



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
ТҰҢҒЫШ ПРЕЗИДЕНТІ - ЕЛБАСЫНЫҢ ҚОРЫ

«ҒЫЛЫМ ЖӘНЕ БІЛІМ – 2017»

студенттер мен жас ғалымдардың
XII Халықаралық ғылыми конференциясының
БАЯНДАМАЛАР ЖИНАҒЫ

СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ

XII Международной научной конференции
студентов и молодых ученых
«НАУКА И ОБРАЗОВАНИЕ – 2017»

PROCEEDINGS

of the XII International Scientific Conference
for students and young scholars
«SCIENCE AND EDUCATION - 2017»



14th April 2017, Astana



**ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ БІЛІМ ЖӘНЕ ҒЫЛЫМ МИНИСТРЛІГІ
Л.Н. ГУМИЛЕВ АТЫНДАҒЫ ЕУРАЗИЯ ҰЛТТЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ**

**«Ғылым және білім - 2017»
студенттер мен жас ғалымдардың
XII Халықаралық ғылыми конференциясының
БАЯНДАМАЛАР ЖИНАҒЫ**

**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
XII Международной научной конференции
студентов и молодых ученых
«Наука и образование - 2017»**

**PROCEEDINGS
of the XII International Scientific Conference
for students and young scholars
«Science and education - 2017»**

2017 жыл 14 сәуір

Астана

УДК 378

ББК 74.58

Ғ 96

Ғ 96

«Ғылым және білім – 2017» студенттер мен жас ғалымдардың XII Халықаралық ғылыми конференциясы = The XII International Scientific Conference for students and young scholars «Science and education - 2017» = XII Международная научная конференция студентов и молодых ученых «Наука и образование - 2017». – Астана: <http://www.eni.kz/ru/nauka/nauka-i-obrazovanie/>, 2017. – 7466 стр. (қазақша, орысша, ағылшынша).

ISBN 978-9965-31-827-6

Жинаққа студенттердің, магистранттардың, докторанттардың және жас ғалымдардың жаратылыстану-техникалық және гуманитарлық ғылымдардың өзекті мәселелері бойынша баяндамалары енгізілген.

The proceedings are the papers of students, undergraduates, doctoral students and young researchers on topical issues of natural and technical sciences and humanities.

В сборник вошли доклады студентов, магистрантов, докторантов и молодых ученых по актуальным вопросам естественно-технических и гуманитарных наук.

УДК 378

ББК 74.58

ISBN 978-9965-31-827-6

©Л.Н. Гумилев атындағы Еуразия
ұлттық университеті, 2017

характер, рассматриваются как средство решения социальных, психологических, педагогических проблем в конкретном случае с конкретным клиентом.

Потребности развития современного казахстанского общества выдвигают перед высшими учебными заведениями требования подготовки высококвалифицированных специалистов, инициативных, предприимчивых, готовых к позитивным преобразованиям социальной среды, способных к управлению на разных уровнях и в разных сферах. В значительной степени решению этой задачи способствует деятельность различных органов студенческого самоуправления, которые способны охватить большой поток студентов и привлечь их внимание к ведению активного образа жизни с участием в общественной деятельности университета. Быть активным, рационально использовать свое время, участвовать во всех мероприятиях и развиваться – одна из главных составляющих становления активной сильной молодежи, будущего нашей страны.

Список использованных источников

- 1 Рубина Л. Я. Социальный облик студенчества 90-х гг. / Л. Я. Рубина, Ю. Р. Вишневский // Социологические исследования. – 2007. – № 10. – С. 56 – 69.
- 2 Жуков В. И. Высшая школа России : исторические и современные сюжеты / В. И. Жуков. – М. : Академия, 2010. – 517 с.

УДК 364.04

ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ С БОЛЬНЫМИ ДЦП

Асет Лейла Ерсултанқызы

le_i_la_96@mail.ru

Студент 3 курса специальности «Социальная работа» ЕНУ им. Л.Н.Гумилева,
Астана, Казахстан

Научный руководитель - Кудабеков М.М.

