

Міністерство освіти і науки України
Карпатський національний університет імені Василя Стефаника
Факультет управління
Кафедра логопедії та інноваційних технологій в інклюзії

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти на тему
**СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У
ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИЗАРТРІЄЮ В УМОВАХ
ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ**

Виконала: студентка II курсу
групи СОЛ(I)-21м
Спеціальність: 016 Спеціальна освіта
Спеціалізація: 016.01 Логопедія
Освітня програма: “Інклюзія в освіті”
Сущенко Наталія Андріївна

Керівник: доктор педагогічних наук,
професор Джус Оксана Володимирівна

Рецензент: кандидат педагогічних наук,
доцент Калініченко Ірина
Олександрівна

Івано-Франківськ – 2025 р

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИЗАРТРІЄЮ.....	6
1.1 Характеристика дизартрії як мовленнєвого порушення в науковій літературі.....	6
1.2. Особливості розвитку мовлення дітей молодшого шкільного віку з дизартрією.....	14
1.3. Інклюзивне навчання як умова корекції мовленнєвих порушень: .сучасні підходи та методики.....	23
РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОРЕКЦІЇ ДИЗАРТРІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ.....	37
2.1 Організація та методи дослідження.....	37
2.2 Аналіз результатів діагностичного обстеження щодо порушень мовлення у дітей з дизартрією.....	42
2.3 Розробка та апробація корекційної програми з використанням сучасних підходів.....	50
2.4 Аналіз ефективності корекційної роботи та її вплив на розвиток мовлення дітей молодшого шкільного віку.....	59
ВИСНОВКИ.....	64
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	68
ДОДАТКИ.....	76

ВСТУП

Мова – найважливіша психічна функція людини. Чим багатша і правильніша мова дитини, тим легше вона висловлює свої думки, тим краще вона знає реальність, повніше будує стосунки з дітьми та дорослими. Розвиток мови є основним показником розвитку дітей та основною умовою успіху організації різноманітної дитячої діяльності.

Актуальність. В останні роки намітилася тенденція до зростання кількості дітей з порушеннями мовлення. Одним з найпоширеніших мовних порушень є дизартрія, що представляє собою синдром центрально-органічного генезу і проявляється в порушенні звукопромовної та просодичної сторін мовлення. У п'яти із семи дітей, народжених з ураженням центральної нервової системи, зустрічаються дизартричні порушення.

Методичною базою дослідження послужили наукові праці. Данілавічюте Е., Іляна В., Мартинюк З., Трофименко Л., Грибань Г., Квітка Н., Лапін А., Ярмола Н., Колупаєва А., Матвєєва О., Тороп К., Торцева М., Лепетченко М., Качуровська О., Сілявіна Ю., Пахомова Н., Грибань Г., Ільяна В.

Не дивлячись на велику кількість досліджень даної проблематики, існує необхідність комплексного теоретичного аналізу логопедичної роботи з дітьми, які мають діагноз – дизартрія саме на основі новітніх методів корекції і впровадження цих сучасних підходів у практичну діяльність логопеда.

Це зумовило вибір теми дослідження: **«Сучасні підходи до корекції мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією в умовах інклюзивного навчання»**

Мета дослідження – дослідити сучасні підходи до корекції мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією в умовах інклюзивного навчання

Об’єкт дослідження – новітні методи та технології корекції мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією в умовах інклюзивного навчання

Предмет дослідження – вплив новітніх підходів на показники мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією в умовах інклюзивного навчання.

Завдання дослідження:

- виконати характеристику дизартрії як мовленнєвого порушення в науковій літературі
- проаналізувати особливості розвитку мовлення дітей молодшого шкільного віку з дизартрією
- визначити особливості інклюзивного навчання як умову корекції мовленнєвих порушень
- провести емпіричне дослідження особливостей корекції дизартрії у дітей молодшого шкільного віку в умовах інклюзивного навчання

Дослідження проводилося на базі – Гімназії № 18, м. Полтава.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення даних науково-методичної літератури; антропометричні та фізіологічні методи дослідження; системні, методи порівняння, системний, статистичні, метод порівняння, метод аналогії, спостереження, статистичний, кореляційний аналіз.

Практична значущість дослідження. Матеріали дослідження можуть бути використані під час складання навчальних програм для підготовки фахівців в галузі логопедії, при розробці програм для коректної роботи. Результати, отримані в ході дослідження, можуть знайти практичне застосування в педагогічній діяльності вчителів загальноосвітніх навчальних закладів.

Структура роботи. Робота складається з вступу, двох розділів, висновків, списку джерел (59 найменувань). У роботі використано 7 рисунків, 9 таблиць, 4 додатки. Загальний обсяг роботи 81 сторінка.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЄВИХ ПОРУШЕНЬ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИЗАРТРІЄЮ

1.1 Характеристика дизартрії як мовленнєвого порушення в науковій літературі

За даними щорічного звіту державної служби статистики України у 2022 році серед 156 010 дітей з інвалідністю, кількість дітей із порушеннями ЦНС складає 22 956 дітей [9]. За останні 5 років кількість дітей з ООП збільшилася майже у 2,5 рази – з 4 655 вихованців у 2019 році в закладах дошкільної освіти до 11 285 вихованців у 2024 році [28].

Клінічна картина дизартрії вперше була описана в XIX столітті А. Оппенгеймом, Х. Гутцманом, А. Куссмаулем, які виділили цей мовний розлад із групи інших порушень звуковимови. Далі дослідження у цій галузі були спрямовані на розкриття причин та механізмів дизартрії.

До кінця XX ст. сформувалося два основних підходи до розуміння механізмів розвитку та структури дефекту при дизартрії. Перший підхід заснований на неврологічному розумінні причин з урахуванням клінічних проявів дизартрії, а саме локалізації вогнища ураження та характеру рухових порушень мовних розладів [17;21].

Таким чином, з позиції першого підходу дизартрія є розладом вимовної сторони мови – просодичного її боку, фонетичного забарвлення звуків або формування фонемного звукового ладу мови у вигляді замін літер та/або їх пропусків.

Другий підхід передбачає фономатичний аналіз дизартрії з використанням психолінгвістичних методів, а саме виявлення нейрофонічних ознак дизартрій (Беккер).

У рамках цього підходу дизартрію розглядають як порушення координації мовного процесу, що є симптомом дефекту моторного аналізатора та еферентної системи, внаслідок чого ушкоджується здатність членування мовного потоку та артикуляції загалом [4].

Сучасна ера лікування дизартрії почалася в 1960-х роках з основоположною роботою Дарлі, Аронсона та Брауна [3,4]. Вони прослухали зразки мови, що представляють різні захворювання, пов'язані з дизартрією. Роблячи це, вони класифікували та ідентифікували шість типів дизартрії (м'яву, спастичну, атаксичну, гіпокінетичну, гіперкінетичну та змішану) на основі кластерів помітних слухо-перцептивних особливостей, пов'язаних із ураженням центральної та периферичної нервової системи, унікальних для кожної дизартрії [3,4], і продемонстрували, що дизартрії являють собою різноманітну групу моторних мовленнєвих розладів. Методи, розроблені Дарлі, Аронсоном і Брауном, продовжують бути основою різних діагностик дизартрій.

Наступний великий етап розвитку, який сприяв нашому розумінню та лікуванню дизартрії, прийшов від тих, хто прагнув зрозуміти фізіологію мовлення [5–10]. Ці дослідники припустили, що дизартрія — це не просто «артикуляційний» розлад, а її слід досліджувати шляхом поглибленого розуміння дихальних, фонаторних, ларингеальних і велофарингеальних компонентів мовлення, на додаток до аспектів усного мовлення. Цей фізіологічний метод призвів до значного прогресу в підходах до лікування, спрямованих на зменшення порушення, пов'язаного з фізіологічними компонентами дизартричного мовлення. Результати лікування мовлення з використанням фізіологічного підходу можна виміряти не лише покращенням компонентів мовлення, але й загальними показниками адекватності мовлення, такими як показники розбірливості мовлення.

Наступна ключова ера лікування дизартрії була відзначена розробкою Всесвітньої організації охорони здоров'я, Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я (ICF) [11]. МКФ є концептуальною основою інвалідності, яка базується на біопсихосоціальній моделі здоров'я. ICF визначає конструкт «порушення» як «проблему в роботі або структурі тіла». Це відповідає фізіологічним компонентам мовлення. МКФ також включає конструкт «діяльність» або «виконання завдання чи дії особою». Діяльність можна прирівняти до завдання говоріння. Нарешті, і, мабуть, найбільш новаторським є конструкт «участі» або «втягнення в життєві ситуації» [11]. Коротше кажучи, лікування дизартрії перемістилося та еволюціонувало від медичної моделі 1960-х років до більш біопсихосоціальної перспективи.

Запровадження ICF у 2001 році стало важливим для вивчення комунікативної взаємодії як окремої конструкції, розташованої в теоретичній структурі. Конструкт комунікативної взаємодії відрізняється від інших аспектів дизартрії з кількох причин. Перша причина полягає в тому, що її потрібно розглядати в соціальному контексті. Щоб проілюструвати це, розглянемо, чим конструкт комунікативної участі відрізняється від інших конструктів моделі ICF. «Активність» мовлення часто оцінюється за зразками аудіозапису мовлення на основі стандартних уривків. Основна увага цього підходу зосереджена на перцептивних або акустичних властивостях зразка мовлення, і мовлення можна оцінити без будь-якої інформації про соціальний контекст. З фокусом на «активності» мовлення намір спілкування, оточення та партнери по спілкуванню є відносно неважливими. Подібно до лікування дизартрії з точки зору фізіологічного порушення, цей підхід зосереджений на оцінці порушення мовленнєвої підсистеми [31].

Наступна відмінна характеристика конструкту, комунікативна участь, полягає в тому, що його необхідно оцінювати з точки зору людини з

дизартрією. Наприклад, у той час як клініцист є експертом в оцінці, наприклад, функції велофарингеального тракту, лише той, хто говорить із дизартрією, має повне уявлення про свій соціальний контекст.

Нарешті, конструкт комунікативної участі відрізняється від конструктів, заснованих на порушеннях і діяльності, тому що участь може бути подібною для різних неврологічних захворювань. Наприклад, хоча порушення мовлення, пов'язане з хворобою Паркінсона, помітно відрізняється від порушення мовлення, пов'язаного з інсультом стовбура мозку, у цих клінічних популяціях можуть існувати подібні обмеження в спілкуванні.

Дитяча апраксія мовлення (CAS) і дизартрія є двома неврологічними руховими розладами мовлення, які значною мірою впливають на розбірливість і реакцію на лікування, але мають різну основу. CAS вважається розладом моторного планування та програмування мовлення за відсутності нервово-м'язового дефіциту (American Speech-Language-Hearing Association [26]).

Навпаки, дизартрія — це нервово-м'язовий розлад рухової активності, що виникає внаслідок аномалій сили, діапазону рухів, тону або точності рухів, необхідних для відповідного контролю мовленнєвих підсистем (тобто артикуляційної, дихальної, фонаторної, резонаторної та просодичної [18]).

На жаль, відмінні основи не призводять до патогномонічних профілів мовленнєвих характеристик, і існує перекриття між мовленнєвими особливостями, пов'язаними з кожним розладом.

Хоча багато логопедів можуть легко перерахувати академічні описи дизартрії та САС, на практиці систематичної процедури диференціальної діагностики цих розладів у дітей не існує. Крім того, коморбідність САС і дизартрії реєструється у 4,9% дітей із комплексними розладами нейророзвитку та зустрічається більш ніж у 4 рази частіше серед дітей із певними діагнозами, такими як синдром Дауна [51].

Люди з дизартрією, яка відноситься до групи розбіжних мовленнєвих розладів, вторинних у зв'язку з неврологічними травмами, демонструють високу варіативність мовленнєвих моделей як всередині, так і між окремими людьми. Розуміння різноманітності дизартрії з точки зору того, як ця різноманітність може вплинути на ефективність, може допомогти в корекції (рис 1.1)

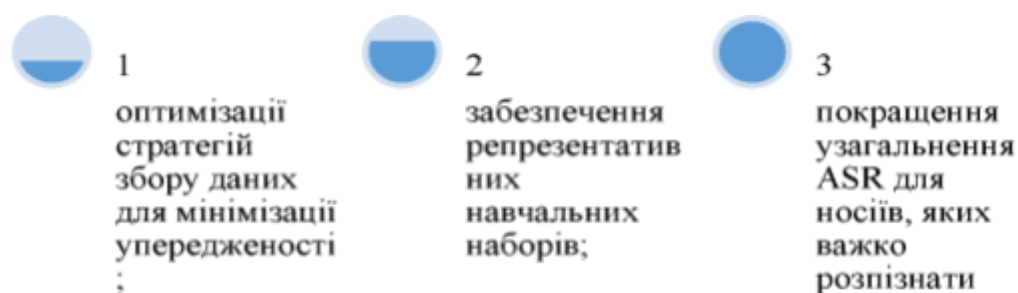


Рисунок 1.1 Необхідність розуміння розуміння різноманітності дизартрії в контексті логопедичної роботи

При цьому виділено особливості, які роблять комунікативну участь унікальною та відмінною від інших показників дизартрії, підкреслюючи, що комунікативну участь не можна передбачити виключно на основі інших компонентів Міжнародної класифікації функціонування, інвалідності та здоров'я Всесвітньої організації охорони здоров'я (ICF).), включаючи рівні порушення або обмеження активності. Далі представлено емпіричну літературу, пов'язану з вимірюванням комунікативної участі та те, як це дослідження пов'язано з лікуванням дизартрії.

Кілька якісних досліджень досліджували комунікативну участь в окремих групах дизартрії зі спільною етіологією: Yorkston, K.M.; Klasner, E.R.; Swanson, K.M. Miller, N.; Noble, E.; Jones, D., Page, A.D.; Siegel, L.H.;

Baylor, C.; Adams, S., тоді як інші дослідження намагалися зрозуміти, чи є спільні риси в тому, як комунікативна участь відчувається при різних комунікативних розладах: Walshe, M.; Miller N. [33;40;22;59].

Baylor, C.R.; Burns, M.; Eadie, T.; Britton, D.; Yorkston, K.M. Обидва підходи є важливими, оскільки вони забезпечують розуміння специфічних для розладу обмежень на участь у спілкуванні та виявляють потенційні спільні риси в різних типах та етіології дизартрії.

Особливості мовленнєвого розвитку дітей з дизартрією вивчали Бутузова Л., О. Архіпова, О. Винарська, В. Галущенко, С. Конопляста, І. Мамайчук, Aronson, J. Brown, F. Darley, R. Rubow та ін.

Серед нових досліджень варто назвати: Торцева М., А. Кравченко, Л. Мороз, Л. Стахова, І. Кравченко, Лепетченко М., Конопляста С., Синиця А. Качуровська, О., Сілявіна Ю., Звєкова В., Шавкуненко М., Пахомова Н., Дегтяр Д. [10;25;31;42]

Грибань Г. досліджувала діагностику та корекцію лексичної сторони мовлення та зв'язного мовлення у дітей із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ); проблеми мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку та молодшого шкільного віку з фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення (ФФНМ) і загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ).

Квітка Н. досліджувала сучасні проблеми інклюзивного навчання, зокрема, готовність педагогів до інклюзивного навчання дітей з ООП, показники мотивації педагогічних працівників.

Лапін А. розглядає освітній компонент готовності педагогічних працівників до реалізації своїх компетенцій в умовах інклюзивного навчання [17].

Ярмола Н. аналізує сучасні освітні реформи для покращення освіти дітей з ООП [40].

