

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

ВИПУСКНА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на здобуття другого (магістерського) рівня вищої освіти

на тему:

«ОСОБЛИВОСТІ КОРЕКЦІЇ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА»

Виконала: студентка II курсу
групи СОЛ(І)з-2м

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта

Спеціалізація: 016.01 Логопедія

Освітня програма «Інклюзія в освіті»

Качкан Тетяна Павлівна

Керівник: кандидат психологічних наук,
доцент **Мицько Володимир Мирославович**

Рецензент: кандидат наук з фізичного
виховання та спорту, генеральний директор
реабілітаційного центру "Моя Надія"-

Петрик Ольга Михайлівна

АНОТАЦІЯ

Пояснювальна записка: 67 сторінок основного тексту, 67 джерел, 4 таблиці, 12 рисунків, 2 додатки.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: *праксис, диспраксія, дизартрія, корекція, інклюзивне освітнє середовище.*

Об'єкт дослідження – логопедична робота з подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями.

Предмет дослідження – корекція диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища.

У кваліфікаційній роботі визначено особливості корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями, специфіку формування праксисів, умови організації логопедичної допомоги в інклюзивному освітньому середовищі.

У процесі дослідження здійснено теоретичний аналіз наукових джерел з проблеми праксисів і диспраксії; визначено характерні прояви диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями; охарактеризовано сучасні підходи та методики діагностики й подолання диспраксії; розроблено діагностичну методику та експериментальну програму корекційної роботи; експериментально досліджено її результативність у дітей 6–8 років з дизартричними порушеннями, які навчаються в умовах інклюзивного освітнього середовища; надано рекомендації щодо використання корекційних технологій у логопедичній практиці та інклюзивному освітньому середовищі.

ABSTRACT

Explanatory note: 67 pages of main text, 67 sources, 4 tables, 12 figures, and 2 appendices.

KEYWORDS: *praxis, dyspraxia, dysarthria, correction, inclusive educational environment.*

The object of the study is the speech-therapy work aimed at overcoming dyspraxia in children with dysarthric disorders.

The subject of the study is the correction of dyspraxia in children with dysarthric disorders within an inclusive educational environment.

In the qualification paper, the author investigated the specific features of dyspraxia correction in children with dysarthric disorders, the developmental characteristics of praxis, the conditions required for effective speech-therapy support in an inclusive setting.

In the course of the research, the author carried out a theoretical analysis of scientific sources on praxis and dyspraxia; identified the characteristic manifestations of dyspraxia in children with dysarthric disorders; described contemporary approaches and methods for diagnosing and addressing dyspraxia; developed a diagnostic framework and an experimental program of corrective intervention; conducted an experimental study of its effectiveness in children aged 6–8 with dysarthric disorders enrolled in an inclusive educational environment; and provided recommendations for the application of corrective technologies in speech-therapy practice and inclusive education.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	5
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ КОРЕКЦІЇ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА.....	8
1.1. Поняття праксисів та диспраксії у науковій літературі.....	8
1.2. Особливості формування праксисів у дітей з дизартричними порушеннями.....	13
1.3. Огляд сучасних методик з подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями.....	23
Висновки до розділу 1.....	28
РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА.....	30
2.1. Принципи побудови та опис методики діагностики диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища.....	30
2.2. Критерії оцінювання та загальні рівні виконання завдань методики обстеження.....	34
2.3. Аналіз результатів проведеного дослідження диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища.....	41
Висновки до розділу 2.....	49
РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЯ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА.....	51
3.1. Обґрунтування та принципи побудови експериментальної методики....	51
3.2. Зміст методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища.....	55
3.3. Аналіз результатів формувального експерименту.....	66
Висновки до розділу 3.....	71
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	76
ДОДАТКИ.....	81

ВСТУП

Актуальність дослідження. Сучасна логопедична наука та практика приділяють значну увагу організації корекційної допомоги дітям із мовленнєвими порушеннями, базуючись на міждисциплінарних знаннях. Активний розвиток мережі корекційно-розвиткових центрів, запровадження додаткових освітньо-корекційних послуг у вже наявних освітніх закладах, зокрема в умовах інклюзивного навчання, зумовлюють необхідність перегляду змісту та методів надання логопедичної допомоги.

Згідно з основними нормативно-правовими документами, такими як Конвенція ООН про права осіб з інвалідністю, Закон України «Про освіту», Закон України «Про повну загальну середню освіту», а також концепція «Нова українська школа», забезпечення рівного доступу до якісної освіти для всіх дітей, зокрема з особливими освітніми потребами, є одним із пріоритетів державної політики. У цьому контексті важливим стає врахування специфічних потреб дітей із мовленнєвими та моторними порушеннями.

Наукові дослідження свідчать, що диспраксія та дизартрія є поширеними станами, які суттєво впливають на навчання, соціальну адаптацію та загальний розвиток дитини. Проте більшість наявних корекційних програм зосереджуються на роздільному опрацюванні мовленнєвих і моторних аспектів, що не враховує інтегрованого підходу до подолання цих порушень. Це створює прогалину в адаптації таких дітей до умов інклюзивного освітнього середовища. Таким чином, наразі існують суперечності між теоретичними знаннями про механізми диспраксії та дизартрії та недостатністю практичних методик їх одночасної корекції, між вимогами до інклюзивного навчання, зазначеними в законодавстві, та недостатньою підготовкою педагогів до роботи з дітьми з комбінованими порушеннями, а також між потребою дітей з особливими освітніми потребами в ефективній корекційній допомозі та нехваткою адаптованих програм, які можна інтегрувати в освітній процес.

Обґрунтування актуальності та доцільності роботи полягає в необхідності розробки комплексних методик, які будуть спрямовані на корекцію як моторних, так і мовленнєвих порушень, з урахуванням сучасних умов інклюзивного середовища. Це сприятиме більш ефективному включенню дітей із диспраксією та дизартрією у соціально-освітній простір, їх успішній адаптації та розвитку. З огляду на це, дослідження цієї теми є важливим для вдосконалення корекційної роботи, професійної підготовки педагогів та логопедів, а також для реалізації прав дітей на якісну освіту відповідно до сучасних суспільних потреб.

Мета дослідження – вивчити специфіку корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища.

Завдання дослідження:

- 1) дослідити поняття праксисів та диспраксій у науковій літературі;
- 2) проаналізувати особливості формування праксисів у дітей з дизартричними порушеннями та здійснити огляд сучасних методик з подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями;
- 3) описати принципи побудови та методик діагностики диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища;
- 4) описати критерії оцінювання та загальні рівні виконання завдань методики обстеження;
- 5) здійснити аналіз результатів проведеного дослідження диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища;
- 6) розробити методику корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища.

Об'єкт дослідження – логопедична робота з подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями.

Предмет дослідження – корекція диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища.

Методи дослідження. У роботі використовувались теоретичні та емпіричні методи наукового дослідження. *Теоретичні:* вивчення й аналіз медичної, лінгвістичної, психологічної, педагогічної і методичної літератури. *Емпіричні:* спостереження, емпіричне дослідження. Збір анамнезу проводився за логопедичною схемою М. Шеремет та Н. Компанець. Обстеження моторики здійснювалося за методиками К. Криуліної та Н. Гаврилової. Фонематичні процеси досліджувалися за пробами, поданими у підручнику за ред. М. Шеремет. Звуковимова й складова структура слів вивчалися за методиками Н. Кіндрачук і Ю. Рібцун. Лексико-граматична будова мовлення досліджувалася за підходами М. Шеремет та В. Тищенко. *Методи математичної статистики:* кількісний та якісний аналіз експериментальних даних.

Теоретичне та практичне значення. У роботі узагальнено теоретичні відомості щодо диспраксій у науковій літературі, специфіки формування праксисів у дітей з дизартричними порушеннями та здійснено огляд сучасних методик з подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями.

Практичне значення роботи полягає у розробленні та апробації методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища. Запропоновані матеріали можуть бути використані на корекційно-розвиткових заняттях в умовах інклюзивних закладів загальної середньої освіти, навчально-реабілітаційних центрів, інклюзивно-ресурсних центрів, а також в умовах логопедичних кабінетів задля надання допомоги дітям з дизартричними порушеннями.

Апробація результатів роботи. Теоретико-практичні результати дослідження обговорювались на методичних нарадах корекційно-реабілітаційного центру “Body&Brain”, на звітній студентській науково-практичній конференції кафедри логопедії та інноваційних технологій в інклюзії за 2024 рік.

Структура роботи. Кваліфікаційна робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг роботи – 91 сторінка.

РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ОСНОВИ ПРОБЛЕМИ КОРЕКЦІЇ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

1.1. Поняття праксисів та диспраксії у науковій літературі

У сучасній логопедичній науці та практиці доволі актуальною є проблема корекції порушень звуковимовного компонента мовлення. Останнім часом особливої гостроти як на науковому, так і на практичному рівні набула проблема апраксії та диспраксії мовлення як самостійного виду порушень звуковимови [28, с. 168].

Як зауважує В. Тищенко, апраксією в логопедії та нейропсихології називають дефект, який виявляється у відсутності чи грубому порушенні праксису, а диспраксією – тільки його часткове порушення. Своєю чергою, праксисом називають аналітико-синтетичну діяльність вторинних ділянок кори головного мозку, скеровану на організацію цілісного довільного рухового акту. Праксис також розглядають як обов'язковий компонент формування довільних та автоматизованих рухових дій – навичок [28, с. 168].

У сучасній психологічній науці поняття праксису розуміють як психічний інструмент для здійснення осмисленої рухової діяльності, як здатність до довільного й недовільного відтворення поз та дій за заданим планом. Разом з тим, дослідження у сфері нейропсихології довели взаємозв'язок та обумовленість праксису й гнозису як вищих психічних процесів: щоб здійснити рух, потрібно отримувати та обробляти сигнали від вестибулярної, тактильної, пропріоцептивної, зорової та слухової систем, а щоб одержати відчуття – потрібно здійснити рух [19, с. 68].

Свого часу О. Лурія виділив два варіанти праксису, які мають відношення до створення й реалізації моторної програми мовленнєвого акту: кінестетичний (аферентний), або оральний, праксис та кінетичний (еферентний), або динамічний, праксис. Цим указав на подвійну природу

названого явища, яке пов'язане із забезпеченням формування окремого складноорганізованого артикуляційного руху через узагальнення комплексу кінестетичних відчуттів (звідси й назва – кінестетичний праксис), з одного боку, та з організацію послідовно організованих рухів, що вимагає перемикання з руху на рух та забезпечення швидкості, плавності, точності, ритмічності таких рухів, з іншого боку [29].

Кінестетичний (аферентний) або оральний праксис мовлення ґрунтується на доцентрових імпульсах, які надходять від пропріоцептивних рецепторів м'язів під час зміни їхньої фази (скорочення чи розслаблення) до нижніх відділів постцентральної звивин кори головного мозку. Цей процес формує кінестетичну чутливість, що дозволяє здійснювати кінестетичний контроль шляхом порівняння імпульсу, який надходить від кори до м'яза, із зворотним (аферентним) сигналом. Кінестетична чутливість та контроль забезпечують точність рухів кожного м'яза окремо. Однак для виконання складноорганізованих рухів, таких як артикуляційні, де одночасно залучені кілька органів (язик, губи, нижня щелепа, м'яке піднебіння, голосові зв'язки), ізольованого контролю за кожним м'язом недостатньо. Необхідна функція, здатна синхронно контролювати положення всіх задіяних органів ще до початку артикуляції. Лише за таких умов можлива правильна вимова звука.

Одномоментний контроль кінестетичних відчуттів, які надходять від різних артикуляційних органів, задіяних у вимові звука, є основою кінестетичного (аферентного) або орального праксису мовлення. Його мозковий центр розташований у вторинних (гностикопраксичних) полях нижніх відділів тім'яної частки домінантної півкулі. Ця ділянка кори межує із задніми третинними полями кори головного мозку (зона ТРО), які відповідають за симультанність (одномоментність) складних видів аналітико-синтетичної діяльності. На відміну від надмодальних третинних полів, які функціонують незалежно від конкретного аналізатора, нижні відділи тім'яної кори мають вузькоспеціалізовану функцію – забезпечення одномоментного аналізу кінестетичних відчуттів від органів, залучених у процес вимови

звуків. Така близькість центру кінестетичного контролю та зони ТРО є важливою не лише в локалізаційному, але й у функціональному аспекті. Це слід враховувати під час вивчення та аналізу мовленнєвих порушень, таких як моторна кінестетична (аферентна) алалія та афазія [29].

Розглянемо кінетичний (еферентний) або динамічний праксис, який відповідає за формування моторної програми висловлювання. Цей процес полягає у програмуванні послідовності рухів, необхідних для вимови не окремого звука, а цілої серії звуків та складів, що утворюють слова, речення й розгорнуті висловлювання. Функція кінетичного праксису локалізується в нижніх задніх відділах доміантної півкулі кори головного мозку, у центрі Брока. Ця ділянка кори прилягає до нижнього заднього краю переднього третинного поля, яке простягається вздовж зовнішнього краю лобної долі. Переднє третинне поле є надмодальним і виконує складні функції суцесивно (послідовно) організованої аналітико-синтетичної діяльності, не пов'язаної з конкретним аналізатором. Центр Брока, локалізуючись поруч із переднім третинним полем, належить до вторинних полів кори головного мозку. Завдяки цьому він виконує схожу функцію – забезпечення послідовної організації рухів, проте виключно стосовно моторних відділів мовленнєвого апарату. Ця специфіка має ключове значення для розуміння та аналізу мовленнєвих порушень, зокрема моторної кінетичної (еферентної) алалії та афазії [33, с. 169].

В. Апухтіна зауважує, що диспраксія мовлення – це порушення мовлення, яке здійснює вплив на здатність людини до артикуляції та проявляється у порушенні моторного планування й програмування, що впливає на здатність виконувати точні та скоординовані артикуляційні рухи [2, с. 92].

За спостереженнями І. Мартиненко, диспраксія являє собою розлад розвитку координації, який передбачає комплексні труднощі праксису на всіх моторних ланках [19, с. 67].

На думку І. Мартиненко та Н. Яцишин, диспраксія є розладом рухової функції функції та координації рухів у дитини з нормальним м'язовим тонусом, порушенням планування моторних дій, що пов'язано з проблемами розвитку в онтогенезі [20, с. 459].

Учені зауважують, що у випадку диспраксії порушуються відчуття й розуміння схеми тіла. Така дитина може бачити рухи інших людей, усвідомлювати та розуміти їхнє значення, однак скоординувати власне тіло, щоб повторити – не може або виконує з помилками, повільно. Мозок та тіло взаємодіють між собою на основі зворотного зв'язку, створюючи його через еферентну та аферентну системи – систему реакцій, дії та експресії. У зв'язку з цим, якщо процеси двостороннього обміну сенсорної інформації порушені, то виникають порушення у сфері сприйняття, що може здійснити вплив на подальший розвиток рухових, пізнавальних та соціальних навичок [20, с. 460].

Міжнародні класифікатори містять різноманітні підходи до визначення диспраксій. Наприклад, DSM-5 описує диспраксію як порушення розвитку координації рухів (315.4, F82), що здійснює вплив на академічну продуктивність та повсякденну діяльність людей. Це порушення мовлення передбачає труднощі у виконанні завдань, які потребують моторного планування та координації, та часто супроводжується проблемами з навчанням і виконанням щоденних завдань.

МКХ-10 не містить окремої категорії для диспраксії мовлення, що значно ускладнює діагностику й класифікацію цього розладу у міжнародному контексті. В оновленій версії, МКХ-11, дитяча диспраксія мовлення класифікується як розлад розвитку мовлення, що дає можливість точніше ідентифікувати та діагностувати цей розлад. МКХ-11 враховує не тільки мовленнєві порушення, а й інші аспекти розвитку координації рухів, які впливають на загальну моторну функцію дітей.

Американська асоціація мовлення, мови та слуху (ASHA) визначає дитячу диспраксію мовлення як моторне мовленнєве порушення, яке впливає

на здатність дитини до програмування та планування рухів, необхідних для точної артикуляції звуків, складів та слів. ASHA зазначає, що діти з диспраксією мають труднощі з вимовою звуків рідної мови, переходами між звуками та просодичною стороною мовлення, що здійснює вплив на їхнє мовленнєве виробництво та зрозумілість мовлення [34].

Слід наголосити, що диспраксія є прихованим розладом, оскільки зазвичай діти виглядають так само, як їхні однолітки, поки не з'явиться необхідність у виконанні нових завдань або не стануть помітними рухові чи координаційні труднощі. При цьому клінічні методи обстеження, такі як нейровізуалізація, електроміограма чи електроенцефалографія, зазвичай не виявляють значних відхилень. Органічні зміни відсутні, а прояви розладу залишаються в межах функціональних порушень рухової сфери. Однак навіть незначна дисфункція рухової системи у дітей із сенсорними порушеннями, за відсутності своєчасної корекції, може призвести до серйозніших порушень цілеспрямованих рухів [20, с. 460].

Сучасний дослідник В. Тищенко звертає увагу на важливості правильного діагностування диспраксії мовлення та її чіткого розмежування на кінетичну й кінестетичну, що допомагає у виборі відповідних методів логопедичного втручання [32, с. 173].

Таким чином, диспраксія є багатофакторним порушенням. Вона найчастіше проявляється у дітей з нейропсихологічними або мовленнєвими порушеннями, такими як дизартрія, алалія, аутизм, синдром дефіциту уваги з гіперактивністю. Окрім того, диспраксія є результатом недостатньої взаємодії сенсорних, моторних та когнітивних процесів через порушення в роботі лобної, тім'яної або потиличної кори мозку.

Отже, можна зробити висновок, що праксис у науковій літературі визначається як здатність людини до цілеспрямованої організації й виконання складних рухів та дій, що забезпечуються інтеграцією сенсорних, моторних і когнітивних процесів. Це складна нейропсихологічна функція, яка формується завдяки активній роботі різних відділів мозку, зокрема

сенсомоторних і асоціативних зон кори. Практиси включають як прості моторні дії (захоплення предметів, ходьба), так і складноорганізовані дії, які потребують планування, координації та корекції рухів (писання, гра на музичних інструментах, артикуляція під час мовлення). Диспраксія, своєю чергою, розглядається як порушення або часткова втрата здатності до виконання цілеспрямованих рухів за відсутності значних структурних пошкоджень центральної нервової системи. У науковій літературі це явище описують як функціональний розлад, що проявляється у вигляді труднощів із виконанням нових або звичних рухових завдань через порушення програмування, координації чи сенсомоторного контролю. Наукова література підкреслює важливість своєчасної діагностики й корекції диспраксії, оскільки вона впливає не лише на рухову активність, а й на формування когнітивних функцій, мовлення, соціалізацію та навчання.

1.2. Особливості формування праксисів у дітей з дизартричними порушеннями

Формування праксисів у дітей із дизартричними порушеннями є складним процесом, який потребує врахування особливостей моторного, когнітивного та мовленнєвого розвитку. Дизартрія, яка виникає через порушення іннервації мовленнєвих м'язів, значно впливає не лише на мовлення, але й на розвиток загальної та дрібної моторики, координації рухів і формування праксисів.

Перш за все, розглянемо детальніше дизартричні порушення у дітей. Так, особливістю дизартричних порушень є їх патогенетична спільність з руховими розладами. Насамперед це виявляється у характері порушень загальної та мовленнєвої моторики. До особливостей моторики артикуляційного апарату осіб з дизартричними розладами відносяться шість видів порушень:

- 1) обмеженість чи недостатність довільних рухів органів мовлення;

- 2) змінний (нестійкий) характер порушень м'язового тону в мовленнєвій мускулатурі;
- 3) наявність гіперкінезів (примусових рухів);
- 4) частота оральних синкінезій;
- 5) порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату;
- 6) вплив патологічних тонічних рефлексів на м'язи артикуляційного апарату [14, с. 148].

