

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХЕРСОНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ
КАФЕДРА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ**

Можливості використання прийомів кінезіотерапії у корекційно-розвивальній роботі з дітьми дошкільного віку з порушеннями мовлення

Кваліфікаційна робота (проект)
на здобуття ступеня вищої освіти “магістр”

Виконав: студентка 2 курсу 292-м групи
Спеціальності 016 Спеціальна освіта
16.02 Олігофренопедагогіка
Освітньо-професійної (наукової)
програми Олігофренопедагогіка
Соловійова Тетяна Миколаївна

Керівник кандидатка педагогічних наук,
доцентка Кабельнікова Н.В.
Рецензент професорка кафедри дефектології та
фізичної реабілітації КЗ «Південноукраїнський
національний педагогічний університет
імені К.Д. Ушинського» Соколова Г.Б.

Івано-Франківськ – 2022

ЗМІСТ

ВСТУП	3
РОЗДІЛ 1. Науково-теоретичні аспекти вивчення проблеми використання кінезіотерапії у логопедичній роботі	6
1.1. Психофізіологічна структура мовленнєворухового акту	6
1.2. Особливості психомоторного розвитку старших дошкільників з порушеннями мовлення.....	9
1.3. Кінезіотерапія як інноваційна методика корекційно-розвивальної роботи з дітьми з порушеннями мовленнєвого розвитку	12
РОЗДІЛ 2. Можливості використання прийомів кінезіотерапії у логопедичній роботі з дітьми старшого дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення	16
2.1. Експериментальне дослідження стану психомоторного розвитку у старших дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення .	16
2.2. Особливості використання прийомів кінезіотерапії у логопедичній роботі зі старшими дошкільниками із загальним недорозвиненням мовлення	28
2.2.1. Використання логопедичної ритміки як прийому кінезіотерапії	28
2.2.2. Використання спеціальних тренажерів як засобу кінезіологічного впливу у логопедичній роботі з дошкільниками (на прикладі «мозочкової стимуляції»)	32
2.2.3. Використання логопедичного тейпування в роботі з корекції порушень мовлення у дітей	36
ВИСНОВКИ	42
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	44
ДОДАТКИ	47
Додаток А Кодекс академічної доброчесності здобувача вищої освіти Херсонського державного університету	47

ВСТУП

Актуальність дослідження. Мовленнєва патологія в останні роки набуває все більш вираженого і поліморфного характеру, що негативно впливає на розвиток пізнавальної та особистісної сфери дітей, ускладнює їх соціальну адаптацію. Особливо ця проблема стосується дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ), у яких на фоні збереженого інтелекту спостерігається несформованість всіх компонентів функціональної системи мови та мовлення (фонетичної, фонологічної, лексичної та граматичної сторін).

У дітей із ЗНМ спостерігається недостатність артикуляційної моторики, уповільненість рухів, недостатня їх скоординованість. Крім того відзначається зниження стійкості та цілеспрямованості уваги, порушення здатності до прийому та переробки інформації, в ряді випадків виникає мовленнєвий негативізм як реакція на власне мовленнєве порушення, небажання включатися у комунікативну діяльність. На це вказують дослідження І.Дьоміна, І.Мартиненко, О.Правдіної, В.Селіверстова, Т.Туманова, Т.Філічева, М.Фомічової, С.Шаховської, М.Шеремет та інші. Наведені фактори стають найважливішою причиною неготовності дітей до навчання у школі, ускладнюють процес їх соціалізації та шкільної адаптації у подальшому.

У логопедії накопичено багатий досвід використання інноваційних педагогічних технологій, авторських методик, які забезпечують оптимізацію процесу подолання мовленнєвих порушень, стимулюють мотивацію дитини до корекційних занять. Поруч із традиційними логопедичними технологіями нині розробляються сучасні, нетрадиційні технології, які є доповненням до науково обґрунтованих та експериментально перевірених. Серед таких технологій на особливу увагу заслуговує кінезіотерапія («лікування рухом»).

Значний внесок у її розвиток зробили: В.Горіневський, В. Гориневська, Ю.Данько, В.Добровольський, В.Єпіфанов, А.Журавльова, С.Іванов, М.Ліхтарьов, В.Мошков, І.Саркізов-Серазіні, В.Силуянова та ін.

Науковці зазначають, що кінезіотерапія, враховуючи закономірності формування сенсорних і рухових систем людини, їх зв'язку з розвитком та порушеннями інших психічних функцій та процесів, сприяє удосконаленню освітньо-корекційної роботи з дітьми, які мають первинне недорозвинення мовлення, так і вторинне (наприклад, в структурі затримки психічного розвитку).

Зазначене визначає актуальність обраної для дослідження проблеми.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Кваліфікаційна робота виконана відповідно до науково-дослідної теми кафедри спеціальної освіти ХДУ «Зміст та технології навчання в системі спеціальної освіти та інклюзивному освітньому середовищі» (0119U101727 від 22.11.2019.).

Мета дослідження – вивчити можливості використання прийомів кінезіотерапії у логопедичній роботі з дітьми із загальним недорозвиненням мовлення.

Провідні завдання дослідження:

1. Зробити аналіз загальнодидактичної, психофізіологічної та спеціальної літератури з проблеми дослідження.
2. Визначити особливості психомоторного розвитку у старших дошкільників із ЗНМ.
3. Дати характеристику кінезіотерапії як інноваційної методики логокорекційної роботи з дошкільниками із ЗНМ.
4. Експериментальним шляхом визначити стан сформованості психомоторних функцій у старших дошкільників із ЗНМ.
5. Визначити можливості використання прийомів кінезіотерапії в логопедичній роботі з дітьми із ЗНМ.

Об'єкт дослідження – система логопедичної роботи з дітьми із ЗНМ.

Предмет дослідження – прийоми кінезіотерапії в системі логопедичної роботи з дітьми старшого дошкільного віку із ЗНМ.

Методи дослідження: *теоретичні:* вивчення, аналіз й узагальнення спеціальної психологічної та педагогічної літератури; *емпіричні:* констатувальний та формувальний експерименти; *статистичні:* кількісний і якісний аналіз одержаних експериментальних даних.

Елементи наукової новизни: науково-теоретично *обґрунтовано* значення психомоторних функцій у розвитку мовлення дошкільників; *уточнено* визначення поняття «кінезіотерапія», дані про стан сформованості психомоторних функцій у старших дошкільників із ЗПР, виявлено особливості рухового розвитку у зазначеної категорії дітей; *подальшого розвитку* набули положення про доцільність застосування прийомів кінезіотерапії у логопедичній роботі з дошкільниками.

Практичне значення дослідження. Представлені у роботі теоретичні дані про психофізіологічні механізми реалізації психомоторного акту, виявлені особливості психомоторного розвитку старших дошкільників із ЗНМ, описані прийоми кінезіотерапії – може бути використано логопедами, реабілітологами в умовах реабілітаційних центрів, медичних установ, закладів освіти. Методичні засади використання кінезіотерапії в логопедичній роботі з дошкільниками із ЗНМ стануть у нагоді здобувачам спеціальності 016 Спеціальна освіта під час написання курсових та наукових досліджень, підготовки до практичних занять.

Апробація дослідження. Матеріали роботи представлено у публікації: «Можливості використання кінезіотерапії у логопедичній роботі з дошкільниками із дизартрією» (Альманах «Магістерські студії», 2022).

Структура дослідження. Робота складається зі вступу, двох розділів, висновків, списку використаних джерел та додатків.

РОЗДІЛ 1

Науково-теоретичні аспекти вивчення проблеми використання кінезіотерапії у логопедичній роботі

1.1. Психофізіологічна структура мовленнєворухового акту

Продуктування мовлення є надзвичайно складним багаторівневим процесом. Мовленнєве висловлювання починає формуватися на внутрішньому (семантичному) рівні, проходячи різні стадії, завершується у зовнішньому (моторному) плані створенням акустичного сигналу. Більшість активності мовця у ході цього процесу може бути описана як послідовна побудова нових характеристик висловлювання на основі попередніх [24].

Початковою є *фаза моторного (рухового) програмування* завдання на вимову, яке отримано на лінгвістичному етапі побудови висловлювання. У цій фазі обирається конкретний спосіб досягнення необхідного стану мовленнєвих органів, координується дія м'язів, що беруть участь у виконанні завдання, визначається часова програма рухів [14].

Наступна – *нейром'язова фаза*, на якій відбувається передача нервових імпульсів до м'язових волокон, що призводить до скорочення окремих м'язів або їх груп. Внаслідок цього мовленнєві органи виконують певні рухи та займають положення, передбачені руховою програмою. На цьому рівні відбувається перехід від активності м'язів до активності легень, гортані, язика тощо [13].

О.Архіпова, характеризуючи процес продуктування мовлення, виділяє наступні структури [13]. Мовленнєвий апарат включає не лише певні органи, а й ряд поєднаних між собою повітряних порожнин (ємностей) – порожнину легень, трахеї, гортанну порожнину, глотку, ротову та носову порожнину. Послідовність зазначених порожнин, під час відтворення мовленнєвих звуків, утворює особливу аеродинамічну структуру, що характеризується як мовленнєвий або голосовий тракт. Під час артикуляції у мовленнєвому тракті

відбуваються стиснення та виштовхування повітря, виникають повітряні імпульси. Усе це характеризує *аеродинамічну фазу* продукування мовлення.