Колупасєва А., Таранченко О. дослідили можливості навчання та супроводу дітей з ООП в умовах повоєнної відбудови [36]. Авторами представлено технологічний і методичний інструментарій навчання та супроводу учнів з особливими освітніми потребами, що ґрунтується на спільних фундаментальних засадах і цілісно охоплює освітню практику як в інклюзивних класах.

Компанець Н. досліджує особливості емоційного і вольового розвитку дітей, подано аналіз становлення емоційного розвитку та довільної поведінки, початок розвитку волі у дітей з урахуванням вікових особливостей, що має бути враховано при навчанні і вихованні дітей з особливими освітніми потребами [13].

Матвєєва О. проводить дослідження освітньої та просвітницької роботи з батьками, діти який навчаються за інклюзивною формою. Так, автор надає рекомендації щодо практичної роботи з батьками, правила взаємодії у сім'ї, визначено фактори, від яких залежить успіх такого навчання [21].

Тороп К. аналізує переваги використання сучасних технологій в інклюзивному навчанні [32].

Дизартрія – це порушення мовлення (звуковимови, голосу та просодики) через недостатню іннервацію м'язів мовленнєвого апарату.

За визначенням Данілавічюте Е. дизартрія – це розлад мовлення, що характеризується порушеннями вимови через недостатню роботу м'язів, задіяних у мовленні [5]. Ці порушення виникають внаслідок проблем з нервовою системою, яка контролює ці м'язи. Зокрема, може бути порушена передача нервових імпульсів до м'язів (недостатність іннервації) або регулювання їхнього тону (нейромоторна регуляція). Причинами таких порушень можуть бути як органічні ураження центральної нервової системи (наприклад, травми, інсульти), так і функціональні розлади (коли структурних змін немає, але функція порушена). Ці проблеми з нервово-м'язовим

контролем негативно впливають на всі аспекти мовлення, зокрема на дихання під час розмови, голосоутворення, чіткість вимови звуків та інтонацію.

Існує кілька класифікацій дизартрії. Клінічна класифікація базується на локалізації ураження нервової системи та розрізняє бульбарну, псевдобульбарну, екстрапірамідну, мозочкову та кіркову форми. Синдромологічна класифікація, що описує комплекси симптомів, виділяє спастико-паретичну, спастико-ригідну, спастико-гіперкінетичну, спастико-атактичну та атактико-гіперкінетичну форми, які часто зустрічаються у дітей з церебральним паралічем (за І. Панченко).

Для організації ефективної допомоги особам з дизартрією використовується психолого-педагогічний підхід, який враховує ступінь вираженості порушень мовлення. Згідно з класифікацією G. Tardier, виділяють чотири рівні: легкий, коли порушення діагностуються лише спеціалістом; помірний, коли порушення помітні, але мовлення зрозуміле; тяжкий, коли мовлення зрозуміле лише близьким; та найтяжчий – анартрія, коли мовлення практично відсутнє [27].

Дизартрія, або порушення мовлення через моторику, може мати шкідливий вплив на функціональне спілкування, часто призводячи до значного зниження якості життя (Hartelius et al., 2008). Для людей із вадами мовлення системи автоматичного розпізнавання мовлення (ASR) можуть покращити доступність та міжособистісне спілкування.

Хоча персоналізовані системи мають багатообіцяючу корисність для розпізнавання порушень мови, вони вимагають тренувальних даних від мовця, що може бути непрактичним для деяких програм і може бути громіздким для людей із нейродегенеративними захворюваннями, які схильні до втоми. Таким чином, більш ефективним і результативним підходом було б покращити точність розпізнавання існуючих систем SI для дизартричної мови [39].

Вивчення дизартрії за допомогою феноменологічного підходу надає простір для «голосу учасника» та може охопити складність мовленнєвого розладу, дозволяючи людині з дизартрією бути «експертом», а не дослідником чи клініцистом.

Таким чином, дизартрія - порушення вимовної сторони мови, обумовлене недостатністю іннервації мовного апарату. Потрібні подальші дослідження, щоб зрозуміти, чи проблеми, пов'язані з участю у спілкуванні (наприклад, ізоляція, збентеження, навантаження на близьких партнерів), мають більше схожості, ніж відмінностей між дизартріями. Якісні методи дослідження також суттєво сприяли нашому розумінню того, як люди з дизартрією відчують участь у спілкуванні. Одна з таких методологій, яка називається феноменологією, спрямована на розуміння того, як інсайдер живе з розладом спілкування.

1.2. Особливості розвитку мовлення дітей молодшого шкільного віку з дизартрією

Головним питанням у розвитку мовленнєвої діяльності є розробка і способи презентації дітям мовленнєвих моделей рідної мови з урахуванням психофізіологічних механізмів, які керують операцією мовленнєвих структур, і способів організованого впливу на функціонування цих механізмів. Розв'язання цього питання пов'язуватиметься з ефективною стратегією навчання тоді, коли мова використовуватиметься в якості мовця, що визначає спосіб мовленнєвої дії.

Зв'язне мовлення, – наголосив Луцан Н.І.[14], - це не просто черговість пов'язаних один з одним ідей, які виявлені чіткими словами в грамотно побудованих реченнях. Зв'язне мовлення як би вбирає в себе все без

виключення досягнення дітей у оволодінні рідною мовою, у вивченні її звукової сторони, словникового запасу та граматичного ладу.

Карасьова К.В. [15] вважає, що основна функція зв'язного мовлення комунікативна.

Зв'язна мова – це тематично об'єднані фрагменти мови, які є єдиним смисловим, структурним цілим розгорнутим викладом.

Піроженко Т. О. [16] вказує, що під «зв'язним мовленням» у широкому розумінні, можна вважати будь-яке висловлювання, складові мовні частини якого, побудовані логічно та граматично правильно, згідно із законами рідної мови.

Васьківська Г. [17] відзначає, що поняття «зв'язне мовлення» включає як діалогічну, так і монологічну форми мови. Кожна з цих форм має свої особливості, які визначають характер їх методики формування.

Успіх навчання дітей у школі багато в чому залежить від рівня їхнього володіння зв'язною мовою. Сприйняття та відтворення текстових навчальних матеріалів, вміння давати розгорнуті відповіді питання, самостійно висловлювати свої судження - всі ці та інші навчальні заходи вимагають достатнього рівня розвитку зв'язного мовлення.

Вміння розповідати допомагає дитині бути товариською, долати небалакучість і сором'язливість, розвиває впевненість у собі.

Зв'язна мова - це єдине смислове та структурне ціле, що включає взаємопов'язані та тематично об'єднані, закінчені відрізки.

Основна функція зв'язного мовлення – комунікативна. Він здійснюється у двох основних формах - діалог і монолог. Кожна з цих форм має свої особливості, що визначають характер методології формування.

Розвиток обох форм зв'язного мовлення грає провідну роль в процесі мовного розвитку дитини і займає центральне місце у загальній системі роботи над мовленнєвим розвитком. Зв'язна мова вбирає в себе всі

досягнення дитини в оволодінні рідною мовою, її звуковою системою, лексикою, граматною системою.

Зв'язне мовлення виконує найважливіші соціальні функції: допомагає дитині встановлювати зв'язки з іншими людьми, визначає та регулює норми поведінки у суспільстві, що є найважливішою умовою розвитку його особистості.

Навчання зв'язного мовлення впливає на естетичне виховання: перекази літературних творів, самостійні дитячі твори розвивають образність та виразність мови.

На думку Богуш А.М., Гавриш Н.[18], головною проблемою педагогічної діяльності з дітьми, вважається формування зв'язного мовлення. Це залежить, в першу чергу від соціальної значимості зв'язного мовлення та в другу – від її значущості у становленні особистості дітей. Безпосередньо у зв'язному мовленні реалізується головна, комунікативна, роль мови та мовлення. Зв'язне мовлення – вважається вищою формою мови розумової діяльності, що визначає ступінь мовного та інтелектуального розвитку дітей.

Мовленнєва здібність є ключовим поняттям у психолінгвістиці, що розглядається як динамічна система, яка формується протягом розвитку дитини в процесі спілкування. Психолінгвісти стверджують, що рівні мовленнєвої здібності відповідають рівням мовної системи, зокрема виділяють фонетичний (звуки), лексичний (слова), граматичний (будова речень) та семантичний (значення) рівні в механізмі мовленнєвої діяльності. Основна психолінгвістична закономірність розвитку мовлення полягає в тому, що дитяче мовлення, а отже, й мовленнєва здібність, розвиваються на основі формування граматичних і семантичних узагальнень у процесі взаємодії з навколишнім світом та спілкування. Мовленнєва здібність є ієрархічно організованою системою елементів мови та правил їх використання.

Мироненко О.В. [8] зазначав, що розвиток мови починається у дитини вже в дитинстві. Він звернув особливу увагу на те, що розвиток мови дитини відбувається нерівномірно, тому її необхідно навчати правильної мови вже з першого, другого року життя [9]. І.Г. Песталоцці досліджував закономірності формування мови. Він писав, що крик дитини – це перша ознака здатності до промови. Вчений відводив особливу роль у розвитку мови дитини слуховому сприйняттю та мовленнєвому середовищу, в якому знаходиться дитина. На початку 20 століття дослідниками було визначено особлива роль фонематичного сприйняття у оволодінні промови дітьми. Так, Богуш А. М. [10] у своїх дослідженнях вказував на роль фонематичного сприйняття в оволодінні звуковою стороною мови. Їм було встановлено, що засвоєння звукової сторони мови дитиною обумовлено спільною роботою слухової та моторної сфер. Він зазначав, що слухова сфера є головною, оскільки забезпечує розрізнення фонематичних елементів.

Слухові уявлення необхідні вимови дитини. Артикуляційні навички (моторна сфера), необхідні для вимовлення звуків, починають розвиватися пізніше.

Формування словника. На кожному віковому етапі розуміння дитиною значення слова відрізняється суттєвими рисами, протягом дошкільного дитинства усвідомлення смислового боку проходить тривалий шлях розвитку. У процесі розуміння дитиною мовного повідомлення оточуючих дослідники висувають два ступені: перша зумовлена практичним досвідом дитини (етап ознайомлення з навколишнім предметним світом), друга характеризується включенням його мовного досвіду у процес спілкування[38].

Основна увага у словниковій роботі на четвертому році життя дітей приділяється накопиченню та збагаченню словника на основі знань та уявлень з оточуючої дитини життя, активізації різних частин мови. Зазначимо, що вся словникова робота спрямована на підведення дитини до

розуміння значення слова, збагачення його мови змістом, тобто на якісний розвиток словника [4].

Фонематичні процеси є основою для створення мовних звуків, для розумінню сенсу слів, фраз, розрізненню подібних слів за звучанням, але маючих різне лексичне значення. Такі процеси допомагають співвідносити сприйняті слова з предметами, діями чи явищами.

Відхилення в оволодінні мовою – це недорозвинення вербальних, інтонаційно-ритмічних процесів у межах мовної системи певної стадії мовлення, обумовлене незрілістю фонематичного сприйняття та/або рухових основ артикуляції та/або неадекватністю вимог близьких дорослих. (Табака О. [41]. Фонематичне сприйняття у ранньому віці є вміння не просто чути, і диференціювати звуки промови, і навіть включає розуміння зверненої промови до дитини.

Богуш А. М. [10] вважає, що протягом першого року життя дітей, в ході спілкування зі старшими, формуються передумови з метою формування зв'язного мовлення. До кінця першого року життя виникають початкові слова. На другому році життя, спочатку фрази носять узагальнено-смісловий вигляд далі починають служити позначеннями предметів. Згодом виникають початкові пропозиції. До третього року існування стрімкими темпами збільшується словниковий запас, створюється розуміння виступу що знаходяться навколо людей, ускладнюється структура речень. Діти застосовують діалогічну форму мови.

На початок другого року життя виникають перші усвідомлені слова, пізніше вони починають служити позначеннями предметів. Згодом виникають перші пропозиції.

На третьому році життя стрімкими темпами формується уявлення про мову, власне інтенсивне мовлення, гостро збільшується лексичний запас,

ускладнюється склад речень. Діти використовують діалогічну форму. Адже діалогічне мовлення спрямоване на співрозмовника, що характерно для дітей цього року життя [24].

За словами Білан, О.І., Возна [11] до п'яти-шести років у дитини зобов'язані сформуватися прості форми монологічного мовлення: оповідання та переказ. Для дітей переказ художнього твору найбільш близький, тому що дитина визначає вже готовий приклад, що породжує в нього емоції, змушує співпереживати героям і цим найбільше мотивує дітей засвоїти і переказати почутий текст.

На думку Зеленко Н.І. [13], до семи років діти готові самостійно складати сюжетну розповідь, виділяти її початок, головну частину та завершення, здатні застосовувати пряме мовлення. Але подібні розповіді дитини не кожного разу послідовні та різноманітні. Формування мови у процесі самостійних ігор та роботи дитини сприяє становленню розумової практичної функції мови: діти пояснюють виконані події, розраховують етапи майбутньої діяльності, пояснюють і міркують, як виконуватимуть ту чи іншу дію.

Таким чином, до шести-семи років зв'язне мовлення дітей, які не мають проблем з мовленням, досить добре сформовано. У промові дитини містяться різні системи складних речень, накопичений достатній лексичний запас, сформовані здібності словотвору та словозміни. В цьому віці діти легко володіють звуковим аналізом і синтезом, відсутні порушення звуковимови. Діти здатні складати різні види зв'язних висловлювань (опис, оповідання, міркування) з опорою на наочний матеріал та без нього[33].

У спеціалізованих школах для дітей з тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) навчаються учні з різними мовленнєвими розладами, такими як заїкання, дизартрія, алалія та загальний недорозвиток мовлення. Попри різну етіологію цих порушень, у таких дітей спостерігаються спільні ознаки, що

19

свідчать про системні проблеми з мовленнєвою діяльністю. Їхнє мовлення характеризується аграматизмом та недостатньою фонетичною оформленістю.

Як зазначають Е. Данілавичюте, Л. Трофименко, В. Ільяна, Ю. Рібцун, найбільш характерною ознакою є відставання розвитку експресивного мовлення (активного використання мови) при відносно збереженому, на перший погляд, розумінні мови (імпресивне мовлення).

Мовлення цих дітей часто є нечітким та малозрозумілим. Спостерігається імпресивний аграматизм (порушення розуміння граматичних конструкцій), низька мовленнєва активність, яка без належної корекції з віком прогресивно знижується. Діти мають стійкі труднощі в засвоєнні та застосуванні граматичних правил. Їм бракує знання окремих слів та виразів, вони плутають значення близьких за змістом слів, неточно знають та неправильно вживають багато побутових слів.

У їхньому словнику переважають іменники та дієслова, тоді як слова, що описують якості, ознаки, стани предметів і дій, представлені в недостатній кількості. Вони також роблять багато помилок у вживанні простих прийменників, а складні прийменники практично відсутні [36;21;45].

У монологічному мовленні діти використовують переважно прості речення. У молодших школярів можуть зберігатися порушення звуковимови та складової структури слова. Водночас вони часто усвідомлюють свій дефект, але мають недорозвинені фонематичні процеси, що ускладнює формування навичок звукового аналізу та синтезу, а також інших видів мовного аналізу. У дітей з мовленнєвими патологіями спостерігається уповільнений темп опанування письма. Це призводить до труднощів при морфологічному розборі слів, що свідчить про несформованість вміння розрізняти лексичне та граматичне значення слів, невміння ставити граматичні питання, а також значні труднощі у визначенні роду та числа іменників, прикметників і дієслів. Вони погано засвоюють категорії

20

відмінювання іменників та дієслів, що потребує достатньо високого рівня розвитку абстрактного мислення та узагальнення.

