендетеді, әрекеттестікті құру барысындағы бұл күй – шкала бойын-

ша көрсеткіш ең төменгі мәнге ие болды. Баланың жағдайын жақсы түсіне отырып, ата-аналар оларды әрдайым ескермей, көбінесе өзінің жағдайына, көңіл-күйіне және талабына бейімделетінін болжауға болады. Бәлкім, бұл тәрбие беру ойымен туындайтын болғаны, ата-аналар әсіресе баланың жас және жеке ерекшеліктерін жете бағалай бермейді. Ата-аналарда төменгі көрсеткіштер сондай-ақ, эмоционалдық орта, эмпатия және баланың жағдайына әсер ету ептілігі тәрізді шкалаларда байқалады. Бұдан туындайтыны, баланың сезімін әрдайым түсініп, ортақтаса алмағандықтан, ата-аналар балалар қиындықтарына сирек көңіл білдіреді, оларды шешу қажеттігін байқамай, көмектесе де алмайды. Олар өздерін, баланың жағдайын жақсы түсінетіндей, жеткілікті білікті, бірақ оларға әсер ете алмайтындай сезінеді.

Осылайша, баланың жағдайын түсінудегі өзінің мүмкіндігін жоғары бағалай отырып (ең жоғарғы-максималды балл), ата-аналар әрекеттесу барысындағы баланың жай-күйіне бағыттала алмайды (ең төменгі-минималды балл). Тұтас алғанда, қатардағы әрекеттесудің қолайлы болғаны – жақсы эмоционалдық ортаны дәлелдейді. Алайда, баланы әсер ету нысаны ретінде емес, яғни, оны тең құқылы әрекеттесу серіктесі ретінде қабылдамай, оны жеке жоспарлары мен өз көңіл-күйіне бағындыру қарқыны байқалады. Сонымен бірге баланың эмоционалдық жағдайын елемеу, ата-аналардың бұл күйді анықтаудағы қиындығын сезінумен емес, өзінің тәрбие беру қызметін іске асырудың қажеттігіне көз жеткізу әсерінен болады.

Жоғарыда айтылғандарды қорытындылай келе, әрекеттесудегі жетекші рөлді ересек адам атқаратынын атап өтеміз, ол оны мақсатты ұйымдастырып, нақты мақсатқа бойұсына отырып, бағыттайды. Үлкен адамдар баланың жағдайын түсінумен қатар, оның себебін анықтай алатын ептілігі бар, алайда ата-аналар әрекеттесу барысында, бұл жағдайға соншалықты қажетті деңгейде көңіл бөліп бағыттала алмайды.

Осылайша, ата-аналар баламен әрекеттесу барысында, оларға эмоционалдық қолдау көрсетуге анағұрлым онша бейімделмеген.

Зерттеу үрдісінде алынған мәліметтерге сәйкес, ата-аналар баланың эмоционалдық жағдайын сезініп, баланың эмоционалдық күйзеліс себептерін түсініп және оған қобалжитындығын айтуға болады. Ата-аналардың мектеп жасына дейінгі балалармен әрекеттесуі жақсы сезіммен, эмпатияның бар болуымен, қолайлы эмоционалдық

ортамен, баланы қабылдаумен және өзіне ата-анасы ретінде оңтайлы қарым-қатынас жасауымен сипатталады. Ата-аналар өзінің денелік контактіге ұмтылуын бәрінен жоғары бағалайды, баламен қарым-қатынас жасауда жақсы сезімде болады, онымен тығыз контактіде болуға тырысады. Олар баласының ерекшеліктерін жақсы біледі, оның жағдайын анықтай алады, оның сезімін түсінеді. Баланың эмоционалдық жағдайын ата-аналардың ескермеуі, өзінің жағдайы, көңіл-күйі және талаптарына көбірек бағытталуы келеңсіз сәттері болып табылады. Баланың сезімін әрдайым түсініп, ортақтаса алмағандықтан, ата-аналар балалар мәселесіне аз көңіл бөледі, оларды шешу қажеттігін байқамай, көмектесе де алмайтын жағдайлар кездеседі.

Отбасы мәселелерін зерттеу әдістері – әлеуметтік-психологиялық, психологиялық-педагогикалық және жеке психологиялық диагностикалау жүргізудің дәстүрлі түрлері – бақылау, әңгімелесу, сауалнама, тест-сұрақтар, нұсқаулық әдістер.

