

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ  
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

Медичний факультет  
Кафедра корекційної освіти

**ЛОГОПЕДИЧНИЙ ВПЛИВ ПРИ ПОРУШЕННІ ЗВУКОВОЇ  
СТОРОНИ МОВЛЕННЯ**

Кваліфікаційна робота (проект)

на здобуття ступеня вищої освіти бакалавр

Виконав: студент IV курсу  
спеціальності 016 Спеціальна освіта  
Освітньо-професійної програми  
«Спеціальна освіта»  
Якубенко Михайло Ігорович

Керівник: д. псих. н., проф. Яковлева С. Д.  
Рецензент: к.б.н., доц. Карпухіна Ю.В.

Херсон – 2020

## Зміст

<b>Вступ.....</b>	<b>2</b>
<b>РОЗДІЛ 1 ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗВУКОВОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ.....</b>	<b>6</b>
1.1. Основні причини виникнення порушень звуковимови у дітей дошкільного віку.....	6
1.2. Види та форми порушення звуковимови у дітей дошкільного віку.....	9
<b>РОЗДІЛ II ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СФОРМОВАНOSTІ ЗВУКОВОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ.</b>	<b>14</b>
2.1. Обґрунтування методики дослідження стану звуковимови.....	14
2.2. Етапи діагностики артикуляційних порушень у дітей з вадами звуковимови.....	18
2.3 Дослідження стан мимічної та артикуляційної моторики.....	20
2.4. Особливості дослідження звукової та фонематичної сторони слова.....	24
<b>РОЗДІЛ 3 ОРГАНІЗАЦІЯ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ВИМОВНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ.....</b>	<b>28</b>
3.1. Формування артикуляційної та мимічної моторики.....	28
3.2. Використання масажу в системі логопедичної роботи .....	32
3.3. Методика логопедичної роботи над звуковимовою .....	36
3.4. Логопедичний масаж в системі роботи логопеда.....	44
<b>ВИСНОВКИ.....</b>	<b>48</b>
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....</b>	<b>50</b>
<b>ДОДАТКИ.....</b>	<b>55</b>

## ВСТУП

Повноцінний розвиток особистості дитини неможливо без виховання у неї правильного мовлення. Однак виконання цього завдання пов'язане з певними труднощами, які є наслідком надзвичайної складності самого явища мови. Мовний функцією дитина опановує поступово, шляхом наслідування вимови звуків і слів дорослих. Оволодіння правильною вимовою більшості звуків відбувається у нього не відразу, а через проміжні звуки. Це період так званого фізіологічного (вікового) недорікуватості [2, 5, 7, 12, 45, 48 та інші].

Необхідно відзначити, що цей термін був вперше введений М.Є. Хватцевим і проіснував в логопедичній практиці до 60-х років минулого сторіччя. Саме завдяки Правдиної О.В. і Ляпідевського С.С. термін «недорікуватість» був відмінений, а всі вимовні дефекти розділені на дислалии і дизартрию, тому термін «дислалія» - порівняно новий.

Під дислалии розуміються порушення звуковимови, зумовлені розладом нейродинаміки (слабкістю диференціювань) функціональної або органічної природи [6].

Своєрідність фонетичних порушень звуковимови у дітей в дошкільному віці самостійно не зникають, а переходять в стійкі дефекти вимови. При відносній нормі лексико-граматичної сторони мовлення у дитини дислалія може виступати у вигляді ізольованого дефекту. Проте зустрічаються випадки, коли дислалія супроводжує більш складним мовним порушеннями.

Так чи інакше, «дислалія у дітей залежить не стільки від недосконалості функцій їх слухового аналізатора, скільки від труднощів вироблення відповідних артикуляційних укладів, тобто від труднощів вироблення складної координації рухів органів мовної артикуляції.

Чим частіше у сім'ї звертають увагу на виховання у дитини правильної звуковимови, тим швидше воно формується і нормалізується. Помилково сподіватися на мимовільне зникнення недоліків вимови з віком дитини.

Внаслідок умовнорефлекторного механізму мовлення недоліки вимови можуть міцно закріплюватись і перетворюватися на стійку дислалію.

Повноцінне мовлення дитини є безперечною умовою для успішного навчання в школі. Тому дуже важливо подолати всі недоліки звуковимови ще в дошкільному віці, до того, коли вони перетворюються в складний, стійкий дефект. Крім того, важливо пам'ятати, що саме в дошкільний період мовлення дитини розвивається найбільш інтенсивно, а головне – воно більш гнучке [24].

Розвиток мовлення, включаючи вміння чітко вимовляти звуки, розрізняти їх, володіти артикуляційним апаратом, правильно будувати речення і т.п. - одна із найголовніших проблем, які постають перед дошкільним закладом.

Правильне мовлення – один з показників готовності дитини до навчання в школі, запорука успішного засвоєння грамоти, письма і читання, адже діти, страждаючі недорозвитком мовленнєвої діяльності, являються потенційними дизграфіками та дизлексиками (діти з порушенням письма і читання).

Порушення мовлення вивчається фізіологами, невропатологами, психологами, лінгвістами. При цьому кожний розглядає їх під своєрідним кутом зору, відповідно до мети, задач і засобів своєї науки [4,12, 16, 22,].

Логопедія розглядає розлади мовлення з позиції попередження і подолання дефектів засобами спеціально організованого навчання і виховання. Однією з проблем сучасної логопедії являється вивчення лексико-граматичної сторони мовлення дітей дошкільного віку із ЗНМ, якою займалися Т.Б. Філічова, Г.В. Чіркiна, В.А. Ястребова, Т.В.

Туманова, Н.С. Жукова, О.М. Мастюкова, Т.А. Ткаченко, Н.А. Чевельова, Є. Соботович, Л. Андрусин, Л. Бартенєва, Л. Трофименко, та багато інших. На основі даних їхніх досліджень були розроблені безліч вправ корекційної роботи по подоланню несформованості лексико-граматичної сторони мовлення, що в свою чергу попереджує неуспішність в шкільному навчанні.

Тому актуальною проблемою є своєчасне, виявлення і подолання порушень звуковимови при поліморфній дислалії, враховуючи особливо важливе значення мови і мовлення в житті дитини. [1,4,6,7,11,26,28,35,38,40,41].

Зростання актуальності й недостатня теоретична і практична розробка даної проблеми і визначили тему нашої роботи.

**Мета** - ознайомитись із методиками та доцільними формами організації логопедичної роботи, що сприяють корекції звуковимови при поліморфній дислалії.

**Об'єкт дослідження:** - звукова сторона мовлення дітей дошкільного віку.

**Предмет дослідження:** - процеси формування звуковимови у дітей дошкільного віку з поліморфною дислалією.

Для досягнення поставленої мети було визначено такі **завдання** дослідження.

1. Проаналізувати літературні джерела та визначити сучасний стан проблеми.

2. Вивчити короткі відомості з анатомії, фізіології та патології органів мовлення.

3. Дослідити та проаналізувати рівень сформованості звуковимови у дітей при поліморфній дислалії.

4. Розглянути та опробувати різні методичні підходи щодо подолання вад звуковимової сторони мовлення у дітей дошкільного віку при поліморфній дислалією.

**Методи дослідження:** У процесі дослідження використовувались такі методи:

- теоретичні: аналіз, узагальнення даних психолого-педагогічної та методичної літератури;
- емпіричні: спостереження за мовленнєвим розвитком молодших школярів; бесіди з батьками, вчителями;
- статистичні: кількісна та якісна обробка результатів обстеження та корекційного навчання дітей.

**Структура** роботи складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, списку літературних джерел, додатків.

## РОЗДІЛ 1

### ЗАГАЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА ЗВУКОВОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ

#### 1.1. Основні причини виникнення порушень звуковимови у дітей дошкільного віку

Причини що викликають порушення звуковимови у цих дітей, і на які вказує багато науковців, досить різноманітні:

1. Органічні причини - до яких відносять порушення будови органів артикуляції, мінімальні мозкові дисфункції, соматичні захворювання дитини

2. Соціальні причини - такі як неправильне виховання дітей, неправильні зразки мовлення для наслідування їх дітьми

3. Психологічні причини - порушення фонематичного слуху, зниження фізичного слуху, затримка психічного розвитку.

При такому трактуванні недостатньо зрозумілим є поділ на органічну або механічну форму дислалії причиною якої вважають порушення будови органів артикуляції та функціональну дислалію причини якої найбільш різноманітні (психологічні, органічні, і соціальні) [2, 4, 14].

Дислалія - порушення звуковимови при нормальному слухові і збереженій іннервації мовленнєвого апарату. Але ряд авторів М. Ю. Хватцева, Т. Б. Філічевої, Н. А. Чевельової, Г. В. Чиркіної, Б. М. Гріншпун та ін. вважають однією з причин дислалії знижений слух.

Недостатньо чітким є також ставлення до такої причини, що обумовлює (згідно досліджень тих же авторів) дислалію як розумова відсталість чи затримка психічного розвитку. Аналіз наукових джерел (В. Г. Петрова, Є. Ф. Соботович та ін.) показує, що результатом порушення інтелекту у розумово відсталих дітей є таке порушення як загальний

недорозвиток мовлення який характеризується системним недорозвитком всіх боків мовлення в тому числі і фонетичного її боку, у такому випадку говорити, що недорозвиток інтелекту виступає причиною, що обумовлює дислалію, а саме ще одне порушення звуковимови, недоцільно оскільки одне у них уже є, воно виступає частиною наявного у них загального недорозвитку мовлення.

За визначенням М. А. Савченко, в результаті дослідження дітей з порушеннями звуковимови сформульоване протилежне попереднім твердженням, що якщо такі вади не пов'язані зі зниженим слухом, порушеннями інтелектуального розвитку, порушенням рухової функції, з тяжким недорозвиненням у дитини - логопата лексичного та граматичного боку мовлення, їх визначають як дислалію [6].

На думку Выготского Л.С виключення повинні становити ті випадки, коли у цих категорій дітей спостерігаються порушення будови зубо-щелепної системи, губ, язика, тоді можна вважати, що у олігофренів наявне комплексне порушення мовлення: загальний недорозвиток мовлення обумовлений розумовою відсталістю і ускладнений дислалією.

Ще одне суперечливе ставлення викликає причина на яку вказує Б. М. Гріншпун як на ту яка може обумовити дислалію – це мінімальна мозкова дисфункція, мінімальна мозкова дисфункція – термін який найбільше використовується в нейрофізіології, нейропсихології для означення незначного нерівномірного розвитку окремих мозкових функцій, які не зачіпають інтелекту та розумових здібностей у дітей.