У школярів з особливими мовленнєвими потребами відзначається недостатній рівень розвитку мовленнєвих функцій: обмежений словниковий запас та труднощі з його актуалізацією (використанням), низька зацікавленість у мовному оформленні думок, невміння порівнювати звуки мови, розрізняти лексичне та граматичне значення слів, а також низький рівень засвоєння граматичних правил. У них не сформовані морфологічні узагальнення, навички оперування граматичними категоріями (рід, число, відмінок тощо), порушені процеси мовного аналізу та синтезу [22].

У структурі дефекту при дизартрії лежать порушення тонусу артикуляційної мускулатури (спастичність, гіпотонія, дистонія). В результаті при даному синдромі спостерігаються порушення звуковимови різного ступеня тяжкості, які поділяють на антропофонічні (найчастіші порушення звукового ладу при дизартрії) та фонологічні.

При дизартрії спостерігаються порушення:

- 1) мовного дихання, пов'язані з недостатністю центральної регуляції дихання;
- 2) голоси, що пов'язано з порушенням м'язового тонусу та рухливості м'язів артикуляційного апарату;
- 3) просодики - найбільш стійка ознака дизартрії.

В основі ранньої діагностики дизартрії лежить оцінка порушень у будові та функціонуванні артикуляційного апарату, рефлексів орального автоматизму до перших трьох місяців після народження, присутності після трьох-чотирьох місяців патологічних рефлексів орального автоматизму, а також порушень дихання, акту прийому їжі, гіперсаливації, оральних синкінезій [18].

Супутні порушення при дизартрії. На тлі порушень інервації м'язів артикуляційного апарату при дизартрії відзначають вегетативні розлади

(гіперсалівацію), які виявляються внаслідок порушення довільного ковтання, парезу м'язів губ, обмеження рухів м'язів язика. Вегетативні розлади виявляються також у почервонінні та зблідненні шкірних покривів, підвищенні потовиділення під час мовлення.

Зустрічаються порушення координації актів ковтання та дихання, підвищення блювотного рефлексу.

Синкінезії також є супутнім порушенням дизартрії, у тому числі оральні, коли при намірі довільного мовного акту у людини відкривається рот або рухається щелепа та/або губи, а також спостерігається тремор та гіперкінез артикуляційної мускулатури. При атактичній дизартрії відзначається невідповідність і/або неточність рухів м'язів артикуляції у вигляді асинергічних і дисметричних порушень[34].

Важлива роль у формуванні мовних порушень відводиться генетичній схильності. У 1998 р S. Fisher і співавтори вперше виділили на хромосомі 7q31 ген FOXP2, мутації якого асоційовані з розвитком вербальної диспраксії (Утруднення в контролі рухів орофасіальної мускулатури, що призводять до порушення плавності і швидкості мови). FOXP2 відповідальний за розвиток рухової кори, стріатума, мозочка, було пошкоджено який має безпосередній вплив на тяжкість порушення розвитку мови і дрібної моторики. Виявлено, що FOXP2 протеїн в нервовій системі деактивує близько 300-400 генів-кандидів, при мутаціях в яких виникають мовні розлади [16, 7, 16]. Широко відомі гендерні відмінності при порушеннях мови у дітей - чоловіча стать виділяється як фактор ризику розвитку мовної патології [55].

Можливою причиною проблем з вимовою служить ослаблення соматичного здоров'я дітей: відставання в фізичному розвитку, неповноцінне харчування, важкі захворювання в ранньому віці, більш 4 епізодів гострих інфекцій верхніх дихальних шляхів на першому році життя дитини [17].

Соціальне оточення відіграє важливу роль у формуванні правильної мовленнєвої поведінки дитини [12, 18]. Материнська мова є основним джерелом інформації про рідну мову для дитини [19]. У дітей, з якими матері активно спілкуються протягом перших двох років життя (період становлення мовлення), затримка мовленнєвого розвитку або відсутня, або є незначною, і до трьох років такі діти досягають рівня розвитку своїх однолітків.

На противагу цьому, у дітей, які зазнають материнської депривації (відсутність або недостатність материнської турботи та спілкування), спостерігається значна затримка мовленнєвого розвитку, труднощі з висловленням думок як усно, так і письмово, а також загальні проблеми з соціалізацією.

Таким чином, кожна дитина повинна вміти змістовно, граматично правильно, розгорнуто та послідовно висловлювати свої думки. При цьому дитяча мова має бути жвавою, безпосередньою та виразною. Зв'язне мовлення тісно пов'язане з мисленням: складність мови відображає складність мислення. Зв'язне мовлення показує логіку мислення дитини, її здатність розуміти отриману інформацію та висловлювати свої думки правильною, зрозумілою та логічною мовою. Рівень розвитку мовлення дитини можна оцінити за тим, як вона будує свої висловлювання.

1.3. Інклюзивне навчання як умова корекції мовленнєвих порушень: сучасні підходи та методики

Багаторічні реформи, спрямовані на розвиток інклюзивної освіти та деінституціалізацію, стали основою для прийняття Національної стратегії до 2029 року. Навіть в умовах війни, цей процес не зупиняється, а адаптується до нових реалій. Стратегія покликана вирішити такі ключові проблеми, як

брак кваліфікованих кадрів, негативне ставлення до дітей з особливими потребами та низька мотивація педагогів.

Освітня діяльність має бути заснована на наступних принципах:

- індивідуалізації шкільної освіти;
- сприяння та співпраці дітей та дорослих;
- підтримки ініціативності дітей у процесі життєдіяльності;
- залучення дітей до загально визнаних норм, традицій сім'ї, народу

та

держави;

- формування інтересу у дитини до пізнавальної діяльності;
- урахування етнокультурної обстановки розвитку дітей [19].

Загалом, інклюзивна освіта в Україні перебуває в процесі становлення, характеризуючись як позитивними зрушеннями, так і значними труднощами.

В Україні спостерігається певний прогрес у розвитку інклюзії. Зокрема, вживаються законодавчі та нормативно-правові заходи для забезпечення доступності освіти для всіх дітей. Прийняття Закону "Про освіту" та інших регуляторних актів є важливим кроком, оскільки вони визначають права та обов'язки всіх учасників освітнього процесу, включаючи дітей з особливими освітніми потребами. Це створює юридичну базу для розвитку інклюзивної практики. [16]

Однак, на шляху розвитку інклюзивної освіти в Україні існує низка серйозних проблем. Серед них можна виділити наступні:

-Недостатня кваліфікація педагогічних кадрів: Бракує педагогів, які мають спеціальну підготовку та знання для роботи з дітьми з різними освітніми потребами. Це ускладнює процес адаптації навчальних програм та створення інклюзивного середовища в класах. Недостатня кількість

асистентів вчителя, корекційних педагогів, логопедів та інших фахівців також є серйозною проблемою.[29]

- Недостатнє фінансування: Забезпечення інклюзивної освіти потребує значних фінансових ресурсів. Недостатнє фінансування призводить до браку необхідного обладнання, адаптованих навчальних матеріалів, технічних засобів та інших ресурсів, необхідних для навчання дітей з особливими потребами.

- Недоступність адаптованих навчальних матеріалів та технічних засобів: Діти з різними освітніми потребами потребують індивідуалізованих навчальних матеріалів, спеціальних підручників, дидактичних матеріалів, а також технічних засобів, таких як слухові апарати, спеціалізоване програмне забезпечення тощо. Недостатня доступність цих ресурсів створює значні перешкоди для ефективного навчання.

- Недостатня обізнаність суспільства та батьків: Недостатнє розуміння сутності та важливості інклюзивної освіти як серед широкої громадськості, так і серед батьків, часто призводить до опору та нерозуміння. Важливо проводити інформаційно-просвітницьку роботу для формування позитивного ставлення до інклюзії.[32]

Сучасні підходи до розвитку та вдосконалення початкової освіти зосереджені на цінностях особистісного розвитку дитини, варіативності навчальних програм та відкритості школи. Це зумовлює необхідність переосмислення ролі компетентного педагога, від якого значною мірою залежать результати навчання, виховання та загальний розвиток дитини. Одним з важливих питань, що активно обговорюються в суспільстві, є інклюзивне навчання – забезпечення права кожної дитини на освіту, що відповідає її потребам та забезпечує необхідні навички, зокрема вміння писати, читати та володіти усним мовленням.

Право кожної дитини на якісну базову освіту закріплено міжнародними документами, такими як Міжнародний пакт «Про економічні, соціальні та культурні права», Конвенція про права дитини та Всесвітня декларація про освіту для всіх, ухваленими Генеральною Асамблеєю ООН [36].

Для процесу формування зв'язного мовлення дітей, які мають певні відхилення в розвитку, необхідною умовою є безпосереднє керівництво педагога, який організує мовне та матеріальне середовище, що бере участь у спільній діяльності, виступає зразком для дитини та коригує мовні порушення переважно на індивідуальних заняттях. Групова форма організації навчання використовується як продовження індивідуального після досягнення корекційно-педагогічного ефекту.

Головні завдання інклюзивної освіти зображені на рисунку 1.2. Ключовим фактором успіху в інклюзивній освіті є ефективна співпраця команди психолого-педагогічного супроводу, що включає фахівців різних галузей та активну участь батьків, об'єднаних спільною метою[49]

Профілактика порушень мовлення, як і профілактика будь-яких захворювань або патологічних станів, базується на виключенні, по можливості, з життя дитини тих причин, які можуть призвести до виникнення патології. Це так звана первинна профілактика, при успішному проведенні якої мовленнєві розлади не виникають.

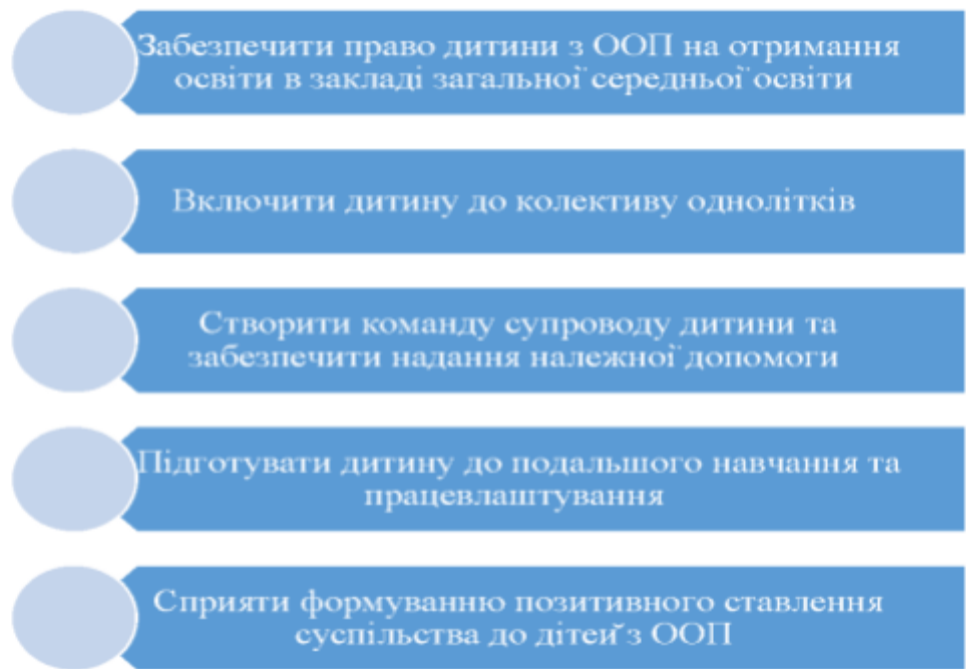


Рисунок 1.2 Головні завдання інклюзивної освіти

Щоб навчитися правилам колективного життя, дитині потрібний певний соціально-моральний досвід, в основу якого ввійдуть правила спілкування з дорослими і однолітками. Психологи вважають відсутність таких правил однією з головних труднощів у навчанні і вихованні особистості. Названий аспект проблеми підготовки до школи стосується як «домашніх», так і дітей, які виховувалися в дитячих садках. Товарииськість, дружелюбність, поступливість, стриманість, уважність, прагнення допомогти товаришеві і інші необхідні для шкільного навчання якості проявляються і формуються краще за все при постійному спілкуванні групи дітей в ході різноманітних ігор під умілим керівництвом вихователів. «Домашні» діти нерідко позбавлені необхідного для їх соціального і морального виховання спілкування з однолітками. Проте і в дитячому садку не завжди виховання за цим напрямом успішне [35].

Спостереження показують, що невміння спілкуватися в групі, навіть якщо воно проявляється поза навчанням, часто є причиною поганої успішності дітей. Пояснюється це, зокрема, наступним. Вступ дитини до школи навіть за сприятливих умов супроводжується переживаннями певного стресового стану. Особливо тонкою і важкою справою є виховання у дитини вміння правильного спілкування з дорослими. На жаль, цій стороні проблеми не надається особливого значення. Передбачається, що дитина, сівши за парту, беззастережно повинна поважати вчителя, виконувати його вказівки, однозначно розуміти все, сказане ним.

Успіх логопедичної роботи з дітьми з порушеннями мовлення залежить від наступних чинників (рис 1.3)

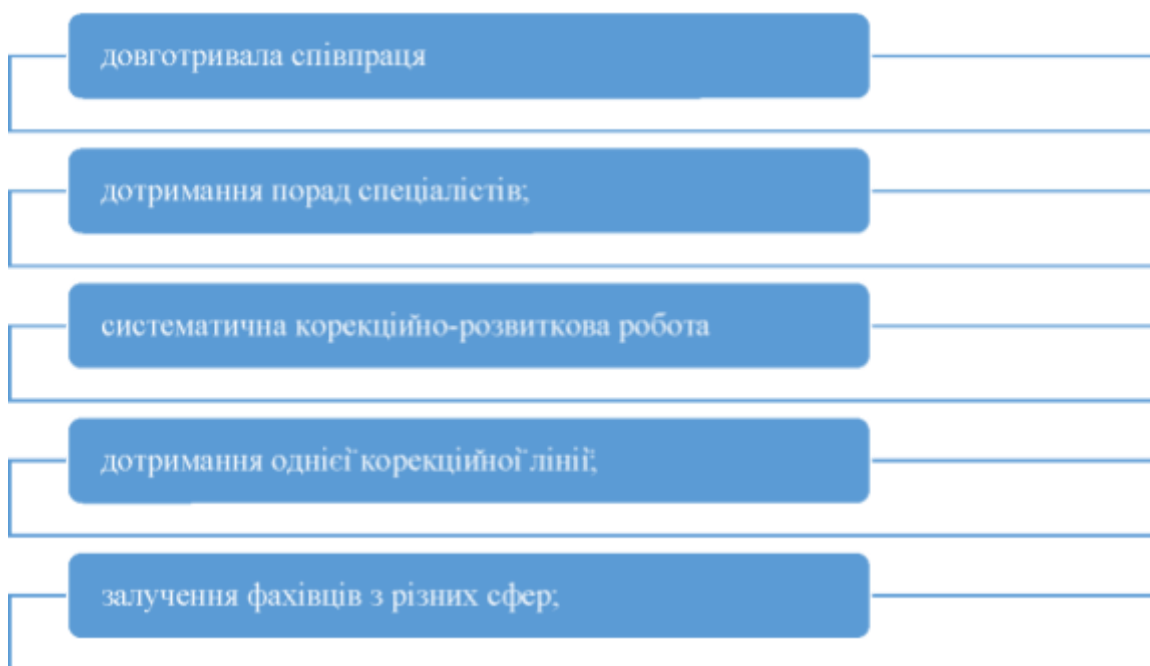


Рисунок 1.3 Успіх логопедичної роботи з дітьми з порушеннями мовлення в системі інклюзивної освіти

Таким чином, можна стверджувати, що комплексний, спеціально організований психолого-педагогічний корекційно-розвивальний процес навчання є ефективним засобом формування зв'язного мовлення дітей

старшого дошкільного віку із загальним недорозвиненням мови, а отже - позитивно-результативним.[48]

Навчання грамоти передбачає постійний аналіз мовленнєвого матеріалу, виокремлення з нього мовленнєвих одиниць та їх узагальнення. У старшому дошкільному віці рефлексивне ставлення до власного мовлення, побудованого зі слів як з цеглинок, стає частиною психіки дитини. Це відбувається свідомо та цілеспрямовано, спираючись на засвоєні практично-інтуїтивним шляхом, неусвідомлювані знання про звук, слово та речення, відповідно до законів рідної мови. Всі мовленнєві механізми дитини, враховуючи зовнішні та внутрішні психічні закономірності, функціонують на рівні підсвідомості. Аналізуючи мовлення, дитина постійно здійснює складні аналітико-синтетичні операції, засвоюючи складну систему мови.