Ата-аналармен және олардың орнындағы тұлғалармен диагностикалық жұмыс жүргізу барысында, «менімен бәрі ойдағыдай», «мәселе менде емес, менің баламда» деген екпінмен, олар көбінесе диагностика фактісінің өзіне қарсы тұратынын есте ұстаған жөн. Сол себепті жеке диагностикалық жұмысты бастаудан бұрын, ата-анамен психологиялық қарым-қатынасты орнатып, мәселені бірігіп шешуді қалыптастыру, баланың дамуына тиімді жағдайларды іздестіру қажет.

Қазіргі таңда мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау – отбасымен жүргізілетін іс-шаралардың жаңа бір формасы, сол себепті әдіснамалық негіздері мен нормативтік базалары әлі де болса жетілдіруді қажет етеді. Ерекше білім беруге қажеттілігі бар балалар отбасын қолдау ұзақ мерзімді көмек түріне жатады. Аталған қызмет біріншіден, кешенді (қызмет түрлері: психологиялық, педагогикалық, құқықтық және т.б.) екіншіден, транстәртіптік (қолдауды бірлескен жұмыс нәтижесі деп түсінетін, бірыңғай концепцияны ұстанатын кәсіби мамандардың қатысуымен) түрде жүргізілуі қажет. Осы қызметтің ең маңызды тетігі отбасы «ресурсына сүйену» болып табылады. Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау қызметі, белгілі уақыт шеңберін қажет ететін, *алғашқы, негізгі және қорытынды* кезеңдерін қамтиды.

6 кесте. Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау кезеңдері

Қолдау кезеңдері	Міндеттері	Технологиясы
I. Алғашқы кезең	1.1. Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларын анықтау.	Ақпараттандыру, алдын-ала кеңес беру, оның ішінде телефон арқылы.
II. Негізгі кезең	2.1. Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балаларды тәрбиелеп отырған отбасына алғашқы кеңес ұйымдастырып өткізу.	Отбасылық қажеттілікті (кеңес берудің бірінші кезеңінде) анықтау. Өңгімелесу (қажет болған жағдайда үйлеріне бару), отбасылық желілік әлеуметтік карталарын толтыру.
	2.2. Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың дамуын бағалауды (бастапқы кеңес берудің екінші кезеңі) есепке ала отырып, ұйымдастыру.	Ата-ананың қатысуымен баланың жасын, оның іс әрекетін ескере отырып, жедел диагностикалау негізінде баланы психологиялық-педагогикалық зерттеу.
	2.3. Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың	
	отбасын қолдау бағдарламасын (бастапқы кеңестің үшінші кезеңі) құрастыру.	Отбасы мен баланы қолдау бағдарламасын құрастыруда ата-аналармен мамандардың серіктестігі.
	2.4. Жеке қолдау бағдарламалары бойынша отбасы және баламен жұмыс: - отбасында мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың дамуы үшін қолайлы жағдай жасауға жәрдемдесу; - баланың дамуындағы мәселелерге ата-аналардың жағымсыз мән беруінің алдын алу, қиын жағдайларды еңсеру; - психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету; - әлеуметтік және құқықтық мәселелер бойынша кеңес беру; - ауытқулар мен баланың мінез-құлқын түзету әдістерін үйрету, ата-ананың құзыреттілігін арттыру; - мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың оқыту мен тәрбиелеуді дамытуға көмек көрсету, ауытқуларды түзету; - мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балаларды тәрбиелейтін отбасы үшін әлеуметтік және қолдау желісін ұйымдастыруға көмек көрсету.	Әлеуметтік-психологиялық және педагогикалық тексеру. Ата-анаға арналған түсінікті форматта дайындалған психологиялық тренингтер, ақпараттық-тәжірибелік семинарлар, түзету және емдік технологиялар, кеңес беру.