ДЦП – достаточно сложное заболевание, которое формируется в детском возрасте и нередко остается с человеком на всю жизнь, делая его инвалидом, лицом с ограниченными возможностями. В настоящее время, по оценкам ООН, инвалиды в мире составляют 10% численности населения, и это является фактором этических, социальных и экономических проблем, которые современное общество пытается решить [1]. При этом, в 60% случаев детская неврологическая инвалидность зависима от патологии перинатального периода, и около 24% в этой сфере – это больные детским церебральным параличом (ДЦП) разных стадий (типов) [2]. Важно отметить, что ведущие зарубежные авторы описывают статистически (в среднем в мире) заболеваемость ДЦП в пределах 2,9–5 (в среднем 2,5) на 1000 детей [3]. Такая проблема имеется и в Республике Казахстан, поэтому работа социальных работников с больными ДЦП, помимо работы врачей, направленной на их излечение, реабилитацию – важное направление социальной работы. Наибольшая актуальность данной проблемы проявилась в последние десятилетия, поскольку это заболевание это стало встречаться значительно чаще.

Вообще, ДЦП – сложное заболевание центральной нервной системы, которое ведет и к двигательным нарушениям, и вызывает задержку или патологию умственного развития, речевую недостаточность, нарушение зрения, слуха. Также и тяжесть инвалидизации у 20-35% больных очень значительна – они не могут обслуживать себя, передвигаться, становятся необучаемыми [4]. Медики в настоящее время разработали около 20 классификаций ДЦП, где выделяются формы этого заболевания по этиологическому, топографическому принципу, качественному нарушению мышечного тонуса. Еще в 1973 г. Министерство здравоохранения СССР рекомендовало рабочую классификацию ДЦП, которую разработала К.А. Семеновой.

Классификация К.А. Семеновой основывается на характере психических, речевых и двигательных расстройств, насчитывая пять основных клинических форм ДЦП:

- спастическую диплегию;
- двойную гемиплегию;
- гиперкинетическую форму;
- атонически-астатическую форму
- гемиплегическую (гемипаретическую) форму [5].

Полностью характеристика симптомов для каждого из типа, характеристика изменений в образе жизни, личности больного ДЦП (сначала ребенка, а потом и взрослого человека) представлены в таблице 1.

В мировой практике имеется еще одна классификация типов ДЦП, и к ним относятся спастический, атетодный и атактический типы, а также сочетательный тип (это классификация по МКБ-10) [6]

Также К.А. Семеновой выделяются три стадии течения детского церебрального паралича: начальная, ранняя резидуальная и поздняя резидуальная с двумя степенями по тяжести течения [5], при том что дети с конечной стадии ДЦП II степени, как правило, являются некурабельными (неизлечимы). Собственно, первая стадия ДЦП начинается сразу после рождения или в период новорожденности, вторая стадия ДЦП – это ранняя резидуальная стадия, которая обычно выявляется в 4-5-месячном возрасте, продолжаясь до возраста 2-3 лет, а в тяжелых она может перейти и в третью стадию (позднюю резидуальную) намного раньше (в 6-8 мес). На третьей стадии происходит окончательное формирование патологического двигательного стереотипа, контрактуры и деформации на основе неврологических синдромов, которые развернулись в период первых двух стадий заболевания (еще у очень маленького ребенка) [5]. То есть, как видно, стадии заболевания протекают достаточно быстро и в детском возрасте, из-за чего лечение, реабилитация здесь являются крайне проблематичными вопросами.

Система комплексной реабилитации психических расстройств, которыми сопровождается ДЦП, включает медицинскую, психолого-педагогическую и социальную реабилитацию. Эти направления подразумевают проведение мероприятий, которые ориентированы на формирование психических функций и способностей. Все это должно позволить ребенку усвоить и выполнять различные социальные роли, пройти социализацию – адаптацию в обществе. Они направлены на восстановление медицинских и психологических механизмов социальной интеграции [7].