Особливе значення має вивчення того, як формується діалогічна взаємодія у дітей молодшого шкільного віку, який у педагогіці охоплює період від 7 до 10 років. Цей вік співпадає з навчанням у початкових класах школи. Ключова особливість цього періоду полягає в переході від дошкільного дитинства до шкільного життя. Дитина поєднує в собі риси дошкільника та школяра, що відображається у її поведінці та свідомості у вигляді складних, а часом і суперечливих комбінацій. Як і будь-який перехідний етап, цей вік має значний потенціал для розвитку, який важливо своєчасно розпізнати та підтримати.

У молодших школярів після семи років спостерігається помітне збільшення ваги головного мозку, зокрема лобних долей, що відіграють важливу роль у формуванні вищих психічних функцій. Змінюється співвідношення процесів збудження та гальмування: гальмування (що є основою стриманості та самоконтролю) стає більш вираженим, ніж у дошкільнят. Проте, схильність до збудження залишається досить сильною, що пояснює непосидючість молодших школярів.

Для виконання цих завдань необхідні різні види робіт: збагачення мовлення учнів, навчання вибору мовних засобів, написання творів, переказ і аналіз текстів. Правильна мова передбачає оволодіння нормами літературної мови: орфоепічних, лексичних, словотворчих, морфологічними, синтаксичними і стилістичними [40].

Однак, як показують спостереження, учні досить часто припускаються помилок у вимові слів, постановці наголосу, словотвір, словозміни, вживанні слів, що свідчить про досить низький рівень їх мовної культури. Тому, вивчаючи той чи інший розділ програми, необхідно знайомити учнів з правилами вимови і освіти слів і їх форм, з правилами побудови словосполучень і пропозицій.

Наприклад, при вивченні фонетики учні дізнаються, як слід вимовляти поєднання приголосних *чт, чн, шн*; вивчаючи морфологію, треба звернути увагу на правильне утворення окремих (важких) форм слів (*панчіх, але шкарпеток; рейок, брелоків, їдь (не «ехай»)*) та інші. Працюючи над синтаксисом, необхідно знайомити учнів з нормами управління, з правилами побудови речень, до складу яких входять причетні і дієприслівникові обороти.

Звичайно, в подальшому до цих правил доводиться не раз повертатися, так як процес формування правильного мовлення вимагає тривалої і кропіткої роботи протягом довгих років, особливо якщо навчання протікає в умовах діалектного оточення, двомовності або багатомовності. твори, створювані дітьми, - це спосіб їхнього самовираження, самопізнання. за допомогою творів осмислюється і засвоюється зміст досліджуваного художнього твору.

Написання творів утруднено при бідному словниковому запасі, тому слід приділяти велику увагу збагаченню мовлення молодших школярів новими словами, пошуками мовного оформлення думки. Робота, спрямована

30

на навчання школярів вмінню писати твори, є одним з найактивніших і найрезультативніших методів мовного розвитку. Збагачення словникового запасу спирається на наступні аспекти: на знання учнями ряду лексичних понять (синонімів, антонімів, іншомовних слів, архаїзмів, епітетів); спостереження за оточуючими людьми, природою, житлом, тваринами. У роботі над словом велике значення має вибір прийому тлумачення лексичного значення слова, спостереження над словом в контексті [41].

На думку Садов А.П., Матусевич Г.В., Федорченко Д.А., Іваницький В.О. які аналізують практичний досвід впровадження спеціальних засобів навчання в інклюзивну освіту, саме завдяки сучасним освітнім інструментам, учні отримують індивідуальний доступ до навчальних програм, що сприяє розвитку їхнього потенціалу, самостійності та покращенню результатів навчання [25].

На думку авторів мультимодальний підхід є ефективним методом навчання, оскільки він залучає різні сенсорні канали, що сприяє кращому запам'ятовуванню, підвищує мотивацію та розвиває різноманітні навички, враховуючи індивідуальні особливості учнів.

Корекційно-логопедична робота з дітьми, які мають дизартрію, – це комплексна система заходів, спрямована на подолання мовленнєвих порушень. Важливим аспектом цієї роботи є не лише корекція звуковимови, але й розвиток ритміко-інтонаційної сторони мовлення.

У зв'язку з обмеженим доступом до корекційних послуг через війну, логопедичний відділ надає батькам практичні рекомендації, які допоможуть підтримати розвиток мовлення дітей з порушеннями в домашніх умовах. Тому на сайті Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка Національної академії педагогічних наук України представлено велику кількість практичних та теоретичних досліджень проблематики. А саме- теоретичні розробки та підходи розуміння поняття та видів

31

мовленнєвих порушень, а також можливостей для їх корекції. Так, Ільяна В.М. надає практичні рекомендації щодо сучасної логопедичної допомоги дітям з ТПМ, подолання труднощів, з якими вони стикаються.

Мартинюк З. надає практичні рекомендації щодо напрямків діагностичної методики щодо виявлення дизорфографічних помилок у молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення, які розроблені з позиції психолінгвістичного підходу [6].

Також формуванню словотвору у дітей з порушеннями мовлення свою діяльність присвятила Трофименко Л.І. На сайті Інституту науковиця розмістила своє бачення практичної моделі формування словотвору у дітей з мовленнєвими порушеннями. II позиція включає розробку психолінгвістичного підходу, представлено зразки роботи з окремими морфемами та надано приклади завдань [14].

У більшості західних досліджень у рамках вивчення даного питання проводили аналіз дихання в процесі мовної діяльності [59].

Ті дослідження, які включали принцип інтенсивного моторного навчання, оцінку результатів контролю за диханням, багаторазову реєстрацію показників до та після терапії, а також сліпу оцінку результатів ефективності навчання ефективним способом дихання під час мовлення, вказують на потенційну ефективність даного методу корекції дизартрії. У тому числі після курсу корекції дихання у пацієнтів підвищувалася розбірливість мови та удосконалювалася якість голосу за акустичними показниками [50;51;46]

Принципи моторного навчання використовувалися і з використанням пропріоцептивної інструкції зі зворотним зв'язком. Даний метод показав свою ефективність у плані корекції оромоторних навичок, фонетичної сторони мови та артикуляції [57].

У кількох дослідженнях описано застосування вправ без мовного включення [49]. Показано ефективність впливу методу електропалатографії

на артикуляцію [47]. При цьому корекція артикуляції без біологічного зворотного зв'язку не показала жодного впливу на неї, як і на орофациальні рухові розлади.

Розвиток ритму та інтонації.

Діти з дизартрією часто демонструють порушення ритму та інтонації мовлення. Їхня мова може звучати монотонно, нечітко, з паузами в невідповідних місцях, що ускладнює спілкування та розуміння. Для корекції цих порушень логопеди використовують різноманітні методики, серед яких особливе місце займають ритмічні вправи та ігри. Ці вправи спрямовані на формування у дитини відчуття ритму та мелодійності мови, розвиток здатності змінювати інтонацію, тембр голосу, силу звучання[36].

До таких вправ належать:

- Ритмічні рухи під музику - дитина виконує рухи (кроки, плескання, повороти) у такт музиці, що сприяє розвитку координації рухів, відчуття ритму та темпу.
- Марширування - чіткі кроки під рахунок або музику допомагають відчуті ритмічну організацію мовлення.
- Плескання в долоні - плескання в різному темпі та ритмі розвивають відчуття ритму та координацію рухів.
- Робота з музичними інструментами - гра на бубні, барабані, металофоні та інших інструментах допомагає відчуті ритм, темп та мелодію.

Ці вправи не тільки сприяють розвитку ритміко-інтонаційної сторони мовлення, але й позитивно впливають на загальний розвиток дитини, покращують координацію рухів, увагу та пам'ять.

Взаємодія з батьками та педагогами.

Логопедична робота з дизартрією не обмежується лише заняттями з логопедом. Успіх корекції значною мірою залежить від тісної взаємодії логопеда з батьками та педагогами, які оточують дитину.

Батьки відіграють ключову роль у процесі корекції, оскільки вони проводять з дитиною найбільше часу та є для неї основним джерелом мовленнєвого досвіду [40]. Логопед надає батькам детальні рекомендації щодо того, як підтримувати розвиток мовлення дитини в домашніх умовах. Ці рекомендації можуть включати:

- регулярне виконання артикуляційних вправ.
- участь у мовленнєвих іграх.
- читання книжок та обговорення прочитаного.
- активну участь у діалозі з дитиною, стимулювання її до висловлювання.

○ створення сприятливого мовленнєвого середовища, де дитина відчуває себе комфортно та може вільно висловлювати свої думки та почуття.

● Педагоги, які працюють з дітьми старшого дошкільного віку з дизартрією, також повинні бути залучені до корекційного процесу. Вони можуть використовувати спеціальні методи та прийоми на заняттях, спрямовані на розвиток мовленнєвих навичок. Це може бути:

включення в освітній процес мовленнєвих ігор, що стимулюють розвиток артикуляції, ритму та інтонації.

- створення умов для активної мовленнєвої взаємодії між дітьми в групі.

О індивідуалізація навчального процесу з урахуванням мовленнєвих потреб кожної дитини.

Сучасні технології також можуть бути ефективним інструментом у корекції дизартрії. Спеціальні комп'ютерні програми та мобільні додатки пропонують дітям цікаві та доступні форми для виконання артикуляційних вправ, гри в мовленнєві ігри та тренування фонематичного слуху. Ці технології особливо корисні для дітей, які мають труднощі з мотивацією або потребують додаткової стимуляції для участі в мовленнєвій діяльності.

В даний час розроблені спеціальні технології безапаратного (непрямого) впливу, які можуть бути використані в корекційній роботі: Бобат терапія, мозочкова стимуляція; біоенегропластика; кінезіотерапія; точковий масаж.

Однією з інноваційних технологій у корекційній роботі є логопедичне тейпування (кінезіотейпування).

Метод кінезіотейпування був розроблений японським мануальним терапевтом, доктором Кензо Касі. Вперше метод було представлено на олімпіаді у Сеулі у 1988 році. Кінезіотейпування почало поширюватися і набрало високої популярності не тільки серед спортсменів, а й серед логопедів, косметологів та масажистів [33;13].

Логопедичне тейпування – це метод, який дозволяє навести у норму тонус мускулатури артикуляційного апарату та покращити якість мовлення.

Тейпування при мовних порушеннях як допомога використовується не так давно, але вже показало свою ефективність у наступних проблемах:

- порушення звуковимови;
- порушення тону мимічних, жувальних та артикуляційних м'язів
- (Гіпер-або гіпо-тонус);
- гіперсалівація;

- дисфункція скронево-нижньощелепного суглоба і т.д.

Метод тейпування діє артикуляційну мускулатуру наступним чином:

- ліфтинг ефект – тейп піднімає тканини над артикуляційними м'язами, покращуючи мікроциркуляцію та лімфовідтік, необхідні умови для
 - функціонування м'язів;
 - стимуляція рецепторів - пропріорецептори, що стимулюються тейпом,
 - подають рефлекторний сигнал для нервової системи про м'язову проблему;
 - ефект роздратування – створення незвичного становища для м'язів призводить до їх руху, що створює умови для правильного мовного стереотип. [28;15]

Кінезіотерапія включає наступні види вправ:

1. гомолатеральні (односторонні), рухи виконуються однією рукою або ногою, спочатку правою, потім лівою;[30]
2. гетеролатеральні, рухи виконуються двома руками одночасно;
3. гетеролатеральні з перетином середньої лінії тіла;
4. вправи на скручування;
5. вправи у розвиток дрібної моторики;
6. окорухові вправи;
7. вправи на релаксацію.[56]

Отже, розвиток мовлення молодших школярів - одна з основних задач сучасних педагогів. Мовлення необхідно розвивати шляхом свідомого ставлення до мови на базі елементарних мовознавчих знань. Саме вчитель повинен допомогти учневі оволодіти справжньою культурою мови: від мови правильної поступово перейти до мови майстерною, то є багатою, доречною, виразною, вільної від слів - паразитів, штампів і неточностей.

Завдання логопедичного супроводу:

1. Виправлення патологій у формуванні усно́ь, а також письмової мови учнів;
2. Своєчасне запобігання, а також подолання проблем у оволодінні учнями загальноосвітніх програм;
3. Пояснення спеціалізованих знань з логопедії серед викладачів, батьків (законних представників) учнів.

Таким чином, корекція дизартрії – це багатогранний процес, що потребує комплексного підходу та тісної співпраці між логопедом, батьками та педагогами, а також використання сучасних технологій.

РОЗДІЛ 2 ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ КОРЕКЦІЇ ДИЗАРТРІЇ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО НАВЧАННЯ

2.1 Організація та методи дослідження

Емпіричне дослідження є ключовим етапом у магістерській роботі, що дозволяє підтвердити або спростувати висунуті гіпотези та обґрунтувати ефективність запропонованих корекційних підходів. Метою даного розділу є детальний опис організації та методичного інструментарію дослідження, спрямованого на вивчення особливостей мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією та оцінку ефективності сучасних корекційних методів в умовах інклюзивного навчання. Дослідження базується на біопсихосоціальній моделі здоров'я, що охоплює не лише рівень порушення (дефект мовленнєвої підсистеми), а й рівень активності (завдання говоріння) та участі (комунікативна взаємодія в соціальному контексті).

Мета емпіричного дослідження - провести діагностичне обстеження мовлення дітей молодшого шкільного віку з дизартрією в умовах інклюзивного навчання для визначення домінантних порушень (артикуляційних, фонетико-фонематичних, лексико-граматичних) та обґрунтування змісту корекційної програми.

Завдання дослідження:

1. Сформувати вибірку дослідження (експериментальна та контрольна групи).
2. Дібрати та обґрунтувати комплекс діагностичних методик.
3. Провести констатувальний експеримент для визначення актуального рівня розвитку мовлення дітей з дизартрією.
4. Здійснити кількісний та якісний аналіз отриманих результатів.

База дослідження - дослідження проводилося на базі інклюзивних класів Загальноосвітньої школи І-ІІІ ступенів № 10 Шевченківського району м. Києва.

Терміни проведення дослідження. Дослідження проводилося протягом 2024-2025 навчального року і складалося з трьох основних етапів.

Дослідження проводилося на базі – Гімназії № 18, м. Полтава.

Вибірка дослідження. У дослідженні взяли участь діти молодшого шкільного віку (7–8 років, 1-2 класи), які навчаються в інклюзивних класах та мають висновок Інклюзивно-ресурсного центру (ІРЦ) щодо особливих освітніх потреб, а саме діагноз Дизартрія (за класифікацією G. Tardier, переважно помірний рівень, коли мовлення помітне, але зрозуміле).