Ряд науковців вказують на те, що мінімальна мозкова дисфункція є однією з причин, що зумовлюють затримку психічного розвитку, а також вона може бути причиною шкільної неуспішності. Охарактеризовано також Є. М. Мастюковою особливості прояву мінімальної мозкової дисфункції у дітей з дизартріями, зокрема вона відзначає, що у цих дітей поряд з порушеннями звуковимовного боку мовлення спостерігаються



незначні порушення уваги, пам'яті, інтелектуальної діяльності, емоційно-вольової сфери, легкі рухові розлади і сповільнене формування ряду вищих кіркових функцій, відповідно до поданої характеристики можна припустити, що у цих дітей і є затримка психічного розвитку [11].

Більшу чіткість в формування характеристик дітей з мінімальною мозковою дисфункцією внесло нейропсихологічне дослідження проведене А. Л. Сиротюк, згідно з яким була створена класифікація несформованості, незрілості чи спотвореного формування мозкової організації, така класифікація основана на аналізі етапів структурно-морфологічного розвитку дитини - логопата і включає в себе шість синдромів.

Відповідно до локалізації недорозвитку в головному мозку і проявляються особливості психічного стану у дітей – логопатів , виявлено, що лише у незначної частини цих дітей є порушення звуковимови які переважно зумовлені дизартрією. У окремих із них спостерігається розумова відсталість, але у переважної більшості з цих дітей при тому, що в загальному, мовлення та мислення відповідає віковій нормі виявлено емоційну нестійкість, порушення уваги, зниження працездатності, неадекватні реакції на те, що відбувається навколо [8].

На думки формування неправильної вимови впливають особливості психічного розвитку дітей і можуть, на наш погляд , бути сприятливими для формування неправильної звуковимови. Вони виступають не стільки в ролі причини, що викликає порушення вимови звуків мовлення, скільки умови за якої ці порушення можуть виникати.

Розглядати дислалію можна, як термін, що об'єднує групу порушень звуковимовного боку мовлення, обумовлених причинами анатомо-фізіологічного характеру.

## 1.2. Види та форми порушення звуковимови у дітей дошкільного віку

Дислалія - порушення звуковимови при нормальному слуху і збереженій іннервації мовного апарату. Серед порушень звукопромовляючої сторони мовлення найбільш поширеними є виборчі порушення в її звуковому (фонемному) оформленні при нормальному функціонуванні всіх інших операцій висловлювання, ці порушення проявляються в дефектах відтворення звуків мови: спотвореному (ненормативному) їх проголошенні, заміни одних звуків іншими, змішанні звуків і - рідше - їх пропусках [30].

Виділяють дві основні форми дислалії функціональну і механічну .

Функціональна дислалія, коли не спостерігається порушень будови периферичного мовного апарату (щелеп, мови, неба, зубів), ця форма дислалії виникає в дитячому віці в процесі засвоєння системності звукопромовляння, при цьому порушується відтворення одного або декількох звуків.

При функціональній дислалії несформованими виявляються периферичні мовні вміння доволіно приймати позиції артикуляторних органів, необхідних для вимови звуку, що можуть бути пов'язані з тим, що у дитини - логопата не утворилися акустичні чи артикуляторні зразки окремих звуків (у цих випадках виявляється незасвоєним якийсь один з ознак даного звуку), фонемі нерізняться за своїм звучанням, що призводить до заміни звуків.

Взалежності від того, які ознаки (акустичні або артикуляторні) виявилися несформованими, заміни будуть різні, в інших випадках у дитини, з мовленевими вадами, виявляються сформованими всі артикуляторні позиції, але виникають труднощі з розрізненням позицій,

вибором звуків, в наслідок цього, одне і те ж слово приймає різний звуковий образ. Це явище носить назву змішання (або взаємозаміни) звуків. У силу неправильно сформованих окремих артикуляторних позицій, часто можна спостерігати ненормоване відтворення звуків, звук вимовляється як невластивий системі мови за своїм акустичним ефектом - це явище називається спотворенням звуків [12, 24].

Перераховані види порушень - заміни, змішування, спотворення звуків, в сучасних логопедичних дослідженнях поділяються на дві різнорівневі категорії. Заміни та змішання звуків кваліфікуються фонематичні (фонологічні) дефекти, спотворення - як фонетичні.

Відповідно до запропонованих критерій, прийнято виділяти 3 основні форми дислалії:

1. Акустико - фонематична дислалія, до неї належать дефекти звукового оформлення вимови, зумовлені виборчою не сформованістю операцій переробки фонем (звуків) за їх акустичними параметрами. До таких операцій належать впізнання, впізнавання, звірення акустичних ознак звуків і прийняття рішення про фонему.

В основі порушення лежить недостатня сформованість фонематичного слуху, у цьому випадку дитина - логопат не впізнає ту чи іншу акустичну ознаку складного звуку, за яким одна фонема протиставлена іншій (тверді - м'які, глухі - дзвінкі і т. д.), внаслідок цього при сприйнятті мовлення відбувається уподібнення однієї фонемі іншій на основі загальності більшості ознак [52].

2. Артикуляторно-фонематична дислалія, до цієї форми відносять дефекти, зумовлені несформованістю операцій відбору фонем по їх артикуляторним ознаками. Виділяють два основних варіанти порушень. 1. артикуляторна база виявляється недо кінця сформованою, при виборі фонемі замість потрібного відсутнього звука з'являється звук, близький до

нього по набору артикуляторних ознак (заміна одного звуку іншим), у ролі замітника виступають більш прості по артикуляції звуки [6].

2. Порушення артикуляторна база виявляється повністю сформованою, але при відборі звуків приймається неправильне рішення, внаслідок чого звуковий образ слова залишається нестійким (може вимовлятися правильно і неправильно), при цій формі дислалії фонематичне сприйняття у дитини з мовленнєвими вадами найчастіше сформовано повністю (розрізняє всі фонемі, дізнається всі слова, в тому числі пароніми), дитина усвідомлює свій дефект і намагається подолати його і часто така самокорекція проходить успішно. Дефектна вимова при такій дислалії обумовлена не моторними порушеннями, а порушеннями операцій відбору фонем по їх артикуляторним ознаками [25].

3. Артикуляторно-фонетична дислалія, до цієї форми відносяться дефекти звукового оформлення мови, зумовлені неправильно сформованими артикуляторними позиціями, при цьому звуки вимовляються спотворено. Найчастіше неправильний звук по акустичному ефекту близький до правильного. Для позначення спотвореного вимови звуків використовуються такими термінами: ротацізм; ламбдацізм; сигматизм; каппацізм; гаммацізм; хитизм [24].

У тих випадках, коли відзначається заміна звуків, то до назви дефекту додається приставка пара - (параротацізм, парасигматизм і т. д.). Для характеристики ряду приголосних ця система недостатня: немає назви для дефектів фрикативних шиплячих Ж і Ш, для дефектів аффрикатів, у зв'язку з цим, такі дефекти були також об'єднані в групу сигматизмів.

Для спотвореного порушення вимови характерно те, що в більшості однорідний дефект спостерігається в групах звуків, близьких по артикуляційним ознаками (пара глухих - дзвінких або твердих – м'яких спотворено виявляється однаковим). Виняток становлять звуки Р - Р', Л - Л' - тверді і м'які порушуються по-різному. В залежності від того, яка

кількість звуків вимовляється дефектно, дислалії підрозділяють на прості і складні [11].

До простих (мономорфних) відносять порушення, при яких дефектно вимовляється один звук чи група однорідних за артикуляції звуків, до складних (поліморфних) відносять порушення, при яких дефектно вимовляються звуки різних груп, поряд з так званими "чистими" формами зустрічаються комбіновані форми дислалії, такі комбінації порушень представляють особливу групу, що не зводиться до дислалії як вибіркового порушенню звукового оформлення мовлення; вони поєднуються з недорозвитком інших сторін мови і спостерігаються на тлі органічного ураження центральної нервової системи та психічного розвитку [6,15,31].

За визначенням науковців, механічна (органічна) дислалія: порушення звуковимови, обумовлене анатомічними дефектами периферичного апарату мови (органів артикуляції), найчастіше зустрічаються дефекти вимови, зумовлені: аномаліями зубо-щелепної системи: діастемами між передніми зубами відсутністю різців або їх аномаліями непоправних становищем верхніх або нижніх різців або співвідношення між верхньою і нижньою щелепою (дефекти прикусу).

Такі аномалії можуть виникати через дефекти розвитку або можуть бути набутими внаслідок травми, зубних захворювань чи вікових змін, у ряді випадків вони обумовлені аномальною будовою твердого піднебіння (високий звід). Серед порушень вимови в таких випадках найбільш часто зустрічаються дефекти свистячих і шиплячих звуків (надмірний шум), губно-зубних, передньоязичних, вибухових, рідше Р і Р', досить часто порушується звуковимови голосних звуків, які стають малорозбірливими через надмірну зашумленість приголосних і недостатньою акустичною протиставленістю голосних.

Зубні аномалії не завжди призводять до дефектів вимови. Другу значну по розповсюдженості групу складають порушення звуковимови, зумовлені патологічними змінами мови: надто великий язик (макрогლოსія), занадто маленький (мікрогლოსія), укорочена під'язична зв'язка, у таких випадках страждає вимова шиплячих і вібрантів, спостерігається бічний стигматизм [5].

У ряді випадків страждає внятність вимови в цілому, вимова страждає так само не у всіх випадках язичних аномалій. Значно рідше зустрічаються порушення звуковимови, обумовлені губними аномаліями, так як вроджені дефекти (деформації) долаються хірургічним шляхом у ранньому віці. В основному, можна зустріти наслідки деформацій травматичного пошкодження, при яких порушується вимова губних звуків внаслідок неповного змикання губ, а також губно-зубних звуків [21].

## РОЗДІЛ II

### ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СФОРМОВАНOSTІ ЗВУКОВОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ

#### 2.1. Обґрунтування методики дослідження стану звуковимови

Ефективна корекційна робота залежить від правильно поставленого діагнозу. Логопедичне обстеження може проводитися різними засобами:

- фронтально ;
- Індивідуально;
- поетапно ;
- одноразово.

За визначенням Малярчук А.Я. при можливості, доцільно проводити аудіо- або відеозапис обстеження, на більш пізніх етапах роботи коли стають очевидними навіть незначні успіхи дитини, для підтримки інтересу до занять й упевненості у власних силах, демонстрація зразків недосконалого мовлення при первинному обстеженні – як дидактичний прийом – досить ефективний.

Обстеження звуковимови має два аспекти:

- артикуляційний припускає з'ясування особливостей утворення дитиною звуків мовлення й функціонування вимовних органів у процесі мовлення.