Обмеженість або недостатність довільних рухів органів мовлення (губ, язика, піднебіння, голосових зв'язок) у дітей проявляється в тому, що, маючи нормальну будову периферичного мовленнєвого апарату, вони не здатні виконувати завдання, до прикладу, висунути язик за межі зубів, пересувати його у порожнині рота, опускати до нижніх різців чи піднімати до верхніх. Для таких дітей характерні напіввідкритий рот, підвищене слиновиділення (гіперсалівація), складнощі з жуванням твердої їжі та підніманням кінчика язика. Рухи губ також обмежені або неможливі (приміром, дитина не може витягнути губи вперед чи зробити «хоботок»). Спостерігається швидка втомлюваність мовленнєвих м'язів: після 2-3 повторень вправ рухи стають неможливими. Часто ці обмеження поєднуються з порушенням кінестетичного відчуття, через що дитина не відчуває положення й рухів язика, губ та піднебіння. Своєю чергою, це призводить до:

- труднощів у виконанні тонких рухів, наприклад, диференціації кінчика язика від інших його частин;
- появи зайвих рухів (наприклад, разом із рухами язика починають рухатися губи, щелепа чи навіть руки).

Через обмежену рухливість мовленнєвого апарату артикуляція стає нечіткою, а мовлення набуває стертого характеру. Найбільші труднощі виникають під час вимови приголосних звуків, які потребують складної координації мовленнєвих рухів. Такі звуки часто спотворюються, пропускаються, замінюються чи змішуються. Особливо важко вимовляти

слова зі збігом кількох приголосних, адже зазвичай дитина не може вимовити їх послідовно, навіть якщо окремі звуки вона артикулює правильно.

Мінливий характер м'язового тону (його підвищення або зниження), залежить від зовнішніх чинників, довільних рухів, емоційного стану дитини, а також положення тіла і голови, спричиняє порушення звуковимови, які відрізняються від попереднього типу. У цьому випадку відсутні стабільні артикуляційні дефекти, що зумовлює непостійність фонетичних порушень усного мовлення. У стані спокою мовленнєва мускулатура може проявляти дистонію, тобто змінний м'язовий тонус (від підвищеного до зниженого). Однак при спробі говорити часто спостерігається різке підвищення тону в артикуляційних м'язах. Ці порушення можуть також поширюватися на дихальні м'язи та м'язи гортані, що впливає на характер голосоутворення і дихання.

Довільне включення голосу у таких дітей ускладнене: між беззвучною артикуляцією і звуковою відповіддю виникає латентний (прихований) період. Це створює труднощі в усній відповіді. Зв'язне мовлення зазвичай полегшує процес висловлювання, особливо коли питання адресоване не конкретній дитині, а всьому класу або сусідові. Варто враховувати, що основне порушення в таких дітей стосується функції спілкування. Їх мовлення зазвичай стерте, нечітке, а голос має гугнявий відтінок [14, с. 149].

Гіперкінези (мимовільні рухи) мовленнєвої мускулатури значно спотворюють мовлення, іноді роблячи його малозрозумілим або навіть повністю незрозумілим. Такі порушення можуть спричиняти примусове відкривання рота та викидання язика вперед, що в окремих випадках унеможлиблює мовлення. Окрім цього, гіперкінези можуть проявлятися в м'язах діафрагми та міжреберних м'язах, що суттєво впливає на дихання і порушує плавність мовлення. У важких випадках це може призводити до появи мимовільних вигуків або стогону, що ще більше ускладнює комунікацію.

Частота оральних синкінезій відрізняється від гіперкінезів у мовленнєвій мускулатурі, які зазвичай проявляються у стані спокою та посилюються при спробах мовлення або довільного руху. Синкінезії виникають під час будь-яких активних рухів кінцівок, особливо під час рухів правою рукою, і стають найбільш вираженими у процесі освоєння нових рухових навичок, таких як письмо. Вони можуть проявлятися у відкриванні рота або облизувальних рухах язика і губ. На відміну від гіперкінезів, синкінезії можна подолати за допомогою вольових зусиль, що є важливим для корекційної роботи. У деяких випадках оральні синкінезії поєднуються з гіперкінезами, що додатково ускладнює процес мовлення.

Порушення імпульсації від м'язів артикуляційного апарату проявляється у слабкості або недостатності відчуття положення й руху органів артикуляції. Діти мають труднощі у сприйнятті розташування язика та губ, а також у визначенні напрямків їхніх рухів. Їм складно навіть за зразком повторити і утримати артикуляційне положення. У деяких випадках, навчившись виконувати певний рух за наслідуванням, діти не можуть його відтворити вже через короткий проміжок часу. Це пов'язано з нестійкістю кінестетичних образів у мускулатурі артикуляції, тобто діти швидко «забувають» необхідні положення і рухи органів мовлення. Через це, навіть при незначних парезах м'язів артикуляційного апарату, їм важко освоїти правильні артикуляційні положення та рухи язика і губ, що значно ускладнює логопедичну роботу.

Патологічні тонічні рефлекси впливають на м'язи артикуляційного апарату, визначаючи стан м'язового тону та можливість виконання довільних рухів залежно від положення тіла, голови або кінцівок. Наприклад, при нахилі голови вниз тону м'язів язика може посилюватися, що обмежує активність його рухів. Зміни м'язового тону й обмеження довільних рухів можуть проявлятися по-різному залежно від положення дитини: сидячи, лежачи чи стоячи. До прикладу, у положенні сидячи дитина з високим м'язовим тоном може не мати змоги відкрити рот або висунути язик.

Однак у положенні лежачи ці рухи можуть виконуватися значно легше [14, с. 150].

Слід зазначити, що розлади артикуляційної моторики у дітей із мовленнєвими порушеннями часто супроводжуються дихальними й голосовими розладами. Ці порушення здебільшого обумовлені тонічними спазмами дихальних і голосових м'язів, а також наявністю гіперкінезів. У більшості дітей спостерігається коротке, уривчасте дихання з обмеженим видихом. Довільне залучення голосу значно ускладнене, через що під час усних відповідей діти можуть переривати не лише фрази, але й окремі слова. Щоб подолати ці труднощі, вони іноді починають говорити на вдиху, що надає їхньому мовленню характеру «захлинання».

Таким чином, тяжкі порушення у вимові звуків є основною ознакою дизартрії. Інші аспекти мовлення, такі як розуміння, словниковий запас і граматична структура, можуть залишатися незмінними або розвиватися із затримкою, схожою до тієї, що спостерігається за розумової відсталості. У деяких випадках дизартрія супроводжується вираженими руховими розладами, ступінь яких варіюється. Зокрема, у дітей часто порушена моторика верхньої частини обличчя, що проявляється нерухомістю та маскоподібним амімічним виразом. Нерідко у таких дітей виникають труднощі з пережовуванням і ковтанням їжі. Можуть також спостерігатися паралічі або парези кінцівок, а за їх відсутності – загальна моторна незграбність.

У цілому, виокремлюють 5 форм дизартричних порушень залежно від локалізації ураження рухового мовленнєвого апарату (рис. 1.1).

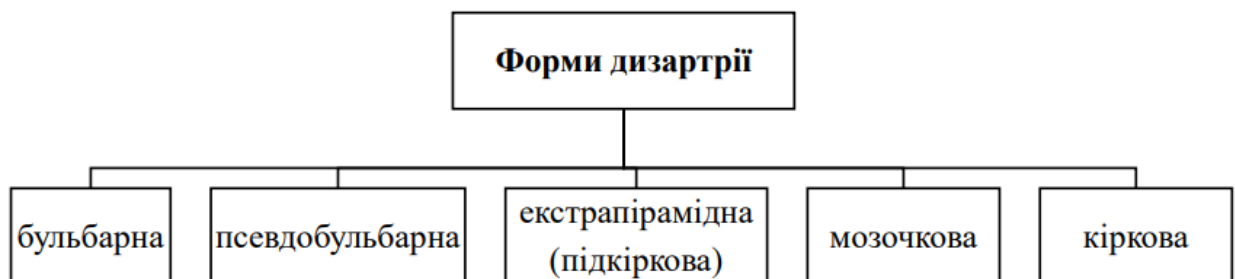


Рис. 1.1. Форми дизартрії [27]

У дітей із бульбарною дизартрією мовлення є невиразним, надзвичайно нечітким, повільним і затухаючим. Ця форма порушення характеризується проблемами у вимові проривних і лабіалізованих фонем, а також їх оглушенням. У тяжких випадках артикуляція всіх приголосних звуків може зводитися до загального щілинного звучання. Язик у таких дітей часто займає атипове положення: відхиляється, зазвичай праворуч, і не утримується по центру.

Мовлення дитини з псевдобульбарною дизартрією характеризується труднощами у вимові передньоязикових звуків. У голосі може бути помітний гугнявий відтінок, а вимова голосних звуків викликає значні складнощі. Псевдобульбарний параліч також впливає на загальну та мовленнєву моторику, спричиняючи порушення смоктання, ковтання, надмірне слиновиділення, а також дисфункцію м'язів обличчя.

Діти з екстрапірамідною формою дизартрії часто стикаються з порушеннями темпу, ритму, інтонації та модуляції голосу, а також із насильницькими голосовими реакціями. Гіперкінези проявляються у стані спокою, але посилюються під час мовленнєвої активності, що ускладнює фонацію та артикуляцію. Звуковимова є нестійкою, а в деяких випадках можуть спостерігатися порушення слуху, що додатково ускладнює мовлення.

У дітей із мозочковою формою дизартрії мовлення є уповільненим, скандованим («рубаним») і часто затухає. Іноколи воно супроводжується вигуками окремих звуків. Характерними є порушення артикуляції та вимови сонорних і передньоязикових звуків. Ця форма дизартрії зазвичай поєднується з іншими порушеннями.

Кіркова форма дизартрії вирізняється порушенням довільної моторики артикуляційного апарату та труднощами у вимові складних слів. Діти з цим типом дизартрії мають проблеми з вимовою складних сполучень приголосних звуків. При швидкому темпі мовлення можуть виникати запинки, що нагадують заїкання [27].

Варто зазначити, що у ранньому віці дизартрія проявляється у вигляді порушень низки вроджених рефлексів, зокрема: порушення смоктального рефлексу, проблем із фіксацією погляду, порушень координації рухів, труднощів із хапанням долонею предметів тощо [Максим'юк, с. 143]. Крім того, на переконання багатьох дослідників, у дошкільному віці найбільше проявляються такі ознаки дизартрії:

- спостерігається часта втрата речей;
- підвищена рухова активність, незручність у рухах;
- падіння та спотикання під час ходіння;
- дитина не спритна у виконанні будь-яких цілеспрямованих дій;
- неможливість автоматичної діяльності, зокрема вербальної (оральної, мовленнєвої);
- уповільнене формування вміння їсти та труднощі з прийомами їжі;
- нестабільна та млява постава;
- важко керувати дрібною моторикою: зав'язувати шнурки, одягатися, працювати з дрібними предметами, малювати;
- невміння ловити й кидати м'яча, стояти на одній нозі, підстрибувати, тримати рівновагу під час їзди на велосипеді;
- плутанина з лівим та правим черевиком;
- труднощі з визначенням провідної руки;
- труднощі з переказом побаченого та розумінням конструкції речей;
- погана увага;
- швидка втрата суті бесіди, нездатність виконати одночасно декілька дій.

Водночас, можуть бути різноманітні психоемоційні та поведінкові комплекси, зокрема такі діти дуже часто стають пасивними, втрачають інтерес до виконання різних обов'язків, можуть мати проблеми з пошуком друзів та часто відмовляються від рухливих ігор [16, с. 143].

Молодші школярі часто стикаються з труднощами у засвоєнні читання, письма, малювання, а також мають складнощі з ходьбою по прямій лінії. Вони можуть довго шукати відповідь на просте запитання, навіть якщо знають її. У таких дітей часто спостерігаються проблеми з довготривалою пам'яттю, через що вони забувають вивчений напередодні матеріал, а також їм важко запам'ятати й виконати складні інструкції. Діти цього віку можуть плутати праву й ліву сторони, мати порушення сну, підвищену чутливість до дотиків, проблеми з поставою та затримку фізичного розвитку. Їм також бракує відчуття напрямку руху. Часто вони засмучені, уперті й сором'язливі, відчують підвищену втомлюваність, адже виконання простих повсякденних завдань потребує від них значно більше зусиль порівняно з однолітками [16, с. 144].

Це дає підставу виділити чотири головні категорії порушень при дизартрії [16, с. 144]:

- 1) труднощі зі звуковимовою, дитина не спроможна управляти артикуляційними м'язами, правильно відтворювати звуки, вимовляти слова, контролюючи при цьому дихання;
- 2) труднощі при рухах, дитина погано утримує рівновагу та ледве відтворює задану послідовність рухів;
- 3) труднощі з малюванням та письмом, складність відтворення простих рухів, неправильне тримання ручки, низька швидкість письма;
- 4) труднощі в рухливих іграх, дитина погано стрибає, не може зловити м'яч, кинути його тощо.

Прояви дизартрії у дітей об'єднуються в чотири групи: проблеми з виконанням рухів та утриманням рівноваги, порушення мовлення, складності з рухливими іграми й графічні труднощі.

Діти з дизартрією зазвичай із запізненням опановують моторні навички: пізніше починають перевертатися, сидіти, повзати та ходити. Їм важко навчитися самостійно пити, їсти й користуватися столовими приборами. Вони відчують труднощі у виконанні точних рухів, таких як

одягання, застібання гудзиків, зав'язування шнурків чи взаємодія з іграшками. Часто такі діти виявляють незграбність: у них усе падає з рук, вони мають погану координацію рухів, часто спотикаються, падають, натикаються на меблі, інших людей або не проходять у дверні отвори.

Дитина з дизартрією демонструє незручність у рухливих іграх, особливо з предметами. Їй складно ловити, кидати або штовхати м'яч, стрибати через скакалку. Виникають труднощі з освоєнням їзди на велосипеді, самокаті чи катанням на ковзанах через проблеми з утриманням рівноваги. Зазвичай такі діти не люблять грати з конструктором, збирати пазли або працювати з папером та ножицями. Артикуляційна диспраксія проявляється у пропуску, викривленні чи заміні складних звуків на простіші. Вимова часто розмита й неточна, спостерігаються перестановки та пропуски складів. Дитина неправильно тримає олівець чи ручку, погано малює, має повільний темп письма та нечіткий почерк [16, с. 145].

Отже, приходимо до висновку, що у дітей із дизартрією спостерігається порушення розвитку дрібної моторики (наприклад, у рухах пальців, кистей рук), що впливає на формування навичок самообслуговування, письма, малювання. Загальна моторика (ходьба, стрибки, біг) також може бути недостатньо розвиненою через порушення координації. Наявні проблеми з артикуляційним праксисом, зокрема ускладнене програмування та виконання послідовних рухів артикуляційного апарату (губ, язика, піднебіння) та порушення довільного контролю над артикуляційними рухами: діти можуть успішно виконувати спонтанні рухи, але зазнають труднощів під час виконання завдань за вказівкою. Спостерігаються й порушення кінетичного праксису, у дітей виникають труднощі у виконанні серії рухів у правильній послідовності та важкість переключення між різними рухами, що впливає на виконання складних завдань. Наявні порушення взаємодії між лівою та правою півкулями мозку та недостатність відчуття ритму, що ускладнює виконання рухів під музику або в ритмічній діяльності. Головними причинами порушення праксису є органічні ураження центральної

нервової системи, зниження м'язового тону або, навпаки, спастичність у м'язах, відповідальних за рух та недостатність сенсорного сприйняття, що впливає на планування та реалізацію рухів. Тільки у результаті систематичної роботи можливо значно покращити моторний та мовленнєвий розвиток дітей із дизартричними порушеннями, що сприяє їх соціалізації та успішності в навчанні.

1.3. Огляд сучасних методик з подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями

Система корекції та подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями достатньо розгалужена і до цього часу перебуває в постійному розвитку, зазнає змін узв'язку з збільшенням контингенту дітей та постійного розвитку науково-технічного прогресу. Попри значну кількість уваги та зусиль з боку корекційних педагогів, психологів та лікарів значна кількість все ще дітей потребує допомоги.

Науковці, які займалися проблемою диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями, визначили шляхи клініко-педагогічної реабілітації, рекомендували комплексний підхід щодо корекційних заходів [9]. Цей комплексний підхід щодо усунення дизартрії вміщує три блоки, а саме:

- перший блок – це медичний, який визначає невролог. Призначаються медикаментозні засоби, фізіотерапія, ЛФК, масаж тощо;
- другий блок – психолого-педагогічний, який передбачає розвиток сенсорних функцій. Формуючи слуховий гнозис та розвиваючи слухове сприймання, готуються база для формування фонематичного слуху. Розвиваючи зоровий гнозис, зорове сприймання, попереджуємо графічні помилки на письмі. Окрім того, психолого-педагогічний блок включає вправи на розвиток та корекцію просторових уявлень, конструктивного праксису, графічних навичок, пам'яті, мислення;

– третій блок – логопедичний, який передбачає проведення специфічної цілеспрямованої роботи з розвитку загальної моторики, артикуляційної моторики, дрібної моторики пальців рук, а також проведення пальцевої гімнастики, голосових і дихальних вправ.

Метою логопедичної роботи в разі диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями є корекція всієї звукової системи мовлення: звуковимови, голосу, дикції, темпу і ритму мовлення, мовленнєвого дихання, а також розвитку лексико-граматичної будови. Вироблення всіх зазначених навичок можливе лише на основі подолання або компенсації наявних порушень мовленнєвої моторики [14, с. 169].

Логопеду слід використовувати також лікувальний диференційований масаж та рухи: пасивні (лише за допомогою механічної дії) та активні (за мовленнєвою інструкцією під рахунок). Масаж є терапевтичним методом, що базується на застосуванні механічної енергії, такої як тертя, натискання та штовхання, виконуваних різними техніками. Основною метою масажу при спастичному парезі є стимулювання рецепторної активності. Для цього використовують два основні прийоми: погладжування і локальну вібрацію, а в деяких випадках додатково застосовують розминання. Завдяки цим процедурам м'язи стають більш функціональними та працездатними. Логопед, який виконує масаж, повинен досконало знати анатомію м'язів обличчя та язика. У випадках спастичного парезу також використовують глибоке та обхоплююче погладжування. Розтирання проводиться з особливою обережністю: фахівець має постійно контролювати реакцію м'язів дитини та негайно припиняти прийом, якщо спостерігається значне напруження м'язів або підвищення тону в інших частинах тіла [14, с. 173].

Одним з новітніх методів корекції мовлення, зокрема подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями є міогімнастика. Її варто використовувати з першого етапу роботи та продовжувати протягом усього реабілітаційного періоду. Розвиток носового дихання, рухомості м'язів язика,

щик та міміко-артикуляційних м'язів полегшує роботу з корекції звуковимовної сторони мовлення [7, с. 166].

Міогімнастика є гімнастикою, яка застосовується для формування та нормалізації функцій м'язів щелепно-лицевої ділянки та ротової порожнини. Вона вміщує комплекс вправ, що скеровані на виправлення порушень прикусу, розвиток жувальних м'язів, тренування правильного положення язика, відновлення функцій носового дихання та мовлення. Ця терапія націлена на перебудову спотворених м'язових стандартів та установку нових, які також усувають при цьому шкідливі звички, якщо такі є [7, с. 167].