Роль семьи в социальной адаптации детей, больных ДЦП, очень велика. Действительно, задачей родителей является помощь ребенку в сложных условиях болезни в раскрытии всего заложенного в него природой потенциала развития, формирование компенсаторных возможностей, подготовка к школе, максимальное приспособление к пребыванию в детском коллективе, а в перспективе и к самостоятельной жизни. Семья, родители являются основным источником, из которого черпают силы и энергию больные дети, они дают ребенку предпосылки осмысления и самостоятельного применения в дальнейшем человеческих достижений и навыков. Однако, не всегда помощь ребенку, его психолого-педагогическая коррекция в семье, социальная адаптация в рамках семьи эффективна, и поэтому требуется помощь социальных педагогов, психологов, которые специализируются на помощи детям с такими заболеваниями, как амбулаторно, так и в специальных учреждениях стационарного типа (включая лечебные профилактории, больницы и т.п. – в зависимости от типа заболевания и сложности).

Разумеется, помимо лечения ДЦП важным вопросом является социальная адаптация больных, прежде всего, детей, которые больны ДЦП той или иной формы. Социальная адаптация больных ДЦП – это составная часть реабилитации. Она состоит из воспитательных, общеобразовательных мероприятий, трудовой ориентации и трудоустройства больных ДЦП. Ее основа – в формировании личности, обучении самообслуживанию, выработке трудовых навыков. Социальная адаптация больных ДЦП

берет начало в специализированных лечебно-профилактических детских учреждениях. Наиболее трудоемкую и упорную работу по социальной адаптации больных ДЦП также проводят специализированные школы-интернаты, трудовые мастерские психиатрических больниц и диспансеров. Один из важных компонентов социальной адаптации больных ДЦП – логопедическая (речевая), учебно-педагогическая и воспитательная работа.

Речевая терапия больных ДЦП стала все больше используемой в практике лечения детей с ДЦП, и здесь внедряются разные методы. При этом, Е.М. Мастюковой отмечается, что для правильного развития речи ребенка большое значение имеет еще доречевой период, где значительная роль связана с работой подкорково-стволовых отделов мозга [8]. Важнейший принцип речевой терапии – в ее раннем начале, в первых месяцах жизни ребенка, в интенсивном проведении этой терапии в первых годах жизни; ребенка. При этом, основная цель речевой терапии исходить должна из аспекта социальной адаптации ребенка, больного ДЦП. Логопедическую работу следует проводить в тесном контакте с психоневрологами, педиатрами, методистами ЛФК, а также и родителями ребенка. Логопедическая работа – составной комплекс в общих лечебных мероприятиях, она продолжает и закрепляет результаты лечебной работы. Ее эффективность зависит от того, насколько логопед способен к правильной организации не только индивидуальных занятий в кабинете, но и воспитания и развития доречевой и речевой активности во все режимные моменты. При этом, раннюю логопедическую работу следует сделать составной частью общей комплексной работы с детьми, которые страдают ДЦП.

Учебно-педагогической и воспитательной работе также отводится важное значение в социальной адаптации больных ДЦП. Так, основная цель воспитательной работы – в формировании личности ребенка, его социализации в коллективе, в том числе, привитием ему навыков коллективных взаимоотношений, посредством его обучения самообслуживанию, воспитанию самостоятельных действий, эстетического воспитания. В последние годы все большее внимание в общем комплексе мероприятий по реабилитации больных ДЦП уделяется игровой деятельности, которая также является элементом социальной адаптации. Игровая деятельность способствует созданию у детей хорошего настроения, активности поведения, совершенствованию движения и речи, развитию их памяти и мышления. Игры детей дошкольного возраста, которые больны ДЦП, стимулируют их к самостоятельности, создают эмоциональную заинтересованность.