	2.5.Отбасын қолдау бағдарламасы аясында мектеп жасына дейінгі дизартриясы барбалалар үшін жеке оңалту (жеке оқу жоспары) бағыттарын жүзеге асыру.	Қысқа мерзімге бару, бейімдеу және қолдау және т.б. топтарына барып баланың қатысуы. Жеке және топтық оқу іс-әрекетін ұйымдастыру және өткізу.
	2.6. Отбасын қолдау жүйесінің тиімділігі туралы кері байланыс орнату. Балалы отбасын басқа бағдарламаларға көшуге дайындау.	Бағдарламалар мониторингі, ата-аналармен әңгіме, сұхбат құру, сарапшы мамандардың қызметін қадағалау.
III. Қорытынды кезең	Мектеп жасына дейінгі дизартриясы барбалалы отбасын мекеменің шегінде немесе өзге ұйымдардағы басқа жеке оңалту бағдарламаларға (білім беру, әлеуметтік, оңалту және т.б.) көшу барысында қолдау.	Отбасы тұрғылықты жері бойынша мекемені таңдауда көмек көрсету. Отбасын қолдау қызметі мамандарының және таңдалған мекеме мамандарының өзара әрекеттестігі (байланысы).
	3.2. Мектеп жасына дейінгі дизартриясы барбалалар мен отбасын қолдау бағдарламасының қорытынды кезеңін бағалау. Қолдау көрсету бағдарламасының аяқталуы.	Бағдарламалар мониторингі, ата-аналармен әңгіме, сұхбат құру, сарапшы мамандардың қызметін қадағалау.

Ата-аналармен жүргізілетін жұмыстың түрлері

Бала мен отбасы мүшелеріне психологиялық-педагогикалық және әлеуметтік көмек көрсету, ерекше білім беруге қажеттілігі бар баланы адекватты дамытуға жағдай жасау үшін отбасымен жүргізілетін жұмыстар:

- Отбасын мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар баланың пайда болуына бейімдеу;
- Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалы отбасыларға психологиялық қолдау көрсету;
- Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар баланы дамыту сұрақтары бойынша ата-аналарға кеңес беру;
- Қажетті қызмет, көмекпен қамтамасыз ететін мемлекеттік және қоғамдық қызмет көрсету ұйымдарымен және әлеуметтік, құқықтық кепілдіктер туралы ата-аналарды ақпараттандыру;
- 0 7 жасқа дейінгі балалардың дамуын көпсалалы бағалау;
- А) баланың проблемалары мен қажеттіліктерін анықтау;
- Ә) қолдаудың жеке бағдарламаларын құрастыру.

- Құрылған қолдаудың жеке бағдарламасына сәйкес, бала мен отбасын көпсалалы қызметпен қамтамасыз ету;
- Құрылған қызмет аясында қолдаудың жеке бағдарламасы аяқталғаннан кейін, баланың басқа да жүйелі қызметтерге өтуін қамтамасыз етуге дайындау.

Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар бала мен отбасын оңалту шаралары

Отбасылық топтармен жұмыстың басты мақсаты - отбасын психологиялық-медициналық-педагогикалық қолдау, сондай-ақ баланың дамуын түзету жұмыстарын ерте ұйымдастыру болып табылады.

Міндеттері:

1) *балаға қатысты:*

- психологиялық-педагогикалық қолдау көрсету;
- дамуында қиындықтарды жеңудегі көмек: мінез-құлық біліктілігі мен дағдыларын компенсаторлы (орын алмастырушы) үйрету;
- баланы білім беру және әлеуметтік қоршаған ортаға барынша бейімдеу;

2) *ата-анаға қатысты:*

- психологиялық-әлеуметтік көмек (ата-анаға бала дамуындағы бұзылуларды түсініп, қабылдауда, баласына қатысты дәрменсіздікті еңсеруде көмек көрсету);
- отбасы мен өзге де қызметтер арасында делдалдық көрсету;
- баланың болашақ өмірін қалыптастыру мақсатында өмір сүру жағдайларын және білім алу түрлерін таңдауда көмек көрсету;
- қарым-қатынас жасау қабілетін және өз бетімен дамуын ынталандыру.

Мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар бала және оның отбасымен жүргізілетін оңалту жұмыстарының бағыттары

Анықтаушы (диагностикалау) бағыт. Бұл бағыттан кейін, әр балаға одан әрі білім беру бағыты нақтыланады, әзірленеді.

Түзетуші бағыт. Бұл бағыттың мақсаты - дамуында ауытқуы бар балаларға көмек көрсету, сондай-ақ олардың ата-аналарына психологиялық-педагогикалық көмек беру.

Кеңес беруші бағыт. Кеңес беру көмегі жеке кеңес беру жүйесі арқылы жүзеге асырылады.

Ақпараттық бағыт.