- фонологічний – з'ясовує, як дитина розрізняє систему мовленнєвих звуків (фонем) у різних фонематичних умовах [6].

Обстеження починається з вивчення наявної психолого-медико-педагогічної документації, зі знайомства з результатами неврологічного й онтоларингічного обстежень. У процесі короткої бесіди логопед

налагоджує контакт з дитиною – логопатом й отримує загальні уявлення про особливості звукової сторони мовлення [2,5,7].

Обстеження проходить два етапи: збір анамнестичних даних та власне логопедичне обстеження, збір анамнестичних даних є дуже важливою складовою обстеження, оскільки відомості, зібрані на цьому етапі дають на важливу інформацію про те, чому саме виникла така патологія, у межах цього дослідження ми мали на меті виявити особливості порушення звуковимови у дітей дошкільного віку, проаналізувати результативність традиційного і нетрадиційного підходу до корекції звуковимови у дітей з різним рівнем порушення звукової сторони мовлення [34].

Дослідження проводилось на базі дошкільного закладу №69 та № 38 м. Херсону протягом 2019-2020 навчального року. В дослідженні брали участь 14 дитини старшого дошкільного віку, які і склали групи дослідження. В контрольну групу увійшло 5 дітей дошкільного віку з нормою мовленнєвого розвитку та нормою звукової сторони мовлення.. Основну (експериментальну) групу склали 9 дітей дошкільного віку з поліморфною дислалією.

Основну (експериментальну групу) склали 9 дошкільників у яких недоліки звуковимови проявляються переважно у спотворення артикуляційно складних звуків мовлення, змішання і заміни різних опозиційних звуків, за акустичними та артикуляційними ознаками, що доведено спеціальними дослідженнями, подібний характер порушення вимови є показником поліморфної дислалії.

У тих випадках, коли порушення вимови проявляється у вигляді заміни й змішання звуків і супроводжується недорозвиненням фонематичних процесів, варто констатувати, що мовленнєвий дефект поширюється на всю звукову сторону мовлення, оскільки в цьому випадку страждають фонематичні процеси, у таких дітей уповільнено з певними порушеннями формуються передумови до аналізу й синтезу звукового



складу слова і це досить серйозно ускладнює підготовку дітей до навчання у школі.

Розробляючи етапи експериментального дослідження, ми спиралися на наступні положення:

- в ході порушеного мовленнєвого розвитку поряд з первинними відхиленнями звукової сторони мовлення, формуються вторинні порушення;

- своєрідність порушення звукової сторони мовлення яскраво виражається у випадках несвоєчасної і некомпетентно проведеної корекційної роботи.

Для визначення стану звуковимови нами було проведено діагностичне дослідження, в якому використовувалась загально прийнята методика В.С Савченко, що дає можливість зробити висновки про стан сформованості звуковимови, і призначена саме для цієї категорії дітей – логопатів .

Ця методика містить в собі завдання , які дозволяють визначити;

1. Будову та функцію артикуляційного апарату.
2. Стан сформованості фонетичних процесів (звуковимову, спотворення звуку, змішення або заміна)
3. Стан сформованості фонематичних процесів
  - особливості розрізнення опозиційних звуків;
  - особливості диференціації ізольованих звуків;
  - особливості аналіз і синтез звукового складу слова.

В процесі нашого дослідження ми з'ясували відсутність або наявність мовленнєвого порушення, та його структуру, з точки зору вираженості дефекту, найбільш показовою є структура мовленнєвого порушення, яка дає можливість встановити:

- чи обмежується дефект мовлення тільки несформованістю звукопромовляння;
- чи поширюється він на всю звукову сторону мовлення;

Використовувались такі методи дослідження: бесіди, опитування, тестування.

Результати обстеження учнів фіксувались у логопедичних картках, кількісно та якісно аналізувались.

Методики вивчення кожного з параметрів охоплювали:

- повідомлення дитині конкретного завдання;
- інструкція що до виконання;
- стимулюючий матеріал ( словесний , дидактичний);
- критерій оцінювання її виконання які визначали характерні порушення в усному мовленні молодших школярів.

Для зручності проведення оцінювання результатів, ми використовували таку систему оцінювання, 10-8 високий рівень, 7-4 середній рівень, 3-0 низький рівень. Рівень сформованості звуковимови, враховуючи специфіку порушення, оцінювався за іншими показниками, 5 норма промовляння, 4 промовляння звуку з призвуком іншого звуку, 3 спотворене промовляння, 2 заміна звуку, 1 відсутність звуку.

Проводячи етапи експериментального дослідження необхідно:

1. Відзначати стан мовленнєвої діяльності і рівень сформованості мовленнєвих засобів:

2. Чітко фіксувати стан звукопромовляння в кожної дитини - логопата, обов'язково фіксуючі характер порушення (спотворення, заміну або змішення звуків), при цьому можуть зустрічатися діти, у яких змішанню й заміні піддаються спотворені звуки.

Співвідношення характеру недоліків вимови з рівнем розвитку фонематичних процесів, дозволяє визначити роль дефектів вимови у загальній картині порушення усного мовлення.

## **2.2. Етапи діагностики артикуляційних порушень у дітей з вадами звуковимови**

За визначенням багатьох учених, діагностика порушень вимовної сторони мовлення при дислалії, включає: збір анамнестичних даних, обстеження анатомічної будови артикуляційного апарату, вивчення мовної моторики, звуковимови і слухової диференціації дефектно вимовних звуків.

Оснащення і матеріали: дерев'яні шпатель, настільна лампа з поворотним рефлектором, гучні іграшки, малюнки предметів, для реєстрації даних огляду і нагляду були підготовлені протокол обстеження, процедура обстеження включає п'ять етапів.

I етап знайомство з обстежуваним дітьми - логопатами, шляхом спостереження і проведення психодіагностичної роботи виявляються рівень психічного і фізичного розвитку і стану, характер взаєностосунків з батьками, відношення до свого дефекту мовлення, особливості емоційно-вольової сфери, загальної і мовної поведінки. Всі одержані дані заносяться в протокол обстеження [5].

II етап діагностуються анатомічні особливості периферичного мовного апарату (дихального, голосового, артикуляційного), при дослідженні голосового, артикуляційного апарату використовувалися шпатель; настільна лампа, бо досліджувані відділи артикуляторного апарату повинні бути добре освітлені, досліджуються особливості функцій дихального апарату (дихання фізіологічне, верхньо-ключичне, грудне, нижньо-діафрагмальне (мовне)), голосового апарату (відсутній, тихий, гучний, гнусавим, шепітний, хриплий, звичайний) та стан артикуляційного апарату, відхилення в будові артикуляційного апарату виявляються

візуально, тобто логопед оглядає частини артикуляційного апарату зовні та усередині:

- губи (нормальні, тонкі, товсті, вузькі, укорочена верхня, нижня губа, неповне стулення губ, незрощення);

- щелепи: прикус (прямий, глибокий, передній відкритий, бічний відкритий односторонній або двосторонній, перехресний, прогнатія — надмірне висування вперед верхньої щелепи, про генія — надмірне висування вперед нижньої щелепи), викривлені щелепи в передній частині на ґрунті рахіту або унаслідок передніх зубів, що неправильно виростили;

- зуби (нормальні, крупні, надмірно крупні передні зуби, дрібні, рідкі, зайві (у кілька рядів), відсутні, зуби неправильної форми, розташовані зовні щелепної дуги, діастема);

- язик (нормальний, великий (макроглосія), малий (мікроглосія), довгий, короткий, вузький, широкий, м'ясистий, не поміщається в роті, наявність післяопераційного вузла);

- під'язикова зв'язка (нормальна, коротка, довга, прирощена, натягнута, відсутня);

- піднебіння тверде (нормальне, куполоподібне, високе (готичне), низьке, вузьке, плоске, широке, наявність незрощення, повного, часткового, прооперованого, обтюратор, післяопераційні шрами, рубцеві зміни піднебіння і бічних стінок глотки, наявність післяопераційних, субмукозних щілин, носові поліпи, аденоїди, пухлини носової порожнини, викривлення носової перегородки, зрощення м'якого неба з дужками, мигдалинами або задньою стінкою глотки, збільшення глоткової непарної мигдалини);

- піднебіння м'яке (нормальне, укорочене, роздвоєння маленького язичка, відсутнє).

III етап діагностується стан рухової сфери: рухові утруднення артикуляційних органів - явна неможливість руху, значне обмеження

об'єму рухів, тремор, гіперкінез, уповільнення темпу при повторних рухах, труднощі зміни заданого положення.

IV етап діагностується стан звуковимови: голосних і приголосних (передньоязикових, середньоязикових, задньоязикових) звуків, для цього використовується набір малюнків, предмети на малюнках підібрані так, щоб досліджувані звуки знаходилися у трьох позиціях - на початку, середині і в кінці слова, дзвінкі приголосні в кінцевій позиції не пропонуються, оскільки при вимові вони оглушуються. Необхідно визначити, який характер порушення: повна відсутність звуку, заміна його іншим, спотворене (викривлене) вимовляння (носове, пом'якшене, губне, міжзубне, бічне, велярне, увулярне).

V етап обстеження здійснюється діагностика стану фонематичних функцій.

### **2.3 Дослідження стан мимічної та артикуляційної моторики**

Виявлення особливостей артикуляційної моторики проводиться в процесі виконання дитиною, з мовленнєвими порушеннями, певних дій за вказівками логопеда.

1. Виявлення рухливості нижньої щелепи: відкрити рот, закрити рот, по чергово відкрити-закрити рот, рухати щелепою вправо-вліво, висунути щелепу вперед.

2. Виявлення рухливості губ: посміхнутися з показом зубів-різців, „трубочка“, по чергово „посмішка трубочка“, витягнути губи вперед і відвести їх кути в сторони; підняти верхню губу, опустити нижню, облизнути їх; посилено видихаючи, викликати вібрацію губ; надути щоки - втягнути їх.

3. Виявлення рухливості язика: висунути язик й утримувати по середній лінії, зробити язик спочатку широким „лопатка“, а потім вузьким

„голочка", почергово показати: „лопатку" і „голочка", підняти кінчик язика до верхніх різців і опустити до нижніх, почергово підняти кінчик язика до верхніх різців і опустити до нижніх, порухати вузьким кінчиком язика як „маятником".

4. Виявлення рухливості м'якого піднебіння: покашляти з відкритим ротом (язик на нижній губі), вимовити звук „а" з широко відкритим ротом. При цьому визначається наявність або відсутність активного змикання м'якого піднебіння із задньою стінкою глотки, пасивне змикання визначається шпателем або пальцем шляхом притискання м'якого неба до задньої стінки глотки; одночасно виявляється наявність або відсутність рефлексів задньої стінки глотки [9,15].