Загальна кількість обстежених осіб склала 20 учнів. Вони були поділені на дві рівнозначні групи (табл 2.1)

Таблиця 2.1

Групи дітей, які брали участь у дослідженні

Група	Кількість осіб (N)	Віковий склад	Особливості
Експериментальна група (ЕГ)	10 дітей	7-8 років	Діти, з якими буде проводитися корекційна робота із застосуванням сучасних підходів.
Контрольна група (КГ)	10 дітей	7-8 років	Діти, з якими буде проводитися корекційна робота за традиційною (стандартною) програмою.
Всього	20 дітей	7-8 років	-

Формування груп відбувалося з урахуванням однакового ступеня вираженості мовленнєвих порушень та рівномірного розподілу за віком і статтю для забезпечення чистоти експерименту.

Етапи та процедура дослідження. Дослідження проводилося у три взаємопов'язані етапи:

1. Констатувальний етап (квітень – липень 2025 р.).

Мета - визначення вихідного (актуального) рівня розвитку мовлення дітей обох груп.

Процедура. Проведення комплексного логопедичного обстеження за дібраними методиками. Збір анамнестичних даних, вивчення особових справ, висновків ІРЦ. Отримання інформованої згоди від батьків/опікунів на участь дітей у дослідженні. Фіксація результатів у протоколах обстеження.

Діагностичне обстеження проводилося індивідуально в кабінеті логопеда/корекційного педагога, щоб мінімізувати вплив зовнішніх факторів та забезпечити комфортне середовище для дитини. Важливим елементом стало збирання даних через спостереження в інклюзивному класі, фіксація рівня мовленнєвої активності дитини під час уроків, її взаємодії з однолітками та асистентом вчителя. Це дозволило оцінити функціональність мовлення в природних умовах комунікації.

2. Формувальний етап (серпень 2025 р. – листопад 2025 р.).

Мета - реалізація корекційно-розвиткової програми: впровадження сучасних підходів та методик корекції дизартрії (логопедичне тейпування, біоакустична корекція, інтенсивне моторне навчання, мультимодальний підхід) в ЕГ, та використання традиційних методів у КГ.

Процедура. Проведення регулярних індивідуальних та групових логопедичних занять. Забезпечення тісної взаємодії логопеда з вчителями та батьками (як умови для підтримки мовленнєвого досвіду в домашніх умовах).

3. Контрольний етап (травень 2025 р.).

Мета - оцінка ефективності проведеної корекційної роботи, порівняння кінцевих результатів в ЕГ та КГ.

Процедура. Повторне проведення діагностичного обстеження за тими ж методиками. Здійснення кількісного та якісного аналізу динаміки змін у мовленнєвому розвитку дітей.

Для забезпечення комплексності діагностики порушень мовлення при дизартрії, що охоплює всі ланки мовленнєвої системи (артикуляційна,

фонаторна, просодична, лексико-граматична), було обрано наступний діагностичний комплекс.

Таблиця 2.2

Методики дослідження та їх обґрунтування

№ п/п	Аспект обстеження	Методика	Обґрунтування вибору
1.	Стан артикуляційної моторики та дихальної функції	Методика обстеження артикуляційного апарату (за О. В. Правдіною, Л. І. Трофименко)	Дизартрія є порушенням вимовної сторони мови через недостатність іннервації мовного апарату. Методика дозволяє оцінити силу, тонус, обсяг і точність рухів органів артикуляції (губ, язика) та виявити такі ознаки, як гіперсалівація та оральні синкінезії. Додатково вивчається мовленнєве дихання, важливе для просодики.
2.	Стан звуковимови та фонематичних процесів	Комплексне обстеження фонетико-фонематичної сторони мовлення (на основі методики Г. В. Грибань)	Дизартрія часто супроводжується стійкими порушеннями звуковимови (фонетичного забарвлення звуків) та недорозвитком фонематичних процесів (фонемного звукового ладу), що є критичним для формування навичок письма і читання у молодших школярів. Методика дозволяє зафіксувати характер порушень (заміни, спотворення, пропуски звуків), а також перевірити навички звукового аналізу та синтезу.
3.	Стан лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення	Обстеження лексико-граматичної сторони мовлення (на основі методики Т. Б. Філічової, Н. А.	Незважаючи на первинність артикуляційних порушень, при дизартрії у молодших школярів часто спостерігається обмежений словниковий запас, труднощі з

		Чевельової, з адаптацією для молодшого шкільного віку)	актуалізацією слів, помилки у вживанні прийменників та побудові складних речень. Обстеження спрямоване на оцінку активного/пасивного словника, сформованості граматичних категорій (словозміна, словотвір) та здатності до розгорнутого висловлювання (монологічне мовлення).
--	--	--	--

Обґрунтування вибору методик. Обраний комплекс методик дозволяє отримати повний “мовленнєвий профіль” дитини з дизартрією, оскільки:

- а) охоплює первинний дефект (артикуляція та просодика),
- б) виявляє вторинні порушення, характерні для молодшого шкільного віку (ФФНМ, ЗНМ),
- в) дає можливість оцінити комунікативну участь дитини в цілому, що відповідає сучасним підходам (ICF).

Обґрунтування вибору методик з огляду на інклюзію:

Діагностика була спрямована не лише на виявлення клінічного дефекту (диспраксії та дизартричних проявів), але й на оцінку мовленнєвих бар'єрів, що ускладнюють дитині активну участь у навчальному процесі та спілкуванні (МКФ).

Вибір методик, що оцінюють фонематичні процеси та зв'язне мовлення, критично важливий для інклюзивного навчання, оскільки саме ці компоненти впливають на формування академічних навичок (письмо, читання, усні відповіді). Низький рівень цих навичок є головним чинником, що призводить до вторинної ізоляції дитини в інклюзивному класі.

Організація емпіричного дослідження відповідає поставленій меті та завданням. Сформовано дві рівноцінні групи (ЕГ та КГ) з 20 учнів молодшого шкільного віку з дизартрією, що дозволить провести порівняльний аналіз

ефективності корекційних підходів. Дослідження структуровано у три етапи (констатувальний, формувальний, контрольний). Для діагностики обрано комплекс методик, що забезпечує всебічне обстеження мовленнєвої системи, включаючи артикуляційну моторику, звуковимову, фонематичні процеси та лексико-граматичну будову.

2.2 Аналіз результатів діагностичного обстеження щодо порушень мовлення у дітей з дизартрією

Метою констатувального експерименту було об'єктивне визначення початкового рівня сформованості мовленнєвих функцій у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією. Аналіз результатів діагностичного обстеження дозволить виділити специфічні порушення, які стануть мішенями для цілеспрямованої корекційної роботи, що ґрунтується на сучасних підходах. Обстеження проводилося індивідуально з кожною дитиною ЕГ та КГ протягом квітня-липня 2025 р.

Обстеження стану артикуляційної моторики має першочергове значення, оскільки дизартрія первинно проявляється як нервово-м'язовий розлад рухової активності, що виникає внаслідок аномалій сили, діапазону рухів, тону або точності рухів артикуляційного апарату.

Таблиця 2.3

Рівні сформованості артикуляційної моторики у дітей ЕГ та КГ
(констатувальний етап, N=20)

Рівень сформованості	Критерії оцінки	Експериментальна група (ЕГ, n=10)	Контрольна група (КГ, n=10)	Загальна вибірка (N=20)
Високий	Рухи точні, обсяг повний, тонус у нормі. Завдання виконуються швидко, без пошуку артикуляції.	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Середній	Обмежений обсяг рухів, легка неточність, незначні синкінезії, підвищена стомлюваність.	2 (20%)	1 (10%)	3 (15%)
Низький/Недостатній	Значне обмеження обсягу та сили рухів, виражені синкінезії, тремор, гіпертонус/гіпотонус, гіперсаливація.	8 (80%)	9 (90%)	17 (85%)

Результати обстеження виявили, що 85% дітей загальної вибірки (80% ЕГ та 90% КГ) мають низький/недостатній рівень сформованості артикуляційної моторики. Це підтверджує, що порушення рухової сфери є основним проявом дизартрії і потребує першочергової корекції.

Якісний аналіз показав, що у переважної більшості дітей спостерігається знижений тонус м'язів (гіпотонус) обличчя та язика, що проявляється у млявості губ та розпластаності кінчика язика. Це ускладнює

утримання артикуляційної пози та швидку зміну рухів (необхідних для артикуляції).

У 6 дітей (30%) відзначалася гіперсалівація (підвищене слиновиділення), що є частим супутнім вегетативним розладом при дизартрії.

При виконанні довільних рухів (наприклад, “чистимо зуби”, “гойдалка”) виявлялися синкенезії (супутні мимовільні рухи), зокрема, під час рухів язиком активізувалися м'язи підборіддя та шиї. Дихальна функція характеризується неглибоким, поверхневим вдихом та слабким, нерівномірним мовленнєвим видихом, що негативно впливає на просодичну сторону мовлення.

Виявлені порушення (гіпотонус, тремор, синкінезії) безпосередньо впливають на якість голосу та просодики (темп, ритм, інтонація), роблячи мовлення дитини малорозбірливим (дизартрія). Це створює серйозний комунікативний бар'єр в інклюзивному класі, оскільки дитина часто не може бути зрозумілою з першого разу ні вчителем, ні однолітками, що призводить до зменшення мовленнєвої активності та самоізоляції на уроках. Таким чином, порушення артикуляційної моторики є першопричиною обмеження участі дитини у спільній діяльності.

Аналіз стану звуковимови та фонематичних процесів.

Порушення звуковимови є прямим наслідком недостатності артикуляційного апарату. У молодшому шкільному віці ці порушення тісно пов'язані з недорозвитком фонематичних процесів, що призводить до труднощів у навчанні (дислексія, дисграфія).

Таблиця 2.4

Характер порушень звуковимови у дітей ЕГ та КГ

(констатувальний етап, N=20)

Тип порушення	Кількість дітей (N)	Відсоток (%)
Спотворення звуків (механічні дефекти)	20	100%
Заміни звуків (Фонематичні помилки)	16	80%
Пропуски/опускання звуків	9	45%
Порушення м'якості/твердості	14	70%
Поліморфне порушення (більше 5 груп звуків)	18	90%

Стійкі порушення звуковимови та фонематичний недорозвиток (виявлений у 80% дітей) є прямою перешкодою для засвоєння академічної програми в інклюзивному класі. Несформованість навичок звукового аналізу та синтезу у молодших школярів призводить до труднощів у засвоєнні письма та читання (виникнення дисграфічних та дислексичних помилок). Це вимагає від асистента вчителя та класного керівника постійного супроводу дитини та адаптації навчального матеріалу, підтверджуючи, що корекційна робота в цьому аспекті є критичною умовою для навчальної інтеграції.



Рисунок 2.1 Характер порушень звуковимови у дітей ЕГ та КГ
(констатувальний етап, N=20)

Усі обстежені діти (100%) мають спотворення звуків, що є типовою ознакою дизартрії. Водночас у 80% дітей виявлено заміни звуків, що свідчить

про вторинний фонематичний недорозвиток (порушення формування фонемного звукового ладу мови).

Найбільш порушеними є свистячі (С, З, Ц) та шиплячі (Ш, Ж, Ч, Щ) звуки, які часто замінюються на міжзубний або боковий сигматизм. У 70% дітей спостерігається порушення вимови сонорів (Р, Л), що проявляється у їх відсутності або горловій вимові. Окрім фонетичних порушень, 90% дітей мають недостатній рівень розвитку фонематичного слуху та фонематичного аналізу/синтезу. Діти відчували значні труднощі при виділенні першого/останнього звука у слові та визначенні кількості звуків. Це є прямим фактором ризику для академічної неуспішності, зокрема, у засвоєнні письма і читання.

Аналіз стану лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення.

Хоча дизартрія є первинно моторним розладом, її вплив поширюється на всі компоненти мовлення. Обстеження лексико-граматичної та зв'язної функції дозволяє оцінити рівень мовленнєвої активності та готовність до навчання у школі.

Таблиця 2.5

Рівні сформованості лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення
(констатувальний етап, N=20)

Рівень сформованості	Лексичний запас	Грамматична будова	Зв'язне мовлення	Загальна вибірка (N=20)
Високий (Відповідає віковій нормі)	0%	0%	0%	0 (0%)
Середній (Незначні порушення)	20%	15%	10%	3 (15%)
Низький/Недостатній (Виражені порушення)	80%	85%	90%	17 (85%)

У 85% обстежених дітей виявлено низький/недостатній рівень сформованості лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення, що свідчить про наявність вторинного загального недорозвитку мовлення (ЗНМ).

Низький рівень зв'язного мовлення (у 90% дітей) виявляється найсуттєвішим бар'єром соціальної участі в інклюзивному колективі. Дитина не може скласти розгорнуту відповідь на уроці, детально описати подію, або аргументовано підтримати діалог з однолітками. Це обмежує її можливості висловлювати власні думки, потреби та емоції. Обмежений словник та граматичні помилки роблять мовлення не лише неточним, але й недостатньо функціональним для складних комунікативних завдань, що виникають у процесі спільного навчання.

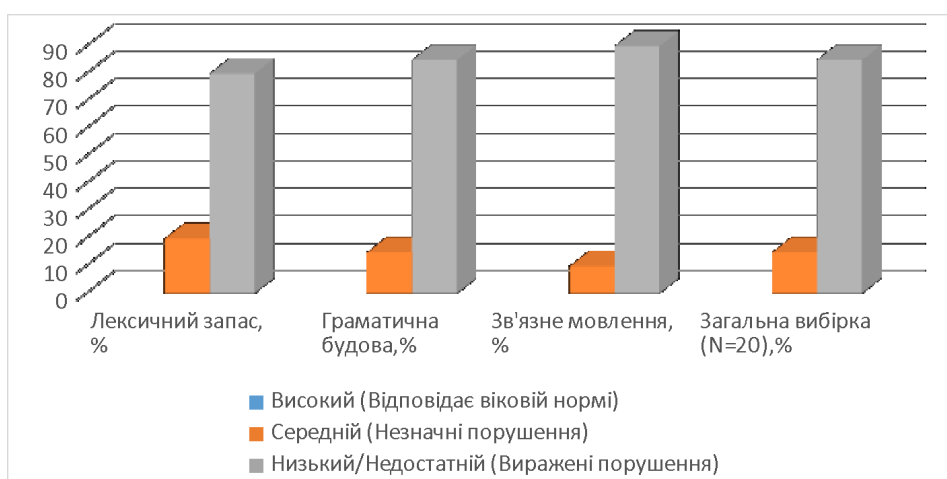


Рисунок 2.2 Рівні сформованості лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення (констатувальний етап, N=20)

1. Лексичний запас. Пасивний словник є значно більшим за активний. Спостерігається обмежений запас слів, що описують ознаки, якості та стани (прикметники, прислівники), тоді як у словнику переважають іменники та дієслова. Діти часто використовують слова у вузькому, ситуативному значенні (конкретизація).

2. Граматична будова. Діти допускають численні помилки у використанні простих та складних прийменників, а також у сфері словозміни (узгодження іменників з числівниками, відмінювання іменників та дієслів). Вони погано засвоюють категорії роду та числа, що свідчить про несформованість граматичних узагальнень.

3. Зв'язне мовлення. Переважна більшість (90%) дітей мають серйозні труднощі у складанні розповіді за сюжетними картинами або переказі тексту. Їхнє монологічне мовлення є нерозгорнутим, фрагментарним, складається переважно з простих, непоширених речень. Спостерігається низька зацікавленість у мовному оформленні думок та труднощі з пошуком слів.