Трудотерапия также играет немалую роль в общем комплексе реабилитации больных ДЦП. При этом, при лечении больных ДЦП многие специализированные учреждения успешно применяют, в основном, ручной труд. С помощью этого вида труда развиваются двигательные навыки верхних конечностей больных (этому способствуют, в частности столярные работы, шитье и др.). Большое значение придается также правильному положению нижних конечностей в процессе выполнения ручных работ, а также в процессе обучении письму. В трудотерапии как методе социальной реабилитации важное значение играет квалификация педагога, а также его личные качества, то, насколько он умеет найти подход к каждому больному, как он способен заинтересовать работой больного. Один из ведущих принципов в трудотерапии заключается в определении единых требований к трудовому воспитанию ребенка, а также последовательность и постепенность процесса обучения, учет индивидуальных особенностей каждого больного ребенка. Дети, имеющие среднюю и тяжелую степень нарушения движений, должны обучаться навыкам самообслуживания в доступных для них пределах: держать хлеб, ложку, застегивать и расстегивать пуговицы, кнопки, одеваться, раздеваться самим или хотя бы с тренировкой на куклах и т.д. Важная ступень обучения в трудотерапии – подготовка к ручному труду (например, работа с кубиками, мозаикой, пластилином и др.).

Одним из возможных направлений трудотерапии является «арт-терапия», то есть, терапия искусством. Её цель заключается в гармонизации развития личности посредством развития способностей самовыражения и самопознания. Представители психоанализа считают, что важнейшая техника арттерапевтического воздействия – это техника активного

воображения, которая направлена на то, чтобы сталкивать «лицом к лицу» сознательное и бессознательное, примирение их друг с другом через аффективное взаимодействие. Представители гуманистического направления считают, что коррекционные возможности арт-терапии связаны с представлением для ребёнка практически неограниченных возможностей самовыражения и самореализации в творчестве, в утверждении в связи с этим своего «Я» и его познании [9].

В целом же, реабилитацию детей-инвалидов необходимо начинать на самых ранних стадиях болезни, осуществлять ее требуется непрерывно, вплоть до достижения максимального восстановления или компенсации нарушенных функций. Индивидуальные комплексные программы реабилитации детей-инвалидов включать не только основные аспекты реабилитации (к которым относятся медицинский, психологический, педагогический, социальный, социально-бытовой аспекты), но также и реабилитационные меры, с уточнением их объёма, сроков проведения и средств контроля. При работе с родителями следует учитывать разнообразие семенных стилей и стратегий, поскольку даже два супруга могут отличаться друг от друга по своим установкам и ожиданиям. Следовательно, то что имело успех в работе с одной семьёй, не всегда позволяет осуществлять успешное партнёрство с другой семьей. Также не следует ожидать от семей одинаковых униформных эмоциональных реакций или поведения, отношения к проблемам – надо быть готовым слушать, наблюдать, достигать компромиссы [10]. В том случае, когда ребёнок в состоянии принять участие в диалоге специалиста и родителей, он может рассматриваться как ещё один партнёр, мнение которого может отличается от мнений взрослых, которым может быть внезапно предложено новое решение проблем реабилитации – то есть, представления о потребностях детей могут быть расширены за счёт мнения самих детей. А успех любого партнёрства социального педагога и семьи должен быть основан на соблюдении таких принципов как взаимное уважение участников взаимодействия и равноправие партнёров, так как ни один из них не может быть назван более важным, чем другой.

Таким образом, социальная работа с детьми, больными ДЦП, связана с речевой терапией, учебно-педагогической и социальной работой, а также трудотерапией. Эти направления социальной работы с больными ДЦП помогают, насколько это возможно, скорректировать речь, двигательные процессы, получить определенные навыки, которые далее пригодятся в самостоятельной жизни. Сложным является процесс работы с детьми, страдающими тяжелыми формами ДЦП, при которых они имеют умственную отсталость, либо вовсе необучаемы. Здесь роль социального педагога заключается в помощи семье, воспитывающей такого ребенка, в оказании возможных социальных услуг, в ряде случаев – и в способствовании (вместе с медицинскими работниками) в помещении в специализированное лечебное или профилактическое учреждение.