Аеродинамічні процеси викликають коливання повітряного тиску, які можуть сприйматися органами чуття людини. Трансформація аеродинамічних явищ у звукові хвилі, які поширюються від мовця до слухача, утворює *акустичну фазу* мовлення. Акустичний сигнал відіграє особливу роль у мовленнєвої комунікації. Це своєрідний місток, що поєднує процес продукування та сприйняття мовлення [13].

Характеризуючи органи артикуляції, О.Вінарська зазначає, що абсолютна більшість процесів артикулювання звуків відбувається в ротовій порожнині. Вона обмежена зверху піднебінням, знизу язиком, а з боків – зубами та щоками. Позаду ротова порожнина виходить у глотку, а попереду обмежена зубами та губами. Більшість ротових артикуляцій пов'язані з рухами язика, значення якого для мовлення можна порівняти зі значенням кисті руки для рухової діяльності [12].

Фізіологи надають великого значення м'язовим відчуттям, що виникають під час артикуляції. Так, І.Павлов зазначав, що мовлення – це, перш за все, м'язові відчуття, які надходять від органів мовлення у кору головного мозку [9].

Язик є складною м'язовою структурою, що об'єднує кілька внутрішніх м'язів і містить волокна декількох зовнішніх м'язів.

Розглянемо, до яких результатів призводить активність внутрішніх м'язів язика. Скорочення верхнього поздовжнього м'яза призводить до втягування середньої частини спинки (ложкоподібна форма), а скорочення нижнього поздовжнього м'язу – до випинання спинки. Скорочення вертикального м'язу робить язик плоским, а скорочення поперечного – звужує його. Скорочення язико-щелепного м'язу призводить до просування язика в передньо-верхньому напрямку. При цьому кінчик язика може опускатися (якщо скорочується передня частина цього м'язу). До зміщення язика в задньо-нижньому напрямку призводить скорочення язико-під'язикового м'язу, який

з'єднує язик з під'язиковою кісткою. Піднесення задньої частини язика пов'язано із скороченням палато-язикового м'язу (він проходить через щоки), а рух у задньо-верхньому напрямку викликається шилоязиковим м'язом, що йде від язика до нижньочерепних відростків. Нарешті, внаслідок скорочення під'язиково-щелепного м'яза відбувається загальне зміщення основи язика вперед із супутнім випинанням його вперед-вгору [10].

Отже, язик має величезні артикуляторні можливості, його конфігурація форми та положення у мовленнєвому тракті можуть досягатися різними способами. Під час артикуляції діють закони рухової синергії, тобто активність різних м'язів поєднується з метою досягнення такого стану язика, який необхідний для вимови даного звуку.

Вертикальні рухи нижньої щелепи, як передбачається, знаходяться в тісній координації з рухами язика: під час піднесення язика щелепа піднімається, а під час його опускання – опускається. Однак у загальному випадку ці параметри артикуляції незалежні, і, можливо, розкриття рота (положення нижньої щелепи відносно верхньої) і підйом язика (його вертикальне положення відносно піднебіння) можуть використовуватися як незалежні характеристики артикуляції. Слід враховувати також, що рухові можливості нижньої щелепи дозволяють їй зміщуватися як паралельно до верхньої, так і під кутом до неї. Крім того, щелепа може зміщуватися у горизонтальній площині [3].

Піднебіння (з прилеглою спереду частиною) поділяється на три основні зони артикуляції: зубно-альвеолярну, палатальну і велярну. Усередині них відповідно виділяються підзони: зубна, альвеолярна та постальвеолярна; препалатальна та палатальна; велярна та поствелярна (або увулярна). Існує тісний взаємозв'язок між активною артикуляцією та її піднебінною орієнтацією: лопатка або кінчик язика може контактувати із зубною та альвеолярною зонами, середня частина язика – з палатальною зоною, а задня – з велярною. Слід зазначити, що контакт задньої частини язика з увулою

зазвичай передбачає її притискання до задньої стінки глотки (відповідні звуки можна кваліфікувати або як увулярні або як верхньофарингальні).

Губи, на думку О.Вінарської та О.Правдиної, є одним із важливих органів артикуляції. М'язова система, що керує змінами форми губ, надзвичайно складна. Розглянемо основні параметри, що характеризують губні артикуляції. По-перше, може відбуватися округлення ротового отвору, що протиставлено його розтягуванню по горизонталі. Зазвичай ці рухи корелюють з різними значеннями іншого параметра артикуляції – витягуванням губ вперед і їх відтягуванням назад. Може змінюватися і розмір губного проходу – від вузької трубочки до широкої. Все це дає багато комбінаторних можливостей, частина з яких використовується для розрізнення смислу мовлення [13].

Надгортанні органи виконують дві функції артикуляції:

1. Перешкоди в надгортаній порожнині характеризуються як шумові джерела: коли мовленнєвий тракт перекривається повністю, діє імпульсне джерело, при частковому перекритті (щілинна перешкода) – джерело турбулентного шуму.

2. Надгортанні органи формують у мовленнєвому тракті повітряні порожнини, що виконують роль акустичних резонаторів [20].

Отже, психофізіологічні механізми мовленнєвого акту забезпечують скоординовану роботу органів мовленнєвого апарату, м'язова чутливість та рухливість є однією з умов повноцінної мовленнєвої діяльності.

1.2. Особливості психомоторного розвитку старших дошкільників із порушеннями мовлення

У дослідженнях науковців (М.Бернштейн, М.Кольцова, М.Озерський та ін.) переконливо доводиться тісний взаємозв'язок рухової та мовленнєвої сфери. Саме через рух і слово насамперед дитина пізнає навколишній світ, взаємодіє з ним, висловлює своє ставлення до нього, розвиває та самоудосконалюється. З іншого боку, формування власне рухової

функціональної системи дитини відбувається за активної участі мовлення [6]. Відповідно, навіть незначне порушення моторики можуть негативно впливати на розвиток дитини та її успішність [13].

У старших дошкільників з порушеннями мовлення, зокрема із загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ) у стані психомоторного розвитку спостерігаються певні особливості. Розглянемо їх.

Під час вивчення історії розвитку зазначеної категорії дітей виявляються дані про затримку у формуванні статичних та локомоторних функцій. У віці 5-6 років спостерігається несформованість всіх компонентів рухового розвитку (фізичного статусу, техніки виконання рухів, якостей рухів). У соматично ослаблених дітей із ЗНМ на фоні несформованості локомоторних функцій наявне відставання у розвитку рухової сфери, що характеризується недостатністю координацією складних рухів, невпевненістю у виконанні дозованих рухів, зниженням швидкості та спритності виконання.

Старші дошкільники із ЗНМ, відносно своїх однолітків, значно утруднюються під час виконання завдань на відтворення рухів за просторово-часовими параметрами. Вони порушують послідовність відтворення елементів дії, пропускають її складові. Їм важко виконувати такі рухи, як перекочування м'яча з руки в руку, передавання його з незначної відстані, кидки м'яча о підлогу з чергуванням рук; стрибки на правій та лівій нозі; ритмічні рухи під музику. Також спостерігається недостатній самоконтроль у процесі виконання завдань [7].

Недостатня координація рухів у старших дошкільників із ЗНМ виявляється у всіх видах моторики: загальної, мімічної, дрібної та артикуляційної.

Відставання у розвитку рухової сфери відображається у труднощах виконання рухів за словесними, зокрема багатоетапними інструкціями (може порушуватися послідовність, пропускатися одна із складових частин серії рухів. Також зазначеній категорії дітей є властивим низький рівень рухової

уяви, від чого в значному ступені залежить успішність реалізації дій, що ще ніколи не виконувались.

Труднощі у наочно-дієвому мисленні у структурі психомоторних процесів призводять до того, що старші дошкільники із ЗНМ не завжди можуть передбачати рухові дії.

Значні особливості виявляються у дошкільників із мовленнєвим недорозвиненням і у стані мимічної моторики: страждає точність і обсяг виконання рухів, при цьому мимовільних рухи збережені. Також спостерігається поява співдружних рухів (синкінезій) під час спроб дитини виконати довільні рухи (напруження м'язів лоба, щік або губ під час прижмурювання одного ока.

Також у старших дошкільників із ЗНМ спостерігається недостатня координація моторики рук. Діти схильні до персеверацій під час надання поз, здійснюють тривалий пошук необхідного положення пальців рук; зазнають труднощів у координації рухів у процесі розстібуванні та застібання гудзиків, зав'язування та розв'язування шнурків. [1].

Особливо вираженими у старших дошкільників із ЗНМ є порушення мовленнєвої моторики, що зумовлюється складністю організації та диференційованістю мовленнєвих рухів, а також недостатністю глибокої пропріоцептивної чутливості, яка регулює стан кістково-м'язово апарату [9].

Затримка формування психомоторних функцій у зазначеної категорії дітей – одна із складових провідного порушення. Таким чином, своєрідність психофізичного розвитку старших дошкільників із ЗНМ проявляється у наступних порушеннях:

- моторна недостатність, несформованість ручної моторики;
- несформованість складних координаторних схем, невміння підкорятися заданому (музичному чи словесному) ритму;
- порушення довільної регуляції рухів, недостатня скоординованість та змазаність мимовільних рухів;

- труднощі переключення та автоматизації рухів, несформованість таких якостей рухів, як точність, витривалість, гнучкість, координація;
- підвищена рухова активність внаслідок недостатності механізмів гальмування;
- наявність синкінезій, гіперкінезів [12].