5. Уточнення стану кінестетичного праксису - кінестетичної основи мовлення, бо у випадку його недостатності, особливо при дизартрії, а саме здатності виконання складних цілеспрямованих артикуляційних рухів, що проявляється, переважно, у замінах звуків, які ґрунтуються на артикуляційній подібності не тільки за активним діючим органом, але і способом утворення, необхідно дослідити оральний праксис.

У дітей - логопатів з функціональною дислалією кінестетичні відчуття, як правило, збережені, проте у деяких дітей через недостатність нейродинамічних зв'язків може виявлятися латентний період: між заданою інструкцією і її виконанням - дитина ніби згадує необхідний артикуляційний рух, через це рух може виконуватися з деякими відхиленнями.

Дитині – логопату пропонуються завдання:

- для губ: витягнути вперед-спокій, оскал-спокій, круговий рух губ хоботком, підняти вгору верхню губу, опустити вниз нижню губу;

- для язика: показати широкий язик, вузька язик, швидкі рухи язиком вперед-назад (як кішка п'є молоко), клацати язиком, присмоктуючи його до твердого неба так, щоб натягалася під'язикова зв'язка;

- для нижньої щелепи: рот широко відкрити - закрити.

При недостатності динамічного (кінетичного) праксису виникають перестановки, додавання, пропуски звуків, порушення вимови африкат, які або розпадаються на складові звукові елементи або замінюються одним із них та відмічаються викривлення звукоскладової структури слів, сформована кінетична основа мовлення це здатність виконувати серію артикуляційних рухів, для її обстеження пропонуються наступні завдання:

- для губ: витягнути губи вперед – посміхнутися - спокій; підняти вгору верхню губу - опустити вниз нижню губу - опустити вниз верхню губу, підняти вгору нижню губу;

- для язика: відкрити рот - показати широкий язик - підняти його на верхню губу - опустити на нижню губу - прибрати в рот - закрити рот; відкрити рот - показати вузький язик - торкнутися вузьким язиком правого, лівого кутів рота - прибрати язик в рот - закрити рот; відкрити рот показати поперемінно широкий - вузький язик; відкрити рот - вузьким язиком провести кругом по верхній і нижній губі за годинниковою стрілкою, потім у зворотному напрямі - прибрати язик в рот - закрити рот;

- для нижньої щелепи: обережно рухати нижньою щелепою управо - уліво;

- для м'якого піднебіння: відкрити рот - покласти язик на нижню губу - покашляти з відкритим ротом із язиком на нижній губі. Візуально: м'язи м'якого піднебіння скорочуються і підводять його [22].

Висновки: обсяг рухів (повний, виконані всі рухи; неповний, виконана частина рухів; об'єм рухів порушений, спотворена серія рухів або опущені рухи);

- точність виконання руху визначається правильним кінцевим результатом, що оцінюється за завершальною формою органів артикуляції або місцем розташування (збережена - всі рухи виконані в даній послідовності; порушена - пошуки артикуляції або додаткові рухи);

- плавність і легкість (передбачають рухи без поштовхів, посмикувань, тремтіння, без сторонньої допомоги або супутніх рухів);

- тонус (збережений - рухи виконані з необхідною силою і напруженням; порушений - рухи або частина рухів виконані мляво, без достатнього напруження м'язів органів артикуляції);

- темп рухів (нормальний - один рух виконується за іншим без пауз; сповільняний - між окремими рухами спостерігаються паузи в 3-5 секунд; прискорений - рухи виконуються настільки швидко, що попередній рух ще до кінця не виконаний, а починає виконуватися подальший рух); синкінезії (при виконанні вправи з'являються додаткові рухи як в артикуляційних, так і в м'язових м'язах).

Аналіз діагностичного дослідження рівня сформованості звукової сторони мовлення контрольної та експериментальної групи, дало змогу зробити наступні висновки:

Коли обстежували стан периферичного артикуляційного апарату ми з'ясували наявність або відсутність порушень в будові, та виявили вміння молодших школярів володіти своїм артикуляційним апаратом при виконанні відповідних статичних та динамічних вправ, при оцінюванні цього завдання нами враховувались, самостійність, послідовність, та повнота рухів. Проаналізував результати дослідження ми виявили наступні показники: Контрольна група - 7,9 (середній рівень). Основна група - 9,4 (високий рівень)



## **2.4. Особливості дослідження звукової та фонематичної сторони слова**

При дослідженні рівня сформованості, у дітей – логопатів, звукової сторони мовлення використовується набір малюнків та відповідний мовленнєвий матеріал. Правильно підбираємо предмети на малюнках так, щоб досліджувані звуки знаходилися у трьох позиціях - на початку, середині і в кінці слова. Дзвінки приголосні в кінцевій позиції не пропонуються, оскільки при вимові вони оглушуються.

Виникає велика необхідність визначити, який характер порушення у дитини з вадами мовлення: повна відсутність звуку, заміна його іншим, спотворене (викривлене) вимовляння (носове, пом'якшене, губне, міжзубне, бічне, велярне, увулярне), повторювання слова.

Логопед робить висновок і записує такі данні: про стан вимовляння ізольованого звуку, при вимовлянні у словах: на початку, середині, кінці слова, у поєднанні з приголосними (відображено і самотійно): нормальне, відсутнє, замінюється, спотворюється; характер порушення звуку: відсутній, замінюється, викривлюється, назалізація [б].

Аналіз діагностичного дослідження рівня сформованості звукової сторони мовлення контрольної та основної групи, дало змогу зробити наступні висновки. При дослідженні звуковимови у дітей – логопатів ми з'ясували, що діти з вадами мовлення як контрольної так і основної групи мають досить низький рівень сформованості звуковимови.

Під час промовляння звуків складної артикуляційної позиції у дітей контрольної групи порушення звуковимови пояснюється недостатньою сформованістю, та недосконалою роботою органів артикуляції.

У дітей- логопатів дошкільного віку основної групи рівень сформованості звукової сторони мовлення має низькі показники, у цих

дітей спостерігається порушення, змішення промовляння свистячих, шиплячих звуків і звука “р-л”, обумовлене порушенням і недостатньою сформованістю фонематичного слуху та фонематичного сприйняття. Контрольна група – 4,3 Основна група – 3,4

На V етапі обстеження здійснюється діагностика стану фонематичних функцій. Для цього необхідно вирішити наступні завдання:

1. Перевірити стан слуху.

2. Перевірити слухове розрізнення складів, слів з опозиційними звуками.

3. Диференціація ізольованих звуків однієї артикуляційної групи

Мовний матеріал: са, за, са; са, ша, са; ца, са, ца; ра, ла, ра; жа, ша, жа; та-да-та, га-ка-га.

5. Перевірити стан фонематичного аналізу і синтезу

- вміння дітей з мовленнєвими вадами визначати кількість звуків в слові;

- вміння визначати послідовність звуків у слові.

Мовний матеріал: мак, каша, книга, місток, температура, крокодил. Хлопчики зліпили фортецю. Бібліотекар працює у бібліотеці.

Аналіз діагностичного дослідження рівня сформованості звукової сторони мовлення контрольної та основної групи, дало змогу зробити наступні висновки, дослідження сформованості фонематичних процесів дало змогу визначити та проаналізувати ряд особливостей дітей з мовленнєвими вадами контрольної та основної групи.

Таблиця 1

**Розрізнення складів з опозиційними звуками**

сайка-зайка		бочка-почка	
шар-жар		дом-том	
сапка-шапка		кот-ход	
коза-кожа		год-кот	
лак-рак		чеснок-щенок	

При оцінюванні виконання послідовних завдань нами враховувались ряд загальних показників, які характеризують рівень слухової уваги, фонематичного сприймання, навичок звукового аналізу та синтезу слова. Завдання виявились досить складними для всіх груп дітей – логопатів, які досліджувались [17].

Діти з вадами мовлення основної групи не змогли в достатній мірі виконати завдання навіть за допомогою помічника. Були такі діти – логопати які не змогли визначити голосний звук на початку слова, приголосні звуки в середині і в кінці слова. Ще у дітей з мовленнєвими вадами виникали ускладнення при повторі складів зі звуками однієї артикуляційної групи [8].

На цьому етапі дослідження ми отримали наступні результати : Контрольна група – 9,1 (високий рівень). Основна група – 5,9 (середній рівень)

На думку Жинкина Н.І., порівнювальний аналіз сформованості звукової сторони мовлення дітей з мовленнєвими вадами дошкільного віку основної та контрольної груп, які навчаються в однакових педагогічних умовах дозволяють стверджувати, що рівень звукової сторони мовлення учнів експериментальної групи недостатньо сформований для подальшого розвитку мовленнєвої діяльності [].

Аналізуючи результати діагностичного дослідження ми бачимо, що

внаслідок наявності відповідних порушень в розвитку мовних засобів, а також недостатній сформованості фонематичних процесів, діти з мовленнєвими вадами не в змозі без відповідного комплексного корекційного впливу оволодіти звуковою стороною мовлення.

Таблиця 2

**Рівень сформованості звукової сторони мовлення  
дітей -логопатів дошкільного віку**

<b>Мовленнєві показники</b>	<b>Контрольна група</b>	<b>Основна група</b>
Будова та функція артикуляційного апарату	7,9	9,4
Стан сформованості фонетичних процесів	4,3	3,4
Рівень сформованості фонематичних процесів	9,1	5,9

Після проведеного аналізу діагностичного обстеження і комплектування відповідних груп для подальшого логопедичного впливу, нами був визначений напрямок корекційної роботи з контрольною та основною груп.

### РОЗДІЛ 3

## ОРГАНІЗАЦІЯ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ ПРИ ПОРУШЕННЯХ ВИМОВНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ

### 3.1. Формування артикуляційної та м'язової моторики

На думку сучасних науковців, при вимові звуки вимовляються не ізольовано, а один за іншим, тому органи артикуляційного апарата повинні швидко змінювати своє положення. Чіткої вимови звуків, слів, фраз можна досягти, якщо органи артикуляційного апарату будуть досить рухливі, а їх робота - координована.

На думку Малярчук А.Я вправи для розвитку рухів органів артикуляційного апарата об'єднані в комплекси. Кожен комплекс має визначену спрямованість.

1. Вправи, що виробляють основні рухи і положення органів артикуляційного апарата.

2. Вправи, що підготовляють артикуляційний апарат для правильного промовляння свистячих звуків.