Використання міогімнастики при подоланні диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями сприяє: нормалізації та розвитку міміки, розвитку артикуляції та жувальної функції, формування правильного дихання; активізації щічних м'язів; формування правильного положення язика в роті та збільшення ефективності корекції мовленнєвих порушень, формування правильного процесу ковтання та смоктання тощо. Міогімнастика включає вправи, що спрямовані на розвиток кінетичної організації артикуляційної моторики (загальні вправи, які скеровані на формування статичної координації артикуляційних рухів, динамічної координації артикуляційних рухів та специфічні вправи, які націлені на формування окремих елементів артикуляційних укладів різних звуків мовлення) і вправи, які націлені на вдосконалення кінестетичної організації артикуляційної моторики [7, с. 168].

Іншим ефективним методом подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями є використання прийомів Су-Джок терапії. Застосування прийомів Су-Джок терапії в корекційно-логопедичній роботі є ефективним методом масажу при іннерваційній недостатності. Цей підхід сприяє покращенню психоемоційного стану дітей, формуванню почуття ритму як базового компонента структури слів. Водночас із проговорюванням голосних звуків проводиться тактильно-пропріоцептивна стимуляція в певному ритмі, що допомагає розвивати дрібну моторику пальців рук. Масаж

у межах Су-Джок терапії активізує міжпівкульну взаємодію та синхронізує роботу обох півкуль мозку. Стимуляція відповідних точок сприяє загальному оздоровленню та зміцненню організму дитини. Завдяки визначенню й опрацюванню необхідних точок у системах відповідності можна ефективно розвивати мовленнєву сферу дитини [35, с. 59].

Масаж передпліччя за допомогою зондів сприяє відновленню дрібної моторики та координації рухів працюючої руки, а також зменшенню зайвої напруги в руці. Це, у свою чергу, поліпшує кровопостачання всіх тканин кисті та покращує циркуляцію лімфи, що сприяє збереженню здоров'я суглобів. Окрім того, вправи, які поєднують узгодження дихання, голосу та мовлення з м'язовим навантаженням на воротникову зону, стимулюють покращення кровообігу артикуляційно-мімічної моторики [35, с. 60].

Однак логопедична робота з дітьми для подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями не обмежується лише заняттями з логопедом. Успіх корекції значною мірою залежить від тісної взаємодії логопеда з батьками та педагогами, які працюють з дитиною. Батьки відіграють ключову роль у процесі корекції, оскільки вони проводять з дитиною більшість часу та надають їй основний мовленнєвий досвід. Логопед надає батькам рекомендації щодо підтримки розвитку мовлення дитини вдома, зокрема через регулярне виконання артикуляційних вправ, участь у мовленнєвих іграх, читання книг та активну участь у діалогах з дитиною. Батьки також можуть створювати сприятливе мовленнєве середовище, де дитина відчуває себе комфортно і має можливість вільно виражати свої думки та почуття [4; 6].

Педагоги, які працюють з дітьми з дизартричними порушеннями, також мають бути залучені до процесу корекції. Вони можуть застосовувати спеціальні методи та прийоми під час занять для сприяння розвитку мовленнєвих навичок. Наприклад, педагогам корисно включати в освітній процес мовленнєві ігри, які стимулюють розвиток артикуляції, ритму та інтонації, а також створювати умови для активної мовленнєвої взаємодії між

дітьми в групі. Важливо, щоб педагоги були уважними до мовленнєвих потреб кожної дитини та розробляли індивідуалізовані програми розвитку мовлення [26].

Корекція диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями також включає використання сучасних технологій, які можуть слугувати додатковим інструментом для розвитку мовлення у дітей. Наприклад, спеціалізовані комп'ютерні програми або додатки для смартфонів дозволяють дітям виконувати артикуляційні вправи, грати в мовленнєві ігри та тренувати фонематичний слух в цікавій і доступній формі. Ці технології особливо корисні для дітей, які стикаються з мотиваційними труднощами або потребують додаткової стимуляції для активної участі в мовленнєвій діяльності.

Варто зазначити, що в основу навчання дітей з дизартричними порушеннями, покладені методи навчання у загальноосвітньому масовому досвіді з урахуванням специфіки засвоєння умінь і знань, зумовлених специфікою розвитку такої категорії дітей. Щоб дитині з дизартричними порушеннями реально допомагати, потрібно попередньо всебічно вивчити стан її фізичного здоров'я, психіки, визначити потенціальні можливості розвитку, а далі організувати для неї, з урахуванням цих даних, педагогічно спрямовану діяльність. Ця система містить такі головні напрямки корекційної роботи:

- 1) оздоровлення дітей, зміцнення імунітету;
- 2) корекція мимовільної поведінки та уваги учнів з дизартричними порушеннями;
- 3) урахування під час навчання наявного у кожної дитини рівня умінь, знань і навичок;
- 4) корекція індивідуальних особливостей структури діяльності дітей;
- 5) корекція особистісних рис дітей;
- 6) формування прийомів розумової діяльності в певній системі;

7) діагностична спрямованість роботи [28, с. 294].

Напрями корекційної спрямованості навчально-виховної роботи з дітьми з дизартричними порушеннями орієнтовані на:

- формування позитивної мотивації та заохочення до найменших успіхів;
- посилення регулятивної та спрямовуючої ролі мовлення;
- корекцію й розвиток головних пізнавальних процесів;
- нормалізацію взаємодії мовлення і діяльності дітей [22, с. 134].

Слід пам'ятати, що кожна дитина має свої особливості диспраксії та дизартричних порушень. Методики підбираються відповідно до рівня розвитку моторики, тяжкості мовленнєвих порушень та загального психоемоційного стану дитини.

Підсумовуючи, корекційна робота з дітьми з дизартричними порушеннями є складним та багатогранним процесом, що вимагає комплексного підходу. Логопедична робота має бути спрямована на розвиток артикуляції, фонематичного слуху, ритму та інтонації, а також загальної і дрібної моторики дитини. Важливо також враховувати роль батьків і педагогів у процесі корекції, оскільки вони можуть сприяти розвитку мовлення через створення сприятливого мовленнєвого середовища та активну участь у мовленнєвій діяльності. Сучасні технології та медична підтримка також можуть стати важливими інструментами в процесі корекції дизартрії, забезпечуючи комплексний підхід до розвитку мовленнєвих навичок. Сучасні методики для подолання диспраксії в дітей із дизартричними порушеннями орієнтовані на всебічний розвиток моторних і мовленнєвих навичок. Вони поєднують логопедичну роботу, фізичну реабілітацію, сенсорно-інтегративні підходи та психологічну підтримку. Комплексне й систематичне використання цих методів дає змогу досягти значного покращення функціонального стану дитини та її соціальної адаптації.

Висновки до 1 розділу

У першому розділі дослідження проаналізовано поняття праксисів та диспраксії у науковій літературі, досліджено специфіку формування праксисів у дітей з дизартричними порушеннями та здійснено огляд сучасних методик з подолання диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями.

Досліджено, що праксис у науковій літературі визначається як здатність людини організовувати й виконувати складні рухи та дії, що досягаються завдяки інтеграції сенсорних, моторних і когнітивних процесів. Це складна нейропсихологічна функція, яка формується через активну роботу різних відділів мозку, зокрема сенсомоторних і асоціативних зон кори. Диспраксія розглядається як порушення або часткова втрата здатності виконувати цілеспрямовані рухи за відсутності значних структурних пошкоджень центральної нервової системи. Це явище описується в науковій літературі як функціональний розлад, що проявляється у труднощах виконання нових або звичних рухових завдань через порушення програмування, координації або сенсомоторного контролю.

У дітей з дизартрією спостерігаються порушення розвитку дрібної моторики, зокрема у рухах пальців і кистей рук, що впливає на формування навичок самообслуговування, письма та малювання. Загальна моторика, така як ходьба, стрибки та біг, також може бути недостатньо розвинена через порушення координації. Проблеми з артикуляційним праксисом включають ускладнене програмування та виконання послідовних рухів артикуляційного апарату (губ, язика, піднебіння) та порушення довільного контролю над артикуляційними рухами. Діти можуть успішно виконувати спонтанні рухи, але мають труднощі під час виконання завдань за вказівкою. Також спостерігаються порушення кінетичного праксису: діти мають труднощі з виконанням серії рухів у правильній послідовності та з труднощами при переключенні між різними рухами, що ускладнює виконання складних завдань. Проблеми з взаємодією між лівою та правою півкулями мозку та

недостатність відчуття ритму ускладнюють виконання рухів під музику або в ритмічній діяльності.

Корекційна робота з дітьми з дизартричними порушеннями є складним та багатогранним процесом, що вимагає комплексного підходу. Сучасні технології, логопедична робота та медична підтримка можуть стати важливими інструментами в процесі корекції дизартрії, забезпечуючи комплексний підхід до розвитку мовленнєвих навичок.

РОЗДІЛ 2. ОСОБЛИВОСТІ ПРОЯВІВ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

2.1. Принципи побудови та опис методики діагностики диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища

Сучасне суспільство все частіше стикається з мовленнєвими проблемами дітей, які спричинені впливом різних факторів. Однією з проблем з якими стикаються педагоги та логопеди є прояв саме артикуляційної диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями. Саме тому, метою нашого експериментального дослідження стало детальне вивчення, проведення діагностування та встановлення особливостей прояву диспраксії в учнів з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища. З цією метою було обрано логопедичну групу дітей з дизартричними порушеннями сімейної школи «Аіст» міста Вінниця – учнів першого класу. Загальна кількість дітей становила 14 осіб. Розглянемо характеристику експериментальної групи у табл. 2.1.

Таблиця 2.1.

Характеристика експериментальної групи дітей

№	Стать	Вік	Кількість
1.	хлопчики	6-8 років	6
2.	дівчатка	6-8 років	8
3.	Разом	6-8 років	14

Джерело: розроблено автором самостійно

У процесі підготовки методик діагностичного обстеження учнів першого класу було враховано психолого-педагогічні особливості дітей та підготовлено ретельну підбірку діагностичного матеріалу за певними критеріями:

- доступність (завдання від простих до складних);
- підбір цікавого, яскравого та кольорового матеріалу з метою привернення уваги дитини до завдання;
- врахування фізіологічних даних дитячого організму 6-8 років. З цією метою тривалість діагностичного заняття не перевищувала 30 хв, а після заняття дитині надавалась 5-хвилинна перерва, під час якої відбувалась фізична активність першокласника;
- врахуванням обмеженості у часі. У процесі тестування дітей, ми застосовували найінформативніші методики, проведення яких займає небагато часу, що забезпечує компактність методики;
- врахуванням обмежень в обсязі уваги та сприймання першокласника. Пара карточок демонструвалась дітям окремо (одна показувалась, а інша – закривалась аркушем) з метою виключення ризику розсіяності уваги дітей;
- врахування мовленнєвої інструкції. За потреби основна інструкція поділялась на під інструкції з метою обмеження обсягу акустичного сприйняття та компенсації недостатньої сформованості процесів мовленнєвої регуляції.

Дослідження артикуляційної диспраксії в учнів першого класу з порушеннями звукової сторони мовлення в процесі проведення логопедичного обстеження відбувається на основі системного підходу, який базується на уявленнях про мовлення як про комплексну функціональну систему, основні складники якої знаходяться в тісній взаємодії [23, с. 178]. Саме тому, виявлення будь-яких порушень звукової сторони мовлення дітей, спричинені не сформованістю артикуляційного праксису, має проводитися в учнів початкового етапу навчання на фоні дослідження їх загального мовленнєвого розвитку та дослідження немовленнєвої сфери. Проведення емпіричного дослідження відбувалось за участю шкільної медсестри, логопеда, психолога та батьків дітей.

Провідною метою діагностичного дослідження є вивчення стану мовленнєвих процесів, поза мовленнєвих функцій, а також інтелектуальних можливостей. Важливою умовою проведення діагностики є відмежування розладів від інших порушень мовлення, що допоможе нам описати форму дизартрії кожної дитини.

З метою детальної діагностики групи дітей, які беруть участь в експериментальному дослідженні, нами було проведено комплекс діагностичних методів. Таким чином, нами було визначено блоки діагностичної методики проявів диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища (див. рис. 2.2).

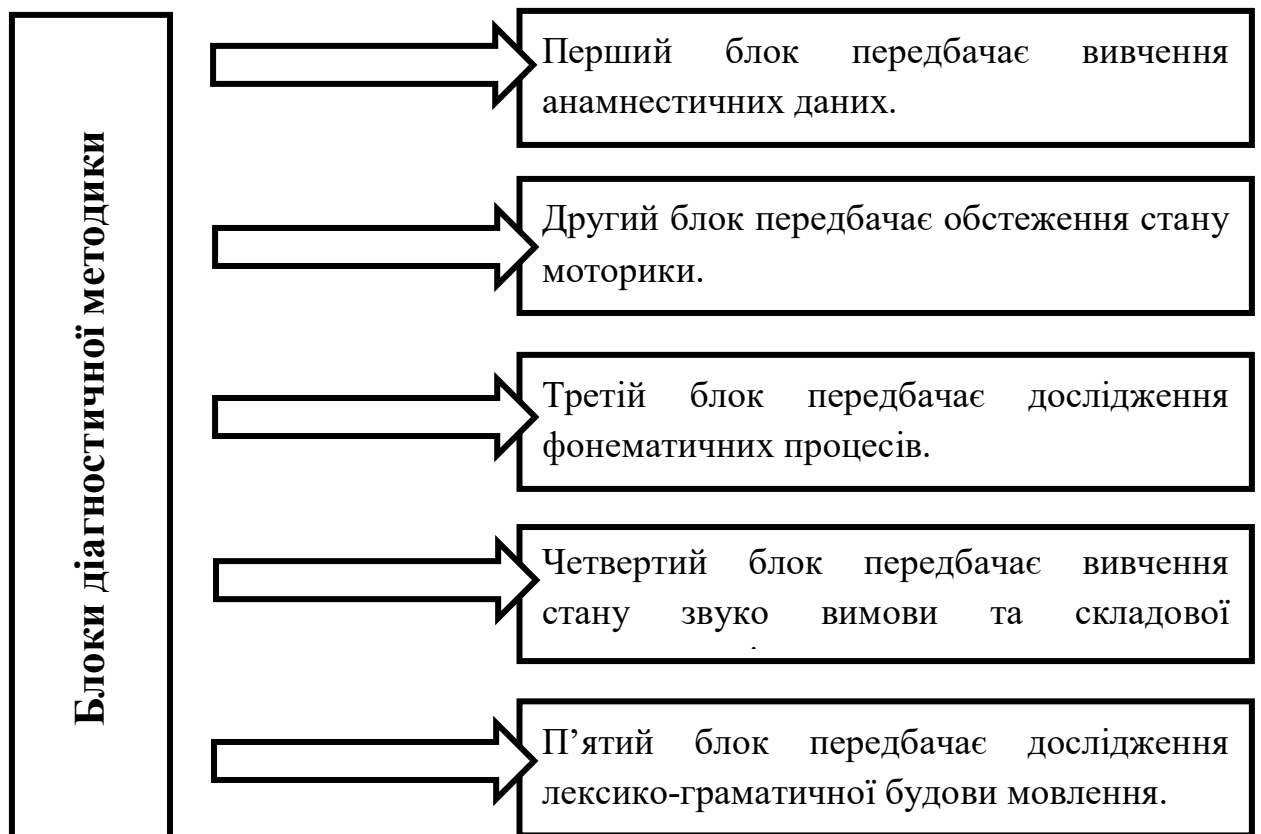


Рис. 2.2. Блоки діагностичної методики проявів диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями

Джерело: розроблено автором самостійно

Розглянемо кожен блок більш детально:

Перший блок передбачає вивчення анамнестичних даних - побудований за моделями, поданими у працях Н. Компанець, І. Луценко [12], Е. Данілавічюте, Т. Хомик [8] та класичних логопедичних схемах під ред. М. Шеремет [14]. На даному етапі виконується аналіз відомостей про розвиток дитини до моменту обстеження:

- перебіг пренатального; натального та раннього постнатального періоду;
- умови виховання;
- перенесені захворювання;
- особливості опанування руховими навичками;
- до мовленнєвий, ранній мовленнєвий розвиток;
- аналіз висновків спеціалістів та дослідження наявності неврологічної симптоматики.

Другий блок передбачає процес обстеження стану моторики - спирається на сенсомоторні діагностичні підходи К. Криуліної [13], методику оцінки артикуляційної та загальної моторики Н. Гаврилової [5], а також дослідження моторної сфери О. Колишкіна [11] і З. Маматовой [17]. Основні завдання блоку спрямовані на вивчення наступних показників:

- кінестетичного праксису;
- динамічного праксису;
- диференційованості рухів в загальній мимічній, скелетній, ручній (пальцевій), координації рухів, артикуляційній мускулатурі.

Третій блок передбачає процес дослідження фонематичних процесів розроблений на основі логопедичних проб, описаних у підручнику «Логопедія» під ред. М. Шеремет [14], і враховує особливості фонематичних порушень за Л. Дідковою [9]. На даному етапі проводяться діагностичні проби (*Додаток А*), які спрямовані на виявлення в дітей наступних показників:

- рівень розвитку здатності сприймати звуки мовлення на слух;

- здатність до слуховимовної диференціації фонем;
- рівень розвитку навичок фонематичного аналізу та фонематичних уявлень.

Четвертий блок передбачає процес дослідження стану звуковимови та складової структури слів - побудований за рекомендаціями Н. Кіндрачук [10], Ю. Рибцуна [26], Л. Дідкової [9] та методики REST, описаної В. Апухтіною [2]. Усі завдання цього блоку передбачають виявлення в дітей наступних показників:

- рівень сформованості у першокласників уміння правильно вимовляти звуки в складах, ізольовано, словах, зв'язному мовленні, реченнях;
- здатність до відтворення звуко складової структури слів різної складності.

П'ятий блок передбачає дослідження лексико-граматичної будови мовлення - ґрунтується на підходах, викладених у працях М. Шеремет [14], В. Тищенка [29–32], О. Бєлової [4] та Г. Мільчевської [22]. Провідними завданнями даного етапу є вивчення словника та стану опанування першокласниками граматичною стороною мовлення на експресивному та імпресивному рівнях.

Отже, діагностування диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища побудоване на принципах використання комплексу методик, спрямованих на повноцінне вивчення анамнестичних даних кожного учасника емпіричного дослідження; обстеження стану моторики; аналіз фонематичних процесів; дослідження стану звуковимови та складової структури слів; вивчення лексико-граматичної будови мовлення, що надасть змогу визначити вид диспраксії у дітей та підібрати відповідні методи корекції.

2.2. Критерії оцінювання та загальні рівні виконання завдань методики обстеження

Діагностична методика визначення диспраксії в дітей з дизартричними порушеннями містить ряд методик, які виконуються у певній послідовності та дотриманні чітких інструкцій.

Першим етапом є вивчення анамнестичних даних кожного учасника діагностування. Інформація одержується від батьків дитини. В процесі збору даних відбувається складання анкети кожної дитини. В анкету записуються:

- особливості перебігу вагітності, основні ризики;
- момент народження;
- наявність захворювань чи ризиків для життя та здоров'я;
- взаємодія та атмосфера у сім'ї тощо [12].

Другий блок передбачає процес обстеження стану моторики. З цією метою проводиться діагностика стану рухової сфери дитини. На цьому етапі логопед аналізує виконання дитиною різних рухових завдань та їх відповідність віковим та фізіологічним особливостям дітей 6-8 років. Основними завданнями є наступні:

- виконання бігу;
- стрибків: на місці, на правій та лівій нозі, вперед, вбік;
- виконання кидків м'яча: правою та лівою рукою, двома руками;
- чергування стрибків, кидків та бігу.

Така діяльність дитини дозволяє оцінити особливості структури її кидків, стрибків та бігу, а також стан функції перемикання рухів.