Отже, в структурі загального недорозвинення мовлення у дітей старшого дошкільного віку в різному ступені вираженості спостерігаються прояви затримки формування психомоторних функцій.

1.3. Кінезіотерапія як інноваційна методика корекційно-розвивальної роботи з дітьми з порушеннями мовленнєвого розвитку

Виходячи із складності моторної організації мовленнєвого акту в комплексі корекційно-розвивальної роботі логопеда відводиться особлива роль розвитку рухових функцій мовленнєвих – як в аспекті профілактики мовленнєвих порушень, так і у плані їх подолання. Традиційні методи роботи у цьому напрямі виправдовують себе лише частково, оскільки процес формування кінестетичного та кінетичного артикуляційного праксису у дітей з порушеннями мовлення є тривалим, а одноманітність вправ, що застосовуються на логопедичних заняттях може призвести до втрати дитиною інтересу до їх виконання і знизити мотивацію до навчання в цілому. Використання прийомів кінезіотерапії дозволяє попередити виникнення такого стану [13].

Кінезіотерапія віднесена болгарськими вченими Л.Боневим, Ст.Банковим та П.Слинчевим до групи неспецифічних терапевтичних методів.

Кінезіотерапія – (kinesitherapia – у перекладі з грецької: kinesis – рух, therapia – лікування) – дослівно «лікування рухом». Рух як результат впливу механічної енергії на організм людини застосовувався як профілактичний та лікувальний засіб з давніх-давен, ще в часи зародження медицини [12].

Кінезіотерапія – це не лише спеціальні та індивідуально підібрані методики лікувальної гімнастики, та застосування спеціальних коригувальних поз – лікування положенням, а й роботизована механотерапія, тейпи та тренажери різної спрямованості. Рух використовується як потужний фактор профілактики, лікування та реабілітації. Кожен рух відбувається у певному ритмі [2].

У педагогічному аспекті ритміка (грец. *rhythmikos* - що відноситься до ритму, рівномірний, розмірений) – це система фізичних вправ, побудована на зв'язку рухів з музикою. Почуття ритму в своїй основі має моторну, активну природу і супроводжується моторними реакціями. Сутність цих реакцій у тому, що сприйняття ритму викликає різноманіття кінестетичних відчуттів. Це м'язові скорочення язика, м'язів голови, щелеп, пальців ніг; напруження, що виникає в гортані, голові, грудній клітці та кінцівках; зародкові скорочення головної та дихальної мускулатури і, нарешті, одночасна стимуляція м'язів антагоністів (згиначів та розгиначів), що викликає зміну фаз напруження та розслаблення без зміни просторового положення органу [1].

Логопедичні напрями кінезіотерапії, на думку багатьох вчених та методистів, мають важливе значення у корекційно-педагогічній роботі [5].

Розвиток рухів є цілісний корекційно-розвивальний процес. Корекція порушених функцій та подальший розвиток збережених вимагає від дитини зібраності, уваги, конкретності уявлення, активності думки, розвитку пам'яті: емоційної (якщо процес навчання викликає зацікавленість і відповідно до цього емоційний відгук); образної – під час сприйняття наочного зразка рухів; словесно-логічної – у процесі осмислення задачі та запам'ятовування послідовності виконання завдань; рухово-моторної – у зв'язку з практичним виконанням завдань; довільної – без якої неможливе свідоме, самостійне виконання вправи [4].

У спеціальній науковій літературі завдання використання кінезіотерапії визначаються як оздоровчі, освітні (пізнавальні), виховні, корекційні.

В результаті вирішення оздоровчих завдань у дітей з порушеннями мовлення зміцнюється кістково-м'язовий апарат, розвиваються дихання, моторні, сенсорні функції, удосконалюється почуття рівноваги, формується правильна постава, хода, грація рухів. Під впливом регулярних занять з використанням кінезіотерапії в організмі та психомоториці відбувається позитивна перебудова різних систем: серцево-судинної, дихальної, рухової, мовленнєворухової, сенсорної.

Реалізація освітніх завдань сприяє формуванню рухових навичок та умінь, просторових уявлень та здатності довільно пересуватися у просторі щодо інших людей та предметів; розвитку спритності, сили, витривалості, переключення, координації рухів, організаторських здібностей [2].

Вирішення виховних завдань сприяє розумовому, моральному, естетичному та трудовому вихованню дітей з мовленнєвими порушеннями. Спрямовано на розвиток у почуттів взаємодопомоги, відповідального ставлення до виконання завдань, самостійності. Зародження та розвиток почуття колективізму позитивно впливає на дитину, опосередковано допомагає їй нормалізувати свою поведінку, правильно будувати взаєностосунки з оточуючими [29].

Виходячи з різноманіття напрямів використання кінезіотерапії в логопедії та клінічних проявів у дітей з порушеннями мовленнєвого розвитку, Г.Волкова виділила провідні напрями роботи [2]:

1. Виховання та розвиток темпу та ритму дихання шляхом використання дихальних вправ (зокрема у дітей із заїканням, з тахілалією, браділалією, затинаннями, з ринолалією, з дизартрією).

2. Розвиток орального праксису (зокрема у дітей із дислалією, ринолалією, дизартрією, алалією, афазією та іншою мовленнєвою нозологією, якщо у них наявні порушення звуковимови різного генезу). На цій основі удосконалюються рухи артикуляційних органів.

3. Розвиток просодичних компонентів мовлення у дітей із заїканням, дизартрією, ринолалією, а також у осіб з порушеннями голосу здійснюється

засобами логоритміки на основі вихованих темпу та ритму дихання, голосу, артикуляційного апарату, мовленнєвого слуху.

4. Корекція мовленнєвих порушень здійснюється як з урахуванням рухових та акустичних можливостей дітей з мовленнєвою патологією, так і під час цілеспрямованого добору мовленнєвого матеріалу для занять [2].

Охарактеризуємо основні напрями кінезіотерапії, що використовуються на логопедичних заняттях.

Лікувальна фізична культура. Полягає у виконанні різноманітних фізичних вправ, що здійснюють лікувальний вплив. Цей напрям реалізує спеціаліст – інструктор з лікувальної фізкультури, але деякі прості вправи може проводити і логопед. Усунення проблем у загальному фізичному стані здійснює позитивний вплив на розвиток мовлення дитини та адаптацію її у соціальному середовищі [6].

Артикуляційна гімнастика. Під артикуляційною гімнастикою розуміють сукупність спеціальних вправ, спрямованих на зміцнення м'язів артикуляційного апарату, розвиток сили, рухливості і диференційованості рухів органів, що беруть участь в процесі артикулювання звуків. Це найважливіший напрям у корекційно-розвивальній роботі з дітьми з порушеннями мовленнєвого розвитку [1].

Мімічна гімнастика. Напрямок включає ігри та ігрові вправи, що мають на меті невербальне та вербальне вираження основних емоцій (радості, смутку, подиву, страху, злості, інтересу, горя, спокою), а також розвиває та зміцнює мімічні м'язи [3].

Пальчикова гімнастика. Вона є основою для розвитку дрібної моторики та координації рухів рук та пальців з мовленнєвим та без мовленнєвого супроводу. Цей напрям включає ігри та ігрові вправи лише для рук. Пальчикові ігри та вправи стимулюють розвиток артикуляційного компонента мовлення, розвивають фантазію, перетворюють навчальний процес на захоплюючу гру. Можна використовувати вправи із різними предметами [12].

Дихальні вправи. Допомагають виробити правильне діафрагмальне дихання, тривалість видиху, його сили та плавності. Такі вправи можна поєднувати із рухами рук, тулуба, голови. Дихальні вправи зарекомендували себе з позитивного боку під час роботи з дітьми, які страждають на ринолалію, заїкання, порушення темпу мовлення. Дихальні вправи впливають на формування правильного мовленнєвого дихання, також сприяють загальному зміцненню організму та релаксації [23].

Коригуючі пози. У цьому напрямі відбувається створення стійких поз, необхідних для корекції рухової сфери. Тривале за часом утримання необхідної пози сприяє виробленню необхідного положення, яке у подальшому утримується самостійно [17].

Тренажери. Особливого значення для корекційно-педагогічного та фізичного виховання дітей мають тренажери. Серед них виділяють загальнорозвивальні та спеціальні корекційні, до яких належать логопедичні, тренажери для дітей із дитячим церебральним паралічем, дихальні тренажери [2].

Танцювально-ритмічні вправи. Є основою для розвитку почуття ритму та рухових здібностей, що дозволяють вільно та правильно виконувати узгоджені з музикою рухи. Усвідомлення можливостей свого тіла і під час тих чи інших поз, рухів, жестів означає водночас і усвідомлення своїх почуттів [13].

Логоритміка. Під поняттям «логоритміка» розуміють систему терапевтичних вправ з елементами нейрогімнастики, яка допомагає дітям подолати мовленнєві порушення. Комплекс завдань ґрунтується на виконанні різних мовленнєвих вправ з використанням слів, рухів, музики та їх взаємозв'язку. Фізичні вправи тісно пов'язані з музичним тактом та мовленням. Логоритмічні вправи сприяють розвитку не тільки рухової сфери, удосконалюють мовленнєві уміння, а також позитивно впливають на психоемоційну сферу дітей з логопатологією. Логоритміка вирішує корекційні, освітні, виховні завдання [13].