3. Вправи, що підготовляють артикуляційний апарат для правильного промовляння шиплячих звуків.

4. Вправи що підготовляють артикуляційний апарат для правильного промовляння звуків [л], [л'].

5. Вправи, що підготовляють артикуляційний апарат для правильного промовляння звуків [р], [р'].

Виконання вправ на кожному віковому етапі будуть різними.

Потрібно використовувати ігрові прийоми для проведення артикуляційних вправ з дітьми - логопатами молодшого дошкільного віку. Навички, рухи органів артикуляційного апарата поступово розвиваються,

удосконалюються, відповідно підвищуються і вимоги до виконання артикуляційної гімнастики.

Під час роботи з дітьми, з мовленнєвими вадами, середнього дошкільного віку логопед стежить за плавністю, легкістю, чіткістю виконання руху, за вмінням швидко переключати органи артикуляційного апарата з одного положення на інше. Логопед стежить за точністю кінцевого результату: отримане положення органа артикуляційного апарата повинне утримуватися якийсь час без змін, рухи стають легкими, правильними, звичними, тому їх можна проводити в будь-якому темпі.

Логопед може включити в артикуляційну гімнастику звуконаслідування на даний звук тільки після відпрацьовування комплексу на визначену групу звуків. При роботі з дітьми - логопатами старшого дошкільного віку для проведення артикуляційної гімнастики використовують вправи на диференціацію звуків мовлення. Використовуються ігрові прийоми це сприяє розвитку в дитині, з мовленнєвими вадами, не тільки органів артикуляційного апарата, але і фонематичного слуху [16].

1. Заняття дадуть найкращий результат, якщо вони проводяться у формі гри і цікаві для дитини - логопата;

2. На одному занятті не слід вивчати більше двох-трьох вправ, а до наступних вправ треба переходити лише після того, як будуть засвоєні попередні;

3. Усі вправи треба виконувати природно, без напруги (дитина з мовленнєвими відхиленнями сидить спокійно, плечі не піднімаються, пальці рук не напружені і не рухаються);

4. Деякі вправи виконуються під рахунок.

5. Виконувати усі вправи треба поетапно, послідовно, під наглядом логопеда.

З метою корекції звуковимови в логопедії застосовуються спеціальні гімнастичні комплекси, вправи, артикуляційна гімнастика. Але деякі автори вважають малоефективним застосування лише артикуляційної гімнастики, вони вважають, що необхідно включати в роботу допоміжні вправи певної спрямованості [17].

При комплексному підході до корекції звуковимови у дітей з вадами мовлення автори пропонують використовувати разом з масажем органів артикуляції і традиційної артикуляційної гімнастики наступні комплекси вправ:

Вправи для розвитку жувальних та м'язів обличчя, які використовуються при корекції дизартрій (І.І. Панченко Е.В. Романенко) елементи міогимнастики, розробленої ортодонтії з метою формування і нормалізації функції м'язів обличчя в процесі корекції прикусу.

Пропонується використовувати наступні вправи:

1. Розвиток колового м'яза рота (на підготовчих етапах корекції свистячих і шиплячих звуків).

- Дитина - логопат стуляє губи і надуває щоки, після чого притискує до щік кулаки і повільно випускає повітря через стулені губи,

- Дитина, з мовленнєвим порушенням, витягує нижню губу і охоплює нею верхню, потім верхню губою охоплює нижню.

- Рекомендуються свистіти, дмухати на легко пересуваємий предмет. Можна використовувати гру "потрап у ворота" (дитина дмухає на легку кульку, намагаючись загнати її в маленькі іграшкові ворота).

- Вправи на утримання між губами смужки паперу: дитина - логопат стискає смужку паперу губами на протязі 3-5 хвилин.

- Дитина в якої є мовленнєві вади, набирає в рота води і утримує її не ковтаючи і не розтуляючи губ.

- Вправи з супротивом: дитина - логопат розміщує зігнуті мізинці в кутах рота і з легка розтягує їх, стискаючи губи і слідкує за тим, щоб вони не вивертались [12].

Розвиток м'язів регулюючих положення нижньої щелепи ( на початкових етапах нормалізації м'язового тонусу і розвитку моторики артикуляційних органів.

- При дистальному прикусі дитина - логопат повільно висуває нижню щелепу в перед до тих пір, доки різучі краї нижніх різців не встановлюють по переду верхніх, в такому положенні нижня щелепа утримується близько 10секунд, потім повільно повертається у вихідне положення.

- При медіальному прикусі дитина - логопат відкриває рота і повільно закриває, зміщуючи нижню щелепу назад і встановлює передні зуби в краєвому змиканні, таке положення утримують 4-8 секунд.

- Вправа для м'язів, піднімаючих верхню щелепу - прикусування палички - на дерев'яну паличку надівають резинову трубку, розміщують її між бічними зубами дитини, з мовленнєвими порушеннями і утримають в такому положенні, дитина – логопат стискає і розтискає зуби повільно переміщуючи паличку по зубному ряду.

Міогімнастика з використанням спеціальних пристосувань рекомендуються застосовувати в логопедичній роботі для розвитку лабіалізації губ при промовлянні голосних і приголосних звуків): вправи з активатором для розвитку колового м'яза рота; робота з пластинкою із пластмаси; вправа з вестибулярною пластинкою; вправа з міжзубним кільцем з жорсткої резини; вправа з металевим диском або срібною монетою [41].



### 3.2. Використання масажу в системі логопедичної роботи

Логопедичний масаж - активний метод механічного впливу, що змінює стан м'язів, нервів, кровоносних судин і тканин периферичного мовленнєвого апарату, логопедичний масаж являє собою одну з логопедичних технік, що сприяють нормалізації звукової сторони мовлення [7].

Логопедичний масаж входить у комплексну медико - педагогічну систему реабілітації дітей, з мовленнєвими вадами, масаж використовується в логопедичній роботі з дітьми, з мовленнєвими порушенням, як дислалія, дизартрія, у тому числі і її стерті форми, ринолалія, заїкуватість, а також порушення голосу. У цілому масаж застосовується в корекційній педагогічній роботі у всіх тих випадках, коли є порушення тону м'язів.

Логопедичний масаж – частина комплексної роботи, спрямованої на корекцію мовленнєвих розладів, він може проводитися на всіх етапах корекційного впливу, але особливо значиме його використання на початкових етапах роботи. Нерідко масаж є необхідною умовою ефективності логопедичного впливу [33].

Логопедичний масаж проводиться поряд з пасивною, пасивно-активною й активною артикуляційною гімнастикою.

При формуванні мовленнєвого подиху, голосу, нормалізації емоційного стану масаж може використовуватися в комплексі з традиційними логопедичними вправами.

Логопедичний масаж може здійснювати логопед, дефектолог, медичний працівник, що володіє технікою логопедичного масажу, тобто який пройшов спеціальну підготовку і знає анатомію і фізіологію м'язів, що забезпечують мовленнєву діяльність дитини - логопата. Батьки дитини

– логопата можуть здійснювати елементи масажу після консультації логопеда.

Вираження обличчя в першу чергу відбиває настрій і самопочуття людини, шкіра обличчя особливо чуттєва до механічних впливів, завдяки цьому існує зворотний зв'язок між станом м'язів і нервів обличчя, що виникає під впливом масажу, і самопочуттям і настроєм людини [23].

1. Під впливом масажу в організмі виникають ряд місцевих реакцій, у яких беруть участь усі тканини, органи і системи.

Поверхня шкіри являє собою величезне чуттєве поле яке є периферичною частиною шкірного аналізатора, тому що вона нерозривно зв'язана з центральною нервовою системою.

2. При масажі вплив виявляється не тільки на структурні шари шкіри, її судини і залозистий апарат, але і на стан ЦНС.

3. Масаж поліпшує секреторну функцію шкіри, активізує її лімфо кровообіг, а отже, поліпшує її харчування, підвищує обмінні процеси.

4. Масаж дуже впливає на стан капілярів шкіри. Капілярна система є рефлексогенною зоною в судинній системі. Під впливом масажу капіляри розширюються, збільшується газообмін між кров'ю і тканинами (киснева терапія тканин). Ритмічні масажні рухи полегшують просування крові по артеріях, прискорюють відтік венозної крові.

5. Масаж впливає на всю лімфатичну систему, поліпшуючи функцію лімфатичних судин.

6. Істотно змінюється під впливом масажу стан м'язової системи. У першу чергу підвищуються еластичність м'язових волокон, сила й обсяг їхньої скорочувальної функції, працездатність м'язів,

7. Під впливом масажу збільшується рухливість і еластичність зв'язкового апарата.

8. Між силою впливу при масажі і відповідній реакції організму існує складна залежність. При легкому повільному доторкуванні знижується

збудливість тканин. Виникає приємне почуття тепла, поліпшується самопочуття.

9. Енергійні і швидкі рухи при масажному впливі підвищують подразливість тканин.

Логопедичний масаж робить загальний позитивний вплив на організм у цілому.

Основна мета логопедичного масажу:

1. Нормалізація м'язового тону загальної, мимічної й артикуляційної мускулатури;

2. Зменшення прояву парезів і паралічів м'язів артикуляційного апарата;

3. Зниження патологічних рухових проявів м'язів мовленнєвого апарату (судоми)

4. Стимуляція пропріоцептивних відчуттів;

5. Активізація тих груп м'язів периферичного мовленнєвого апарату, у яких визначається недостатня скорочувальна активність.

6. Формування довільних, координованих рухів органів артикуляції.

Лікар проводить медичну діагностику і призначає логопедичний масаж, медичний висновок містить вказівки на наявність неврологічної симптоматики, у тому числі вказівки на форму парезу (чи паралічу), локальні порушення іннервації м'язів і ін. Перш ніж приступити до корекційної роботи, логопед повинний визначити форму і структуру мовного дефекту, керуючись клініко-педагогічною класифікацією, після чого порушувати питання про необхідність проведення масажу особі з мовленнєвими вадами [21].

Основним показником до проведення масажу є зміна м'язового тону, що може відзначатися як у загальній мускулатурі, так і в органах мовленнєвого апарату. Однак логопеду варто визначити стан м'язів: верхньої половини тулуба, ший, мимічних, артикуляційних, це

встановлюється шляхом огляду, пальпації, спостереження при виконанні динамічних і статичних вправ.

Треба пам'ятати про можливу асиметрію, опущеного куточка рота, розширеної чи звуженої очної щілини, а також наявності постійно відкритого рота, слинотечі.