Таблица 1 – Типы заболевания ДЦП и рекомендации для социального работника

Типы заболевания	Основные медицинские симптомы	Характеристика изменения образа жизни, поведения, социальных контактов	Психологические и личностные изменения	Рекомендации социальному работнику при взаимодействии с больными
Спастическая диплегия	Мышцы нижних и верхних конечностей в тонусе; нижние конечности	Больной не утратил все функции движения (возможность в большей мере работать	Интеллект не затронут, ребенка можно с успехом обучать.	Воспитание и адаптация, прежде всего, в рамках семьи, помощь семейных психологов,

Типы заболеваний	Основные медицинские симптомы	Характеристика изменения образа жизни, поведения, социальных контактов	Психологические и личностные изменения	Рекомендации социальному работнику при взаимодействии с больными
	поражены в большей степени; руки более активны и координируемы.	руками, передвигаться ногами сложнее, но возможно, могут быть речевые нарушения		консультации социальных педагогов
Двойная гемиплегия	Тяжелейшее расстройство рук; сильное поражение нижних конечностей; нарушения речи, слуха и т.п.	Значительные нарушения передвижения, работы руками, нарушения речи, слуха, в половине случаев – и атрофия зрительного нерва	Неспособность к обучению, невозможность координировать собственные движения	Преимущественно, лечение, максимально возможные мероприятия по адаптации и помощи в специализированных лечебных учреждениях стационарного типа
Гемиплегия	Поражение одной стороны (правой или левой), с возможностью отклонения в психическом развитии, эпилепсии	Возникают проблемы с передвижением речью	Заметное отставание в психическом развитии, задержка интеллектуального развития	Воспитание и адаптация, прежде всего, в рамках семьи, помощь семейных психологов, консультации социальных педагогов, хотя периодически возможно и лечение в учреждениях стационарного типа
Гиперкинетический тип заболевания	Непроизвольные движения конечностей, неправильная постановка ног, нарушения правильной позы позвоночника	Возникают проблемы с передвижением речью: расстройством речи по типу гиперкинетической дизартрии, вегетативными нарушениями,	Как правило, в быту больные с этой формой ДЦП зависят от окружающих, но упорны и могут приспосабливаться, используя любые внешние обстоятельства.	Воспитание и адаптация, прежде всего, в рамках семьи, помощь семейных психологов, консультации социальных педагогов

Типы заболеваний	Основные медицинские симптомы	Характеристика изменения образа жизни, поведения, социальных контактов	Психологические и личностные изменения	Рекомендации социальному работнику при взаимодействии с больными
	, медленные движения, судороги, нарушение речи.	эмоциональной лабильностью	Успешно учатся по общеобразовательным программам.	
Атонически астатическая форма	нарушение равновесия, речи, наличие глубинных умственных отклонений	Координация движений нарушена полностью; отсутствует чувство равновесия; значительные нарушения речи и возможности общения	Возможно сопутствующее заболевание – олигофрения; дефекты интеллектуального развития; нарушение речевой деятельности	Преимущественно, лечение, максимально возможные мероприятия по адаптации и помощи в специализированных лечебных учреждениях стационарного типа, хотя не исключено и амбулаторное лечение и помощь социальных педагогов и психологов на дому