Таблиця 2.6

Зведені результати констатувального експерименту (N=20)

Рівень мовленнєвого розвитку (загальний)	Кількість дітей (N)	Відсоток (%)
Високий (Відповідає віковій нормі)	0	0%
Середній (Незначні, поодинокі порушення)	3	15%
Низький/Недостатній (Виразений мовленнєвий дефект)	17	85%

Зведені дані констатувального експерименту свідчать про те, що 85% дітей молодшого шкільного віку з дизартрією знаходяться на низькому/недостатньому рівні мовленнєвого розвитку. Це підтверджує актуальність проблеми корекції та необхідність розробки індивідуалізованої корекційної програми з використанням сучасних, інтенсивних підходів.

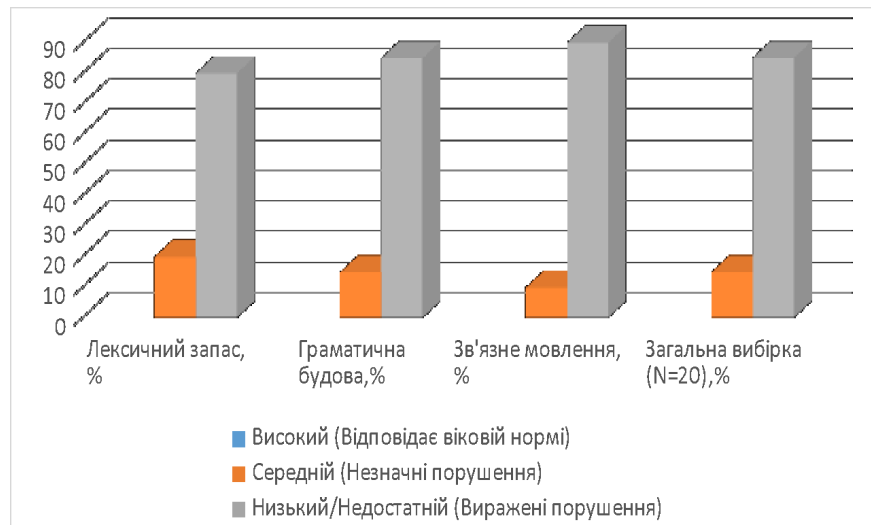


Рисунок 2.3 Зведені результати констатувального експерименту (N=20)

Аналіз результатів діагностичного обстеження показав, що мовленнєві порушення у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією носять системний, поліморфний характер і відповідають картині, близькій до загального недорозвитку мовлення (ЗНМ) на тлі дизартрії. Абсолютна більшість дітей (85%) має значні порушення артикуляційної моторики (гіпотонус, синкінезії), що є первинним дефектом. Порушення охоплюють як фонетичний (спотворення), так і фонематичний (заміни) рівні.

Діти мають обмежений словник, численні граматичні помилки та нерозгорнуте зв'язне мовлення.

Отримані дані підтверджують необхідність застосування комплексного, інтенсивного корекційного впливу, який буде спрямований на відновлення моторики, формування фонематичної системи та розвиток зв'язного мовлення.

2.3 Розробка та апробація корекційної програми з використанням сучасних підходів

Результати констатувального етапу дослідження (проведеного у квітні–липні 2025 р.), викладені у підрозділі 2.2, чітко засвідчили наявність у переважної більшості (80-85%) обстежених молодших школярів зі стертою дизартрією низького та недостатнього рівня розвитку мовлення, що проявляється у стійких порушеннях звуковимови, недостатньому рівні сформованості фонематичних процесів, а також вторинному загальному недорозвитку мовлення (ЗНМ). Це підтвердило необхідність розробки та впровадження спеціальної корекційно-розвиткової програми, орієнтованої на усунення виявлених порушень і спрямованої на системний розвиток мовленнєвих та немовленнєвих функцій в умовах інклюзивного освітнього середовища.

Метою розробленої програми стала корекція мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією шляхом системного використання сучасних нейрологопедичних та технологічних підходів в умовах інклюзії.

Програма ґрунтується на наступних принципах.

1. Принцип системності та комплексності. Корекція охоплює всі компоненти мовленнєвої системи (фонетику, лексику, граматику, зв'язне мовлення) та немовленнєві функції (рухову сферу, дихання, просодику), а також забезпечує взаємозв'язок логопедичної, педагогічної та психологічної допомоги.

2. Принцип опори на сучасні підходи. Включає використання технологій біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ), елементів нейропсихологічної корекції та комп'ютерних (інтерактивних) засобів навчання, що відповідає об'єкту дослідження - новітнім методам та технологіям корекції.

3. Принцип діяльнісного підходу. Корекційна робота здійснюється в рамках ігрової, навчальної та комунікативної діяльності, що є особливо важливим для молодших школярів.

4. Принцип інклюзивності. Зміст і методи програми адаптовані для використання в умовах інклюзивного класу, передбачаючи співпрацю логопеда, асистента вчителя та вчителя початкових класів для генералізації набутих мовленнєвих навичок.

Корекційна робота згідно з програмою проводилася в рамках формувального етапу експерименту з вересня 2025 р. по жовтень 2025 р. Загальна тривалість програми склала 2 місяці. Заняття проводилися у двох формах: індивідуальні (3 рази на тиждень) та підгрупові (2 рази на тиждень), з експериментальною групою (ЕГ), яка складалася з дітей з дизартрією, що мали найнижчі показники за результатами констатувального зрізу. Контрольна група (КГ) займалася за стандартною корекційною програмою, що діяла у закладі.

Програма була структурована в чотири взаємопов'язані змістові модулі, які послідовно впливали на корекцію мовнорухових, просодичних та загальномовленнєвих порушень:

Таблиця 2.7

Організаційно-змістові модулі корекційної програми з використанням
сучасних підходів

№ Моду ля	Назва Модуля	Основна Мета	Формат Занять	Кількість занять/тиж день	Тривалі сть 1 заняття	Спеціаліст, який проводить
1	Нейромот орна та дихальна корекція	Нормаліза ція тону су артикуляці йної та дихальної мускулатур и.	Індивідуа льно (фокус на БЗЗ, масаж)	3 рази	30 хвилин	Логопед (за потреби — із залученням реабілітолога/маса жиста)
2	Корекція просодики та логоритмі ка	Формуван ня відчуття ритму, темпу, інтонаційн ої виразності.	Підгрупов е (3-4 дитини)	2 рази	40 хвилин	Логопед, Асистент вчителя (Асистент допомагає контролювати виконання рухів)
3	Формуван ня фонемати чних процесів та звуковимо ви	Усунення стійких порушень звуковимо ви, розвиток фонематич ного слуху.	Індивідуа льно та підгрупов е	3 індивідуал ьні, 2 підгрупові (інтегрован о з Модулем 4)	30-40 хвилин	Логопед
4	Розвиток лексико-гр аматичної будови та	Розширенн я словника, формуванн я	Підгрупов е (4-5 дітей, включно з	2 рази	40 хвилин	Логопед, вчитель початкових класів (координація роботи)

	зв'язного мовлення	граматичних категорій, навчання зв'язному мовленню.	дітьми КГ на уроках)			
--	--------------------	---	----------------------	--	--	--

Для ілюстрації впровадження сучасних підходів, наведемо приклад детального плану індивідуального заняття.

Модуль 1

Нейромоторна та дихальна корекція (Індивідуальні заняття, 30 хв, 3 рази/тиж.)

Цей модуль є первинним і спрямований на нормалізацію м'язового тону, активізацію кінестетичного відчуття та формування правильної дихально-голосової опори, які є базисом для усунення дизартрії.

Елемент змісту	ключові методи та технології	Деталізація ходу занять
1. Нормалізація тону та моторики	Диференційований логопедичний масаж та пасивна артикуляційна гімнастика.	Масаж проводиться з урахуванням індивідуального тону: розслаблюючий (при гіпертонусі) або активізуючий (при гіпотонусі). Застосовуються зонди та спеціальні щітки
2. Артикуляційна гімнастика	Активно-пасивні вправи з використанням дзеркала, логопедичних зондів та смайл-тренажерів.	Формування точних і диференційованих рухів губ, язика, щелепи. Вправи на утримання артикуляційної пози ("Чашечка", "Грибок").
3. Корекція дихання та голосу	Технологія Biofeedback (БЗЗ) Дихання/Фонація.	Використання датчиків для візуалізації параметрів дихання (діафрагмальне, грудне, ключичне). Дитина виконує

		дихальні вправи ("Подути на кульку", "Загасити свічку"), спостерігаючи за графіком на моніторі, що дозволяє досягти самоконтролю над силою, тривалістю та плавністю видиху.
4. Кінестетичний та тактильний праксис	Нейропсихологічні вправи та вправи на дрібну моторику (Су-Джок).	Розвиток відчуття положення артикуляційних органів у просторі (із закритими очима). Вправи на диференціацію рухів пальців.

Модуль 2

Корекція просодики та логоритміка (Підгрупові заняття, 40 хв, 2 рази/тиж.)

Цей модуль є підгруповим, що сприяє соціалізації та наслідуванню, і має на меті відновити природний ритм, темп, інтонаційну виразність мовлення, залучаючи велику та дрібну моторику.

Елемент змісту	Ключові методи та технології	Деталізація ходу занять
1. Розвиток почуття ритму	Логоритміка (рухи під музику) та нейродинамічні вправи.	Промовляння слів/складів у заданому темпі (за допомогою метронома або музичного супроводу). Виконання вправ на чергування та переключення рухів відповідно до ритму мовлення ("Простукування ритму слів", "Ритмічні хлопки").
2. Корекція темпу та плавності	Вправи на уповільнення та прискорення мовлення, метод співомовки.	Вимова коротких віршів або скоромовок спочатку в надзвичайно повільному темпі, потім — із поступовим прискоренням. Застосування жестової опори (руки, що плавно рухаються, як диригент).

3. Інтонаційна виразність	Ігрові драматизації та читання речень з різною емоційною метою (питання, оклик, ствердження).	Робота над висотою, силою голосу, тембром. Використання інтерактивних ігор, де діти повинні "озвучити" емоцію, яку бачать на екрані (візуальна підтримка).
4. Музична ритміка та рухи	Елементи музикотерапії та рухливі ігри.	Вправи для координації рухів, ходьба, марширування, ігри з м'ячем, що супроводжуються промовлянням віршів. Роль асистента вчителя: контроль за виконанням рухових інструкцій.

Модуль 3

Формування фонематичних процесів та звуковимови (Індивідуальні та Підгрупові заняття, 30-40 хв, 3+2 рази/тиж.)

Цей модуль є основним у корекції порушень звукової сторони мовлення, поєднуючи традиційну роботу з інноваційними інтерактивними інструментами.

Елемент змісту	Ключові методи та технології	Деталізація ходу занять
1. Розвиток фонематичного слуху	Вправи на акустичну диференціацію звуків-опозицій (С-Ш, Р-Л та ін.).	Ігри типу "Впіймай звук", "Ланцюжок слів", що починаються на заданий звук. Використання картинок-символів звуків.
2. Постановка звуків	Традиційні методи (наслідування, механічний, змішаний) із залученням зондів, шпательів.	Індивідуальна робота над викликанням відсутнього/спотвореного звука. Вправи на зміцнення м'язів, необхідних для правильної артикуляції.

3. Автоматизація та Диференціація	Комп'ютерні логопедичні програми та інтерактивна дошка.	Промовляння звуків, складів, слів та фраз у візуально стимулюючому середовищі. Комп'ютерна програма фіксує помилки та забезпечує слуховий та візуальний зворотний зв'язок (наприклад, графічний спектр звуку).
4. Фонематичний Аналіз та Синтез	Робота зі звуковими схемами слів та графічне модельовання.	Визначення місця звуку в слові (початок, середина, кінець). Складання слів із розрізнених літер/складів. Активне використання ігрових платформ для формування навичок грамотності.

Модуль 4

Розвиток Лексико-Граматичної Будови (ЛГБ) та Зв'язного Мовлення
(Підгрупові заняття, 40 хв, 2 рази/тиж.)

Цей завершальний модуль інтегрує всі набуті навички в системне мовлення
та спрямований на подолання проявів вторинного ЗНМ.

Елемент змісту	Ключові методи та технології	Деталізація ходу занять
1. Збагачення лексичного запасу	Робота із семантичними полями, синонімами, антонімами та багатозначними словами у контексті.	Ігри "Я знаю 5 слів", підбір ознак до предмета, дії до об'єкта. Активізація пасивного словника.
2. Формування граматичних категорій	Вправи на словозміну та словотворення, корекція аграматизмів.	Ігри "Один-багато" (родовий відмінок множини), "Чий? Чия?" (присвійні прикметники). виправлення помилок у реченнях, які містять порушення узгодження.

3. Розвиток зв'язного мовлення	Складання оповідань за серією картинок, переказ текстів, опис.	Використання опорних схем, піктограм та Т-схем для планування висловлювання. Навчання побудови розгорнутої відповіді на запитання.
4. Інтеграція в інклюзивне середовище	Комунікативні тренінги та рольові ігри, що імітують шкільні ситуації.	Навчання навичкам соціальної комунікації, ініціювання діалогу, висловлення прохання/згоди. Роль вчителя/асистента: надання підтримки при генералізації цих навичок на уроках.

Ефективність корекційної роботи з молодшими школярами, які мають дизартрію та навчаються в інклюзивному середовищі, залежить від чіткого дотримання міждисциплінарних принципів та системного використання інноваційних технологій. На основі розробленої та апробованої програми надаються наступні практичні рекомендації для логопедів та учасників команди супроводу:

1. Індивідуалізація нейромоторної корекції заняття Модуля 1 (нейромоторна та дихальна корекція) слід проводити виключно індивідуально, оскільки робота з м'язовим тонусом та артикуляцією вимагає постійного контролю та диференційованого підходу. Необхідно обов'язково використовувати диференційований логопедичний масаж, а також впроваджувати елементи Biofeedback (БЗЗ). Використання БЗЗ для візуалізації параметрів дихання та фонації перетворює пасивну корекцію на усвідомлене саморегулювання дитиною власного мовленнєвого апарату, що є критично важливим для дітей із порушенням кінестетичного контролю.

2. В усі заняття, особливо в Модулі 2 (просодика та логоритміка), необхідно включати нейродинамічні вправи (перехресні рухи, вправи на переключення). Це сприяє розвитку міжпівкульної взаємодії та покращує кінетичний праксис, що позитивно впливає на плавність та темп мовлення.

Логоритмічні заняття краще проводити у підгруповій формі для стимуляції наслідування та соціальної взаємодії.

3. У Модулі 3 (фонематичні процеси та звуковимова) слід активно застосовувати комп'ютерні (інтерактивні) логопедичні засоби. Ці інструменти забезпечують об'єктивний аудіальний та візуальний зворотний зв'язок щодо якості вимови звуків. Це допомагає дитині побачити графічний спектр свого звуку і скоригувати артикуляцію, долаючи дефіцит слухового та кінестетичного контролю.

4. Для корекції вторинного загального недорозвитку мовлення у Модулі 4 (лексико-граматична будова та зв'язне мовлення) необхідно використовувати опорні схеми та Т-схеми. Ці візуальні шаблони слугують основою для планування розповіді, допомагаючи молодшим школярам структурувати свій монолог та уникати граматичних помилок.

5. В умовах інклюзії ключовою є генералізація навичок. Логопед повинен тісно співпрацювати з вчителем початкових класів та асистентом вчителя, надаючи їм конкретні рекомендації щодо застосування нейрорухових пауз, логоритмічних елементів та схем опису безпосередньо на загальноосвітніх уроках.

6. Корекційна робота повинна бути систематичною (не менше 5 занять на тиждень) та безперервною. Необхідно регулярно (раз на 3-4 місяці) проводити проміжний моніторинг для оцінки динаміки та своєчасного внесення коректив у індивідуальні програми.