До корекційних завдань відносять вирішення основної проблеми – подолання мовленнєвих порушень у дітей. Освітні завдання передбачають ознайомлення дітей із поняттями ритму, регістру, темпу. Виховні завдання формують у дітей здатність правильно рухатися під музичний супровід, критично ставитись до своїх рухів, мовлення.

Логопедичне тейпування. Це напрям кінезіотейпування і розглядається як метод симптоматичного лікування, профілактики та реабілітації м'язів та зв'язкового апарату людини. Тейпування дозволяє опосередковано через шкіру впливати на розташовані в ній рецептори і нервові закінчення, здійснюючи потужну нейрорефлекторну дію. Так само тейп дозволяє працювати з фасціями, що дає ефект покращення локальної мікроциркуляції, лімфовідтоку. Прийом тейпування є зручнішим, ефективним засобом впливу на мовленнєву мускулатуру. На відміну від масажу, що триває один сеанс, тейпування має тривалу дію. Стрічки накладаються на певні ділянки тіла та залишаються там до кількох годин, кілька днів або тижнів (до 14 днів). Це дозволяє посилити дію логопедичного масажу та артикуляційної гімнастики [23].

Отже, прийоми кінезіотерапії доцільно використовувати у корекційно-розвивальній роботі у комплексі, поєднуючи з іншими традиційними видами логопедичного втручання. Враховуючи закономірності формування та порушення сенсорних і рухових систем дитини, їх взаємозв'язку з розвитком та порушеннями інших психічних функцій та процесів, кінезіотерапія сприяє підвищенню ефективності корекційно-розвивальної та логореабілітаційної роботи з дітьми із порушеннями мовлення.

РОЗДІЛ 2

Можливості використання прийомів кінезіотерапії у логопедичній роботі з дітьми старшого дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення

2.1. Експериментальне дослідження стану психомоторного розвитку у старших дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення

Саме у дошкільному дитинстві формуються ті рухові якості, навички та вміння дитини, які слугують основою її нормотипового фізичного та психічного розвитку. Потенційні можливості розвитку людини закладаються саме в дошкільному віці. Успішність їх реалізації залежить від багатьох чинників. Одним з яких і є психомоторний розвиток дитини.

Психомоторний розвиток поняття дуже широке: до нього входять функції слуху, зору, інші види чутливості; всі види рухової сфери – від м'язового тону та утримання голови у вертикальному положенні у новонародженого до цілеспрямованих рухів руки та дрібної моторики пальців рук, від якої залежить вміння писати [4]. Тому в аспекті підготовки до навчання у школі старших дошкільників із ЗПР дослідження стану їх психомоторного розвитку є надзвичайно важливим.

З метою вивчення стану сформованості психомоторних функцій нами було проведено експериментальне дослідження.

Експериментом було охоплено 7 дітей старшого дошкільного віку з особливими освітніми потребами, серед яких 5 дітей із ЗНМ I-II рівня, моторною алалією, затримкою психічного розвитку; 2 дитини із ЗНМ II рівня, ускладений психоорганічним синдромом), Діти навчаються за індивідуальною програмою у ЗДО №3 «Веселка» (м. Нова Каховка, Херсонської області). Для здійснення порівняльного аналізу також була сформована контрольна група – 12 дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком цього ж освітнього закладу.

Експериментальне дослідження проводилося упродовж листопада-грудня 2021 року. Діагностичні заняття організовувалися в індивідуальній формі з урахуванням соматичного та психологічного стану дітей.

Для реалізації мети експерименту ми скористалися субтестами за Г.Волковою.

Субтест на вивчення стану загальної довільної моторики дозволив виявити, на якому рівні знаходяться компоненти загальної довільної моторики: статична і динамічна координація, синхронність і обсяг рухів. Використовувалися вправи на статичну координацію рухів, динамічну координацію рухів, переключення з одного руху на інший. Тест виконувався у спортивному залі дитячого садка. Результатом тесту була оцінка у балах.

Субтест на дослідження здатності дитини до довільного формування певних мімічних поз. Досліджувалася якість та обсяг мімічних. Результатом була оцінка у балах.

Субтест на дослідження стану довільної моторики пальців рук спрямовано на визначення якості виконання рухів тонкої моторики пальців рук. Відзначалися плавність, точність та синхронність виконання рухів. Результатом була оцінка у балах.

Субтест на дослідження орального праксису (мовленнєві функції). Визначалося, з якою силою, точністю та у якому обсязі дитина виконує рухи: губ, язика та щік. Встановлювалося, наскільки точно виконуються рухи органами артикуляції, наявність синкінезій, скутість м'язів, обмеженість рухів. Результатом була оцінка у балах.

Методика дослідження функцій мови та психомоторного розвитку» Г.А. Волковий (2013)

Субтест 1. Вивчення особливостей загальної довільної моторики

Мета: Вивчити окремі компоненти загальної моторики: статичної та динамічної координації, синхронність, чіткість рухів.

Завдання:

1.1. Вивчення статичної координації рухів

Хід проведення: Стояти на лівій нозі потім на правій при цьому заплющити очі. Руки витягнути вперед. Час фіксації пози 5 секунд.

Врахувати: як утримує позу: легко чи зусиллям; дуже розгойдується з боку на бік, балансує тулубом, руками, головою, сходить із місця чи робить ривок убік; торкається підлоги іншою ногою; іноді падає; розплющує очі та відмовляється виконувати пробу.

1.2. Вивчення динамічної координації рухів

Хід проведення: Виконати поспіль три плавні присідання. Недозволено торкатися п'ятами підлоги здійснювати тільки на носках.

Врахувати: виконує правильно; із зусиллям, погойдуючись, балансує тулубом та руками; дуже напружується, спирається на всю ступню.

1.3. Дослідження координації рухів

Хід проведення: Виконати рухи: ноги в сторони на ширині плечей, руки вгору; ліву ногу поставити на носок, руки на поясі.

Відзначити: координація збережена; порушена.

1.4. Дослідження здатності до переключення рухів

Хід проведення: Пройти по колу кроком, стрибками, бігом і знову кроком (характер руху змінювати сигналом).

Відзначити: переключення рухів збережена; порушена.

1.5. Дослідження здатності до серійної організації рухів

Хід проведення: 1) Виконати серію послідовних рухів: підняти руки вгору, вбоки, поставити на пояс. 2) Зігнути руку в лікті, стиснути пальці в кулак, відкрити долоню. 3) Повернутися тулубом ліворуч, праворуч, не відриваючи ніг від підлоги.

Відзначити: за всіма параметрами розділу – збереженість всіх рухів із заданої серії; виконання з першого, другого, третього разів; невиконання завдання.

1.6. Дослідження просторової організації рухів (наслідування)

Хід проведення: обернутися на місці навколо себе і стрибками пробігти кабінетом (залом), починаючи рух праворуч і ліворуч.

Зазначити: помилки у просторовій організації рухів – незнання сторін тіла; провідної руки; невпевненість виконання.

1.7. Дослідження просторової організації рухів (за словесною інструкцією)

Хід проведення: обернутися на місці навколо себе і стрибками пробігти кабінетом (залом), починаючи рух праворуч і ліворуч.

Зазначити: помилки у просторовій організації рухів – незнання сторін тіла; провідної руки; невпевненість виконання.

Оцінювання виконання завдань субтесту:

Повноцінне, чітке виконання – 1 бал;

Часткове, недостатньо чітке – 0,5 бали.

Невиконане або виконано мінімально – 0,25 бали.

Субтест 2. Дослідження можливості довільного формування певних мімічних поз.

Мета: виявлення здатності до певних мімічних поз, оцінка їх якості та обсягу.

Завдання:

2.1. Поза здивування – брови підняті вгору, очі широко розплющені, рот розплющений, губи трохи витягнуті вперед.

2.2. Поза суму – брови трохи зближуються до перенісся, кути брів трохи опускаються, губи стиснуті.

2.3. Поза радості – губи розтягнуті в посмішку, очі злегка прижмурені.

2.4. Поза сумну – брови зведені вгору, губи стиснуті, нижня губа підібрана, кути рота опущені.

2.5. Поза підозрливості – губи стиснуті, одне або обидва ока прижмурені.

Відзначити: правильне виконання мімічних поз; мімічний прояв невиразний; рух не вдається.

Характеристика міміки: жива, млява, напружена, спокійна, відсутність міміки – амімія, гримаси.

Оцінювання виконання завдань субтесту:

Повноцінне, чітке виконання – 1 бал;

Часткове, недостатньо чітке – 0,5 бала.

Невиконане або виконано мінімально – 0,25 бала.

Субтест 3. Дослідження довільної моторики пальців рук

Мета: Визначення якості та рівня диференційованості рухів тонкої моторики пальців рук.

Завдання:

3.1. Пальці стиснути в кулак – розтиснути.

3.2. По черзі поєднувати всі пальці руки з великим, спочатку правої руки, потім лівої, потім обох рук відразу (Гра «Вітаю, пальчик!»).