При масажуванні м'язів, що забезпечують роботу периферичного мовленнєвого апарату, логопеду необхідно знати стан їх тонусу, який може бути підвищений, знижений. Визначення тонусу мускулатури найкраще проводити в положенні коли дитина – логопат лежить, при цьому досліджувані м'язи повинні бути максимально розслаблені.

Логопед повинний мати уявлення про нормальний тонус м'язів, тільки при порівнянні з нормою можна шляхом пальпації визначати стан м'язового тонусу в артикуляційній мускулатурі.

У нормі, консистенція здорового м'яза м'яка, пружна й еластична, а обстеження її безболісне, при підвищенні тонусу м'язи напруженні, пасивні рухи відбуваються з напругою, при зниженні м'язового тонусу м'язи на дотик мляві і в'ялі [2].

Пальпація м'язів проводиться в два етапи: спочатку кінчиками злегка зігнутих пальців обмацують поверхневий шар м'яза, а потім, не відриваючись пальців, проникають поступово усе глибше і глибше, досліджуючи і вверх опуклості. Під час огляду і пальпації також виявляється ряд опуклостей, що мають значення для визначення напрямку масажних рухів і місця біологічно активних крапок.

Особливості стану рухів (загальних і артикуляційних) оцінюються при виконанні рухових проб, використовуваних у традиційних методах.

При парезах м'язів язика, а також шийних м'язів, особливо групи під'язикових, порушуються рухи язика, здатність змінювати його конфігурацію, висувати вперед, відтягати назад, вимова більшості приголосних звуків, особливо групи передньоязикових. При ураженні

м'язів язика з однієї сторони характерно бічне промовляння ряду приголосних, при ураженні м'язів м'якого піднебіння (піднебінно-язичної, піднебінно-глотковий дуг і ін.) голос здобуває носового відтінку.

### **3.3. Методика логопедичної роботи над звуковимовою**

Логопедична робота з формування правильної звуковимови - складний динамічний процес, який здійснюється поетапно, проте зміст і послідовність дій має багато спільного.

Найбільш загальноприйнятим і доцільним вважається проведення роботи в три етапи, кожен із яких має конкретну мету, зміст, відповідні методи і прийоми: підготовчий етап - розвиток фонетичних процесів в підготовці дихального, голосового й артикуляційного апаратів до постановки звуків, тобто формування мовнорухових і мовнослухових умінь і навичок; другий етап - постановка звука, його автоматизація та диференціація від подібних під час занять зі спеціально підібраним матеріалом; третій етап - самостійне користування комунікативними вміннями і навичками правильного вживання звуків у різних ситуаціях мовлення [43].

Постановка звуків у більшості випадків є складним ненатуральним процесом ніж самостійне виникнення звуку у дитини. З фізіологічної точки зору постановка звуку - це утворення умовного рефлексу, з педагогічної під постановкою звуку розуміємо послідовний процес навчання дитини правильній вимові змішаного, відсутнього чи викривленого звуку, який здійснюється індивідуально на індивідуальних заняттях і правильно вимовлені звуки мовлення є результатом взаємодії складових мовного апарату [5].

До постановки звуку не можна приступати відразу, дитину попередньо вчать надавати своїм артикуляційним органам такого положення, яке

властиве нормальній артикуляції звука і забезпечує правильність його вимови. Логопед, як фахівець, повинен чітко уявляти будову мовного апарату та його складові: енергетичного (дихального) відділу - легень, бронхів, трахеї зі системою м'язів і дихальних шляхів; генераторного (голосотворюючого) - гортані з голосовими зв'язками; резонаторного (звукоутворюючого) - системи повітряних порожнин - глотки, носоглотки, рота, носа та їхніх функцій.

Перша частина мовного апарату забезпечує струмінь повітря для утворення голосу й звуків, друга - утворює голос, третя - має подвійну функцію: є резонатором для посилення голосу та артикулює голосні чи приголосні звуки мови в залежності від положення активних органів вимови (язика, губ, щелеп), що надають ротовій порожнині певної форми, завдяки якій утворюються різноманітні звуки. Найактивнішими органами артикуляційного апарату є язик і губи, які виконують складну роботу з формування кожного звука [5].

Постановка звука - чітка, точна, скоординована робота артикуляційних органів, їх здатність швидко і плавно переключатись із одного положення на інше, а також здатність утримувати задану артикуляційну позицію дають можливість перейти до наступних дій.

На другому етапі логопедичної роботи починається постановка звуку і досягається застосуванням основних шляхів постановки. Кожний звук характеризується тільки йому властивою комбінацією артикуляційних та акустичних ознак правильної вимови. Постановка звука, з фізіологічної точки зору - це створення умовного рефлексу.

Перший спосіб - за наслідуванням, коли увагу дитини - логопата фіксують на рухах, положеннях органів артикуляційного апарату (при цьому використовується зоровий контроль) і звучанні даної фонемі (слуховий контроль), тим самим утворюється база для усвідомленого відтворення звука дитиною. Додатково використовуються тактильно-

вібраційні відчуття, а саме: тильною стороною долоні перевіряється поштовхоподібний струмінь повітря під час вимови звука або вібрація голосових зв'язок при дзвінких звуках [32].

Другий спосіб ґрунтується на зовнішньому, механічному впливові на органи артикуляції спеціальними зондами або шпателями, постановочні логопедичні зонди виконують допоміжну функцію для вироблення більш точних і повних артикуляційних рухів, механічна дія значно прискорює процес постановки звуків.

Логопед просить дитину - логопата вимовляти звук кілька разів і під час повторного вимовляння за допомогою зонду змінює положення язика, губ, щелеп, тобто формує потрібний артикуляційний уклад даного звука, особливо цінним цей спосіб є для дітей, які не можуть відтворити за показом логопеда окремі рухи (наприклад: дитина не може самостійно утримувати язик біля нижніх різців; підняти передню частину язика до верхніх зубів).

Поступово отримані з механічною допомогою артикуляції закріплюються і дитина, з мовленнєвими вадами відтворює їх самостійно. При даному способі дитина сама не здійснює пошук, її органи артикуляції лише підпорядковуються діям логопеда. Після тривалих тренувань дитина - лоргопат без допомоги інших зможе надавати ротовій порожнині потрібного положення [4].

Третій спосіб базується на поєднанні двох попередніх, провідну роль відіграє наслідування і пояснення. Механічна допомога може застосовуватися додатково, проте логопед пояснює дитині, з порушенням мовлення, що потрібно зробити, щоб отримати потрібний звук, при цьому способі дитина стає активною, а сформоване нею за допомогою логопеда положення фіксується в пам'яті і легко відтворюється надалі без механічної допомоги. При постановці звука повинні одночасно працювати всі аналізатори: зоровий (дитина - логопат бачить положення органів

артикуляційного апарату), слуховий (чує звук), руховий (відчуває рухи губ, язика), тактильний (відчуває повітряний струмінь, вібрацію голосових зв'язок), усе це дає можливість усвідомлено засвоїти потрібний звук. Таким чином, постановка звука відбувається за наслідуванням, із механічною допомогою і змішаним способом. Перший можуть успішно використовувати батьки та вихователі, останні два вимагають спеціальних знань і здійснюються за участі логопеда [6].

О. Правдіна думає що доцільно постановку звука викликати послідовними прийомами, а саме:

- потрібний устрій артикуляції розчленовується на більш елементарні рухи, які і вправляються шляхом підготовчої артикуляційної гімнастики. Після багаторазового повторення виробляються кінестетичні відчуття руху і воно автоматизується, а дитина - логопат може відтворити його швидко і правильно;

- прості відпрацьовані рухи вводяться до комплексу рухів, і таким чином виробляється правильний устрій артикуляції порушеного звука;

- при відтворенні правильного устрою включається струмінь повітря і дитина несподівано для себе відтворює потрібний звук. Слухова увага залучається тільки після деякого закріплення правильної вимови, потім можна вимагати вимовити потрібний звук, після безпомилкового багатократного відтворення звука його постановка може вважатися закінченою [25].

Постановка звуку, рухи органів артикуляції повинні бути точними, плавними, з нормальним тонусом м'язів, без зайвого напруження з достатнім об'ємом рухів, тривалим утримуванням в потрібному положення й переключенням рухів, після відпрацювання ізольованих елементів, рухи поєднуються і включаються в єдиний артикуляційний уклад. Основними способами постановки звуків Р. Лалаєва вважає такі:



1. По наслідуванню - з опорою на слуховий образ, на зорове сприйняття артикуляції - це зумовлено з тим, що у дітей, з мовленнєвими порушеннями добре розвинене наслідування, проте по наслідуванню можна поставити звук лише тоді, коли він відсутній. У розумово відсталих дітей, з проблемами мовлення, постановка звуку по наслідуванню здійснюється надзвичайно рідко;

Механічний спосіб постановки з використанням допоміжних засобів (пальців рук, шпателя, постановочних зондів). З механічною допомогою артикуляційним органам надається потрібне положення, наприклад, при губно-зубній вимові звуку [с] нижню губу за допомогою пальців відсувають вниз, при вимові звуку [д] нижньої артикуляції кінчик язика шпателем посувають в глибину ротової порожнини, внаслідок чого утворюється звук [г], постановка від інших звуків, що правильно вимовляються без механічної допомоги, наприклад: звук [с] можна поставити від звуку [і], спробуйте вимовити звук [і] й подути на спинку язика так, щоб вітерець „погуляв" по язичку [24]

Постановка звуку від артикуляційного укладу, наприклад: звук [ш] можна поставити від „чашечки", дитині - логопату пропонують зробити „чашечку" перед ротовою порожниною й переміщуючи її в рот, подути на язик;

5. Змішаний спосіб постановки, коли використовуються різні способи по чергово. У розумово відсталих дітей, з мовленнєвими вадами, при постановці звуків, як правило, використовуються змішані способи постановки більшою мірою, ніж у дітей з нормальним інтелектом [6].

У міру того, як звук досягає правильного звучання, необхідно переходити до етапу автоматизації, процес автоматизації звуку полягає у тренувальних вправах зі спеціально підібраними словами, простими за фонетичним складом і такими, що не містять порушених звуків.

При постановці звуків в процесі корекційної діяльності повинні залучатися різноманітні відчуття дитини з мовленнєвими відхиленнями : зорові (повинна бачити, як рухаються губи, язик, у якому положення вони знаходяться при вимові), слухові (чути вимову звука, його правильне й неправильне звучання), тактильні (відчувати вібрацію голосових зв'язок). Для занять необхідне широке дзеркало, щоб дитина - логопат одночасно бачила своє обличчя й логопеда, медичний шпатель, зонди.