Наступною було використано методику дослідження стану локомоторно-статичних функцій, де особливу увагу варто приділяти стану локомоторно-статичних функцій, таких як пересування, стояння, самостійне ходіння, а також стан рухів пальців рук та кисті. З цією метою доцільно застосовувати наступні завдання:

- попросити дитину пройти вперед, назад;
- постояти на місці протягом однієї хвилини;
- постояти на правій та лівій нозі;
- позгинати та порозгинати пальці рук, позгинати кисти;

- намалювати рукою коло в повітрі;
- взяти ручку і намалювати коло на папері.

Виконання таких завдань надасть нам можливість визначити рівень стану локомоторно-статичних функцій дитини.

Далі, ми визначаємо характер рухів рук. Спостерігаючи за характером і швидкістю рухів рук можемо виявити їх значну своєрідність, спричинену парезами м'язів або різким підвищенням тонусу. Для цього використовуємо м'ячик. Зокрема, кидаємо м'яч дитині і просимо її зловити та кинути його назад.

За допомогою такої вправи можна дослідити наявність скованості рухів, пасивності, млявості або судомості рухів руки з синкінезіями, що може слугувати причиною порушень у загальній структурі рухів з предметами.

Методика вивчення стану моторно-зорової координації допоможе виявити відсутність пошуково-підготовчих рухів очей (у протилежний бік чи рухів очей «навздогад»). З цією метою варто попросити дитину виконати наступні завдання:

- подивитися вліво, вправо;
- прослідкувати, куди покотиться м'ячик чи поїде машинка;
- прослідкувати за рукою (дитині показуються довільні рухи рукою) [13, с. 126].

Це дозволить виявити розвиток дитини відповідно норм або свідчитиме про недостатню організацію довільного рухового акту. Проте варто пам'ятати, що такі особливості можуть бути типовими для дітей, які безпомічні в самостійній діяльності або не впевнені в собі.

Третім блоком діагностичної методики є вивчення стану мовленнєво-моторної сфери та особливостей мовленнєвої моторики. Для дослідження стану мовленнєво-моторної сфери дитини доцільно використовувати спеціальну серію проб, яка дозволяє одержати якісну характеристику рухів язика, стан динамічної та статичної координації мовленнєвих рухів, а також

диференційованість рухів органів мовленнєвого апарату. Для цього просимо дитину виконати наступні завдання:

- вимовити голосні звуки [а, о, у, е, и] тощо у довгій та короткій тривалості, голосно та тихо;
- вимовити приголосні звуки [ш, ч, ж, р, л, ш] тощо у довгій та короткій тривалості, голосно та тихо;
- назвати предмети, які зображені на картинках: *миша, жук, щур, рак, лак, зуб, суп, зруб, прес*.
- просимо дитину утримувати язик у певних положеннях: підняти вгору, опустити вниз, витягнути вперед, спробувати доторкнутися носика тощо [15].

На цьому етапі аналізуємо утримання заданих положень язика, порушення перемикання рухів, недиференційованість рухів язика в процесі вимовляння звуків, порушення динамічної координації мовленнєвих рухів.

Наступним кроком буде обстеження невербальних функцій. Методика дослідження дітей з дизартричними порушеннями передбачає виконання завдань, зміст яких спрямований на дослідження стану інших невербальних функцій, тобто гностичних та праксичних процесів. Це передбачає дослідження гностичної організації праксису, відтворення позицій рук у просторі, аналіз апраксій пози та предметно символічного праксису. З цією метою просимо дитину виконати наступні завдання:

- повторити рухи та пози за логопедом;
- повторити міміку за логопедом;
- невербально показати страх, злість, радість, сум тощо.

Досить важливим на даному етапі є процес дослідження фонематичних процесів. На даному етапі проводяться діагностичні проби, які спрямовані на виявлення в дітей наступних показників:

1. Рівень розвитку здатності сприймати звуки мовлення на слух можна діагностувати за допомогою виконання дитиною наступних завдань:

- логопед просить дитину послухати слова та плеснути в долоні тоді, коли вони чують заданий їм звук, якщо ж звуку немає, то не виконувати жодних дій. Наприклад, звук [з]: *суп, зуб, зазубрити, дзвіночок, знати, зрозуміти, зір, сік, зразок* тощо.
- асоціювати звуки природи зі звуками (дітям вмикають запис звуків природи: комахок, жучків, а також різних побутових звуків).

2. Здатність до слуховимовної диференціації фонем можна діагностувати за допомогою виконання дитиною наступних завдань:

- дитині пропонується послухати пари слів і вказати, в якому слові вони чують потрібний звук. Наприклад, звук [б]:

нік – бік

бак – пак

нес – без

3. Рівень розвитку навичок фонематичного аналізу та фонематичних уявлень можна діагностувати за допомогою виконання дитиною наступних завдань:

- логопед називає ряд складів та пропонує дитині сказати, скільки складів вони почули або підняти картку з відповідною цифрою;
- логопед надає дитині певний склад, наприклад, [мо]. Далі, логопед називає ряд слів (*музика, мікро, молоко, мука, морозиво* тощо), а завданням дитини є впізнати слова, які починаються на заданий їй склад.

Четвертий блок передбачає процес дослідження стану звуковимови та складової структури слів. Усі завдання цього блоку передбачають виявлення в дітей наступних показників:

1. Рівня сформованості у першокласників уміння правильно вимовляти звуки в складах, ізольовано, словах, зв'язному мовленні, реченнях. Виявлення зазначених показників діагностується за допомогою наступних завдань:

- дитину просять вимовити певний звук, наприклад [л]. Далі, дитина вимовляє цей звук у складі *-ла-ло-лі-лу*. Наступним кроком буде вимова звуку в слові: *лампа, мала, лапка, кладка, лялька*. Завершальним етапом виконання вправи є повторення речення зі звуком [л]. Наприклад:

Якось літом киця Лапка лягла спати на прилавку.

2. Здатність до відтворення звукоскладової структури слів різної складності можна дослідити за допомогою наступних завдань:

- вправа 1 «Слова з двома відкритими складами» (1 тип). Дитині надаються кольорові кружечки зі складами, ксилофон, малюнки до слів. Логопед просить дитину порахувати кружечки, якого вони кольору, знайти жовтий колір на ксилофоні, постукати та послухати як звучить. Далі, дитину просять знайти червоний колір на ксилофоні, постукати та послухати як звучить. Потім дитину просять спробувати по черзі грати «жовтий-червоний». Наступним завданням для дитини є прохання назвати склади, які написані на кружечках (*«ру» «ка»*). Дитина називає склади та називає слово (*рука*). Дитину просять назвати кількість складів у слові, уважно подивитись на кольори кружечків та грати на ксилофоні склади. Аналогічно виконуємо завдання другого-шостого типу [1, с. 239].

П'ятий блок діагностування спрямований на дослідження лексико-граматичної будови мовлення, що передбачає виконання дитиною наступних завдань:

- дитину просять назвати прикметники, які означають особистісні якості (*жадібний, добрий, бідний, хитрий, дурний, хоробрий*), осіб з характерними ознаками (*ледар, хвастун, герой*);
- Перевірка прямого значення слова перевіряється шляхом слухання дитиною конкретних текстів: оповідань, віршів та казок. Дитині читають текст, який містить конкретне слово, виражене прикметником, іменником, дієсловом, і просять відповісти на питання, що означає це слово. У текстах застосовуються слова, які не мають предметної

співвіднесеності, отже розуміння їх значення вимагає від дитини більш високого рівня узагальнень. Наприклад, слово «страх»

СТРАХ

*Чому у зайченяти довгі вуха?
У лісі кожного проймає страх,
Бо щось страшне темніє у кущах.
Ведмідь боїться, коли йде додому,
Шукає тиху стежечку знайому.
І вовк боїться, коли йде по воду,
Щоб не потрапити в лиху пригороду.
Лисичка озирається, петляє,
Хвостом пухнастим слід свій замітає.
Але найбільше зайченя боїться,
Йому той страх щоночі сниться,
Чи бігає воно, чи спочиває,
Від страху завжди вуха наставляє.
І вуха довшають, ростуть і виростають,
І зайченя від страху прикривають.*

Діагностування лексико-граматичної будови мовлення передбачає виконання наступних завдань:

- дитині надаються карточки з частинами речення. Її завданням є побудувати речення з наданих слів. Наприклад:

Я	МАМУ	СИЛЬНО
СВОЮ	ЛЮБЛЮ	

- визначення антонімів та синонімів. Дитині надається слово, а їй необхідно назвати синоніми, наприклад:

*великий – маленький,
гарний – поганий,*

високий – низький.

Підбір антонімів: *чорний – білий, тепло – холодно, солодкий – гіркий, кислий.*

Під час діагностичної роботи ми керувалися наступними принципами: гуманності, науковості, оптимальності, індивідуальності та доступності, детермінізму.

Обстеження кожної дитини проводилося в індивідуальній формі. Діагностування відбувалося протягом декількох нетривалих за часом зустрічей (10-15 хвилин). Усі завдання були розділені на кілька приблизно рівних за обсягом та ступенем складності частин. Усі завдання подавалися дітям в ігровій формі. Під час виконання запропонованих завдань, дитина сиділа на зручному для неї місці (на стільці, на килимі тощо) або стояла поруч чи навпроти експериментатора залежно від характеру завдання. Дитині гарантувався максимально можливий ступінь самостійності. Процеси виконання дітьми кожного завдання ретельно фіксувався. На додаток, під час виконання завдання відзначався не лише результат, а й усі емоційні та мовленнєві реакції, характер дій дитини, тимчасові параметри виконання окремих завдань та особливості поведінки.

Таким чином, проведення комплексу діагностичних методик з визначення виду та рівня розвитку диспраксії у першокласників з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища спрямоване на визначення рівнів розвитку певних умінь: опорно-рухових, мовленнєвих та розумових здібностей дитини. Діагностування має проводитися з дотриманням інструкцій, врахуванням специфічних та вікових особливостей дитини. Кінцевою метою діагностування має бути визначення рівня розвитку диспраксії у дітей.

2.3. Аналіз результатів проведеного дослідження диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища

Аналіз результатів проведеного дослідження диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища відбувався поетапно, відповідно до блоків діагностичної методики. Діагностика виконувалась індивідуально з кожною дитиною, зважаючи на психологічні та вікові особливості дітей першого класу. З метою збереження приватності даних кожного учасника експерименту ми не вказуємо особистої інформації дітей. Діагностування виконувалося лише зі згоди батьків кожної дитини.

Першочергово, було досліджено анамнестичні дані кожного учасника діагностування. З цією метою було опитано батьків учасників діагностування. Результати подано в табл. 2.3.

Таблиця 2.3

Результати дослідження анамнестичних даних учасників діагностування

№	Категорія	Рівень розвитку	Кількість дітей (%)
1.	перебіг пренатального періоду	без ускладнень	24%
		з ускладненнями	76%
2.	перебіг натального періоду	з незначними ускладненнями	62%
		ускладнення перебігу	38%
3.	перебіг раннього постнатального періоду	з ускладненнями	100%
4.	умови виховання	сприятливі	100%
5.	особливості опанування руховими навичками	цілковите опанування	56%
		середній рівень	32%
		низький рівень	18%
6.	домовленнєвий розвиток	цілковито не відповідає нормі	57%

		майже відповідає нормі	43%
7.	ранній мовленнєвий розвиток	дещо відстає від норми	78%
		сильно відстає від норми	22%
8.	наявність неврологічної симптоматики	негрубі прояви неврологічної симптоматики	63%
		порушення зі сторони вегетативної НС	37%

Джерело: розроблено автором самостійно

Використовуючи метод математичних підрахунків, з таблиці 2.3 можна зробити висновки, що під час перебігу пренатального періоду у 24% дітей не було виявлено ускладнень. Натомість 76% учасників діагностування характеризуються ускладненнями, наприклад: втрата ваги плоду, загроза переривання вагітності тощо.

У процесі перебігу натального періоду 62% учасників експерименту характеризуються розвитком, який відповідає нормам або з незначними ускладненнями; 38% дітей зазнали ускладнень, серед яких батьки вказують наступні: асфіксію, пологові травми, спадкові хвороби НС і нервово-м'язової системи.

Усі діти мали ускладнення під час раннього постнатального періоду, зокрема невідповідність нормам набору маси тіла, проблеми з фізичним розвитком, порушення в НС тощо. Також всі діти, без винятку, виховуються у сприятливих умовах (любляча сім'я, цілковите забезпечення матеріальними та нематеріальними благами).

Діагностування особливостей опанування руховими навичками дає змогу зробити наступні висновки:

- 56% опитуваних характеризуються цілковитим опануванням руховими навичками;

- 32% дітей характеризується середнім рівнем опанування руховими навичками. Загалом, такі діти мають проблеми з утриманням рук у певних положеннях, незначним тремором рук та ніг, появою тремтіння губ та зубів, втратою рівноваги в певних положеннях;
- 18% учасників діагностування характеризуються низьким рівнем опанування руховими навичками: постійним тремтінням рук та ніг, незграбністю рухів, важкістю в утримуванні предметів.

Дослідження домовленнєвого розвитку дітей дає змогу зробити наступні висновки: 57% дітей характеризуються цілковитою невідповідністю нормі: відсутність вказівного жесту, відсутність зорового контакту при взаємодії. Натомість 43% дітей майже відповідають нормам розвитку даної вікової категорії дітей.

Діагностування раннього мовленнєвого розвитку дало наступні результати:

- 78% учасників експерименту характеризуються незначними порушеннями в розвитку;
- 22% дітей мають значне відставання в розвитку, зокрема, частина дітей не вимовляє простих слів «мама, тато, баба, дай» тощо, частина дітей має порушення координації рухів.

Аналіз результатів діагностування наявності неврологічної симптоматики показав, що 63% опитуваних мають не грубі прояви неврологічної симптоматики; 37% дітей характеризуються порушеннями зі сторони вегетативної НС.

Наступним кроком було проаналізовано стан моторики учасників експериментальної групи, що дає змогу зробити наступні висновки:

- 62% дітей характеризуються неправильною структурою рухів, що свідчить про різну патологію тону, що проявляється через стрибкоподібність наростання напруження, різкі падіння або сплески тону, або постійно підвищене напруження;

- 38% учасників діагностування мають незначні, майже непомітні дефекти рухової активності, які проявляються у стресових для дитини ситуаціях, проте такі порушення не чинять явного дискомфорту для життєдіяльності дитини.

Розглянемо відсоткове співвідношення результатів стану моторики дітей (див. рис. 2.4).

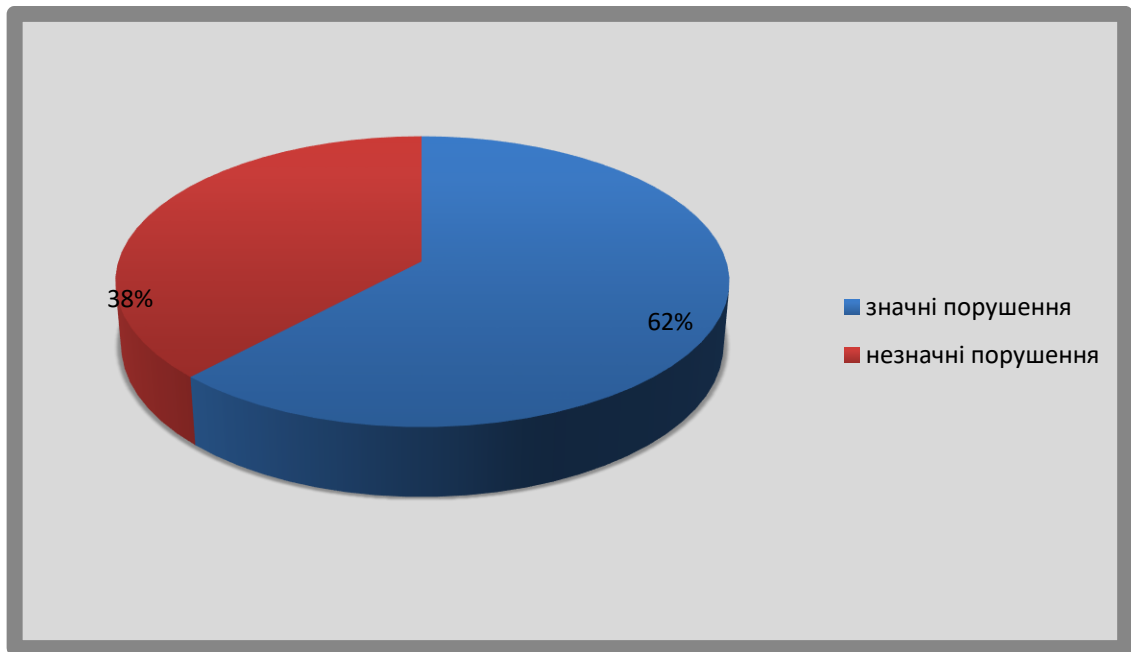


Рис. 2.4. Відсоткове співвідношення результатів стану моторики дітей

Джерело: розроблено автором самостійно

Аналіз дослідження стану локомоторно-статичних функцій дає змогу зробити наступні висновки:

- у 71% дітей спостерігалися проблеми у виконанні завдань: пройтись вперед, назад; постояти на місці протягом однієї хвилини; постояти на правій та лівій нозі; позгинати та порозгинати пальці рук, позгинати кисті; намалювати рукою коло в повітрі; взяти ручку і намалювати коло на папері. Загалом, у дітей спостерігалось тремтіння рук та неспроможність утримати частини тіла в певному положенні протягом певного часу. Крім того, деякі діти не розуміли цілком інструкцію завдання.

- 29% дітей мали лише незначні проблеми з виконанням завдання, які є характерними для їхньої вікової категорії.

Розглянемо співвідношення результатів на рис. 2.5.

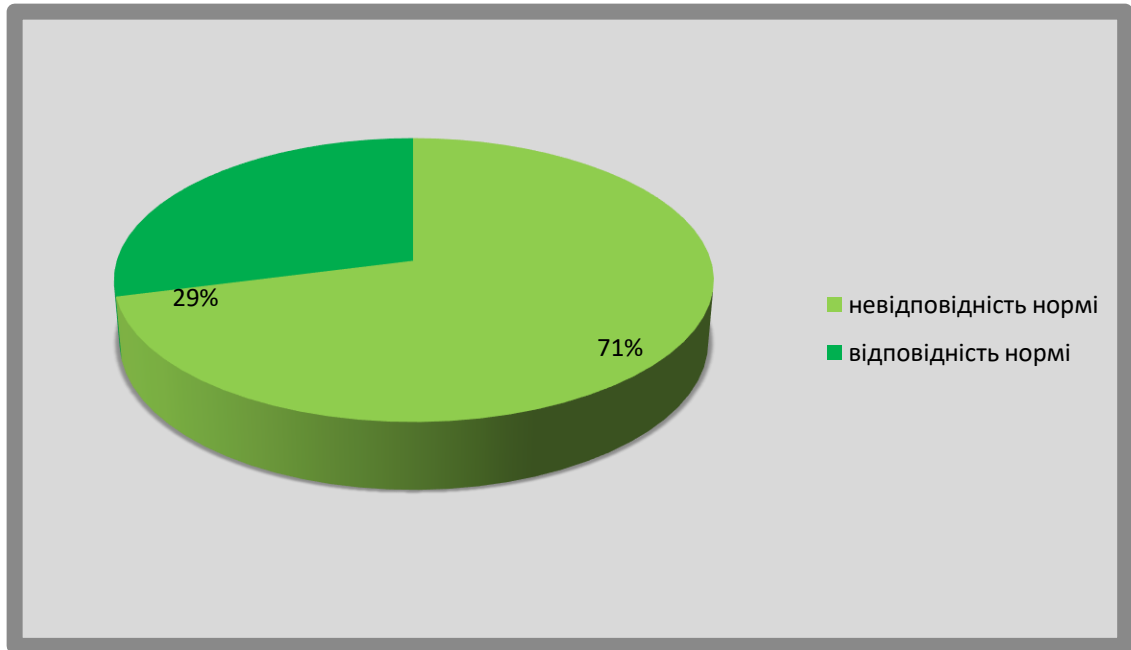


Рис. 2.5. Відсоткове співвідношення результатів стану моторики дітей

Джерело: розроблено автором самостійно

Аналіз характеру та швидкості рухів рук дітей з відхиленнями у розвитку локомоторно-статичних функцій дало змогу виявити значну своєрідність рухів, спричинену парезами м'язів або різким підвищенням тону. Таким чином, можна стверджувати про наявність скованості рухів, пасивності, млявості або судомості рухів руки з синкінезіями, що може слугувати причиною порушень у загальній структурі рухів з предметами.