2.4 Аналіз ефективності корекційної роботи та її вплив на розвиток мовлення дітей молодшого шкільного віку

Для об'єктивної оцінки результативності розробленої корекційної програми був проведений контрольний етап експерименту у листопаді 2025 р. із використанням того самого діагностичного інструментарію, що застосовувався на констатувальному етапі. Дослідження проводилося шляхом порівняння динаміки змін у Експериментальній Групі (ЕГ), яка займалася за інноваційною програмою, та Контрольній Групі (КГ), яка займалася за стандартною корекційною програмою закладу.

Основними критеріями ефективності корекційної роботи виступали:

- позитивна динаміка у сформованості всіх компонентів мовленнєвої системи (фонетика, лексика, граматики, зв'язне мовлення) та немовленнєвих функцій (артикуляційний праксис, просодика) в ЕГ.
- статистично значуща різниця між показниками ЕГ та КГ на контрольному зрізі, що підтверджує перевагу інноваційної програми.
- якісні зміни у комунікативній діяльності дітей ЕГ та розширення їхньої соціальної участі в інклюзивному освітньому середовищі.

Отримані кількісні дані були піддані порівняльному та статистичному аналізу. Для встановлення достовірності різниці між ЕГ та КГ використовувався U-критерій Манна-Уїтні, а для оцінки внутрішньої динаміки у групах – критерій χ^2 .

Ключовим показником ефективності програми стало значне перерозподілення дітей ЕГ за рівнями сформованості мовлення, що демонструє Таблиця 2.4.1.

Таблиця 2.8

Розподіл дітей ЕГ та КГ за рівнями сформованості мовлення на різних етапах експерименту (у %)

Рівень сформованості мовлення	Констатувальний етап (ЕГ, N=20)	Констатувальний етап (КГ, N=20)	Контрольний етап (ЕГ, N=20)	Контрольний етап (КГ, N=20)
Високий (Достатній)	0%	0%	35%	0%
Середній	15%	15%	50%	20%
Низький/Недостатній	85%	85%	15%	80%

Результати Таблиці 2.8 наочно демонструють успіх формувального експерименту.

Рисунок 2.4. Розподіл дітей ЕГ та КГ за рівнями сформованості мовлення на різних етапах експерименту

Якщо на початку дослідження групи були однорідними (85% дітей мали низький рівень), то після реалізації програми в ЕГ відбулися кардинальні зміни:

- кількість молодших школярів з низьким/недостатнім рівнем у ЕГ скоротилася у 5,6 разів (з 85% до 15%).
- 35% дітей ЕГ досягли високого (достатнього) рівня, який не був досягнутий жодною дитиною у КГ.

- переважна більшість дітей ЕГ (85%) перейшла на середній та високий рівні сформованості мовлення, тоді як у КГ цей показник склав лише 20%.

Для деталізації ефекту корекції було проведено аналіз динаміки змін рівня сформованості окремих компонентів мовлення, які є найбільш ураженими при дизартрії.

Таблиця 2.9

Динаміка змін рівня сформованості компонентів мовлення у ЕГ та КГ за підсумками контрольного етапу (у % поліпшення)

Компонент мовлення	Поліпшення показників у ЕГ	Поліпшення показників у КГ	Достовірність різниці (U-критерій)
Артикуляційна моторика та дихання	+70%	+15%	$p < 0.01$
Звуковимова (чіткість)	+65%	+10%	$p < 0.01$
Фонематичні процеси	+55%	+5%	$p < 0.05$
Зв'язне мовлення та ЛГБ	+45%	+10%	$p < 0.05$

Статистичний аналіз підтвердив достовірність відмінностей між ЕГ та КГ за всіма основними параметрами ($p < 0.05$ та $p < 0.01$). Найбільший прогрес в ЕГ спостерігається у корекції артикуляційної моторики та дихання (+70%), що є прямим наслідком систематичного використання технології БЗЗ та диференційованого логопедичного масажу (Модуль 1).

Якісний аналіз результатів дозволив оцінити не лише кількісні, а й функціональні зміни у розвитку дітей ЕГ:

1. Завдяки поєднанню логопедичного масажу та БЗЗ (самоконтроль), у дітей ЕГ значно знизилися прояви оральних синкінезій та гіперсаливації (які є типовими для дизартрії). Мовленнєві рухи стали більш

точними та диференційованими, що є необхідною умовою для чіткої звуковимови.

2. Значне поліпшення просодики (Модуль 2) та зв'язного мовлення (Модуль 4) призвело до зростання рівня розбірливості мовлення. Діти почали більш впевнено ініціювати діалог, відповідати розгорнутими фразами та брати активну участь у колективних завданнях на уроках. Це засвідчило успішне розширення їхньої соціальної участі, що є основною метою інклюзивного навчання.

3. Корекція фонематичних процесів (Модуль 3) та лексико-граматичної будови (Модуль 4) безпосередньо вплинула на подолання труднощів у письмі та читанні. Зменшилася кількість специфічних помилок, характерних для дисграфії, спричиненої дизартрією (заміни та пропуски літер, порушення узгодження).

Комплексне впровадження корекційної програми з акцентом на нейрологопедичні технології та інтеграцію в освітній процес довело свою високу ефективність у корекції дизартрії та вторинного ЗНМ. Достовірна різниця між ЕГ і КГ статистично підтверджує, що розроблена програма є інноваційною та оптимальною для роботи з молодшими школярами в умовах інклюзії.

ВИСНОВКИ

На основі проведеного теоретичного аналізу та емпіричного дослідження особливостей мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією в умовах інклюзивного навчання, можна зробити наступні загальні висновки.

Дизартрія визначена як комплексне мовленнєве порушення, спричинене органічним ураженням центральної нервової системи, що призводить до недостатності іннервації мовленнєвого апарату. Було встановлено, що дизартрія впливає не лише на фонетичний рівень (вимова, просодика), але й вторинно викликає затримку у формуванні фонематичних, лексичних та граматичних компонентів мовлення, що особливо критично проявляється у молодшому шкільному віці.

У дітей 7-8 років з дизартрією порушення звуковимови та просодики негативно впливають на засвоєння навичок письма та читання, що підкреслює необхідність інтенсивної корекційної роботи для попередження вторинної дислексії та дисграфії.

Інклюзивне освітнє середовище створює необхідні умови для соціалізації та комунікативної інтеграції дітей з дизартрією. Сучасні підходи вимагають від логопеда використання мультимодального та міждисциплінарного підходу, що включає традиційні та інноваційні методики (наприклад, логопедичне тейпування, біоакустична корекція) для підвищення ефективності корекції.

Емпіричне дослідження було організовано у три етапи (констатувальний, формувальний, контрольний) на базі інклюзивних класів (Загальноосвітньої школи I-III ступенів № 10 за участю 20 учнів з дизартрією, поділених на експериментальну (ЕГ) та контрольну (КГ) групи. Використаний комплекс діагностичних методик забезпечив всебічну оцінку артикуляційної моторики, фонетико-фонематичної та лексико-граматичної сторін мовлення.

Результати констатувального експерименту підтвердили гіпотезу про низький/недостатній рівень мовленнєвого розвитку у переважної більшості обстежених дітей (85%). Значні порушення артикуляційної моторики (гіпотонус, тремор, синкенезії) та просодики (порушення мовленнєвого дихання).

Стійкі поліморфні порушення звуковимови (100% спотворень, 80% замін) та системний недорозвиток лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення. Зведені дані довели, що порушення мовлення у дітей є комплексними і вимагають розробки спеціальної корекційно-розвиткової програми, яка має бути спрямована на інтенсивне відновлення рухових функцій та формування всіх компонентів мовленнєвої системи.

Таким чином, теоретична частина підтвердила необхідність, а емпірична частина виявила конкретні мішені та ступінь вираженості порушень, що створює міцну основу для розробки та апробації ефективної корекційної програми у наступному розділі.

Апробація програми в умовах інклюзивного навчання мала свою специфіку, пов'язану з необхідністю тісної інтеграції логопедичної роботи у навчальний процес молодших школярів.

1. Кожен учасник ЕГ мав індивідуальний план корекції (ІПР) з урахуванням структури його дизартричного порушення. Заняття з БЗЗ та логопедичним масажем проводилися індивідуально (Модуль 1).

2. Підгрупові заняття (Модулі 2, 3, 4) були максимально наближені до навчальної діяльності, щоб забезпечити перенесення набутих мовленнєвих навичок у загальноосвітнє середовище.

3. Ключовим елементом апробації була взаємодія логопеда з вчителем та асистентом вчителя інклюзивного класу. Логопед надавав рекомендації щодо адаптації навчального матеріалу, використання нейрорухових пауз та логоритмічних елементів безпосередньо на уроках.

4. Проводилася просвітницька робота з батьками, їх навчали елементам артикуляційної гімнастики та нейрорухових вправ для виконання вдома, що підсилювало ефект корекційної роботи.

Використання сучасних підходів, зокрема БЗЗ, забезпечило дітям можливість самоконтролю за роботою своїх артикуляційних та дихальних органів, перетворюючи корекційний процес із пасивного наслідування на активне саморегулювання, що є вагомим перевагою в роботі з молодшими школярами.

Була розроблена та успішно апробована корекційна програма, яка системно поєднує класичні логопедичні методи з інноваційними підходами, зокрема технологією біологічного зворотного зв'язку (БЗЗ), елементами нейрологопедичної корекції та інтерактивними комп'ютерними засобами (ІКТ). Програма була структурована на чотири взаємопов'язані модулі, які забезпечували системний вплив на мовленнєві та немовленнєві функції.

Результати контрольного етапу експерименту засвідчили високу ефективність розробленої програми. В Експериментальній Групі (ЕГ) кількість дітей із низьким рівнем сформованості мовлення скоротилася з 85% до 15%, при цьому 85% дітей досягли середнього та високого рівня. У Контрольній Групі (КГ), яка займалася за стандартною програмою, динаміка була мінімальною.

Порівняльний статистичний аналіз підтвердив, що різниця між показниками ЕГ та КГ є статистично значущою за всіма ключовими параметрами ($p < 0.05$ та $p < 0.01$). Найбільш виражені позитивні зміни відбулися у сфері артикуляційної моторики та дихання (поліпшення до 70-94% за окремими показниками), що є прямим наслідком використання БЗЗ-технологій для формування самоконтролю.

Якісний аналіз показав, що у дітей ЕГ значно підвищилася розбірливість мовлення та розширилася комунікативна участь в

інклюзивному середовищі. Це свідчить про те, що системна корекція первинних порушень на нейромоторному рівні сприяє успішній інтеграції молодших школярів.

Системна реалізація розробленої корекційної програми, що ґрунтується на міждисциплінарній взаємодії та впровадженні сучасних нейрологопедичних та технологічних підходів, є оптимальною та науково обґрунтованою моделлю для ефективної корекції мовленнєвих порушень у дітей молодшого шкільного віку з дизартрією в умовах інклюзивного навчання.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аркадьєва О. О. Writing: studying and overcoming difficulties in younger schoolchildren with special speech needs. *Безбар'єрність в освіті осіб з*

особливими потребами: досвід та інновації. Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 2024. С. 32–35.

2. Грень Л. М., Черкашин А. І., Чеботарьов М. К. Інклюзивне освітнє середовище в закладах вищої освіти: шляхи створення. *Теорія і практика управління соціальними системами*. Харків: НТУ «ХПІ». 2021. № 2. С. 70–80.

3. Грибань Г. В. Моделювання синтаксичної компетенції молодших школярів з особливими мовленнєвими потребами. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови* : зб. наук. праць / за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупасової. 2020. Вип. 16.

4. Грибань Г. В. Сучасне програмово-методичне забезпечення розвитку зв'язного мовлення у молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*: зб. наук. пр. / за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупасової. К.: ТОВ «Поліграф плюс». 2018. Вип. 3. С. 28–32.

5. Данілавічюте Е. Дизартрія: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами в освітньому середовищі: навч.-метод. посіб. Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології ім. Миколи Ярмаченка НАПН України. 2023. 96 с.

6. Данілавічюте Е., Трофименко Л., Ільяна В., Рібцун Ю., Мартинюк З., Грибань Г. *Психолінгвістичні дидактичні технології діагностики і подолання мовленнєвих порушень у молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення*: навчально-методичний посібник. Інститут спеціальної педагогіки і психології НАПН України. 2022. 847 с.

7. Дегтяр Д. С. Стан сформованості фонематичних процесів у дітей молодшого шкільного віку зі стертою дизартрією. *Вісник Сковородинівської*

академії молодих учених [Електронне видання] : зб. наук. пр. / Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди. Харків. 2021. С. 273–276.

8. Іляна В. М. Допомога дітям з порушеннями мовлення в умовах сьогодення. *Офіційний сайт Інституту спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України*. 28.03.2022. URL: <https://ispukr.org.ua/?p=8757>.

9. Ільяна В. М. Особливості прояву дислексичних помилок у здобувачів початкової освіти з тяжкими порушеннями мовлення. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*: зб. наук. пр. / за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої. К.: ТОВ «Поліграф плюс». 2018. Вип. 3. С. 56–74.

10. Качуровська О. Б., Сілявіна Ю. С., Звекова В. К. Методологічний підхід до обстеження та лікування дитини з дизартрією. *Імідж сучасного педагога*. 2024. Вип. 5(218). С. 83–88.

11. Квітка Н. О. Мотиваційний компонент педагогічної готовності до роботи з дітьми з ООП в умовах війни. *Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації*. Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 2024. С. 171–176.

12. Колупаєва А. А., Таранченко О. М. *Діти з особливими освітніми потребами: навчання та підтримка в період повоєнної відбудови* (Серія «Інклюзивна освіта»). Київ: Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 2023.

13. Компанець Н. М. *Розвиток та формування емоційно-вольової сфери у дітей дошкільного віку* [науково-методичний посібник]. Київ: Актуальна освіта. 2023.

14. Комплект корекційно-розвиткових програм для 1-4 класів для спеціальних закладів загальної середньої освіти для дітей з тяжкими порушеннями мовлення «Корекція мовлення» / Трофименко Л. І., Іляна В.

М., Мартинюк З. С., Аркадьєва О. О., Грибань В. В. [Електронний ресурс]. 2018. URL: <https://ispukr.org.ua/>.

15. Конопляста С. Ю., Синиця А. О. Дизартрія у систематиці мовленнєвих порушень (сучасний погляд). *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 5: Педагогічні науки: реалії та перспективи*. 2019. Вип. 66. С. 111–116.

16. Кравченко А. І., Мороз Л. В., Стахова Л. Л., Кравченко І. В. *Корекція дизартрії у дітей за допомогою акупресури (точкового масажу)*. Суми: ФОП Цьома С. П. 2021. 60 с.

17. Лапін А. В. Освітній компонент готовності педагогічних працівників до реалізації професійних компетентностей в умовах інклюзивної освіти в період воєнного стану. *Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації*. Матеріали Х Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 2024. С. 256–260.

18. Лепетченко М. В. *Логопедія. Дизартрія*: навчально-методичний посібник [для студ. спец. 6.010105 Корекційна освіта]. Д. 2015. 36 с.

19. Мартинюк З. Діагностичний інструментарій щодо виявлення дизорфографічних помилок в учнів із тяжкими порушеннями мовлення молодшої ланки навчання. *Інститут спеціальної педагогіки і психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України*. 2022. URL: <https://ispukr.org.ua/?p=5812>.

20. Мартинюк З.С. Сучасні підходи до розробки розділу навчально-методичного посібника «Психолінгвістичні дидактичні технології діагностики й подолання мовленнєвих порушень у молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*: зб. наук. пр. / за ред. В. В. Засенка, А. А. Колупаєвої. К.: ТОВ «Поліграф плюс». 2018. Вип. 3. С. 78–82.