На думку М. Шеремет, перед етапом постановки звуку дитина, з вадами мовлення, повинна навчитися: упізнавати звуки мовлення і не змішувати їх при сприйманні: відрізнати правильну вимову від невірної; здійснювати слуховий контроль за своєю вимовою й оцінювати якість звуків власного мовлення; здійснювати необхідні артикуляції, які відповідають нормальній вимові звуків; видозмінювати артикуляційні уклади звука залежно від поєднання його з іншими звуками в потоці мовлення; безпомилково використовувати звук у всіх видах мовлення.

Заняття з дітьми - логопатами передбачають деякий рівень їх обізнаності з логопедичною термінологією.

Дитина старше років повинна володіти назвами органів артикуляційного апарату:

- губа верхня і нижня; зуби, зубний ряд верхній і нижній; альвеоли, альвеолярний ряд верхній і нижній;

- язик, його елементи корінь язика, спинка язика, передня і задня частини спинки язика, кінчик язика, лезо язика;

- піднебіння тверде і м'яке, маленький язичок:

- глотка; голосові зв'язки, розуміти значення слів „напруження", „розслаблення", „зімкнення", „повітряний струмінь" , засвоїти різницю між поняттями звук:

- голосний звук - це звук, при творенні якого струмінь видихуваного повітря не зустрічає перешкоди в ротовій порожнині, твориться за участю голосу;

- приголосний - звук, при створенні якого струмінь видихуваного повітря зустрічає перешкоди в ротовій порожнині й утворюється за участю голосу і шуму;

- буква (літера) - це знак для позначення звуків, розуміти, що склад - це частина слова, що вимовляється одним поштовхом видихуваного повітря; слово - це звукове вираження певного поняття, а речення - це слово чи група слів пов'язаних змістом, граматично та інтонаційно оформлених, що є засобом вираження думки.

Логопед має уміти здійснити постановку звуків:

- проводити артикуляційні, голосові, дихальні вправи;

- при виконанні артикуляційних вправ перед дзеркалом звертати увагу на положення губ, зубів, язика, утворення передньою частиною спинки язика, альвеолами й зубами широкої щілини та зімкнення; навчити утворювати посередині передньої частини спинки язика повздовжню канавку або широку щілину між спинкою язика і альвеолами та верхніми зубами (за наслідуванням або з допомогою шпателя чи зонда);

- робити видих уздовж спинки язика по канавці у щілину між різцями верхніх й нижніх зубів беззвучно (без включення голосу), контролюючи силу холодного струменя видихуваного повітря вказівним пальцем або вказівним й середнім розставленими пальцями на відстані 3-6 см. від рота при вимові [с];

- для постановки звука [с] робити видих уздовж спинки язика, одночасно натискуючи шпателем чи зондом посередині передньої частини язика до утворення широкої щілини між спинкою язика і альвеолами та верхніми зубами до утворення „сичання”;

- звук [з] ставиться від [с] при видиху холодного струменя повітря через широку щілину між спинкою язика і альвеолами та верхніми зубами та включенням голосових зв'язок до утворення [з];

- звук [с] ставиться від [а] способом зближення щелеп та утворення щілини між зубами та спинкою язика й альвеолами з допомогою зонда чи шпателя, що одночасно притискають язик посередині передньої частини язика опускаючи його нижче рівня нижніх різців;

- для постановки звука [с] можна запропонувати дитині - логопату відтворити сичання гуски;

- звуки [с'] і [з'] подібні до артикуляції [с] і [з], проте м'язи язика більш напружені, спинка язика більш вигнута в напрямі піднебіння, щілина звужується, кінчик язика впирається в передні нижні різці, тобто збільшується загальна напруженість артикуляційного апарату, виникає звук з пом'якшеним відтінком;

- для постановки звука [ц] навчити утворювати спочатку змикання передньої частини язика з альвеолами або нижніми різцями зубів, а потім широку щілину між спинкою язика та верхніми зубами та спрямовувати холодний струмінь повітря на вказівний палець або простір між вказівним й середнім розставленими пальцями;

- для постановки звука [ц] вимовляти звук [т] у нижній артикуляції спочатку уповільнено з поступовим прискоренням темпу й переходом до вимови [с] та утворення злиття [т-тс-тс-ц-ц-ц];

- звукосполучення [дз] утворюється в процесі вимови звука [д] у нижній артикуляції спочатку уповільнено з поступовим прискоренням темпу й переходом до вимови звука [з] та утворення злиття [д-дз];

- артикуляція [ц\ дз'] подібна до артикуляції [ц, дз]. Відмінність лише у більшому напруженні м'язів артикуляційного апарату;

- показати відмінності в артикуляції звуків [с-з], [с'-з'] та [ц-дз], [ц'-дз'];

- розвивати слухове сприймання й диференціацію звуків [с], [з], [с'], [з'], [ц], [дз], [ц'] [дз'] [4,7,13 та інші].

### **3.4. Логопедичний масаж в системі роботи логопеда**

Логопедичний масаж - активний метод механічного впливу, який змінює стан м'язів, нервів, кровоносних судин та тканин периферичного мовленнєвого апарату. Логопедичний масаж представляє собою одну з логопедичних технік, що сприяють нормалізації вимовної сторони мовлення та емоційного стану осіб, які страждають мовленнєвими порушеннями [32].

Логопедичний масаж - частина комплексної психолого-педагогічної роботи, спрямованої на корекцію мовленнєвих розладів.

При подоланні артикуляційних порушень логопедичний масаж проводиться з пасивною, пасивно-активною і активною артикуляційною гімнастикою.

При формуванні мовленнєвого дихання, голосу, нормалізації емоційного стану масаж може використовуватися в комплексі з традиційними логопедичними або релаксаційними вправ.

#### Фізіологічна дія масажу

Обличчя людини, на відміну від інших частин тіла, найбільш забезпечено нервовими закінченнями і кровоносними судинами. Це відображається на стані м'язів особи, за допомогою яких передаються найтонші зміни емоційного стану людини. Вираз обличчя в першу чергу відображає настрій і самопочуття людини. Шкіра обличчя особливо чутлива до механічних дій. Завдяки цьому існує найтонший зворотний зв'язок між станом м'язів і нервів обличчя, виникаючим під впливом масажу, і самопочуттям та настроєм людини [11].

### Вплив масажу на організм людини:

1. Масаж має сприятливий вплив на організм. Під впливом масажу в організмі виникає ряд місцевих реакцій, в яких беруть участь всі тканини, органи і системи.

2. Поверхня шкіри є величезним чутливим полем яке є периферичною частиною шкірного аналізатора, а значить вона нерозривно пов'язана з центральною нервовою системою.

3. При масажі дія спрямована не тільки на структурні шари шкіри, її судини і залозистий апарат, але і на стан ЦНС.

4 Масаж поліпшує секреторну функцію шкіри, активізує її лімфо- і кровообіг, а отже, поліпшує її живлення, підвищує обмінні процеси.

5. Масаж має вплив на стан капілярів шкіри. Капілярна система є рефлексогенною зоною в судинній системі. Під впливом масажу капіляри розширюються, покращується газообмін між кров'ю і тканинами (киснева терапія тканин). Ритмічні масажні рухи полегшують просування крові по артеріях, прискорюють відтік венозної крові.

6. Під час масажу здійснюється рефлекторна дія на всю лімфатичну систему, поліпшуючи функцію лімфатичних судин.

7. Істотно змінюється під впливом масажу стан м'язової системи. В першу чергу підвищуються еластичність м'язових волокон, сила і об'єм їх скоротливої функції, працездатність м'язів

8. Функція м'язів нерозривно пов'язана із сухожильно-зв'язуючим апаратом. Під впливом масажу збільшується рухливість і еластичність м'язів.

9. Між силою дії при масажі і відповідною реакцією організму існує складна залежність. При легкому повільному погладженні знижується збудливість м'язових тканин. Це забезпечує заспокійливу дію, виникає приємне відчуття тепла, поліпшується самопочуття.

10 Енергійні і швидкі рухи при масажі підвищують подразливість м'язових тканин. Таким чином, логопедичний масаж надає загальну позитивну дію на організм в цілому, викликаючи сприятливі зміни в нервовій і м'язовій системах, що відіграють основну роль в мовленнєвому процесі [26].

Основна мета логопедичного масажу:

- 1) нормалізація м'язового тону загальної, мимічної і артикуляційної мускулатури;
- 2) зменшення прояву парезів і паралічів м'язів артикуляційного апарату;
- 3) зниження патологічних рухових проявів м'язів артикуляційного апарату (сінкінезії, гіперкінези, судоми і т.п.);
- 4) стимуляція пропріоцептивних відчуттів;
- 5) збільшення обсягу і амплітуди артикуляційних рухів;
- 6) активізація тих груп м'язів периферичного мовленнєвого апарату, у яких була недостатня скорочувальна активність;
- 7) формування довільних, координованих рухів органів артикуляції.

Логопедичний масаж виконується в області м'язів голови, шиї, а також плечового пояса.

Увагу в процесі логопедичного масажу приділяється м'язам периферичного мовленнєвого апарату, до яких відносяться м'язи язика, губ, щік, м'якого піднебіння.

Логопед повинен добре знати будову і функції тих м'язів, в області яких буде проводитися логопедичний масаж [6].

Показання до застосування масажу в логопедичній практиці

Логопедичний масаж входить в комплексну медико-педагогічну систему реабілітації дітей, підлітків та дорослих, які страждають мовленнєвими порушеннями. Масаж використовується в логопедичній роботі з особами, у яких діагностуються такі мовленнєві розлади, як

дизартрія, у тому числі її стерті форми, ринолалія, заїкання, а також порушення голосу. Масаж застосовується в корекційній педагогічній роботі в тих випадках, коли існують порушення тону м'язів.

Протипоказання до призначення логопедичного масажу

Протипоказаннями для проведення масажу:

- соматичне або інфекційне захворювання в гострому періоді;
- кон'юнктивіти;
- гострі і хронічні захворювання шкірних покривів;
- гінгівіти;
- Стоматити;
- наявність герпесу на губах або інші інфекції порожнини рота;
- наявність збільшених лімфатичних залоз;
- різко виражена пульсація сонних артерій.

Перед проведенням курсу масажу необхідно отримати висновок невропатолога і педіатра про відсутність



## ВИСНОВКИ

1. Проаналізувавши науково-методичну літературу з проблеми порушення звукової сторони мовлення, ми пересвідчилися, що актуальним залишається питання впливу порушень звуковимови та фонематичних процесів на процес формування мовленнєвої діяльності дітей з мовленнєвими відхиленнями дошкільного віку, порушене промовляння звуків, недостатність фонематичних процесів, недостатня сформованість артикуляційної моторики свідчать про своєрідність та взаємодію розвитку слухового та мовнорухового аналізаторів.