Аналіз стану дослідження стану моторно-зорової координації допоміг виявити відсутність пошуково-підготовчих рухів очей (у протилежний бік чи рухів очей «навздогад») у 18% дітей.

Діагностика стану мовленнєво-моторної сфери та особливостей мовленнєвої моторики дала наступні результати:

- 53% дітей важко утримувати язик у певному положенні, що спричинює неправильній вимові певних звуків, зокрема [ш, ч, р, л]. Діти мають

проблеми з розрізненням звуків [з, с]. Простежується нечітка та «злита» вимова слів та мовлення загалом. Такі діти характеризуються низьким рівнем розвитку мовленнєво-моторної сфери;

- 24% учасників експерименту мають проблеми лише з постановою певних окремих звуків та їх вимові у слові. У дітей дещо недорозвинений тонус м'язів язика. Мовлення таких дітей характеризується певною нечіткістю та недорозвиненим рівнем розвитку.
- 23% дітей мають проблеми з вимовою окремих звуків [ч, ш, р, л]. Загалом, мовлення дітей є зрозумілим, але потребує корегування. Такі діти характеризуються рівнем мовлення, яке потребує незначних коректив.

Розглянемо відсоткове співвідношення результатів діагностики стану мовленнєво-моторної сфери та особливостей мовленнєвої моторики (див. рис. 2.6).

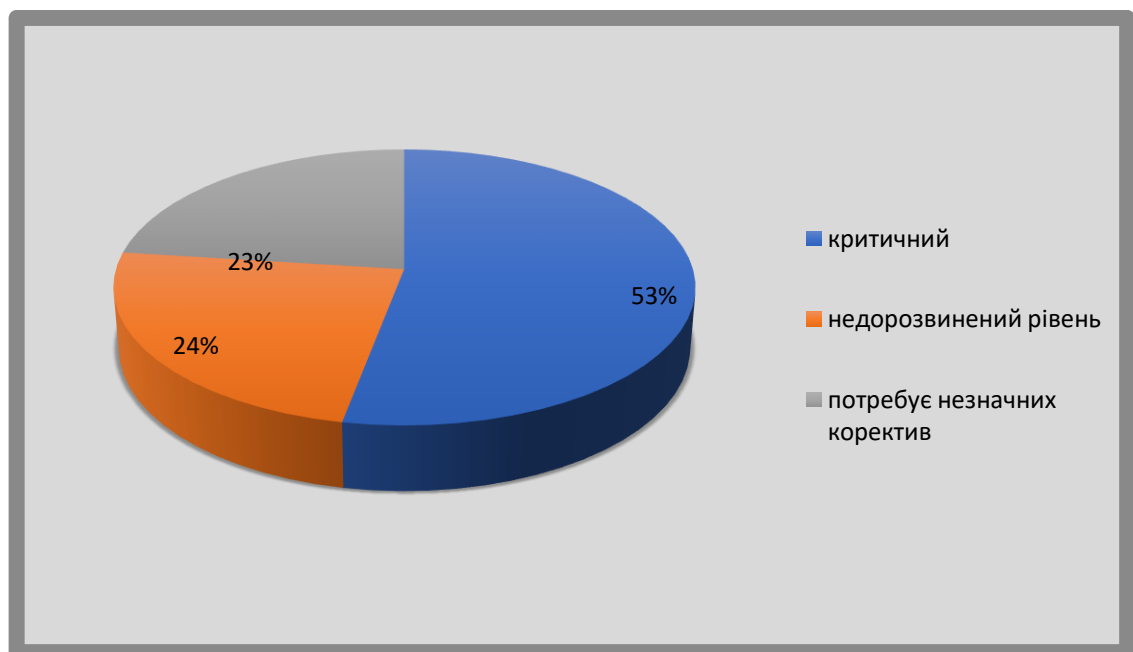


Рис. 2.6. Відсоткове співвідношення результатів діагностики стану мовленнєво-моторної сфери та особливостей мовленнєвої моторики

Джерело: розроблено автором самостійно

Аналізи результатів стану звуковимови, складової структури слів та лексико-граматичної будови мовлення було об'єднано та узагальнено. Таким чином, ми отримали наступні показники:

- 57% дітей мають проблеми з зіставленням звука та складу з цим звуком, частині дітей важко підбирати синоніми та антоніми. Виконання завдань вимагає додаткового часу. Дітям важко будувати речення;
- 33% учасників діагностування досить добре виконують завдання, проте, потребують додаткового часу. Діти мають незначні проблеми з граматичною стороною мовлення та лексичним запасом. Мовлення дітей є дещо змазаним;
- 10% дітей характеризуються достатнім розвитком словникового запасу. Діти здатні граматично правильно будувати речення. У мовленні спостерігаються незначні дефекти вимови слів та звуків.

Подамо результати діагностування на рис. 2.7.

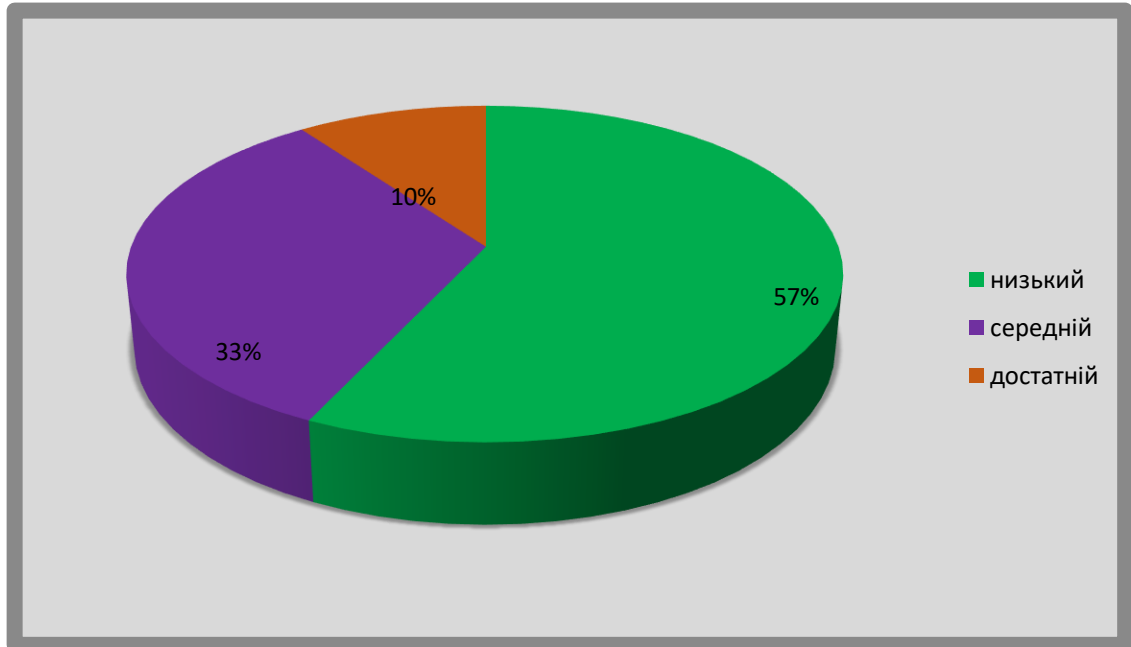


Рис. 2.7. Відсоткове співвідношення результатів діагностики стану звуковимови, складової структури слів та лексико-граматичної будови мовлення

Джерело: розроблено автором самостійно

Таким чином, узагальнення результатів комплексу діагностичних методик свідчить про наявність у дітей артикуляційної диспраксії різного рівня складності. Про це свідчить недорозвиток мовленнєвої сфери, пов'язаний з проблемами тону м'язів язика, тремору губ, тіла та кінцівок, проблемами з нервовою системою, що спричинило проблеми з вимовою звуків та мовлення загалом. Застосовуючи метод математичних підрахунків, визначимо базові групи дітей та їх відсоткове співвідношення відповідно до складності проявів артикуляційної диспраксії. Це дає змогу виокремити групу критичного рівня – 51%; групу недорозвиненого рівня – 34%; групу дітей, які потребують незначних коректив – 15%.

Висновки до розділу 2

Процес діагностування диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища побудований на принципах використання комплексу методик, спрямованих на повноцінне вивчення анамнестичних даних кожного учасника емпіричного дослідження; обстеження стану моторики; аналіз фонематичних процесів; дослідження стану звуковимови та складової структури слів; вивчення лексико-граматичної будови мовлення. Тобто, таке вивчення стану мовленнєвих процесів, позамовленнєвих функцій, а також інтелектуальних можливостей допоможе нам описати форму дизартрії кожної дитини та розробити корекційну методику.

Діагностика диспраксії в першокласників з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища передбачає проведення комплексу методик, які містять різні вправи та завдання. Саме в процесі виконання завдань методики дитиною, вдалось проаналізувати особливості рухової та мовленнєвої сфери, визначити слабкі сторони та рівень прояву диспраксії.

Аналіз результатів проведення комплексу діагностичних методик в експериментальній групі свідчить про наявність у дітей артикуляційної

диспраксії різного рівня складності. Про це свідчить недорозвиток мовленнєвої сфери, пов'язаний з проблемами тону м'язів язика, тремору губ, тіла та кінцівок, проблемами з нервовою системою, що спричинило проблеми з вимовою звуків та мовлення загалом. Застосовуючи метод математичних підрахунків, визначимо базові групи дітей та їх відсоткове співвідношення відповідно до складності проявів артикуляційної диспраксії. Це дає змогу виокремити групу критичного рівня – 51%; групу недорозвиненого рівня – 34%; групу дітей, які потребують незначних коректив – 15%.

РОЗДІЛ 3. КОРЕКЦІЯ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ З ДИЗАРТРИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ В УМОВАХ ІНКЛЮЗИВНОГО ОСВІТНЬОГО СЕРЕДОВИЩА

3.1. Обґрунтування та принципи побудови експериментальної методики

Результати емпіричного дослідження дають нам змогу стверджувати про необхідність розробки корекційної програми. Проведення діагностичного дослідження диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища підводять нас до наступних висновків:

- з кожним роком прослідковується збільшення тенденції до появи різноманітних дефектів мовлення у дітей, зокрема мовленнєвої диспраксії;
- діти з мовленнєвою диспраксією потребують особливої роботи з логопедом-дефектологом та іншими спеціалістами в школі;
- корекційна робота з дітьми з диспраксією та дизартричними порушеннями повинна постійно вдосконалюватися з метою забезпечення повноцінного розвитку дитини в сучасному суспільстві, що й обґрунтовує потребу розробки методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища [8].

Корекційна робота з дітьми, які мають ознаки диспраксії вимагає підбору чіткого та тривалого комплексу вправ, спрямованого на подолання даного дефекту та покращення життя дитини. Зазначена робота передбачає спільну участь батьків, вчителів, логопедів-дефектологів та психологів. З цією метою, нами було розроблено комплекс корекційних занять для першокласників в умовах інклюзивного освітнього середовища. Звертаючи увагу на те, що учні з дизартрією (експериментальна група) характеризуються наявністю органічного ураження нервової системи, то при

роботі з ними велику кількість уваги варто приділити включенню у процес методів тілесно орієнтованої та поведінкової терапії. Провідною метою зазначених терапевтичних методів є формування позитивної поведінки та почуттів школярів, які реалізуються під керівництвом логопеда-дефектолога та батьків з використанням сучасних теорій навчання.

Практичну перевірку ефективності розробленої корекційної методики можна реалізувати з групою дітей з дизартричними порушеннями сімейної школи «Аіст» міста Вінниця – учнів першого класу, тобто – з групою дітей, які брали участь в емпіричному дослідженні, що забезпечить можливість порівняти показники першого діагностування (до проведення корекційної методики) та показники повторного діагностування (після проведення корекційної методики). Таким чином, ми зможемо перевірити ефективність розробленої нами методики.

Для проведення корекційної методики ми забезпеченні всіма необхідними матеріальними, фінансовими й людськими ресурсами, а саме див. рис. 3.1.

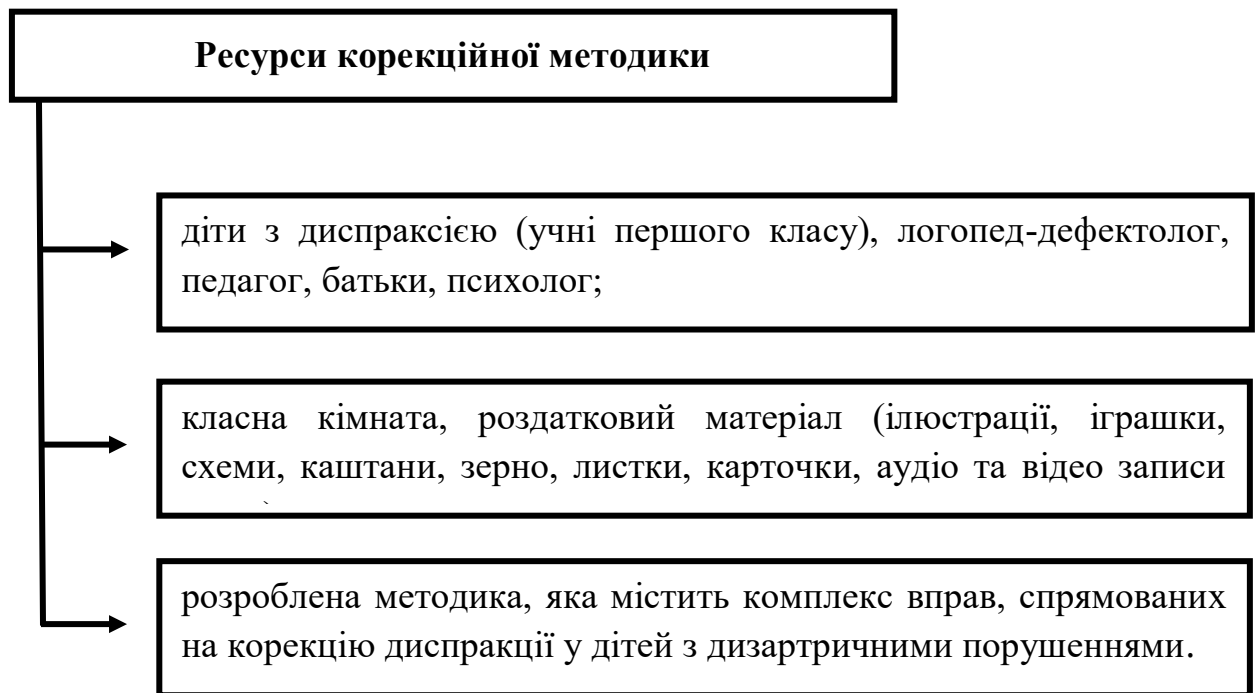


Рис. 3.1. Ресурси корекційної методики

Джерело: розроблено автором самостійно

Метою корекційної методики є корекція мовленнєвої диспраксії в учнів першого класу з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища. На додаток, проведення корекційної роботи зможе підтвердити чи спростувати гіпотезу наукового дослідження: розробка та застосування ефективної методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями сприяє покращенню рівня мовленнєвого, рухового та особистісного розвитку дітей в умовах інклюзивного освітнього середовища.

Основними завданнями розробленої методики є наступні:

- проведення корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями;
- зниження рівня дефектності мовлення та розвитку дитини;
- реалізація всебічного розвитку дитини з особливими потребами;
- підвищення та покращення процесу соціалізації особливої дитини;
- розвиток рухової, мовленнєвої та розумової сфери дитини з диспраксією та дизартричними порушеннями;
- адаптація дитини до умов сучасного суспільства.

Проведення логопедичної роботи з учнями першого класу, які мають дизартричні порушення дещо відрізняється від проведення звичайної корекційної роботи. У випадку з дизартрією на меті корекційної роботи є цілковита корекція усієї звукової системи мовлення дитини: постановка голосу, мовленнєвого дихання, звукосприйняття, звуковимовляння, дикція, ритму та темпу мовлення, розвитку лексико-граматичної будови.

Базовими принципами корекційної методики є: врахування вікових, психологічних та фізіологічних особливостей кожної дитини; проведення спільної роботи батьків, логопеда-дефектолога, педагога та психолога задля досягнення поставленої мети; дотримання усіх регламентів, етапів та інструкцій завдань методики; спростування чи підтвердження ефективності

запропонованої методики; постійний аналіз прогресу дитини; підтримка дитини на усіх етапах проведення методики; повноцінне забезпечення дитини всім необхідним обладнанням; поетапне діагностування якісних та кількісних змін у мовленні, сприйманні, запам'ятовуванні, розвитку рухової активності та покращенні рівня соціалізації кожної дитини [Дідкова Л., с. 34].

У процесі детального вивчення та аналізу науково-методичної літератури та на основі результатів констатувального дослідження, нами було узагальнено методичні напрацювання в даному напрямі та надано методичні рекомендації та базові принципи для організації корекційної роботи з подолання диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах освітнього середовища. З цією метою ми пропонуємо наступні напрями корекційної роботи (див. рис. 3.2).



Рис. 3.2. Напрями корекційної роботи

Джерело: розроблено автором самостійно

Отже, актуальність розроблення корекційної методики спричинена збільшенням тенденції до появи різноманітних дефектів мовлення у дітей, зокрема мовленнєвої диспраксії. Результати емпіричного дослідження доводять, що корекційна робота з дітьми з диспраксією та дизартричними порушеннями повинна постійно вдосконалюватися з метою забезпечення повноцінного розвитку дитини в сучасному суспільстві, цілковитої корекції усієї звукової системи мовлення дитини: постановки голосу, мовленнєвого дихання, звукосприйняття, звуковимовляння, дикції, ритму та темпу мовлення, розвитку лексико-граматичної будови. Проведення завдань методики, з метою корекції певних навичок, має бути чітко регламентоване, поетапне та автоматизоване. На завершення – ефективність методики має бути перевірена та проаналізована з метою встановлення її користі та недоліків у роботі з дітьми.

3.2. Зміст методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища

Розроблена методика корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища містить вправи та види діяльності, які спрямовані на виправлення дефекту та покращення життя та розвитку особистості першокласника. Зазначена корекційна методика розрахована на 2 місяці інтенсивної роботи, проте, за необхідності – корекційну роботу можна продовжити. Корекційні заняття проводяться тричі на тиждень з логопедам-дефектологом та кожного дня вдома за участі батьків. Кожне заняття має тривати не більше 30-40 хвилин, щоб не допустити втомленість дитини та втрату її зацікавленості.

Кожний тиждень корекційної роботи передбачає проведення трьох занять – через день. Далі подаємо етапи кожного заняття та вибір вправ до кожного етапу заняття. Логопед-дефектолог проводить по дві вправи на вибір до кожного етапу заняття.

Структура занять та перелік вправ:

Перший етап – розвиток рухової сфери. Перш за все, на даному етапі відпрацьовуємо тильні відчуття та кінестетичну складову рухового процесу. Застосовуємо прийоми самомасажу, який доцільно виконувати кожного дня по два рази (на кожне заняття).

Вправа «Каток»

Дитина правою рукою погладжуючими рухами, розтирає та розминає ліву руку. Те ж саме повторюємо для іншої руки.