3.3. Долоні лежать на поверхні столу, не відриваючи від поверхні столу долоні, роз'єднати пальці, поєднати разом (5-6 раз).

3.4. Скласти пальці в кільце – відкрити долоню (5-6 разів).

3.5. На обох руках одночасно показати другий та третій пальці (5-6 разів).

3.6. На обох руках відразу показати другий та п'ятий пальці (5-6 разів).

Відзначити: плавне, точне та синхронне виконання проб; напруженість, скутість рухів; порушення темпу виконання рухів (на рахунок експериментатора); невиконання; наявність ліворукості.

Оцінювання виконання завдань субтесту:

Повноцінне, чітке виконання – 1 бал;

Часткове, недостатньо чітке – 0,5 бала.

Невиконане або виконано мінімально – 0,25 бала.

Субтест 4. Методика вивчення орального праксису

Мета: визначення сили, точності, обсягу, переключення рухів губ, язика, щік.

Вивчення обсягу та якості рухів губ:

4.1. Витягнути губи вперед («трубочкою»), утримати позу.

4.2 Розтягнути губи в посмішці (зубів не видно), утримати позу.

Відзначити: правильне виконання; діапазон рухів незначний; наявність синкінезій, надмірне зусилля м'язів, виснаження рухів.

Вивчення обсягу та якості рухів язика:

4.3. Висунути вузький язик вперед «жалом», утримати на рахунок 3.

Показати широкий язик «лопаткою», утримати на рахунок 3.

4.4. Рухати кінчиком язика по черзі з правого кута рота до лівого кута рота.

4.5. Показати язик, підняти його до верхньої губи («дістати кінчик носа»).

Показати язик, покласти його на нижню губу та опустити вниз до підборіддя.

4.6. Відкрити рот, поклацати (поцокати) язиком: присмоктати язик до твердого піднебіння так, щоб кінчик язика знаходився у верхніх альвеол, під'язична зв'язка натягнута, далі легко опустити язик з характерним клацанням.

Відзначити: виконання правильне; рухи язика недостатнього діапазону; у м'язах виникають синкінезії; язик рухається незграбно, неточно, всією масою, повільно; рух не виходить.

Дослідження обсягу та якості рухів м'язів щік:

4.7. Надути обидві щоки одночасно, утримати позу протягом 3 секунд.

Відзначити: виконання точне; дуже напружується протилежна випнута щока; ізольоване надування однієї щоки не вдається.

Оцінювання виконання завдань субтесту:

Правильне виконання – 1 бал.

Незначні розбіжності обсягу, сили та точності рухів – 0,5 бала.

Неможливість надання артикуляційних поз; наявні модифікації, недостатність сили, точності, обсягу рухів; труднощі зміни мовленнєвих рухів; девіація язика – 0,25 бала.

Враховується сила мовленнєвих рухів (слабкі, сильні), точність (точні, неточні), обсяг (повний, неповний) та переключення.

Враховується наявність синкінезій, девіація язика, швидкість утворення артикуляційного укладу, тривалість утримання пози.

Після проведення всіх субтестів нами здійснено підрахунки для виявлення загального стану сформованості психомоторних функцій та артикуляційної моторики за наступною формулою: сума балів / сума max (25) * 100% і, відповідно ранжування за рівнями:

Високий (80 – 100%) – 20 – 25 балів

Середній (60 – 79%) – 15 – 19,9 балів

Низький (нижче 60%) – менше 15 балів.

Після проведення субтестів методики нами було здійснено кількісний та якісний аналіз одержаних результатів. Кількісні показники представлено у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Кількісні показники рівнів сформованості психомоторних функцій (у %)

Субтести	Високий рівень		Середній рівень		Низький рівень	
	Діти із ЗНМ	Діти з норм.розв.	Діти із ЗНМ	Діти з норм.розв.	Діти із ЗНМ	Діти з норм.розв.
Субтест 1. Вивчення особливостей загальної довільної моторики	14,2	66,6	28,4	33,4	57,4	-
Субтест 2. Дослідження можливості довільного надання певних мімічних поз	14,2	58,4	14,2	41,6	71,6	-
Субтест 3. Дослідження довільної моторики пальців рук	-	41,6	28,4	50,0	71,6	8,4
Субтест 4. Методика вивчення орального праксису	-	25,0	28,4	50,0	71,6	25,0

Так, за результатами субтеста 1, завдання якого спрямовані на дослідження особливостей загальної довільної моторики, нами встановлено,

що високий рівень виявлено у 14,2% старших дошкільників із ЗНМ і у 66,6% їх однолітків з нормотиповим розвитком; середній рівень – у 28,4% дітей із ЗНМ та у 33,4% дітей без порушень; низький рівень виявлено тільки у дітей із ЗНМ – 57,4%.

Дослідження здатності до довільного надання певних мімічних поз (субтест 2) виявило високий рівень у 14,2% дітей старшого дошкільного віку із ЗНМ та у 58,4% їх однолітків без порушень розвитку; середній рівень – у 14,2% дошкільників із ЗНМ та у 41,6% дошкільників з нормотиповим розвитком; низький рівень - у 71,6% дітей із ЗНМ, у їх однолітків без порушень низького рівня розвитку здатності до мімічних довільних проявів не виявлено.

Результати за субтестом 3 засвідчили, що до високого рівня сформованості довільної моторики пальців рук віднесено виконання завдань 41,6% старшими дошкільниками з нормотиповим розвитком та жодною дитиною з ЗНМ; середнього – 28,4% дітьми із ЗНМ та 50% дошкільниками з нормотиповим розвитком; низького рівня – 71,6% дошкільниками із ЗНМ та 8,4% їх однолітками з нормою розвитку.

Виконання старшими дошкільниками завдань субтесту 4, спрямовані на дослідження орального праксису, засвідчили, що високому рівню відповідає сформованість орального праксису 25% старших дошкільників з нормотиповим розвитком і жодна дитина із ЗНМ; середньому – 28,4% дітей із ЗНМ та 50% їх однолітків з нормою розвитку; низькому – 71,6% дошкільників із ЗНМ та 25% дітей дошкільного віку без порушень.

На основі одержаних результатів за кожним субтестом нами було виділено загальні рівні розвитку психомоторних функцій у старших дошкільників із ЗНМ (Рис.2.1.).

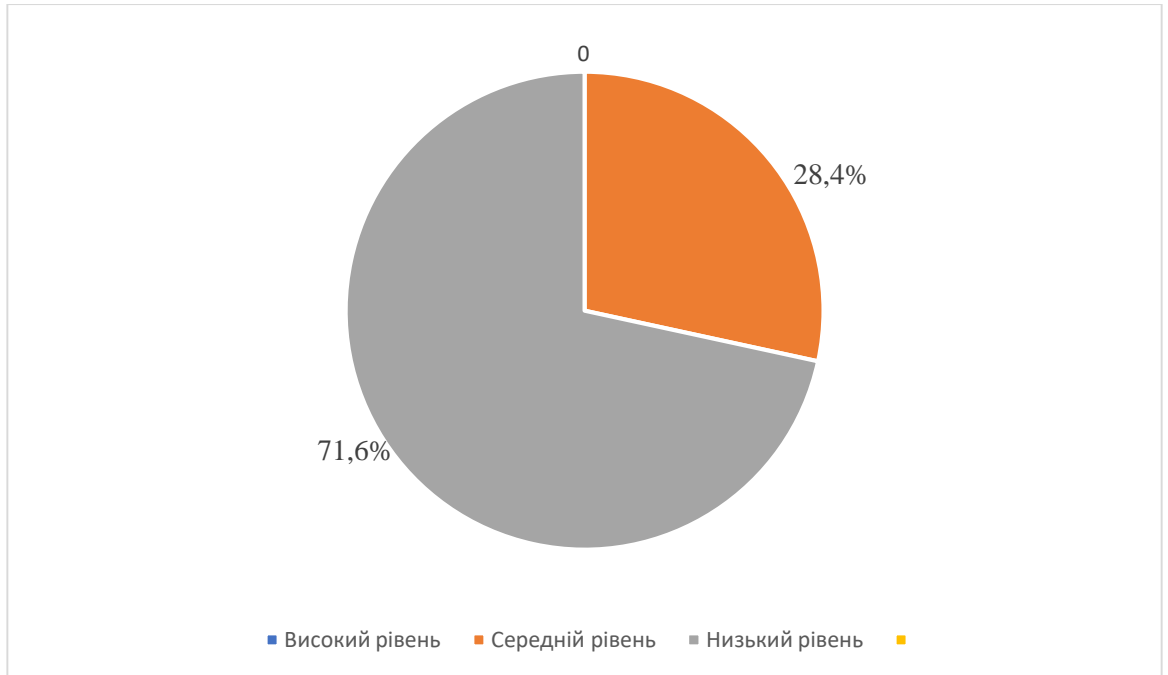


Рис. 2.1. Показники рівнів сформованості психомоторних функцій у старших дошкільників із ЗНМ

Як бачимо, психомоторний розвиток у 28,4% дітей із ЗНМ відповідає середньому рівні і у 71,6% - низькому.

У їх однолітків з нормотиповим розвитком ми одержали зовсім інші показники (Рис.2.2.).