2. Порівнявши стан сформованості артикуляційної моторики, звуковимови, фонематичних процесів у дітей, з вадами мовлення, дошкільного віку з поліморфною дислалією ми визначили значне порушення:

- звуковимови, що проявляється як у замінах звуків складаної артикуляційної позиції на більш легку артикуляцію, так і у спотвореному звукопромовлянні;

- недостатньому рівні сформованості фонематичних процесів;

- недостатню точність і диференційованість рухів периферичного артикуляційного апарату.

3. Вади звуковимови у комплексі з недорозвитком фонематичних процесів, найпоширеніша патологія в дітей з мовленнєвим порушенням дошкільного віку при поліморфній дислалії, виправлення їх полягає в розвитку артикуляційної моторики, постановці та автоматизації звуків, одночасному розвитку операцій слухової уваги та пам'яті, формуванні фонематичного сприймання, уявлення, аналізу та синтезу.

4. В логопедії при комплексному підході до корекції звуковимови у пропонують застосовувати спеціальні артикуляційні вправи, але іноді вони бувають малоефективними, тоді в роботу необхідно включати

різноманітні прийоми логопедичного масажу та міогімнастики та нетрадиційних методів корекції.

Отже, вчасно дослідивши порушення звукової сторони мовлення, можна скоригувати мовленнєвий розвиток дитини – логопата, запобігти виникненню невдач у формуванні письма. Аналіз практики логопедів переконливо доводить, що своєчасна й адекватна до структури мовленнєвого дефекту організація корекційного логопедичного впливу дозволяє усунути дефект на рівні усного мовлення й тим самим уникнути труднощів при навчанні, подібний попередній висновок дуже важливий для всієї системи роботи логопеда під час діагностики і комплектування логопедичних груп.

Дані нашого дослідження можуть використовуватись при розробці корекційно-розвивальної програми для дітей із різними видами дислалії дошкільного віку.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Артемова Л.В. Комплексне здійснення програмових завдань в ігровій діяльності дошкільника, Київ: Дошкільне виховання, 1976, № 5 – С. 6-8.
2. Артемова Л.В. Педагогічні умови організації сюжетно –рольової гри. Київ: Дошкільне виховання, 1982, № 2 – С. 10-12.
3. Асатиани Н.М., Белякова Л.И., Калачева И.О. и др. Данные клинико-физиологического исследования детей дошкольного возраста, страдающих заиканием // Дефектология. - 1978. - №1. - С.25-30.
4. Белякова Л.М., Дьякова Е.А. Заикание. - М.: В. Секачев, 1998. - 304с.
5. Богомолова А.И. Устранение заикания у детей и подростков. - М.: Просвещение, 1977. - 96с.
6. Богуш А.М. Заняття з розвитку мови в дитячому садку, Київ: Радянська школа, 1988 – С. 175.
7. Власова Н.А. О заикании детей дошкольного возраста // Педиатрия. - 1974. - №7. - С.82-85.
8. Власова Т.А., Певзнер М.С. О детях с отклонениями в развитии. Изд. 2-е. М., "Просвещение", 1973.
9. Выготский Л.С. Избранные психологические исследования. М., Изд-во АПН РСФСР, 1956.
10. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М., Изд-во АПН РСФСР, 1960.
11. Гальперин П.Я. Развитие исследований по формированию умственных действий // Психологическая наука в СССР – М.: АПН РСФСР, 1959. – Т.1.
12. Дефектологический словарь. Изд.2-е. М., "Педагогика", 1970.

13. Жинкин Н.И. Механизм речи. – М., 1959. – С. 63.
14. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Феличева Т.Б. Обследование устной речи дошкольников // Преодоление задержки речевого развития у дошкольников. – М., 1973.
15. Земцова М.И. Пути компенсации слепоты в процессе познавательной и трудовой деятельности. М., Изд-во АШ РСЖР, 1961.
16. Игры в логопедической работе с детьми / Под ред. канд. пед. наук, В.И. Селиверстова. М., Просвещение, 1974.
17. Карвасарский Б.Д. Неврозы. - М.: Медицина, 1990. - 576с.
18. Каше Г.А. Подготовка к школе детей с недостатком речи. – М., 1985.
19. Каше Г.А., Филичева Т.Б. Методические указания к пособию «Дидактический материал по исправлению недостатков произношения у детей дошкольного возраста». – М., 1971.
20. Коваленко Б.И., Коваленко Н.Б. Тифлопедагогика, вып. I. "Основы тифлопедагогика и тифлодидактики". М., Изд-во АПН РСФСР, 1962.
21. Крыжановский Г.Н. Общая патофизиология нервной системы. Руководство. - М.: Медицина, 1997. - 352с.
22. Лалаева Р.М. Нарушение письменной речи // Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Просвещение, 1989.
23. Логопедия / Под ред. Л.С. Волковой -- М.: Просвещение, 1995. - 528с.
24. Логопедия: Учеб. для студентов дефектол. фак. педвузов / Под ред. Л.С. Волковой, С.Н. Шаховской. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1999. – 680 с.
25. Ляпидевский С.С. Невропатология. Естественнонаучные основы специальной педагогики. Учебник для дефектологических факультетов педагогических институтов. Изд-во 4-е. М., "Просвещение", 1969.

26. Максаков А.И., Туманова Г.А. Учите, играя: Игры и упражнения со звучащим словом. Пособие для воспитателя дет.сада. – 2-е изд.исправ.и доп. – М., Просвещение, 1983. – 144 с.

27. Малярчук А.Я. Дидактичний матеріал для виправлення мовних недоліків: Навч.посібник для вчителів-логопедів, вчителів і вихователів шкіл та дитячих садків – 2-е видання, виправлене та доповнене. К, Ірпінь: ВТФ, 1997.

28. Мастюкова Е.М. Лечебная педагогика (ранний и дошкольный возраст): Советы педагогам и родителям по подготовке к обучению детей с особыми проблемами в развитии. - М : ВЛАДОС, 1997. - 304с.

29. Меньшикова С.В. Коррекция заикания у детей. Практическое пособие для логопедов и родителей. - Казань: "Лиана", 1999. - 112с.

30. Методика выявления речевых нарушений у детей и диагностика их готовности к школьному обучению / Под ред. Е.Ф. Соболевич. – К., 1998.

31. Мещеряков А.И. Слепоглухонемые дети, М., "Педагогика", 1974.

32. Миссуловин Л.Я. Заикание и его устранение. - СПб.: ООО "СЛП", 1997. - 144с.

33. Нейман Л.Б. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. М., "Просвещение", 1970.

34. Обучение и воспитание глухих детей. Под ред. С.А. Зыкова, Ф.Ф. Рау и Н.Ф.Слезина. М., Изд-во АПН РСФСР, 1963.

35. Опыт отбора учащихся во вспомогательные школы. Под ред. А.Н. Смирновой и Ж.И. Шиф. М., "Просвещение", 1964.

36. Основы обучения в воспитании аномальных детей, Под ред. А.Л. Дьячкова. М., "Просвещение", 1965.

37. Основы теории и практики логопедии. Под ред. Р.2. Левин ой. М., "Просвещение", 1968.

38. Особенности умственного развития учащихся вспомогательной школы, Под ред. 1.Л. Шиф. М., "Просвещение", 1965.

39. Певзнер М.С. Дети-олигофрены. М., Изд-во АПН РСФСР, 1959.
40. Пеллингер Е.Л., Успенская Л.П. Как помочь заикающимся школьникам. - М.: Просвещение, 1995. - 176с.
41. Правдина О.В. Логопедия. Учебное пособие для дефектологических факультетов педвузов. Изд-во 2-е. М., "Просвещение", 1973.
42. Принципы отбора детей во вспомогательные школы. Под ред. Г.М. Дульнева и А.Р. Лурия. Изд.3-е. М., "Просвещение", 1973.
43. Програма виховання і навчання дітей дошкільного віку, "Дитина", Київ: Освіта, 1993.
44. Програма виховання та навчання дітей із ФФНМ, Київ, 1999.
45. Рау Ф.ф. Обучение глухонемых произношению. М., Изд-во АШ РСФСР, 1960.
46. Рычкова Н.А. Логопедическая ритмика. - М.: ГНОМ-ПРЕСС, 1998. - 36с.
47. Селиверстов В.И. Заикание у детей: Психокоррекционные и дидактические основы логопедического воздействия. - М.: ВЛАДОС, 2000. - 208с.
48. Скороходова О.И. Как я воспринимаю, представляю и понимаю окружающий мир. М., "Педагогика", 1972.
49. Спирина Л.Ф. Приемы выявления речевых нарушений у детей // Основы теории и практики логопедии / Под ред. Р.Е. Левиной. - М., 1967.
50. Сурдопедагогика. Под ред. А.И. Дьячкова. М., "Изд-во АПН РСФСР", 1963.
51. Ткаченко Т.А. Формирование фонематического восприятия у детей с общим недоразумением речи // Актуальные проблемы логопедии. - М., 1980.
52. Филичева Т.Б., Туманова Т.В. Учись говорити правильно. - М., 1993.

53. Филичева Т.Б., Туманова Т.В. Формирование звукопроизношения у дошкольников. – М., 1993.

54. Филичева Т.Б., Чевелова Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду: Учеб.пособие для студентов пед.ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология». – М.: Просвещение, 1987. – 142 с.: ил.

55. Хрестоматия по логопедии / Под ред. Л.С. Волковой, В.И. Селиверстова. – М., 1997. – Ч. 1.

## Додаток А

### Зонди за Л. Волковою. Зонд № 1



Призначений для постановки свистячих звуків у разі, коли дитина не може самостійно утримати язик нижче рівня нижніх різців, утворити канавку вздовж середньої лінії язика. Це найчастіше буває при бічній, губно-зубній, боковій та інших варіантах неправильної вимови свистячих звуків.

### Зонд № 2



Використовується при постановці свистячих звуків, ускладнених зубо-щелепними аномаліями, при боковій чи призубній вимові.

### Зонд № 3



Використовується для постановки шиплячих звуків при їх носовій, губно-зубній і свистячій вимові. Особливо необхідний, коли у дитини масивний і малорухливий язик.

### Зонд № 4





Застосовується для постановки свистячих звуків при шиплячому сигма-тизмі, задньоязикових [к, х] верхньоязикових звуків [д, т], [л] та їх м'яких пар.

Зонд № 5



Використовується для постановки задньоязикових і шиплячих звуків.

Зонд № 6



Кульковий зонд. Використовується для постановки твердого й м'якого звука [р], [р'].