Вправа «Потяг».

Дитині необхідно подушечками 4 пальців правої руки доторкнутися початку пальців лівої руки з тильної сторони долонь. Виконуючи рухи вперед-назад (імітація потягу, який їде по колії) поступово зсуваємо шкіру до променезап'ястного суглобу. Аналогічно виконуємо теж саме на іншій руці.

Вправа «Гаряче – холодно»

На дотик дитина має розпізнати та порівняти рівень температури предметів (лід – грілка, металева ложка – чашка з чаєм).

Вправа «Морозець»

Дитина сильно тре руки одна об іншу.

Вправа «Казковий мішечок»

Дитині, спираючись лише на дотик, необхідно розпізнати, що знаходиться в мішку:

- маленькі іграшки;
- предмети побутового користування (монета, ручка, каблучка...);
- геометричні фігури;
- маленькі іграшки;
- цифри та букви, які відрізняються фактурою та розміром (для дітей, які знають їх) [17, с. 342].

Вправа «Сенсорна коробка для пальчиків»

У великий контейнер з бортиками висотою приблизно 8-9 см поміщається квасоля (каштани, горох, рис, гречка тощо) і декілька предметів, які відрізняються за величиною та формою, однак предмети мають бути

знайомими для дитини. Завданням дитини є опустити руки в «сенсорну коробку», знайти предмет, обчупати його та назвати.

Вправа «З якого матеріалу предмет»

Спершу дитині необхідно обчупати 3-4 іграшки з різним рельєфом поверхні та текстурою, потім клаптики матеріалів, з яких виготовлені іграшки. Далі, дитині потрібно на дотик зіставити іграшку та матеріал, з якого вона створена.

Наступним кроком першого етапу стане відпрацювання кінетичного рухового акту. Дитині необхідно виконувати рухи за прикладом, спершу ведучою, а потім не ведучою рукою, а потім двома руками одночасно.

Вправа «Маляр»

Дитині необхідно опертися ліктями об поверхню столу, і витягнути вперед пальці, потім щільно притиснути пальці один до одного. Рухи виконуються за напрямком вгору – вниз рухи кистями.

Вправа «Пташка їсть»

Дитині необхідно опертися ліктями об поверхню столу та зібрати всі пальці в «дзьобик». Рухи виконуються за напрямком вгору – вниз рухи кистями.

Вправа «Вітерець»

Дитині необхідно опертися ліктями об поверхню столу, витягнути пальці вперед та міцно притиснути один до одного. Рухи виконуються за напрямком вгору – вниз.

Вправа «Вітрячок»

Дитині необхідно опертися ліктями об поверхню столу, пальці міцно притиснуті до долоні, лише великий палець спрямований вгору. Рухи виконуються за напрямком вліво-вправо.

Корисним та доцільним також буде використання певних додаткових вправ, таких як:

- завдання з піском (намалювати картину піском, побудувати замок, наповнювати скляночки тощо [3, с. 290]), глиною (вироби з глини), пластиліном (ліплення фігурок), олівцями, ножицями;
- перебирання гудзиків, намистинок, круп тощо;
- оригамі;
- шнурівка.

Далі, корисним буде виконання вправ, які діти відтворюють двома руками одночасно. Наприклад:

Вправа «Шпаківниця»

Дитині необхідно опертися ліктями об поверхню столу, направити долоні вгору, пальці обох рук трохи зігнути та дотикатися подушечками, великі пальці потрібно заховати всередину долонь.

Вправа «Корабель»

Дитині потрібно обидвома долонями дотикатися ребрами на столі, а також дотикатися кінчиками пальців правої та лівої руки. Далі, підіймаємо великі пальці догори, імітуючи трубу корабля.

Вправа «Дах»

Дитина опирається ліктями на поверхню стола, направляє долоні вгору, міцно притискає фаланги двох рук і пальчики зустрічаються подушечками, розсуває кисті в сторони.

Вправа «Кружечки»

Дитина опирається ліктями на поверхню стола, пальці двох рук зібрані в коло.

Завершальним кроком даного етапу є розвиток реципрочної координації рухів рук. З цією метою доцільним буде виконання наступних вправ:

Вправа «Ковдра»

Ліва рука лежить на столі долонею вгору, пальці рівні, направлені вгору та притиснуті разом. Правою рукою обхоплюємо пальці лівої. Далі, змінюємо положення рук.

Вправа «Стільчик»

Дитина опирається ліктями на поверхню стола. Ліва долоня піднята вертикально вгору, пальці щільно стиснуті. Права рука зігнута в кулак і приставлена до нижньої частини долоні лівої руки. Далі, змінюємо положення рук [11, с. 72].

Вправа «Синхронне малювання»

Дитина одночасно лівою рукою малює круги, правою – квадрати. Далі, змінюємо інструкцію.

Другий етап – постановка та відпрацювання навичок правильного мовленнєвого дихання. Мовленнєве дихання – становить основу мовлення, джерело формування звуків і голосу. У формуванні та постановці правильного дихання ми відокремили три блоки вправ.

Спершу розглянемо блок вправ, спрямований на формування навичок носового та ротового дихання. З цією метою доцільно виконувати наступні вправи:

- вдих і видих ротом;
- вдих і видих носом;
- вдих ротом – видих носом;
- вдих носом, повільний видих носом з підсиленням в кінці;
- вдих носом, видих через міцно стиснуті губи.

Наступним блоком вправ є поєднання дихання з рухами. Зазначені вправи рекомендовано виконувати у положенні сидячи на колінах.

Вправа «Йога»

На вдиху дитина піднімає руки вгору, на видиху виводить перед собою та опускає. Голову потрібно підвести до колін, округлити спину та зігнутися. На вдиху дитина розводить руки в сторони, на видиху обіймає себе руками та опускає голову донизу.

Завершальним блоком вправ даного етапу є формування вміння правильно дихати в русі. Вправи цього блоку рекомендовано виконувати з прямою спиною та стоячи на підлозі.

Права «Дерево»

Спершу робимо глибокий вдих. Далі, починаємо плавно та повільно видихати повітря (стоїмо струнко та рівно – дерево не хитається). Видих стає сильнішим (намагаємося вітром захитати дерево), дуже сильний та різкий видих.

Вправа «Хатинка»

Ставимо ноги на ширині плечей, руки – складаємо будиночком на рівні грудного відділу. На вдиху підіймаємо голову і руки догори, на видиху – нахиляємось, а руки опираються долонями у підлогу [18, с. 53].

Третій етап – відпрацювання сили, висоти та інтонації голосу. Спершу розглянемо вправи на розвиток сили голосу. Важливим є те, що всі завдання необхідно виконувати з дотриманням правильно сформованого дихання:

1. вправа на збільшення сили голосу («у», «а», «о», «е», «і»): вимовляємо голосно – ааааа, – ооооо, – ууууу; – тттт, – дддд;
2. вправа на зменшення сили голосу («у», «а», «о», «е», «і»): вимовляємо тихо – ааааа, – ооооо, – ууууу; – тттт, – дддд;
3. імітуємо:
 - запускаємо машину [в];
 - летить літак [у];
 - віє вітер [ш];
 - повзе змія [с].

Звуки промовляємо голосно або тихо, орієнтуючись на те наскільки близько об'єкт.

Наступним є блок вправ, спрямованих на розвиток діапазону голосу. Важливим є те, що всі завдання необхідно виконувати з дотриманням правильно сформованого дихання:

- імітація дорослих птахів, тварин та їх дітей;
- імітація транспорту та деяких предметів (гойдалка, хвилі, вертоліт тощо);

- відтворення звукозапису;
- вправа «на тон сильніше» – логопед промовляє звук чи слово тихо, далі, дитина на тон голосніше, логопед – ще голосніше.

Четвертий етап – розвиток та формування мимічної та артикуляційної сторони мовлення. Першим є блок вправ, спрямованих на миміку, який виконується згідно з інструкцією:

1. Виконання масажу дитині або самомасажу. Виконання погладжувальних рухів теплими пальцями по напрямках: від середини шиї до підборіддя, далі – від середньої частини підборіддя до мочок вух. Потім продовжуємо від кутів губ до вух та переходимо від крил носа до скронь.

2. Завершення масажу виконуємо легкими постукуваннями подушечками чотирьох пальців (імітація дощу чи барабанного стуку).

3. Виконання вправ, а саме:

- підняти високо брови (здивований погляд);
- похмурніти чоло;
- надути щоки (ніби у роті вода);
- перенесення повітря з однієї щоки до іншої;
- міцно заплющити очі;
- прижмурити очі.

Наступним є блок вправ, спрямованих на зменшення слиновиділення та нормалізацію тонуусу артикуляційного апарату:

- виконання масажу, спрямованого на м'язи м'якого піднебіння;
- вимова голосних о, а, е, и, і – вимовляємо коротко, з напругою органів артикуляції.

Завершальним блоком вправ даного етапу є проведення артикуляційної гімнастики, спрямованої на роботу:

- язика («чашечка», «маляр»);
- губ («трубочка», «посмішка»);
- нижньої щелепи (відведення вперед, підіймання, опускання).

П'ятий етап – відпрацювання зорового сприйняття, синтезу та аналізу, просторових уявлень. Завдання з розвитку зорового сприйняття, аналізу та синтезу доцільно проводити в чіткій послідовності та врахуванням фізіологічних особливостей дітей з дизартрією (див. рис. 3.3)

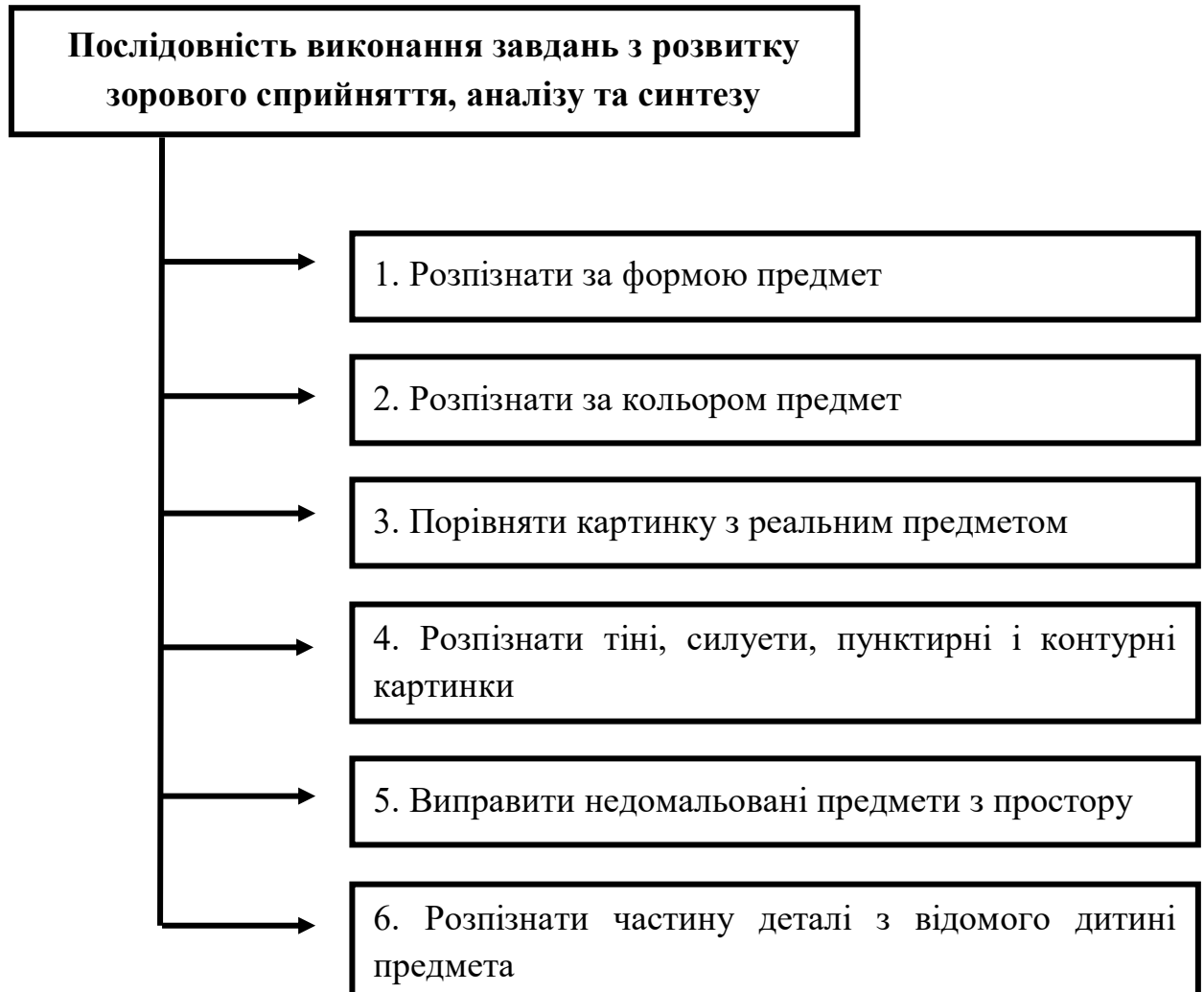


Рис. 3.3. Послідовність виконання завдань з розвитку зорового сприйняття, аналізу та синтезу

Джерело: розроблено автором самостійно

Наступним кроком корекційної роботи є розроблення завдань спрямованих на розвиток просторових уявлень дітей. Саме тому ми рекомендуємо виконувати вправи, дотримуючись чітких етапів:

1. формування усвідомлення дитиною свого тіла в просторі, розуміння частин тіла та їх розташування;

2. виконання завдань наступного типу:

- спочатку дитина має показати, а потім назвати верхні частини тіла. Після закріплення, вивчаємо нижні частини тіла дитини. На початкових етапах засвоєння матеріалу доцільно використовувати дзеркало, а потім дитина називає все по пам'яті.
- дитина показує частини тіла на іграшці чи картинці, називаючи їх в однині та множині.

Шостий етап – відпрацювання фонематичних процесів, аналізу та синтезу. Корекційну роботу даного етапу варто розпочинати зі сприймання та розрізнення немовленнєвих звуків. З цією метою використовуємо вправу «Розпізнай звук».

Вправа «Розпізнай звук»

Дитині пропонується послухати різні звуки (звуки тварин, звук пиловтяга, потяга, пральної машини, води тощо). Дитина називає звуки.

З метою розвитку почуття ритму доцільно застосовувати наступні завдання:

- повторити ритм за логопедом: логопед стукає по столі ритм – дитина повторяє. Наприклад:

*один-один-два;
один-два-три;
два-два-один-три;
три-один-два.*

- ускладнення завдання, якщо дитина добре виконує завдання, то просимо її повторяти із закритими очима. Наприклад:

*три-три-один-два;
два-три-два-три;
один-три-один-два.*

Наступним кроком даного етапу є завдання на розрізнення звуків. Дитині пропонується розрізнити звуки [з] – [с], з опорою на тактильні та зорові відчуття. Виконуємо завдання згідно з поданими етапами:

1. Використовуємо схему: звук [с] – насос. Дитині потрібно дивитися у дзеркало та промовляти звук [с], детально досліджуємо артикуляційну

будову, зіставляємо вимову зі схемою: язичок знаходиться внизу та «сикає, як змія».

2. Далі, дитина промовляє звук [з]. Використовуємо схему: звук [з] – комарик (за звучанням). Детально досліджуємо артикуляційну будову, зіставляємо вимову зі схемою: губи посміхаються – відчуваємо вібрацію наче поруч пролітає комар.

3. Дитина по черзі промовляє звуки [з], [с], одночасно дивлячись на схему.

4. Наступним кроком є розрізнення вибраних звуків у складах. Спершу дитина промовляє закриті склади, далі – відкриті склади зі звуками [з], [с], слідкуючи за схемою звуків.

5. Далі, виконуємо завдання на розрізнення вибраних звуків у словах. Для цього картинки поміщаються у два стовпчики, а нижче розташовуємо схему (звук [з] та звук [с] – *Додаток А*). Вкінці обов'язково проводиться аналіз слів та визначається місце розташування звуків [з] та [с] [10, с. 12]. Досить важливим є етап формування навичок елементарного звукового синтезу та аналізу. Саме тому ми рекомендуємо виконувати завдання поетапно (рис. 3.4).



Джерело: розроблено автором самостійно

Досить важливим кроком корекційної роботи є постановка звуку [ж]. З цією метою пропрацюємо видування повітряного струменя через середню частину широкого язика. Далі, кладемо розслаблений, широкий кінчик язика на верхню губу, щоб він закривав її та необхідно подути. На кінчику носика повинно відчуватися тепле приємне повітря. До подачі повітря на кінчик носа просимо дитину додати голос. Під час вимови можна почути звук, схожий на [и]. Закріплюємо позицію. Далі, у момент утворення голосо-дихального струменя, логопед повинен плавно сховати язик шпателем за верхні зуби до одержання звуку [ж]. Автоматизуємо вимову звука.

Після постановки звуку [ж] корегуємо вимову звука [ш] за аналогією.

Наступним є етап корегування звуку [л]. Для цього дитину потрібно попросити довго потягнути звук [а-а-а-а], і широко відкрити рота. У процесі вимовляння [а-а-а-а] дитина має доторкатись лише вузьким кінчиком язика до верхньої та нижньої губ по чергово. Під час протягування [а-а-а-а], дитині пропонується декілька разів міцно притиснути вузький кінчик язика до середини верхньої губи. Таким чином, утворюються склади [ла-ла]. Варто звернути увагу дитини, на те що у неї вийшов звук [л] і знов повторити завдання, але вже перемістити кінчик язика за верхні зуби до верхніх альвеол.

Останнім виставляється звук [р]. Важливим є процес формування повітряного струменя на кінчику язика під час постановки зазначеного звуку. З цією метою можна використовувати такі вправи, як при постановці звуку [ж]. Не менш важливим є рухливість широким кінчиком язика. Для цього доцільно застосовувати прийом приклеювання кінчика язика до піднебіння на 2-5 секунди («цокаємо, як коник»). Після чого, даємо дитині на оскалі вдаряти широким кінчиком язика по піднебінні, промовляючи прямі склади з пом'якшенням [де-де-де]. Зазначені склади доцільно промовляти багато разів з постійним пришвидшенням темпу. Під час швидкого темпу, просимо дитину подути на кінчик язика – що викличе легку вібрацію, яка з

частотою повторень посилиться. З додаванням голосу спостерігається чітка вимова звука [p].

Таким чином відбудеться повноцінна корекційна робота з дітьми, які мають ознаки диспраксії, що є досить важливим у становленні повноцінної особистості першокласника в закладах інклюзивного освітнього середовища.

Отже, зміст методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища передбачає розвиток рухової сфери; постановку та відпрацювання навичок правильного мовленнєвого дихання; відпрацювання висоти, сили та інтонації голосу; розвиток мимічної та артикуляційної сторони мовлення; відпрацювання зорового сприйняття, аналізу та синтезу, просторових уявлень; відпрацювання фонематичних процесів, аналізу та синтезу.

3.3. Аналіз результатів формувального експерименту

З метою дослідження ефективності запропонованої корекційної методики було проведено повторне діагностування дітей експериментальної групи та виконано порівняльний аналіз обох діагностувань. Зазначимо, що етап опису анамнестичних даних учасників діагностування було пропущено під час повторного діагностування, оскільки це сталі дані, які залишаються без змін.