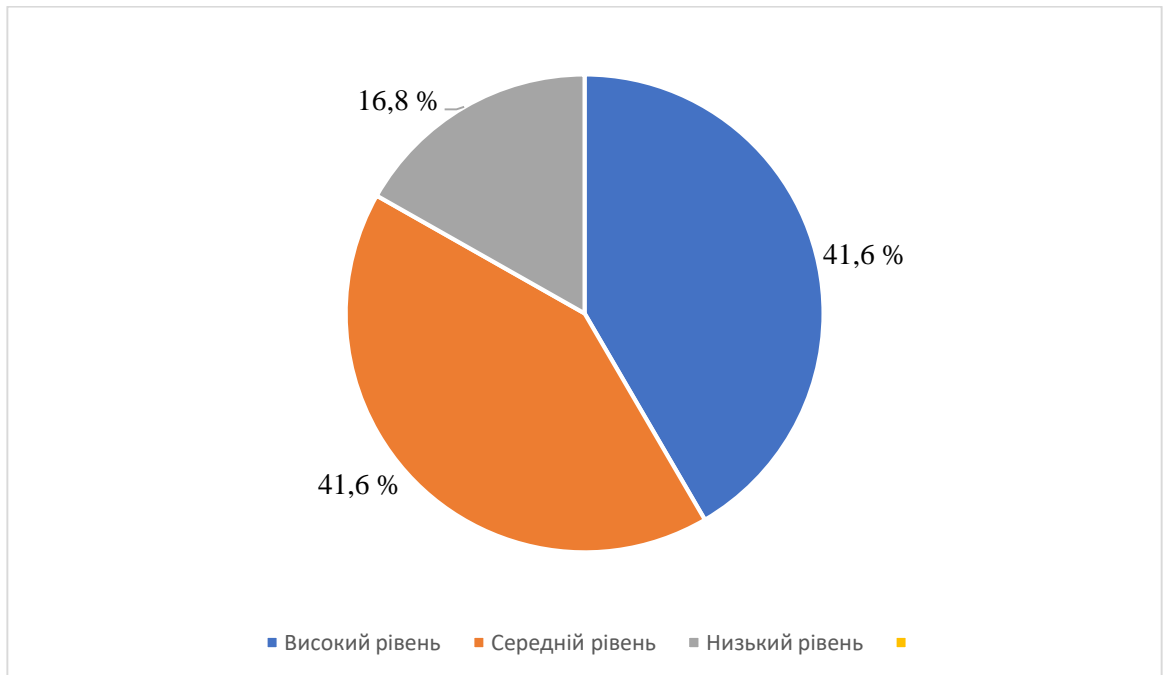


Рис.2.2. Показники рівнів сформованості психомоторних функцій у старших дошкільників без порушень розвитку

Отже, на основі одержаних результатів проведеного нами дослідження, ми можемо зробити наступні висновки.

У старших дошкільників із ЗНМ спостерігається відставання у моторному та психомоторному розвитку. У загальній моториці на особливу увагу звертає низький рівень розвитку здатності до переключення рухів, відсутність самоконтролю під час виконанні проб, часткова або повна відсутність довільного гальмування, несформованість статичної та динамічної координації рухів, труднощі утримання рівноваги під час виконанні проб, несформованість просторової організації рухового акта, труднощі запам'ятовування та відтворення послідовності рухів, труднощі знаходження та утримання заданої пози, труднощі у повторенні заданого ритму, численні синкінези, в деяких випадках гіперкінези. Загалом рухи зазначеної категорії дітей є недостатньо координовані, неточні, неплавні.

Найбільше страждає у дітей зазначеної категорії моторика пальців рук. виявлено труднощі у відтворенні поз руки та пальців, особливі утруднення спостерігаються під час виконання серії різних рухів.

В артикуляційній моториці у більшості дітей дошкільного віку із затримкою психічного розвитку, виявляються труднощі утримання статичної пози, що супроводжується появою в гіпертонусу або гіпотонусу у м'язах язика. У динамічному праксисі виявлено неточність під час виконання заданого руху, порушення його плавності, послідовності рухів органів артикуляційного апарату.

У мімічній моториці виявлено недостатньо повний обсяг та якість рухів м'язів лоба, рота та щік. Також спостерігаються труднощі довільного надання певних мімічних поз: подиву, гніву, радості, переляку, смутку тощо.

Натомість у дітей старшого дошкільного віку з нормотиповим розвитком виявлено переважно несформованість тільки дрібної моторики пальців рук та артикуляційного праксису.

Все це засвідчує про необхідність проведення цілеспрямованої корекційно-розвивальної роботи з формування психомоторних навичок паралельно з логопедичним впливом на мовленнєву сферу старших дошкільників із ЗНМ.

2.2. Особливості використання прийомів кінезіотерапії у логопедичній роботі зі старшими дошкільниками із загальним недорозвиненням мовлення

Порушення мовлення у тому чи іншому ступені негативно впливають на психічний, фізичний, розумовий розвиток дітей; позначаються на їх діяльності, поведінці, формуванні особистості; викликають психічні патологічні наслідки (особливо в емоційно-вольовій сфері), призводять до виникнення негативних якостей характеру (нерішучості, замкнутості, почуття неповноцінності). Тому поряд із традиційними засобами логопедичної роботи доцільним є використання нових методів та прийомів. Виходячи із результатів аналізу літературних джерел, досвіду логопедів-практиків та даних, одержаних у ході експериментального дослідження нами було виділено прийоми кінезіотерапії, що будуть позитивно впливати на психомоторну та мовленнєву сферу старших дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення.

2.2.1. Використання логопедичної ритміки як прийому кінезіотерапії

Ефективним методом подолання мовленнєвих порушень є логопедична ритміка. Це одна з форм корекційної роботи, що ставить за мету подолання мовленнєвих порушень шляхом розвитку, виховання та корекції у дітей з мовленнєвою патологією рухової сфери у поєднанні зі словом та музикою [13].

Рух здавна використовувався як лікувальний та профілактичний засіб і, як вже зазначалося у попередньому розділі дослідження, виокремився у метод

кінезітерапії. Саме принципи кінезіотерапії лежать в основі лікувальної ритміки, одним з більш вузьких розділів якої є логопедична ритміка.

Завданнями логоритміки як прийому кінезіотерапії є, в першу чергу, розвиток немовленнєвих процесів:

- вдосконалення загальної моторики, координації рухів;
- розвиток орієнтації у просторі;
- регуляція м'язового тону;
- розвиток почуття музичного темпу і ритму, вокальних здібностей;
- активізація всіх видів уваги та пам'яті.

Робота над формуванням мовленнєвої сфери на логоритмічних заняттях передбачає:

- розвиток мовленнєвого дихання;
- удосконалення акустичних характеристик, модуляції голосу;
- нормалізація темпу мовлення та його інтонаційної виразності;
- розвиток артикуляційної та мімічної моторики;
- координація мовлення з рухом;
- розвиток та корекція фонематичного слуху;
- автоматизація правильної звуковимови на різному мовленнєвому матеріалі;
- збагачення активного словникового запасу;
- корекція та розвиток граматичної будови мовлення тощо.

Весь мовленнєвий матеріал підкріплюється ритмічними рухами (як правило, у віршованому супроводі) або музично-руховими вправами [19].

Для ефективної корекції немовленнєвої та мовленнєвої сфери у дітей дошкільного віку, використовуються такі розділи та підрозділи логопедичної ритміки:

1. Вокальне музикування: входять ігри для розвитку голосового апарату, звуконаслідувальні ігри зі співом, фонопедичні вправи, спів у поєднанні з рухом і тональним акомпанементом.

1.1. Інструментальне музикування. У розділ включають ігри з інструментами, предметами, що звучать, ритмодекламації з інструментами, ритмічний і мелодійний супровід літературних текстів.

2. Мовленнєворухові ігри та вправи спрямовані на розвиток координаційно-регулюючих функцій мовлення та руху. Вони розвивають дихальний апарат, всі види моторики, дозволяють встановити асоціації між рухами та персонажами казок, віршів, драматизацій.

2.1. Дихально-артикуляційний тренінг. Ігри та ігрові вправи цього розділу спрямовано на формування немовленнєвого та мовленнєвого дихання, артикуляційної бази звуків. Вправи виконуються на рахунок, з музичним супроводом, з опорою на диригентський жест та зразок педагога.

2.2. Ігровий масаж та пальчикова гімнастика. Ігровий масаж використовують для зняття зайвого м'язового тону, втоми, розумового напруження. Розділ включає ігрові вправи тільки для рук і для рук з використанням різних предметів.

2.3. Мовні ігри та рольові вірші є основою для розвитку просодичних компонентів мовлення: ритмічності, мелодійності, інтонаційної виразності. Поєднання ритмічного, виразного мовлення з рухом сприяє конкретизації слухових образів, формуванню зв'язного мовлення [1].

3. Танцювально-ритмічні вправи сприяють розвитку почуття ритму і рухових здібностей, дозволяють вільно виконувати узгоджені з музикою рухи, завдання й гри (зокрема рухливі). Усвідомлення можливостей свого тіла під час виконання тих чи інших поз, рухів, жестів означає разом з тим і усвідомлення своїх почуттів, емоцій.

3.1. Ігрогімнастика дозволяє відчувати та розвивати певні групи м'язів, регулювати м'язовий тонус, включає необхідні ігри та вправи для розвитку координації, просторового орієнтування.