21. Матвеева О. В., Лапін А. В. Організація освітньо-просвітницької роботи з батьками на основі аналізу особливостей шкільної атмосфери дітей з інклюзивною формою навчання. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2023. Вип. 1(109). С. 171–186.
22. Пахомова Н. Г. *Діагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі: навчально-методичний посібник*. Полтава: АСМІ. 2008. 84 с.
23. Прищепна О. Актуальні проблеми, суперечності інклюзивної освіти в Україні. (Конференція “Психологічний супровід учасників освітнього процесу в умовах інклюзивної освіти” 25.11.2018). Дата звернення: 04.03.2023.
24. Рібцун Ю. В. Використання нових інформаційних технологій у роботі з дітьми із порушеннями мовленнєвого розвитку [Електронний ресурс]. *Початкова освіта: історія, проблеми, перспективи: матеріали Всеукр. інтернет-конференції (19 жовтня 2018 р., м. Ніжин)*. Ніжин: НДУ ім. М. Гоголя. 2018. С. 197–200. URL: <http://ndu.edu.ua/>.
25. Садов А. П., Матусевич Г. В., Федорченко Д. А., Іваницький В. О. Реалізація інклюзивних освітніх технологій у нових умовах спеціального навчання. *Безбар’єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації*. Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології. К.: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 2024. С. 72–76.
26. Смола О. М. Розвиток мовленнєвої компетентності через формування наскрізних умінь в учнів нової української початкової школи. *Вересень*. 2023. № 4 (99). С. 25–37.
27. *Соціально-освітні домінанти професійної підготовки фахівців соціальної сфери та інклюзивної освіти: матеріали V Всеукраїнської науково-практичної Інтернет-конференції: збірник наукових праць / уклад. Петровська К. В.* 2023. 361 с.

28. *Соціальний захист населення України у 2022 році*: статистичний збірник. URL: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2023/zb/10/zb_szn_2022.pdf

29. Стахова Л. Л. Логопедична робота з дітьми дошкільного віку із затримкою психічного розвитку. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*: матеріали VII Всеукр. заочн. наук.-практ. конф. (15 лют. 2018 р., м. Суми). Суми. 2018. С. 125–128.

30. Тарасун В. В. *Аутологія: теорія і практика*. Підручник. К.: «Вадекс». 2018. 590 с.

31. Ткачук Т. А. Особливості корекції затримок психічного розвитку дітей. *Практична психологія в інклюзивному середовищі*: матеріали I Всеукр. наук. інтернет-конф. (м. Переяслав-Хмельницький, 21 лют. 2019 р.). Переяслав-Хмельницький. 2019. С. 109–115.

32. Тороп К. С., Ярмола Н. А. Використання таблиці KWL у навчанні учнів з порушеннями інтелектуального розвитку. *Особлива дитина: навчання і виховання*. 2023. Вип. 1(109). С. 154–171.

33. Торцева М. Теоретичний аналіз проблематики прояву та корекції дизартричних порушень мовлення у дітей дошкільного віку. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота»*. 2019. Вип. 2. С. 45.

34. Трофименко Л. І. Діти з тяжкими мовленнєвими порушеннями в умовах спеціального та інклюзивного навчання. *Інклюзивне навчання в Новій українській школі: матеріали міжнар. наук.-практ. конф. (26–27 березня 2018 р., м. Тереховля)*. К.: Інтерсервіс. 2018. С. 91–95.

35. Трофименко Л. І. Формування словотвору у дітей з порушеннями мовлення: психолінгвістичний підхід. *Інститут спеціальної педагогіки і*

психології імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 15.04.2020. URL: <https://ispukr.org.ua/?p=5614>.

36. Туріщева Л. В., Ткаченко І. В. Настільні ігри як умова соціалізації школярів з порушенням мовлення. *Харківський осінній марафон психотехнологій*: матеріали III міжрегіон. наук.-практ. конф. (Харків, 26 жовт. 2019 р.). Харків: Діса плюс. 2019. С. 209–211.

37. *Українська мережа за права дитини* : [веб-сайт]. Київ, 2016-2024. URL: <https://childrights.org.ua/news/pytannya-ta-vidpovidi-shhodo-roboty-ircz/>.

38. Федорова Н., Іванова І. Формування зв'язного мовлення у дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку засобами художніх творів. *Актуальні проблеми дошкільної та спеціальної освіти: матеріали III Міжнародних педагогічних витань пам'яті професора Т.І. Поніманської*. Рівне. 2020. С. 256–258.

39. Шавкуненко М. Д. Корекція дизартричних розладів у дітей. *Актуальні питання корекційної та інклюзивної освіти*: зб. наук. пр. Харків: ХНПУ. 2020. С. 342–346.

40. Ярмола Н. А. Сучасні освітні реформи в навчанні осіб з особливими освітніми потребами в Україні. *Безбар'єрність в освіті осіб з особливими потребами: досвід та інновації*. Матеріали X Міжнародного конгресу зі спеціальної педагогіки та психології. Київ: ІСПП імені Миколи Ярмаченка НАПН України. 2024. С. 450–452.

41. Ярошенко А. В. Історичний аспект проблеми дизартрії (хронологізація. Перший та другий періоди). *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського університету Івана Огієнка. Сер.: Соціальнопедагогічна*. 2019. Вип. 22(1). С. 30–40.

42. Darley F.L.; Aronson, A.E.; Brown, J.R. Differential diagnostic patterns of dysarthria. *J. Speech Lang Hear Res*. 1969, 12, 246–269.

43. Darley F.L.; Aronson, A.E.; Brown, J.R. Clusters of deviant speech dimensions in the dysarthrias. *J Speech Lang Hear. Res.* 1969, *12*, 462–496.
44. Hardy J.C. Suggestions for physiological research in dysarthria. *Cortex* 1967, *3*, 128–156.
45. Netsell R.; Daniel, B. Dysarthria in adults: Physiologic approach to rehabilitation. *Arch. Phys. Med. Rehabil.* 1979, *60*, 502–508.
46. Rosenbek J.C.; LaPointe, L.L. A physiological approach to the dysarthrias. *J. Speech Hear. Disord.* 1982, *47*, 334.
47. Rosenbek J.C. Treating the dysarthric talker. *Semin. Speech Lang.* 1984, *5*, 359–384.
48. Netsell R.; Rosenbek, J.C. *Treating the Dysarthrias. Speech and Language Evaluation in Neurology: Adult Disorders*; Grune & Stratton: New York, NY, USA, 1985; pp. 363–392.
49. Hartelius L., Elmberg, M., Holm, R., Loovberg, A. S., and Nikolaidis, S. (2008). Living with dysarthria: evaluation of a self-report questionnaire. *Folia Phoniatri. Logop.* 60, 11–19. doi: 10.1159/000111799
50. Hixon T.J.; Putnam, A.H.; Sharp, J.T. Speech production with flaccid paralysis of the rib cage, diaphragm, and abdomen. *J. Speech Hear. Disord.* 1983, *48*, 315–327.
51. World Health Organization. *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*; WHO: Geneva, Switzerland, 2001.
52. American Speech-Language-Hearing Association. (2007). *Childhood apraxia of speech [Technical report]* .
53. Duffy J. R. (2019). *Motor speech disorders e-book: Substrates, differential diagnosis, and management*. Elsevier Health Sciences.
54. Wilson E. M., Abbeduto, L., Camarata, S. M., & Shriberg, L. D. (2019). Estimates of the prevalence of speech and motor speech disorders in

adolescents with Down syndrome. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 33(8), 772–789.

55. Yorkston K.M.; Klasner, E.R.; Swanson, K.M. Communication in context: A qualitative study of the experiences of individuals with multiple sclerosis. *Am. J. Speech Lang Pathol.* 2001, 10, 126–137. [

56. Miller N.; Noble, E.; Jones, D.; Burn, D. Life with communication changes in Parkinson's disease. *Age Ageing* 2006, 35, 235–239. [CrossRef]

57. Page A.D.; Siegel, L.H.; Baylor, C.R.; Adams, S.G.; Yorkston, K.M. The Consequences of Oromandibular Dystonia on Communicative Participation: A Qualitative Study of the Insider's Experiences. *Am. J. Speech Lang Pathol.* 2019, 28, 771–783.

58. Walshe M.; Miller, N. Living with acquired dysarthria: The speaker's perspective. *Disabil. Rehabil.* 2011, 33, 195–203.

59. Baylor C.R.; Burns, M.; Eadie, T.; Britton, D.; Yorkston, K.M. A qualitative study of interference with communicative participation across communication disorders in adults. *Am. J. Speech Lang Pathol.* 2011, 20, 269–287.

ДОДАТКИ

Додаток А

Нейромоторна та дихальна корекція

Формат Індивідуальне заняття (30 хвилин).

Мета Нормалізація м'язового тону артикуляційної мускулатури та формування діафрагмального дихання за допомогою технології Біологічного Зворотного Зв'язку (БЗЗ).

Хід заняття

1. I. Організаційно-підготовчий етап (5 хв)

Привітання та нейророзминка. Починається з виконання динамічних вправ, спрямованих на розвиток міжпівкульної взаємодії та уваги. Наприклад, вправа "Жестикуляційна руханка" (чергування жестів) або "Вухо-ніс", які вимагають швидкого переключення та точного виконання.

Логопедичний масаж Логопед проводить диференційований масаж (залежно від тону) мимічної та артикуляційної мускулатури, використовуючи зонди або вібророл. При гіпертонусі акцент робиться на розслабленні (погладження, вібрація), при гіпотонусі – на активізації (поплескування, розтирання).

2. II. Корекція дихання з БЗЗ (10 хв)

Налаштування БЗЗ Дитина сідає перед монітором. На діафрагму кріпиться дихальний датчик (наприклад, п'єзоелектричний пояс).

Вправа "Плавний політ" Дитині пропонується завдання – за допомогою плавного та тривалого видиху "керувати" літаком чи іншим об'єктом на екрані. Візуальний сигнал на моніторі показує глибину та плавність дихання. Технологія БЗЗ надає негайний візуальний зворотний зв'язок, що дозволяє дитині свідомо контролювати параметри свого дихання та вчитися дихати діафрагмою.

3. III. Корекція артикуляції (10 хв)

Пасивно-активна гімнастика Виконання артикуляційних вправ на утримання пози "Чашечка", "Грибок". Логопед спочатку допомагає дитині зондом, а потім дитина намагається самостійно утримувати позицію язика, розвиваючи кінестетичне відчуття (ключове для корекції дизартрії).

Кінестетичний праксис Дитина виконує 3-4 артикуляційні вправи із заплющеними очима, а потім намагається точно назвати положення свого язика.

4. IV. Підсумок (5 хв) Релаксаційна вправа на розслаблення м'язів обличчя. Видача домашнього завдання (артикуляційна гімнастика перед дзеркалом).

Додаток Б

Корекція просодики та логоритміка

Формат Підгрупове заняття (40 хвилин).

Мета Розвиток почуття ритму, темпу мовлення та інтонаційної виразності через рухово-мовленнєву активність.

Хід заняття

1. I. Ритмічна та Нейрорухова Розминка (10 хв)

Музично-ритмічні рухи Діти виконують марширування, крокування, ходьбу на носочках під музичний супровід різного темпу.

o Нейродинамічна вправа "Барабанчики" Промовляння ритмічних складів (*ТА-ТА-ПА-ПА*) із одночасним виконанням перехресних рухів (дотик лівої руки до правого коліна і навпаки). Нейродинамічні вправи сприяють синхронізації мовнорухових функцій.

2. II. Темп та плавність (15 хв)

Вправа "Метроном" Діти промовляють короткі фрази (наприклад, *Ми ідемо гуляти*), орієнтуючись на стукіт метронома. Логопед змінює темп повільно, нормально, швидко.

Гра "Співомовка" Читання невеликого тексту мелодійним, тягучим голосом (співомовка), що забезпечує плавність висловлювання, долаючи типові для дизартрії запинки та прискорення.

3. III. Інтонаційна виразність та модуляція голосу (10 хв)

"Емоційне речення" На інтерактивній дошці демонструються різні смайлики (радість, здивування, сум, гнів). Діти по черзі промовляють одне і те саме речення (*Тут дуже цікаво!*) з інтонацією, що відповідає зображенню. Це вчить дітей модулювати висоту та силу голосу. Асистент вчителя допомагає контролювати виконання.

4. IV. Заключний етап (5 хв) Релаксація. Повторення вивченої лічилки у заданому ритмі.

Додаток В

Формування фонематичних процесів та звуковимови

Формат Індивідуальне заняття (30 хвилин).

Мета Автоматизація звуку [Р] у словах та розвиток фонематичного аналізу за допомогою інтерактивних засобів.

Хід заняття

1. I. Артикуляційно-Фонематична Розминка (5 хв)

Артикуляційна гімнастика Вправи, що сприяють вібрації кінчика язика ("Барабанщик", "Конячка").

Фонематичний слух Диференціація звуків [Л] та [Р] на слух логопед промовляє ряди складів, дитина плескає у долоні, коли чує [Р].

2. II. Автоматизація звуку з ІКТ (15 хв)

Робота з комп'ютерною програмою Дитина сідає перед комп'ютером, де запущена спеціалізована логопедична програма (наприклад, "Логосвіт"). На екрані з'являються картинки зі звуком [Р] (*РАК, ТИГР, РИБА*).

Візуалізація вимови Дитина промовляє слово у мікрофон. Програма аналізує звуковий спектр і, наприклад, показує, як "гарчить" тигр на екрані. Якщо гарчання правильне (чіткий звук [Р]), тигр рухається. Якщо вимова спотворена, тигр залишається нерухомим. Це забезпечує об'єктивний самоконтроль за правильністю артикуляції.

3. III. Фонематичний Аналіз та Синтез (5 хв)

Інтерактивна гра "Знайди місце звуку" На екрані інтерактивної дошки зображені слова. Дитина повинна перетягнути фішку, що позначає звук [Р], на початок, середину чи кінець слова. Це перетворює абстрактне поняття "звук" на наочний об'єкт.

4. IV. Підсумок (5 хв) Складання 2-3 речень із автоматизованим звуком.

Розвиток лексико-граматичної будови та зв'язного мовлення

Формат Підгрупове заняття (40 хвилин).

Мета Формування навичок побудови описової розповіді та корекція граматичних помилок.

Хід заняття

1. I. Лексико-граматична розминка (10 хв)

Гра "Назви ознаку" Діти по черзі називають 3-4 прикметники до заданого іменника (*Ліс* – густий, темний, осінній, загадковий). Це сприяє збагаченню словника.

Гра "Один-багато" Корекція узгодження числівників з іменниками та вживання родового відмінка множини (*п'ять олівців, багато олівців*).

2. II. Побудова зв'язного мовлення з опорними схемами (20 хв)

Введення Т-схеми На дошці демонструється опорна схема-план для опису, наприклад, професії (*Назва – Де працює? – Що робить? – Який інструмент?*).

Складання розповіді Дітям пропонується описати професію (*Лікар*), використовуючи схему. Кожна дитина послідовно складає 2-3 речення, що відповідають пунктам плану. Опорні схеми допомагають молодшим школярам зі ЗНМ планувати своє висловлювання та уникати аграматизмів.

Роль вчителя/асистента Вчитель початкових класів або асистент контролює, щоб діти використовували вивчені граматичні конструкції, а також забезпечує перенесення цієї навички у навчальну діяльність.

3. III. Комунікативний тренінг (5 хв)

Рольова гра "Інтерв'ю" Одна дитина (журналіст) ставить іншим запитання, які вимагають розгорнутої відповіді про професію. Це спрямовано на розвиток комунікативної участі та подолання бар'єрів у спілкуванні.

4. IV. Підсумок (5 хв) Оцінка якості розповіді.