Бұл бағыттың шеңберінде ата-аналарға арналған семинарлар, дөңгелек үстелдер, шеберлік сыныптары, дәрістер өтеді, бұқаралық ақпарат құралдарында хабарламалар жарияланады (жергілікті теледидардан бағдарламалар беру, жергілікті газеттерде мақалалар жариялау), ата-аналар, педагогтер мен психологтер үшін буклеттер мен брошюралар шығарылады.

Дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау өзіне баланы табысты оқыту мен тәрбиелеу үшін, арнайы жағдайлар құруға бағытталады, түрлі бағыттағы кәсіби мамандардың қызметтік жүйесін, отбасымен тығыз тұлғааралық қатынас арқылы, сөйлеу бұзылыстарын түзетуді қамтиды. Қолдаудың негізгі қағидалары мыналар болып табылады: қолдау көрсетушіге (отбасы) берілетін кеңестердің ұсынымдық сипаты (шешім қабылдау үшін жауапкершілік); жұмысты жүргізудің жүйелілігі; оның мақсатты жоспарлануы; түпкі мақсатқа бағдарлануы; дизартриясы бар балалардың ата-анасын әлеуметтік-психологиялық есепке алу және олардың өзара қарым-қатынасында туындайтын мәселелерді шешу, түзету.

Бұл деректер мектепке дейінгі түзеу мекемелеріндегі мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалар мен олардың отбасын қолдау жұмыстарын ұйымдастыруды шарттайды.

ҚОРЫТЫНДЫ

Мәселенің өзектілігі қазақ тілінде оқитын ерекше білім беруге қажеттілігі бар балаларға арнайы білім беру саласында жүргізілген шетелдік және отандық зерттеулердің нәтижелеріне сәйкес, қазіргі уақытта сөйлеу тілінде бұзылыстары бар балалар санының артып келе жатқанын көрсетуде. Сонымен қоса балалар арасында сөйлеу тілінің ауыр бұзылыстары: яғни барлық деңгейлерде сөйлеу тілінің жалпы дамымауы, соның ішінде - мектеп жасына дейінгі балалардың дизартриясы бар балалар саны ұлғаюда. Дизартриясы бар балалардың клиникалық, психологиялық және логопедиялық зерттеу осы балалардың психикалық, қимыл және сөйлеу бұзылыстары тұрғысынан әртүрлі екенін көрсетеді.

Сөйлеу тілінің пайда болуы мен дамуы адам баласының барлық психикалық үдерістері және қызметтерінің дамуымен байланысты көп қырлы құбылыс. Қазіргі қазақ балаларының ана тілінде сөйлеуі және тілінің жетік болуы көптеген мәселелерге байланысты екені бәрімізге мәлім. Соңғы жылдары бүкіл әлемде мүмкіндіктері шектеулі балалар мен олардың ата-аналарына ертеден психологиялық-педагогикалық көмек көрсетудің жаңа ұйымдастырылған түрлері мен бағдарламаларын іздестіруге бағытталған ғылыми зерттеулерді жүргізуге көп көңіл бөлінуде. Балаға жеке бағдарламалар психологиялық-педагогикалық көмек көрсету, жүзеге асыру, әзірлеумен айналысатын педагогтар мен арнайы мамандардың қызметін үйлестіруді көздейді және бір тәртіпке бағынатын команда құрайды. Мұндай ынтымақтастықтың барысында, психологиялық-педагогикалық көмек көрсетудің мазмұны, оның ұзақтығы мен нысаны бірге анықталады. Ата-аналардың және қызметкерлердің қызметінің бірлескен жұмысын еңсеру бойынша балада туындайтын қиындықтарды жеңу міндеттері келісіледі. Сөйлеу тілінде бұзылыстары бар мектепке дейінгі жастағы балалармен олардың отбасын қолдау жұмыстарының жетістіктері көбіне педагогикалық ұжым және тәрбиеленуші отбасының жұмыстарының жүйеленгендігіне (реттелгендігіне) тәуелді екендігін көрсетеді. Келешекте мектеп жасына дейінгі дизартриясы бар балалардың отбасыларын психологиялық-педагогикалық қолдау моделі мектепке дейінгі білім беру мекемесі мен отбасы арасында ынтымақтастықты ұйымдастыру, дизартрия түрлеріне байланысты түзету үрдісінде баланың микроәлеуметтік ортасын қалыптастыруға мүмкіндік береді.

ПАЙДАЛАНЫЛҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ

- 1) Справка по статистическому учету детей с особыми образовательными потребностями в Республике Казахстан на 01.01.2016 г.
- 2) Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2015 году: стат. сб. // Астана: МЗСР РК, 2016. - С.62.
- 3) Веб-сайт ([//informburo.kz](http://informburo.kz)).
- 4) Галым А.Г., Достоева Б.С. и др. Анализ заболеваемости и профилактика детского церебрального паралича // Вестник КазНМУ/специализированный выпуск. – 2012.- октябрь.- С. 12-14.
- 5) Веб-сайт www.azattyq.org
- 6) Государев Н.А. Специальная психология. – М.: Ось – 89, 2008. – 288 с.
- 7) Бадалян Л.О. Руководство по неврологии раннего детского возраста. - Киев. - 1980.
- 8) Ляпидевский С.С. Невропатология. М.: ВЛАДОС, 2000.- 325с.
- 9) Детский церебральный паралич: хрестоматия/ сост. Л.М. Шипицина, И.И. Мамайчук. – СПб, 2003. – 562 с.
- 10) Бадалян Л.О., Журба Т.Л, Тимонина О.В. Детский церебральный паралич. – Киев: Здоровье, 1988.
- 11) ru.wikipedia.org/wiki/.
- 12) Международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем, 10 пересмотр. – Женева: ВОЗ, 1994.
- 13) Семёнова К.А. Лечение двигательных расстройств при детском церебральном параличе. - М., 1979.
- 14) Физическая реабилитация инвалидов с поражением опорно-двигательной системы.-М., 2010. -Ч.2. - Гл.4.-С. 247-250.
- 15) Мартынова Р.И. Основные формы расстройств речи у детей (дислалии и дизартрии) в сравнительном плане с позиции комплексного подхода.-М.: Просвещение, 2003.-154с.
- 16) Мастюкова Е.М. , Ипполитова М.В. Нарушения речи у детей с церебральным параличом. М. -1985.-с. 135.
- 17) сайт www.dcp.com.ua //Все про ДЦП

- 18) Винарская Е.Н., Пулатов А.М. Дизартрия и ее топико-диагностическое значение в клинике очаговых поражений мозга.- Ташкент, 1973.
- 19) Анатомия человека: в 2 т./под ред. М. Р. Сапина. – М.: Медицина, 2001.- 216с.
- 20) Ерсарина А.К., Айтжанова Р.К. Диагностика нарушений психофизического развития у детей: справочно-метод. рук-во для специалистов ПМПК. – Алматы: ННПЦКП,2010.- Ч.3. - 352 с.
- 21) Ерментаева А.Р. Жоғары мектеп психологиясы: оқулық – Алматы: ЖШС РПБК «Дәуір», 2012. – 492б.
- 22) Өмірбекова Қ.Қ., Төлебиева Г.Н. Дизартрия: оқу құралы. – Алматы, 2010.- 192б.
- 23) Зайцев Д.В. Социальная интеграция детей-инвалидов в современной России. - Саратов: Научная книга, 2003. - 255 с.
- 24) Шаповал И.А. Специальная психология: учебное пособие. – М.: ТЦ Сфера, 2005. – 224с.
- 25) Шипицына Л.И. Психолого-пед. медико-социальное сопровождение развития ребенка. - СПб., 1998. –С.11-14.
- 26) Мамайчук И.И. Психологическая помощь детям с проблемами в развитии . - СПб.: Речь, 2001. - 220 с.

Айтжанова Р.К.
ДИЗАРТРИЯСЫ БАР МЕКТЕП ЖАСЫНА ДЕЙІНГІ БАЛАЛАРМЕН
ЖҮРГІЗІЛЕТІН ТҮЗЕТУ-ПЕДАГОГИКАЛЫҚ ЖҰМЫСЫНЫҢ
ТЕХНОЛОГИЯСЫ

ӘДІСТЕМЕЛІК НҮСҚАУЛЫҚ

1 бөлім

Редактор Р. Айтжанова.
Технический редактор Д. Токтарбекова.
Компьютерная верстка А. Кабанбаев.

Формат 60x84\16. Бумага офсетная. Усл. печ. л. 3,25.

ННПЦ КП 050008, г. Алматы, ул. Байзакова 273 А,
тел\факс 394-45-17, 394-45-07.