3.2. Ігритміка уявляє собою рухові та ритмічні комплекси, що виконуються під спеціально підібрану музику. Кожна танцювально-ритмічна композиція має цільове спрямування, сюжетний характер. Під час виконання

ритмічних комплексів використовуються жести рук і рухи тіла, що супроводжуються звуком (плескотом в долоні, притопуванням і т.д.). Для ігрового оформлення завдання часто використовуються брязкальця, палички, кубики, камінчики [12].

4. Емоційно-вольовий тренінг. Розділ включає ігри та ігрові вправи, що мають на меті невербальне та вербальне вираження основних емоцій (радості, смутку, подиву, страху, злості). Емоційно-вольовий тренінг спрямований на розвиток емпатії, комунікативних навичок та позитивної самооцінки шляхом залучення дитини до загальної ігрової діяльності. Досягнення емоційної розкритості, відкритості відбувається через емоційну розминку – це етюди в розвитку міміки, пантомимики. Релаксаційні вправи знімають м'язове напруження і дозволяють контролювати емоції та дії, опанувати навичками саморегуляції. Креативний тренінг сприяє розвитку швидкості, гнучкості та оригінальності мислення. У розділ увійшли завдання на заміщення предметів, створення музично-мовленнєвих казок за допомогою жестів, що супроводжуються звуком [13].

Отже логопедична ритміка як прийом кінезіотерапії є невід'ємною частиною логопедичної корекції. Вона сприяє подоланню найрізноманітніших порушень у мовленнєвій та мовленнєвій сфері розвитку дитини з порушеннями мовлення. Логоритмічними засобами можна регулювати процеси збудження та гальмування нервових процесів; поступово формувати координацію рухів, їх переключення, точності обсягу; вчити пересуватися та орієнтуватися у просторі; розвивати увагу, різні види пам'яті та уваги.

2.2.2. Використання спеціальних тренажерів як засобу кінезіологічного впливу у логопедичній роботі з дошкільниками із ЗНМ (на прикладі «мозочкової стимуляції»)

У дошкільному віці, за дослідженнями науковців, інтенсивно розвивається мозок та відбувається становлення його функцій. Л.Виготський

зазначав, що вищі форми регуляції рухової сфери народжуються у соціальній взаємодії людей [4]. Індивідуальний розвиток довільних рухів починається з того, що дитина стає здатною виконувати рухи за словесною інструкцією дорослого, після чого слово стає способом саморегуляції – спочатку за допомогою усного мовлення, а потім – внутрішнього [24].

Оскільки з розвитком мовлення тісно пов'язане як формування особистості цілому, так і становлення моторних навичок. Відповідно, з метою підвищення ефективності логокорекції доцільно поєднувати корекцію мовлення з розвитком рухової сфери на спеціальних заняттях, які проводять спільно логопед та інструктор з фізичної культури. Це заняття з мозочкової стимуляції із використанням рокеборда та дошки Бельгау [18].

Мозочкова стимуляція розглядається як сучасний метод корекції різних порушень у мовленнєвому та інтелектуальному розвитку, що дозволяє значно покращити здатність до навчання, сприйняття та переробки інформації.

Встановлено пряму залежність між рівнем рухової активності дітей та їх словниковим запасом, розвитком мовлення, мисленням. Тому організована своєчасна робота з розвитку у дітей рухової функції у загальній системі корекційно-розвивальних заходів стає вкрай необхідною та важливою [17].

Рокеборд – тренажер мозочкової стимуляції, сприяє фізичному та розумовому розвитку дитини з перших років життя.

Дошка Бельгау - балансує дошка для роботи над стимуляцією мозочка [12].

Як відомо, мозочок виконує дуже важливу функцію – забезпечує точність цілеспрямованих рухів, координує дії м'язів-антагоністів, регулює м'язовий тонус, підтримує рівновагу [15].

Теорія впливу мозочка на розвиток мовлення цілком узгоджується з ученням І.Павлова про другу сигнальну систему. Фізіолог зазначає, що вроджена недостатність або порушення координації рухів мускулатури мовленнєвого апарату затримує виникнення усного мовлення, що пов'язано із кінестетичними подразненнями, що надходять від мовленнєвого апарату до

кори головного мозку, і утворюють там систему сигналів. Ці кінестетичні сигнали, зумовлені власне процесом продукування мовлення, утворюють дуже важливий механізм регулювання вищих нервових процесів. У дитини внаслідок порушення функції мозочка запізнюються поява координованих рухів язика, обумовлені стимулюючим впливом моторно-кінестетичних відчуттів, а, отже і затримується розвиток і мовленнєвої функції [15].

Сучасні уявлення про нейротрансмісерну організацію і функціональне значення мозочка в останніх дослідженнях показали, що ця структура мозку бере участь у контролі не тільки рухових, а й когнітивних функцій, аферентних і поведінкових реакцій, динаміці емоційно-особистісних і психологічних змін, а також у регуляції .

На думку фахівців (І.Мартиненко, Ю.Коломієць, А.Семенович та ін.), мозочкова «гімнастика» допомагає збільшити ефект будь-яких корекційних занять: логопедичних, психологічних і т.д. Більгоу стверджував, що після 15 хвилин занять можна бачити спочатку короткочасний, потім все більш стійкий ефект у покращенні концентрації уваги, швидкості мислення, самоконтролю [19].

Таким чином, організована взаємодія інструктора з фізичної культури з учителем-логопедом з використанням тренажерів для мозочкової стимуляції, може сприяти вирішенню корекційно-розвивальних завдань пов'язаних із зміцненням здоров'я, корекцією рухових і мовленнєвих недоліків у дітей з дошкільного віку.

Балансувальна дошка і рокерборд є для дітей ігровою формою роботи, що стимулюють їх до досягнення мети вправ, сприяють розвитку психомоторної сфери, забезпечують позитивний емоційний фон.

Виділяють провідні принципи проведення занять з мозочкової стимуляції [23].

1. Будь-яка дія людини призводить до змін структури мозку. Ці зміни можуть сприяти покращенню функціонування мозку або погіршення його діяльності, але, у будь-якому випадку, вони будуть.

З допомогою рокерборда та балансуєчої дошки задаються різні ситуації (вправи), в яких дитині необхідно формувати відповідні реакції, залучаючи ті чи інші структури мозку. Наприклад, стоячи на балансувальній дошці дитині необхідно утримувати баланс, для чого вона вирівнює положення свого тіла щодо центру дошки, розраховує її коливальні рухи, рухи свого тіла і т.д. вона змінює положення свого тіла у просторі, інакше розподіляє вагу тіла, рухає ногами тощо до того часу, поки це не вдасться. Під час збільшення складності утримання рівноваги на балансувальній дошці мозок дитини змушений швидше і частіше реагувати на подразники. Це призводить до збільшення швидкості розвитку реакції мозком для утримання рівноваги, що відображається у повсякденному житті та у навчанні [7].

2. Принцип сенсорної інтеграції всіх систем мозку. Залучення різних сенсорних систем у формування реакції людини на подразник сприяє їх розвитку, ускладнення та інтеграції одна з одною. На заняттях з мозочкової стимуляції можна задіяти максимальну кількість сенсорних систем під час виконання різних вправ. Це сприяє покращенню їхньої роботи, встановленню зв'язків між ними, налагодженню міжсенсорної взаємодії [16].

Наприклад, зорово-моторна координація включає роботу двох сенсорних систем: зорової та моторної, успішна взаємодія яких дозволяє дитині виконувати складні рухові програми (їзда на велосипеді, плавання та ін.) та копіювати за зразком, розвивати графо-моторні навички та навички письма в цілому.

Утримуючи рівновагу на дошці і одночасно підкидаючи сенсорні мішечки вгору, дитина, за зразком, виконує координовані рухи під контролем зору, при цьому успішне виконання цієї вправи можливе тільки за умови достатньої узгодженості рухів рук і роботи зорової системи. Таким чином задіюються та інтегруються такі системи, як: моторна, зорова, тактильна, слухова, вестибулярна.

3. Удосконалення роботи вестибулярної системи здійснює безпосередній, значний і позитивний вплив на функціонування всіх інших

сенсорних систем. Вестибулярна система лежить в основі розвитку людини, саме вона відповідає за формування почуття часу, простору та гравітації, а також визначає діяльність людини відповідно до цих трьох показників. Вестибулярна система дитини формується в утробі матері однієї з перших і впливає на розвиток інших сенсорних систем.

Інші сенсорні системи (рухова, тактильна, візуальна, слухова) формуються виключно у взаємодії з вестибулярною системою та в основі функціонування обов'язково мають просторово-часовий фактор [15].

4. В основі ефективної діяльності людини є розвиток обох півкуль кори головного мозку та їх успішна взаємодія одна з одною [17].

Вчені довели, що зв'язок між обома півкулями вкрай важливий для ефективного функціонування мозку людини і є одним із ключових факторів розвитку дитини. Успішна діяльність можлива лише за умови налагодження взаємодії між ними. На заняттях з дітьми з порушеннями мовлення це досягається за рахунок одночасного тренування та рівноцінного залучення під час виконання вправ обох півкуль, розподілу однакового навантаження на праву та ліву сторони руки/ноги/тіла дитини, що відображається у техніці виконання вправ, а саме: всі вправи виконуються однаково та симетрично з лівого та правого боку; під час утримання рівноваги на балансувальній дошці ноги дитини розташовуються рівновіддалено від центру дошки; у процесі утримання елементів обладнання руками руки розташовуються рівновіддалено від центру елемента обладнання [5; 10; 16; 18].