На додаток, результати повторного діагностування зможуть підтвердити або спростувати гіпотезу нашого наукового дослідження: *розробка та застосування ефективної методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями сприяє покращенню рівня мовленнєвого, рухового та особистісного розвитку дітей в умовах інклюзивного освітнього середовища, а також знижує рівень диспраксії у дітей.*

Аналіз результатів повторного діагностування стану моторики учасників експериментальної групи показав значні покращення. Після проведення корекційних методик знизилась кількість дітей, рівень розвитку моторних функцій яких перебував на критичному рівні. У дітей покращилась

та стала більш фіксованою рухова активність, покращилась структура рухів тіла. На додаток, діти в яких були присутні незначні відхилення стану моторики в стресових ситуаціях спромоглися вдосконалити власні рухи. Розглянемо кількісні показники обох діагностувань у табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Кількісні показники первинного та повторного діагностування

Опис	Перше діагностування	Повторне діагностування	Порівняння
Неправильна структура рухів	62%	35%	Зниження рівня на 27%
Незначні відхилення стану моторики	38%	65%	Покращення рівня на 27%

Джерело: розроблено автором самостійно

Далі було проведене повторне визначення стану локомоторно-статичних функцій. Аналіз результатів дає змогу стверджувати про якісні та кількісні зміни в розвитку дітей. Шляхом використання методу математичних підрахунків, визначимо кількість учасників, у яких спостерігалися проблеми у виконанні завдань. З цією метою застосуємо формулу:

$$P = Д1 - Д2, \text{ де}$$

P – це показник різниці (покращення або погіршення);

$Д1$ – результати первинного діагностування;

$Д2$ – результати повторного діагностування.

$$P = 71\% - 36\%,$$

$$P = 35\%$$

Тобто, кількість дітей, у яких спостерігалися проблеми у виконанні завдань знизилася на 35%.

Аналіз повторної діагностики стану мовленнєво-моторної сфери та особливостей мовленнєвої моторики дала наступні результати:

- низький рівень мовленнєвої сфери з незначними змінами залишився у 39% дітей;
- кількість дітей з певною нечіткістю та недорозвиненим рівнем розвитку мовленнєво-моторної сфери становить 13%;
- діти, які мають проблеми з вимовою окремих звуків – 14%;
- діти, які виправили власне мовлення – 34%.

Розглянемо відсоткове співвідношення результатів повторної діагностики стану мовленнєво-моторної сфери та особливостей мовленнєвої моторики (див. рис. 3.6).

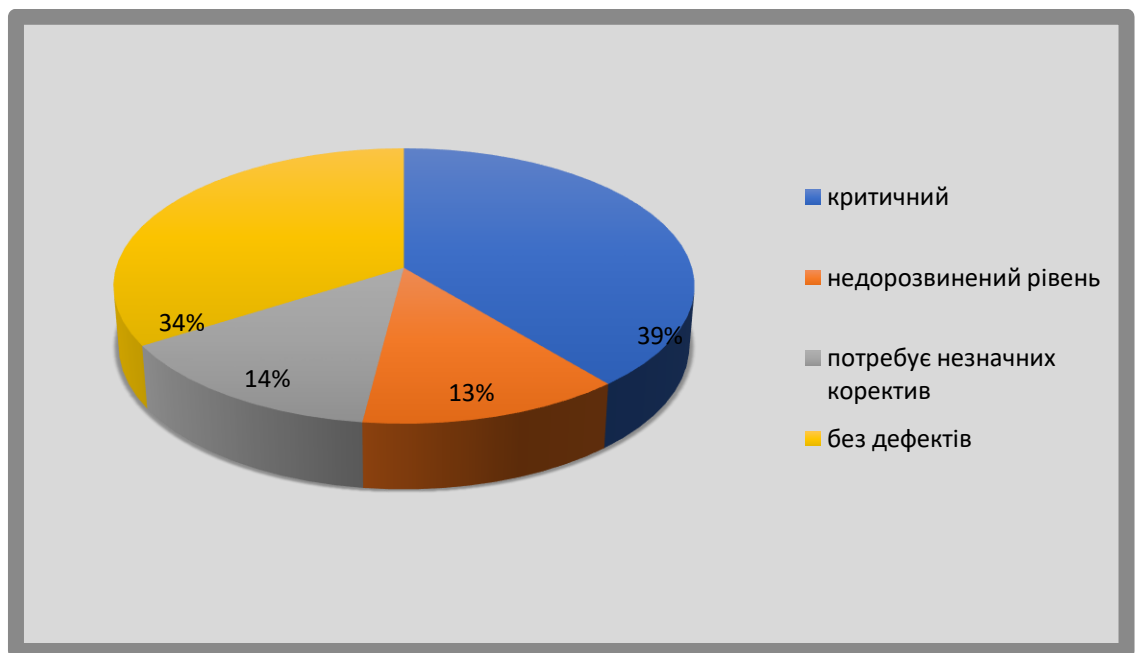


Рис. 3.6. Відсоткове співвідношення результатів діагностики стану мовленнєво-моторної сфери та особливостей мовленнєвої моторики

Джерело: розроблено автором самостійно

Тобто, результати проведення корекційної методики доводять її ефективність, адже в даній категорії нам вдалося виокремити групу дітей, яка позбавилась певних дефектів розвитку мовлення.

Аналізи результатів повторного діагностування стану звуковимови, складової структури слів та лексико-граматичної дали змогу простежити значні покращення у дітей. Діти значно збагатили свій словниковий запас

(емоційно забарвленою лексиною, синонімами, антонімами тощо); вдосконалили вміння граматично правильно будувати речення та висловлювання; покращили навички граматики; розвили власну творчість, креативність; покращили рівень спілкування, правильної вимови звуків та слів. Таким чином, можемо вказати наступні кількісні показники:

- 41% дітей мають проблеми з зіставленням звука та складу з цим звуком, частині дітей важко підбирати синоніми та антоніми. Виконання завдань вимагає додаткового часу. Дітям важко будувати речення;
- 39% учасників діагностування досить добре виконують завдання, проте, потребують додаткового часу. Діти мають незначні проблеми з граматичною стороною мовлення та лексичним запасом. Мовлення дітей є дещо змазаним;
- 20% дітей характеризуються достатнім розвитком словникового запасу. Діти здатні граматично правильно будувати речення. У мовленні спостерігаються незначні дефекти вимови слів та звуків.

Подамо результати діагностування на рис. 3.7.

Виконаємо аналіз узагальнених результатів повторного діагностування та визначимо рівень розвитку мовленнєвої диспраксії у дітей після проведення корекційних методик:

- група критичного рівня – 37%;
- група недорозвиненого рівня – 24%;
- група дітей, які потребують незначних коректив – 28%;
- група дітей, яка виправила дефекти – 11%.

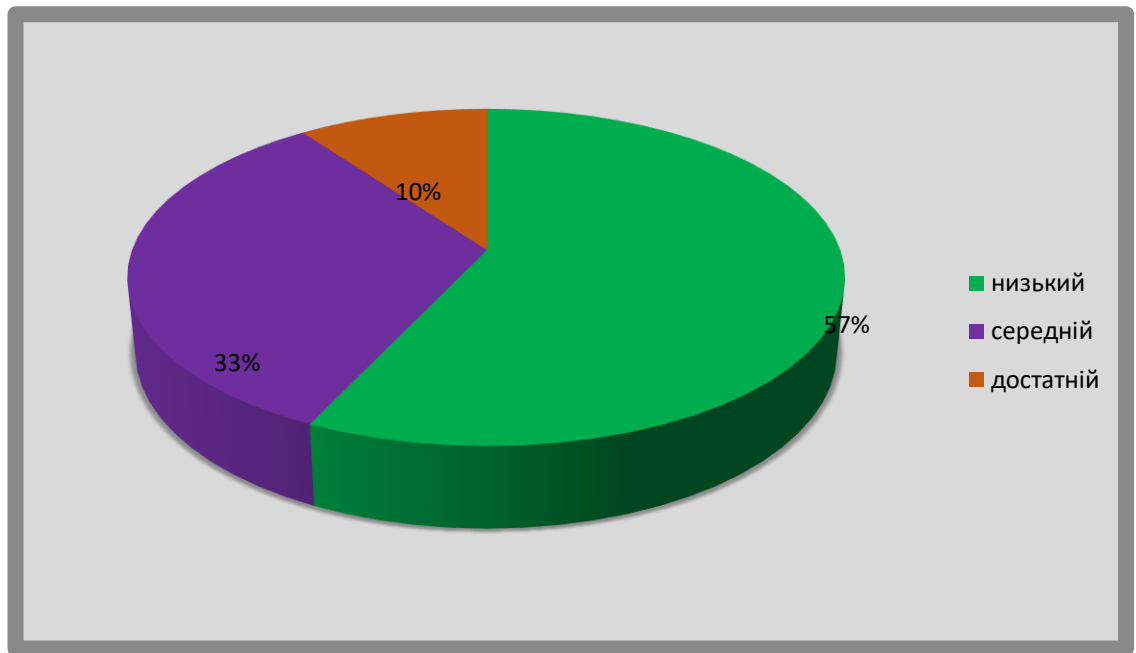


Рис. 3.7. Відсоткове співвідношення результатів діагностики стану звуковимови, складової структури слів та лексико-граматичної будови мовлення

Джерело: розроблено автором самостійно

Розглянемо результати на рис. 3.8.



Рис. 3.8. Рівень розвитку диспраксії у дітей після повторного діагностування

Джерело: розроблено автором самостійно

Виконаємо порівняння результатів обох діагностувань (див. табл. 3.9).

Таблиця 3.9

Порівняння рівня розвитку диспраксії

Опис	Перше діагностування	Повторне діагностування	Порівняння
група критичного рівня	51%	37%	Зниження рівня на 14%
група недорозвиненого рівня	34%	24%	Покращення рівня на 10%
група дітей, які потребують незначних коректив	15%	28%	Збільшення рівня на 13%
група дітей, яка виправила дефекти	-	11%	Поява нового рівня

Джерело: розроблено автором самостійно

Отже, результати визначення рівня розвитку диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями дали змогу стверджувати про позитивний розвиток дітей та ефективність корекційної програми. Таким чином, результати повторного діагностування підтвердили гіпотезу нашого наукового дослідження: *розробка та застосування ефективної методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями сприяє покращенню рівня мовленнєвого, рухового та особистісного розвитку дітей в умовах інклюзивного освітнього середовища, а також знижує рівень диспраксії у дітей.*

Висновки до розділу 3

На формуальному етапі наукового дослідження нами було обґрунтовано принципи побудови експериментальної методики; детально

схарактеризовано зміст методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища та виконано аналіз результатів експерименту.

Загалом, актуальність розроблення корекційної методики спричинена збільшенням тенденції до появи різноманітних дефектів мовлення у дітей, зокрема мовленнєвої диспраксії. Результати емпіричного дослідження доводять, що корекційна робота з дітьми з диспраксією та дизартричними порушеннями повинна постійно вдосконалюватися з метою забезпечення повноцінного розвитку дитини в сучасному суспільстві, цілковитої корекції усієї звукової системи мовлення дитини: постановки голосу, мовленнєвого дихання, звукосприйняття, звуковимовляння, дикції, ритму та темпу мовлення, розвитку лексико-граматичної будови. Проведення завдань методики, з метою корекції певних навичок, має бути чітко регламентоване, поетапне та автоматизоване. На завершення – ефективність методики має бути перевірена та проаналізована з метою встановлення її користі та недоліків у роботі з дітьми.

Зміст методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища передбачає розвиток рухової сфери; постановку та відпрацювання навичок правильного мовленнєвого дихання; відпрацювання висоти, сили та інтонації голосу; розвиток мімічної та артикуляційної сторони мовлення; відпрацювання зорового сприйняття, аналізу та синтезу, просторових уявлень; відпрацювання фонематичних процесів, аналізу та синтезу. Корекційна робота має проводитись у тісній співпраці логопеда-дефектолога та батьків дітей. Корекція дефектів та постановка правильного мовлення вимагає чіткої та неперервної роботи, а також постійного контролю з боку дорослих.

Результати формувального експерименту показали, що правильно розроблена та проведена корекційна робота з виправлення диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища є досить ефективною, що й підтвердило гіпотезу наукового

дослідження. Адже порівняння показників першого та повторного діагностування показало позитивні зміни в розвитку дітей після виконання комплексу методик. Загалом, покращення спостерігаються в рівні розвитку мовленнєвих, когнітивних та рухових здібностей учасників експериментальної групи, що в загальному сприяє покращенню рівня життя та соціалізації дітей.

ВИСНОВКИ

Кваліфікаційна робота присвячена вивченню особливостей корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища.

У науковій літературі праксис визначається як здатність людини виконувати складні рухи та дії, що забезпечується інтеграцією сенсорних, моторних і когнітивних процесів. Це багаторівнева нейропсихологічна функція, яка формується через узгоджену роботу різних відділів мозку, зокрема сенсомоторних і асоціативних зон кори. Диспраксія трактується як розлад або часткова втрата здатності виконувати цілеспрямовані рухи без наявності значних структурних пошкоджень центральної нервової системи. У наукових дослідженнях її описують як функціональне порушення, що проявляється труднощами у виконанні нових або звичних рухових завдань через порушення програмування, координації або сенсомоторного контролю.

У дітей із дизартрією часто спостерігаються порушення розвитку дрібної моторики, що позначається на рухах пальців і кистей рук та ускладнює формування навичок самообслуговування, письма й малювання. Також може бути недостатньо розвинена загальна моторика, зокрема ходьба, стрибки й біг, через порушення координації. Ускладнення артикуляційного праксису включають труднощі програмування та виконання послідовних рухів артикуляційного апарату (губ, язика, піднебіння), а також зниження довільного контролю над такими рухами. Часто діти можуть спонтанно виконувати певні рухи, однак стикаються з труднощами під час виконання завдань за інструкцією. Корекція дизартричних порушень у дітей є багатогранним процесом, який потребує комплексного підходу. Використання сучасних технологій, логопедичних методик та медичної підтримки створює основу для ефективної корекційної роботи, спрямованої на розвиток мовленнєвих і рухових навичок.

У межах дослідження реалізовано діагностування диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища,

яке побудоване на принципах використання комплексу методик, спрямованих на повноцінне вивчення анамнестичних даних кожного учасника емпіричного дослідження; обстеження стану моторики; аналіз фонематичних процесів; дослідження стану звуковимови та складової структури слів; вивчення лексико-граматичної будови мовлення. Тобто, таке вивчення стану мовленнєвих процесів, позамовленнєвих функцій, а також інтелектуальних можливостей допомогло нам описати форму дизартрії кожної дитини та розробити корекційну методику.

Аналіз результатів проведення комплексу діагностичних методик в експериментальній групі свідчить про наявність у дітей артикуляційної диспраксії різного рівня складності. Про це свідчить недорозвиток мовленнєвої сфери, пов'язаний з проблемами тону м'язів язика, тремору губ, тіла та кінцівок, проблемами з нервовою системою, що спричинило проблеми з вимовою звуків та мовлення загалом. Застосовуючи метод математичних підрахунків, визначимо базові групи дітей та їх відсоткове співвідношення відповідно до складності проявів артикуляційної диспраксії. Це дає змогу виокремити групу критичного рівня – 51%; групу недорозвиненого рівня – 34%; групу дітей, які потребують незначних коректив – 15%.

Обґрунтовано розроблення корекційної методики та принципів її побудови полягає в актуальності даної проблематики, а саме – в зростанні тенденції до появи різноманітних дефектів мовлення у дітей, зокрема мовленнєвої диспраксії. Результати емпіричного дослідження доводять, що корекційна робота з дітьми з диспраксією та дизартричними порушеннями повинна постійно вдосконалюватися з метою забезпечення повноцінного розвитку дитини в сучасному суспільстві, цілковитої корекції усієї звукової системи мовлення дитини. Проведення завдань методики, з метою корекції певних навичок, має бути чітко регламентоване, поетапне та автоматизоване, а також діагностично перевірене задля розуміння ефективності розробленої методики.

Розроблено зміст методики корекції диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища, який передбачає розвиток рухової сфери; постановку та відпрацювання навичок правильного мовленнєвого дихання; відпрацювання висоти, сили та інтонації голосу; розвиток мімічної та артикуляційної сторони мовлення; відпрацювання зорового сприйняття, аналізу та синтезу, просторових уявлень; відпрацювання фонематичних процесів, аналізу та синтезу. Корекційна робота має проводитись у тісній співпраці логопеда-дефектолога та батьків дітей. Корекція дефектів та постановка правильного мовлення вимагає чіткої та неперервної роботи, а також постійного контролю з боку дорослих.

Результати формувального експерименту показали, що правильно розроблена та проведена корекційна робота з виправлення диспраксії у дітей з дизартричними порушеннями в умовах інклюзивного освітнього середовища є досить ефективною, що й підтвердило гіпотезу наукового дослідження. Адже порівняння показників першого та повторного діагностування показало позитивні зміни в розвитку дітей після виконання комплексу методик. Загалом, покращення спостерігаються в рівні розвитку мовленнєвих, когнітивних та рухових здібностях учасників експериментальної групи, що в загальному сприяє покращенню рівня життя та соціалізації дітей.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антонова І., Бандуріна К. Сенсорно-інтеграційна терапія для дітей із моторними порушеннями. *Physical culture and sport: scientific perspective*. № 2(1). 2023. С. 237-242.
2. Апухтіна В.В. Метод Rapid syllable transition treatment (rest) у корекції апраксії (диспраксії) мовлення. *Інноваційна педагогіка*. 2024. №73. С. 91-94.
3. Бабич Н.М. Пошук нових шляхів формування комунікативних навичок у дітей старшого дошкільного віку з порушеннями зору та інтелекту. Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови: зб. наук. праць: Вип. 9 / За ред. В.В. Засенка, Л.Л. Колупаєвої. «Поліграф плюс», 2015. С. 8-13.
4. Бабич, Н, Іванкевич, І. Кінестетична диспраксія у дітей дошкільного віку з порушеннями зору та мовлення. "Сучасний світ і незрячі: інклюзивна освіта, інтелектуалізація праці, активізація дозвілля-запорука соціальної інтеграції осіб з інвалідністю", 19-21 вересня 2018 р., Східноєвропейський національний університет імені Лесі Українки м. Луцьк
5. Бах А., Ревуцька О. Використання пісочної терапії в корекційно-розвитковій роботі з дітьми. *Соціально-освітні домінанти професійної підготовки фахівців соціальної сфери та інклюзивної освіти: VI Всеукраїнська науково-практична Інтернет-конференція (23-24 жовтня 2024 року, м. Запоріжжя)*. С. 287-291.
6. Белова О.Б. Концептуальні підходи до оцінки мовленнєвої діяльності дітей старшого дошкільного віку з логопатологією. *Науковий часопис. Корекційна педагогіка*. Київ: НПУ імені М.П.Драгоманова. 2022. Вип. 86. С. 29-34.
7. Биковець Л.Л. Вплив рухів пальців рук на розвиток дитини дошкільного віку. *Таврійський вісник освіти*. 2012-№2.-С.124-131.
8. Гаврилова Н. МЕТОДИКА ФОРМУВАННЯ ПРАВИЛЬНОЇ АРТИКУЛЯЦІЇ ФОНЕМИ [Р] Актуальні питання корекційної освіти. Вип. 16 .Том 1. 2020

9. Гаврилова Н. Методика формування та стимуляції вимови фонем. Актуальні питання корекційної освіти. Вип. 13. 2019. С 18-36.
10. [Гаврилова Н. С. Методика постановки звука -и- Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія : Соціально-педагогічна. - 2013. - Вип. 23\(2\). - С. 172-178. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkp_sp_2013_23\(2\)_25](http://nbuv.gov.ua/UJRN/znpkp_sp_2013_23(2)_25)
11. Гаврилова Н.С. Методика корекції порушень артикуляційної моторики кінестетичного типу. URL: <http://aqce.com.ua/vipusk-n10-2018/gavrilova-ns-metodika-korekcii-porushenartikuljacijnoi-motoriki-kinestetichnogo-tipu.html> (дата звернення: 12.12.2024).
12. Гаврилова Н.С. Постановка голосних звуків мовлення –о-, -у- у дітей. Науково-методичний журнал «Логопедія». – 2013 р. - №4. – С. 14-26.
13. Гаврилова Н.С. Прийоми постановки звуків мовлення. Rodzina centrum swiata. / Pod redakcja naukowa Urzuli Grucy-Miasik. Rzeszow: Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2014. Str. 331-339.;
14. Галущенко В., Морозова Г. Особливості застосування вправ моторної компенсації розвитку дітей логопедичної групи з тяжкими порушеннями мовлення. *The 4 th International scientific and practical conference. Modern research in world science. July 10-12, Lviv, Ukraine. 2022* С. 252–258.
15. Галущенко В.І., Маринова-Паламарчук О.І. Розвиток інтонаційно-мелодичної сторони мовлення у дітей старшого дошкільного віку зі стертою дизартрією. *Збірник «Проблеми реабілітації» ДЗ «ПНПУ імені К. Д. Ушинського»*. 2020. С. 33-35.
16. Гладуш В., Ковачова Б. Навчання дітей з диспраксією в дошкільному закладі освіти: від виявлення труднощів до успішної інклюзії. Актуальні питання розвитку особистості: сучасність, інновації, перспективи : збірник наукових праць за матеріалами II Міжнародної науковопрактичної конференції (м. Житомир, 4 квітня 2024 року) / Ред. колегія: Л. Котлова, Л. Бутузова, С. Максимець / М-во освіти і науки України, Житомирський

державний університет імені Івана Франка, соціально-психологічний факультет. Житомир, Вид-во ЖДУ імені Івана Франка, 2024. С. 78–82.