Список использованных источников

1. Немкова С. А., Намазова-Баранова Л. С., Маслова О. И. Детский церебральный паралич: диагностика и коррекция когнитивных нарушений: Учебно-методическое пособие. М., 2012. 56 с.
2. Немкова С.А., Заваденко Н.Н., Намазова-Баранова Л.С. Диагностика и коррекция когнитивных расстройств у детей с церебральным параличом: Учебно-методическое пособие. М., 2011. 32 с.
3. Ito J., Araki A., Tanaka H., Tasaki T., Cho K. Intellectual status of children with cerebral palsy after elementary education. *Pediatric Rehabilitation*. 1997; 1 (4): 199–206.
5. Немкова С.А., Маслова О.И., Каркашадзе Г.А., Мамедьянов А.М. Психологические аспекты комплексной медико-социальной реабилитации детей-инвалидов с церебральным параличом // *Педиатрическая фармакология*. - 2013. - №2 / том 10. - С. 10-20.
6. Классификация форм ДЦП К.А. Семеновой [Электронный ресурс] // *PsyVision* - URL: <http://www.psyvision.ru/help/psikhologiya/33-psyvosr/290-dzpsemtnova>
7. ДЦП: стадии и лечение [Электронный ресурс] // Госпиталь Ихиллов. – URL: <https://ichilov.net/pediatrics/CerebralPalsyStagesandTreatment/>

8. Приходько О. Г. Система ранней комплексной дифференцированной коррекционно-развивающей помощи детям с церебральным параличом. Автореф. дис. ... докт. пед. наук. Москва. 2009.
9. Мاستюкова Е.М. Задержка речевого развития у детей с церебральным параличом и пути ее преодоления. Труды Ин-та полиомиелита и вирусных энцефалитов АМН СССР. М., 1971, т. 15, с. 471-473.
10. Словарь – справочник по социальной работе. М., 1997. 522 с.
11. Зубкова Т.С., Тимошина Н.В. Организация и содержание работы по социальной защите женщин, семьи и детей. М., 2004. 244 с.

УДК 331.5

ПРОБЛЕМА ТРУДОУСТРОЙСТВА БУДУЩИХ МОЛОДЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ В КАЗАХСТАНЕ

Ахметова Айя Болатовна

aiya962775@gmail.com

Шакубаева Жансая Гарипуллаевна

zhansaya.shakubaeva@mail.ru

Студенты 3 курса специальности «Социальная работа» ЕНУ им. Л.Н.Гумилева,
Астана, Казахстан

Кудабеков Медет Максutowич

k-medet@bk.ru

Магистр социальных наук, старший преподаватель кафедры социологии
ЕНУ им. Л.Н.Гумилева, Астана, Казахстан

В современном обществе особенно актуальным становится исследование современных изменений на рынке труда, влияния данных изменений на определенные категории безработных граждан, в частности, студентов высших учебных заведений. Данная социально-демографическая группа, сталкиваясь с проблемой поиска работы и трудоустройства, входит в группу риска, являясь одной из наиболее проблематичных участников казахстанского рынка труда.

Проблема безработицы интересует многих исследователей и на сегодняшний день существуют множество различных определений безработицы. Исследовав данный научный вопрос, мы пришли к выводу, что для нас близко определение безработицы Ю.В.Колесникова, так как в нем полностью отражена тема касательно нашей проблемы. По его мнению, безработица – сложное, многоаспектное социально-экономическое явление, присущее обществу с рыночной экономикой, когда часть трудоспособного населения, незанятая в производстве товаров и услуг, не может реализовывать свою рабочую силу на рынке труда из-за отсутствия подходящих рабочих мест и лишается вследствие этого заработной платы как основного источника необходимых средств к жизни [1, с. 21].

Сегодня молодежь является одной из особо уязвимых категорий, испытывающих значительные трудности при трудоустройстве. Если обратиться к данным Комитета статистики РК на 2016 год, уровень молодежной безработицы составляет 4,2% [2].

Нами было проведено исследование среди студентов 3-4 курсов Евразийского Национального университета им. Л.Н.Гумилева. Количество респондентов составило 40 человек, из них 27 женского и 13 мужского пола. Была разработана анкета и проведено исследование, результаты которой приведены ниже.