17. Губарь О., Ельвін Е. Подолання артикуляційної диспраксії у дітей із церебральними порушеннями. Науковий погляд у майбутнє. 2021. № 1 (22–01). С. 126–131.

18. Губарь О., Ельвін К. Артикуляційна диспраксія у дітей з церебральними порушеннями та шляхи її подолання. The XV International Science Conference «Modern approaches to the introduction of science into practice», May 24 -26. 2021, San Francisco, USA. С. 166-168.

19. Данілавичюте Е. А., Хомик, Т. В. Робоча програма навчальної дисципліни «Логопедія (ринолалія, дизартрія)». URL: <https://elibrary.kubg.edu.ua/id/eprint/42638> (дата звернення 22.12.2024).

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

21. Данілавичюте, Е. А. Нейродинамічна основа моделювання мовлення та дрібної моторики в контексті комплексної технології надання допомоги при ДЦП. *Особлива дитина: навчання та виховання*. № 4. 2015. С. 8–16

22. Дідкова Л. М. Логопедична робота при стертій дизартрії. *Логопедія*. 2013. №3. С. 33-36.

23. Кіндрачук Н. М. Характеристика прийомів постановки звуків мовлення у дітей. *Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника*. 2021. № 5. 24 с.

24. Кіпаренко О. Сенсорна інтеграція як метод корекції розладів у дітей. Збірник наукових праць «Проблеми сучасної психології». 2020. № 49. С. 152–176.

25. Колишкін О. Особливості розвитку рухової сфери осіб з інтелектуальними порушеннями в умовах сучасного освітнього процесу. *Освіта. Інноватика. Практика*. 2023. № 11(10). С. 70-76.
26. Компанець Н. М., Луценко І. В. Моделювання індивідуального розвитку дитини з особливими освітніми потребами в умовах інклюзивного ДНЗ: Навчально-методичний посібник Київ: 2018. 66 с.
27. Кондратенко В. О. Особливості мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку з дизартрією. *Логопедія: Науково-методичний журнал*. 2013. №4. С. 40-44.
28. Конопляста С.Ю., Синиця А.О. Дизартрія у систематиці мовленнєвих порушень (сучасний погляд). *Науковий часопис НПУ ім. В.П. Драгоманова (Серія 5. Педагогічні науки: реалії та перспективи)*. Вип. 66. 2019. С. 111–116.
29. Криуліна К. Формування сенсомоторних функцій у дітей старшого дошкільного віку з проявами диспраксії. *Збірник тез наукових доповідей студентів. Т. 1. Педагогічні науки. Бердянський державний педагогічний університет*. 2020. С. 126-127.
30. Лазарева І. А., Поволоцька О. О. Особливості проявів артикуляторної диспраксії у дітей дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення. *Вісник Луганського національного університету імені Тараса Шевченка : Педагогічні науки*. 2018. № 3 (137), квітень. С. 42–48.
31. Ленів З. П., Сушко О.І. Практичні аспекти формування ручного праксису в дітей із порушеннями мовлення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2012. Вип. 21. С. 158-161.
[URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2012_21_42](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_019_2012_21_42)
32. *Логопедія: підручник*. За ред. М.К. Шеремет. Київ: Видавничий Дім «Слово», 2010. 376 с.

33. Луканьова Л. Єдність клініко-психолого-педагогічної складової у корекції розладів праксису у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку з порушеннями інтелектуального та мовленнєвого розвитку. *Acta Paedagogica Volynienses*. 2024. № 3. С. 76–80. URL: doi: <https://doi.org/10.32782/apv/2024.3.11> (дата звернення 22.12.2024).

34. Максим'юк Г., Константинів О. Характеристика порушення психомоторного розвитку у дітей з порушеннями писемного мовлення. URL: <https://fkspp.kpnu.edu.ua/wp-content/uploads/2022/09/zbirnyk-naukovykh-prats-studentiv-ta-mahistrantiv-fakultetu-korektsiinoi-ta-sotsialnoi-pedahohiky-i-psykholohii.-vypusk-14.pdf#page=141> (дата звернення: 12.12.2024).

35. Малярчук А. Я. Розвиток усного і писемного мовлення молодших школярів К.: Літера ЛТД, 2008. 336 с.

36. Малярчук А.Я. Обстеження мовлення дітей: дидактичний матеріал. К.: Літера ЛТД, 2003. – 104 с

37. Маматова З. Р. Особливості розвитку рухової сфери у дітей із затримкою психічного розвитку 11-15 років. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2012. Випуск 19 (2). С. 339-347.

38. Мартиненко В. О. Мовленнєві тренувальні вправи для подолання труднощів дикції в учнів 1 циклу навчання (1-2 класи). *Початкова школа*. 2020. № 8. С. 51-56.

39. Мартиненко І., Яцишин Н. Комплексний підхід до подолання диспраксії в дітей із тяжкими порушеннями мовлення. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021. № 1 (105). С. 458-469.

40. Мартиненко І.В. Диспраксія в структурі мовленнєвого дизонтогенезу дітей. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. Випуск 36: збірник наукових праць / М-во освіти і науки України, Нац. пед. ун-т імені М.П. Драгоманова. Київ: Вид-во НПУ імені М.П. Драгоманова. 2021. С. 65-70.

41. Мілевська О. П., Тацакович О. М. Характеристика диспраксій у дітей з дизартричними порушеннями: міждисциплінарний підхід. *Наукова дискусія: питання педагогіки та психології*: матеріали міжнародної науково-практичної конференції (м. Київ, Україна, 3-4 грудня 2021 року). Київ: ГО «Київська наукова організація педагогіки та психології», 2021. С. 52-56.
42. Мілевська О.П. Сутність поняття „логопедичної гімнастики”: сучасний погляд. Актуальні питання корекційної освіти. Вип. 10. 2018.
43. Мільчевська Г., Ципак В. Виправлення порушень мовлення у дітей дошкільного віку у проявах дизартрії. *Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету. Серія: Педагогіка*. 2023. №2(31). С. 131-137.
44. Момот Т.Л. Пальчиками граємо мову розвиваємо. Бібліотека логопеда практика. Тернопіль: Начальна книга Богдан, 2015. 24
45. Пархоменко М., Ревуцька О., Самаріна О. Напрями оптимізації корекційно-розвиткового процесу в логопедичних групах. *Наукові записки Бердянського державного педагогічного університету. Серія: Педагогічні науки*: зб. наук. пр. Вип.3. Бердянськ: БДПУ. 2023. С. 173-182.
46. Пиляєва Н.С. Проблема вивчення праксису та його відхилень у спеціальній літературі. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2021. № 77. Т. 2. С. 38-43.
47. Рібцун Ю. В. До питання диференційної діагностики дислалії та мінімальних проявів дизартрії. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2012. Вип. 21. С. 227-232.
48. Рібцун Ю. В. Методичні рекомендації щодо формування фонетикофонематичної складової експресивного мовлення молодших дошкільників із ЗНМ / Ю. В. Рібцун // *Український логопедичний вісник* : зб. наук. пр. – Вип. 1. – 2010. – С. 72–81

49. Рібцун Ю. В. Я учуся розмовляти : навч.-метод. комплект : логопед. альб. з розвитку мовлення дошкільників 3—6 років. Київ : Генеза, 2019. 160 с. (Серія «Помічник вихователя»)
50. Рібцун Ю.В. Інноваційний підхід до організації та проведення артикуляційної гімнастики в логопедичній групі. *Дошкільна освіта*. 2011. № 3(33). С. 31-43.
51. Руденко Т.Ю., Котлова Л.О. Дизартрія як мовленнєве порушення у дітей. URL: <http://eprints.zu.edu.ua/34841/1/6.pdf> (дата звернення: 12.12.2024).
52. Савченко М. А. Методика виправлення вад вимови фонем у дітей. К.Рад. школа, 1983 167 с
53. Саєнко Ю., Дьоміна В. Історичні аспекти закордонних досліджень диспраксії у дітей з порушенням мовлення. Науковий вісник Мелітопольського державного педагогічного університету імені Богдана Хмельницького. Серія: Педагогіка. 2023. № 1 (30). С. 41–45.
54. Синьов В. М. Корекційна психопедагогіка. Олігофренопедагогіка: підручник. Київ: Вид-во НПУім. М. П. Драгоманова, 2007. Ч. I. 238 с.
55. Сімко А.В. Особливості психомоторного розвитку розумово відсталих дітей на різних рівнях побудови рухів. URL: <http://aqce.com.ua/vypusk7-t-1-t-2/simko-av-osoblivosti-psihomotornogorozvitku-rozumovo-vidstalih-ditej-na-riznih-rivnjahpobudovi-ruhiv.html>
56. Тищенко В. В. Алалія. Логопедія / За ред. Шеремет М. К. Київ: Видавничий дім «Слово». 2018. С. 301-347.
57. Тищенко В. В. Загальний недорозвиток мовлення: перспективи подальших досліджень. *Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія соціально-педагогічна*. 2013. Випуск 23. Том. 2. Кам'янець-Подільський: Медобори. С. 396-405.

58. Тищенко В. В. Обґрунтування типології первинного системного недорозвитку мовлення. *Науковий журнал Хортицької національної академії*. 2021. 1(4). С. 156-165.
59. Тищенко В. В. Розлади праксису мовлення: кваліфікація порушень в умовах ревізії логопедичних класифікацій. *Науковий журнал Хортицької національної академії*. 2023. № 2 (9). С. 167-175.
60. Тищенко В. В. Розлади праксису мовлення: кваліфікація порушень в умовах ревізії логопедичних класифікацій. *Науковий журнал Хортицької національної академії*. 2023. № 2 (9). С. 167–175.
61. Федорович Л. Постановка звуків у вимові дітей дошкільного та молодшого шкільного віку. ЛІПС. 2021 124 с.
62. Шавкуненко М. Д. Корекція дизартричних розладів у дітей старшого дошкільного віку. *Актуальні питання корекційної та інклюзивної освіти: зб. наук. пр. / Харків. нац. пед. ун-т ім. Г. С. Сковороди*. Харків: ХНПУ, 2020. С. 342-346.
63. Шеремет М.К., Коломієць Ю.В., Апухтіна В.В. Психомовленнєвий розвиток дітей із мовленнєвими порушеннями. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова*. Серія 19 : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2014. Вип. 26. С. 270–274.
64. Шеремет М.К., Ревуцька О.В. Логопедія (корекційна робота при дислалії). Навчальний посібник Київ. 2009. 160 с.
65. Яловська О.О. Пальчики дошкільнят: розвиваємо руку розвиваємо мозок. Тернопіль: Мандрівець, 2011 С. 17-19.
66. American Speech-Language-Hearing Association. URL: <https://www.asha.org> (дата звернення: 12.12.2024).
67. Galuschenko V. Aspects of activation corrective work with the development of psycho-motor and speech areas in children with dysarthria disorders. *Actual problems of the correctional education*: Ministry of Education and Science of Ukraine, National Pedagogical Drahomanov University,

Kamyanets-Podilsky Ivan Ohyenko National University / edited by V.M. Synjov,
O.V. Havrilov. Issue 5. Kamyanets-Podilsky: Medobory, 2006, 2015. P. 54-63.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика обстеження артикуляційного праксису

Обстеження починається з бесіди з дитиною, завдання якої встановити контакт з нею, а також отримати дані по загальній характеристиці її психічного функціонування. Під час стандартизованої бесіди з дитиною, питання якої в ході апробації диференційовані за віком, оцінюється стан трьох областей психічного функціонування:

- орієнтування в місці, часу, в деяких своїх особистих даних;
- критичність;
- адекватність поведінки і емоційних реакцій в ситуації обстеження.

Крім того, за допомогою спеціально розробленого для дошкільнят варіанту коректурної проби досліджуються розумова працездатність і концентрація уваги дитини. У цій пробі дитині пропонується лист зі 104 фігурами 10 видів, які важко вербалізуються та чергуються у випадковому порядку. Кількість фігурок кожного виду по-різному. Дослідник закреслює фігурку типу чотирикінцевий зірочки і пропонує дитині: «Ми з тобою пограємо в розвідників. Розвідники завжди дуже уважні. Я зараз засічу час і подивлюся, скільки ти знайдеш точно таких же фігурок, поки я не скажу "Стоп"». Реєструються кількість знайдених за 1 хвилину правильних фігурок, кількість і тип помилок: перцептивно близькі / перцептивно далекі (наприклад, різні зірочки або зірочка / сердечко). Симптоми, на які треба звернути увагу:

- Незнання пори року.
- Незнання місця знаходження.
- Труднощі відтворення своїх особистих даних (ім'я, вік, ім'я мами, адреса проживання).
- Відволікання, польове поведінка в ситуації обстеження.
- Відмова від завдання і спілкування з обстежують.
- Несформованість почуття дистанції (чіпає волосся або одяг дослідника, некоректно називає його).

- Розгальмування, загальне збудження, неможливість всидіти за столом навіть 10 хвилин.
- Неадекватні емоційні реакції: плач, сміх без видимих приводів.
- Симптоми агресії або само агресії.
- Напруженість, розгубленість, тривожність.
- Нечутливість до оцінок дорослого, незацікавленість.
- Низька розумова працездатність і концентрація уваги (в порівнянні з нормативними даними в коректурній пробі для кожної вікової групи). Несформованість вибіркової в коректурній пробі:
- Змішання перцептивно близьких фігурок.
- Змішання перцептивно далеких фігурок.
- Відволікання від виконання завдання (паузи більше 10 секунд).

Під час дослідження рухових функцій в нейропсихологічному обстеженні ми застосовуємо і оцінюємо виконання наступних тестів.

1. Проба на реципрокну координацію. Дослідник кладе на стіл обидві кисті, одна з яких стиснута в кулак, а в іншій розпрямлені пальці. Потім, не змінюючи розташування рук на столі, дослідник одночасно одну кисть розжимає, а іншу стискає в кулак. Після кількох показів пропонується дитині виконувати такі ж рухи разом. З 4-річним малюком весь тест виконується з допомогою, а починаючи з 5 років після кількох парних рухів дитина може виконувати пробу на реципрокну координацію самостійно.

2. Проба на праксис пози пальців.

3. Дитині пропонується пограти в «спритні пальчики» — послідовно повторювати кожну із зазначених у протоколі поз пальців руки: витягнути по одному другий, п'ятий, другий і третій, другий і п'ятий пальці; скласти пальці в кільце, покласти пальці один на одного. По черзі обстежують обидві руки, починаючи обстеження з ведучою.

4. Проби на динамічний праксис. Дитині пропонують пограти в «спритні ручки». Обстежуваний показує три рази різні послідовності рухів кисті («кулак—ребро» — спрощений варіант для дітей 3 років; «кулак—

ребро»/«долоня—кулак» — для дітей 4 років і «долоня— кулак— ребро»/«кулак—долоня—ребро» — для дітей старше 5 років). Потім просить повторити інший по черзі, починаючи з першої. Обстежуються обидві руки. Крім того, діти від 5 років виконують графічну пробу на динамічний праксис: продовжити малювати, не відриваючи олівець, візерунок, складений з двох елементів змінюються.

5. Малюнок (копіювання) простих геометричних фігур: коло і квадрат — для дітей 3 років, коло, трикутник і квадрат — для дітей 4 років; коло, трикутник, квадрат і ромб, а також 3 фігур для дітей від 5 років.

6. Проба на умовні реакції вибору (для дітей від 5 років). Дитині дається інструкція «пограти в уважних моряків-сигнальників»: у відповідь на порушене кулак підняти палець, а у відповідь на піднятий палець підняти кулак. Після засвоєння інструкції три рази відбувається послідовне чергування рухів — «палець—кулак» (створення рухового стереотипу), після чого двічі поспіль пред'являється одне і те ж рух, а потім інше (ломка стереотипу).

7. Проба на відтворення ритмічних структур. Дитині пропонується пограти в радистів»: послідовно відтворювати провідною рукою групи ритмічних структур. Проба на оральний праксис. Дитині пропонується пограти в «пики» — послідовно імітувати кожен з показаних дослідником рухів оральної мускулатури: надуті щоки, надуті одну щоку, поцокати, уперти язик в щоку. Симптоми, на які треба звернути увагу:

- Інертність (персеверація рухів).
- Труднощі утримання рухової програми.
- Спрощення програми у динамічному праксисі.
- Дезавтоматизація (скандованість) рухів в динамічному праксисі.
- Стереотипії в динамічному праксисі (вертикальний кулак).
- Труднощі просторової організації рухів і дій: просторовий пошук, дзеркальність, просторові спотворення (в динамічному праксисі, праксисі пози, малюнку).
- Імпульсивність (ехопраксія з корекцією) в праксисі пози, в реакції вибору.

- Кінестетичні труднощі (пошук пози, моторна незручність) в праксисі пози.
- Виснажливість (мікрографія) в графічній пробі.
- Втрата програми в реакції вибору.
- Напруженість, сповільненість у реципрокній координації.
- Почергове або симетричне (уподібнення) виконання реципрокної координації.
- Відставання однієї руки в реципрокній координації.
- Зайві імпульси при відтворенні ритмічних структур.
- Труднощі входження в завдання (рухова аспонтанність).
- Наявність синкенезій, що продовжується.
- Системні персеверації.

Диференціація звуку [з] та [с]

Диференціація звуку "з"

ЗА-ЗА-ЗА
 ЗО-ЗО-ЗО
 ЗУ-ЗУ-ЗУ
 ЗИ-ЗИ-ЗИ
 ЗЕ-ЗЕ-ЗЕ
 ЗА-ЗО-ЗУ-ЗИ-ЗЕ



ЗА: зал, завод, заєць, зайка, заставка,
 зоря, залік, загін, завдання

ЗО: Зоя, Зося, Зосим, зорі, зоря, зоб,
 зомбі, зірко, зірке, золото

ЗУ: зуб, зуби, зумер, зубр



Гра «Впіймай звук»

Впіймай звук [С] у словах: сміх, лиса, газета, ліс, ваза,
 час, бузок, коса, роса, медуза, оса, соловей, приз,
 серце, розум, слива, рейс, гіпс.

Впіймай звук [З] у словах: береза, мотузка, лотос,
 гвоздика, айстра, зозуля, ластівка, заєць, змія, золото,
 сіно, звук, сережка, мозок, сад, указ, ескіз.