У результаті застосування вправ з мозочкової стимуляції з балансувальною дошкою Бельгау та тренажером рокеборд у дітей з порушеннями мовлення підвищують ефективність логопедичних занять. Вони дозволяють розвинути у дітей:

- рухові вміння та навички, кістково-м'язовий апарат, правильну поставу, ходу, спритність, силу, витривалість, координацію рухів, орієнтування у просторі;
- артикуляційну моторику;

- мовленнєве дихання;
- слухове, зорове, просторове сприйняття;
- міжпівкульну взаємодію [18].

Крім того, вправи з мозочкової стимуляції підтримують у дітей з порушеннями мовлення почуття радості від успішних самостійних дій, спонукають до прояву ініціативи та творчості.

2.2.3. Використання логопедичного тейпування в роботі під час корекції порушень мовлення у дітей

У 1973 році американським доктором японського походження Kenzo Kase (Кензо Касе) розроблено новий метод тейпування, який на відміну від класичних тейпів, не обмежував би вільні рухи. Вперше метод був використано на олімпіаді в Сеулі у 1988 році. Після цього він завоював популярність як у країнах Азії, так й в Європі, де почав широко використовуватися [6].

У Європі та Америці кінезіотейпінг активно використовують як допоміжну методику в роботі з пацієнтами, які перенесли інсульт та дітьми з дитячим церебральним паралічем.

Назва методу походить від двох слів: *kinesio* – рух та *tape* – стрічка. Кінезіотейпування здійснюють за допомогою спеціальних бавовняних стрічок – тейпів. Вони схожі за еластичністю з людською шкірою та не містять алергенів [23].

Виділяють два провідних принципи дії кінезіотейпу:

1. Декомпресійний ефект – під час накладення аплікації збільшується міжфасціальний простір, що зменшує тиск на нервові закінчення (усуваються больові відчуття) і внаслідок цього збільшується мікроциркуляція в зоні аплікації (зменшується набряк).

2. Нейрорефлекторний вплив – стимулювання чутливих нервових закінчень шкіри і підшкірних тканин. Шкіра і підшкірні тканини містять

чутливі рецептори, які відповідають за сприйняття легких і сильних дотиків, болю, температури і тиску. Крім того, деякі з цих рецепторів мають додаткову роль: вони відповідають за передачу інформації в головний мозок про те, в якому положенні розташовані частини тіла у просторі під час руху. Тейпи піднімають і зміщують структуру шкіри та підшкірних тканин, що призводить до зміни аферентного сигналу, який надходить від затейпованої зони в мозок [2].

Шкіра людини є найважливішим органом сприйняття. І впливаючи на шкіру над м'язами, що беруть безпосередню або опосередковану участь в утворенні мовлення, контролі саливації та ковтанні, тейпи стимулюють регулюючі ці функції процеси в головному мозку. Це додатково фокусує увагу організму на цих рухах. Крім того, стимулюючи чутливість, видозмінюємо і зворотну реакцію, тобто рух.

Застосовуючи кінезіотейп у зонах локального м'язового гіпертонусу або гіпотонії, фахівець може досягти нормалізацію роботи м'язів, значного покращення контролю за рухами, усунення больової симптоматики, продовження дії мануальних технік.

У кінезіотейпуванні використовують різні види тейпів [23].

Кінезіотейп – це спеціальна еластична стрічка з бавовняної тканини, у якої одна сторона покрита гіпоалергенним клеєм. Від звичайного фіксуючого пластиру тейп відрізняється: еластичність 140% – як у шкіри живої людини; спеціальний клей забезпечує щільне прилягання, що дозволяє носити аплікацію цілий тиждень, шкіра під ним дихає.

Панч-тейп – це тип кінезіотейпу має унікальну перфоровану структуру. Такий тейп-пластир має великий потенціал розтягування при тейпуванні, що діє у трьох напрямках: у довжину, ширину та діагоналі. Через різницю тиску, що виникає на всіх ділянках перфорації, шкіра та фасції отримують значно більше сигналів. Посилення сигналів забезпечує більш ефективний вплив на різні системи організму, наприклад нейролімфатичну та ендокринну, що здійснює аналгетичний ефект, полегшуючи біль.

Динамік-тейп – «оригінальний» біомеханічний тейп, абсолютно нова категорія спортивного та терапевтичного тейпування. Інноваційні тейпи з потужним еластичним опором, що тягнуться в 4 напрямках Dynamic Tape винятковий за своїми фізичними властивостями опірності та пружності та нагадує властивості "тарзанки" (амортизуючий трос). Динамічний тейп не належить до категорії кінезіотейпів, але він добре вписується в концепцію біомеханіки.

Крос-тейп – це нееластичні пластири невеликих розмірів, що не містять лікарських препаратів, виконані у формі подібної до ґратів аплікації. Крос-тейпи прикріплюються спеціальним чином на больові та акупунктурні точки та м'язи, внаслідок чого вдається знеболити ділянку тіла, прискорити процес відновлення та отримати балансуєчий ефект.

Тейпінг-терапія стає все більш популярним прийомом у логопедії. Особливо успішно він може бути використаний у поєднанні з логопедичним масажем під час роботи з дітьми із дизартричними порушеннями [23].

У логопедії тейпінг-терапія використовується під час таких патологічних станів:

- парезах (зниження сили у м'язі) та невритах (запаленнях периферичних нервів);
- гіперсаливації;
- птозах;
- опущеннях органу;
- асиметриях;
- синкенезіях (мимовільних недоцільних співдружних рухах);
- гіперкінезах (неусвідомлені, мимовільні рухи м'язів);
- дисфагія (порушення ковтання);
- постінсультних станах [5].

На відміну від масажу, що триває один сеанс, кінезіотейпування має тривалу дію. Стрічки накладаються на певні ділянки тіла та залишаються там кілька днів або тижнів (до 14 днів). Це дозволяє посилити дію логопедичного

масажу та артикуляційної гімнастики. Тейпінг-терапія дозволяє за рахунок накладання стрічок керувати тонусом м'язів – підвищувати або знижувати його. Тейпи зовсім не порушують рухової активності. Тому можуть бути використані для накладання на суглоби. Особливо для логопедів актуальним є використання тейпів у зоні скроневого нижньощелепного суглоба. Що дозволяє значно покращити функції м'язів нижньої щелепи [1].

Тейпування підвищує ефективність, якщо цей прийом використовується разом із логопедичним масажем та міофункціональними трейнерами вестибулярними пластинками.

Під час роботи з дітьми кінезіотейпування часто є найзручнішим прийом і у більшості випадків найефективнішим. Це відбувається завдяки постійному впливу, який не завдає незручності, що дозволяє дитині не звертати увагу на аплікацію. Дитина продовжує займатися звичними справами, а пластир здійснює необхідний вплив.

Яскраві кольори, які мають пластирі, стануть додатковим стимулом інтересу дитини, особливо якщо вміло перетворити тейпування на гру. Але найважливіша перевага, це практично повна відсутність протипоказань та негативних впливів від цього прийому.

В логопедії використовують різні техніки застосування тейпування [21].

Для покращення носового дихання, викликаного різними причинами: аденоїди, алергічні риніти і т.д., а також для поліпшення носового дихання під час постановки вестибулярної пластинки або трейнера можна використовувати аплікації з кінезіотейпів та кросс-тейпів.

Якщо у дитини ротовий тип дихання, то діафрагма працює не правильно, відповідно, обсяг повітря, що видихається є меншим від норми. Це призводить до розвитку гіпоксії і зменшує тривалість та якість мовленнєвого видиху. У даному випадку доцільним є використання кінезіотейпів, динамік-тейпів та кросс-тейпів.

Під час роботи з м'язами та суглобами обличчя можливе використання кінезіотейпу та динамік-тейпу для виконання аплікацій під час дистального

положення нижньої щелепи або мезіального положення, під час порушення змикання.

Тейпи ефективно використовуються з метою зниження гіперсаливації. Тейпи наклеюються на шию спеціальним чином, зокрема у проекції під'язикової кістки, до якої кріпляться м'язи, що беруть в акті ковтання. Це викликає рефлекс автоматичного ковтання і весь час, поки тейп наклеєний, дитина періодично ковтатиме слину, тобто тренуватиме м'язи, що беруть участь у ковтанні.

Тейпування є ефективним у випадках, якщо у дитини порушена вимова губних звуків ([б], [п], [в], [ф], [м]) внаслідок недостатності іннервації кругового м'яза рота [23].

Тейпування у проекції черепно-мозкових нервів, що впливають на іннервацію артикуляційного апарату, допомагає при невритах, дизартрії, алалії, афазії та дитячому церебральному паралічі.

Механізмами впливу тейпування на мовленнєву мускулатуру є:

1. Ефект «ліфтингу». Тейп піднімає шкіру, фасції паретичних м'язів і цим покращує мікроциркуляцію і лімфострум у них, що є необхідною умовою для нормального функціонування м'язових волокон.

2. Ефект «подразнення рецепторів». Тейп впливає на різні рецептори у шкірі та м'язах, над якими він був наклеєний, змушуючи мозок звернути увагу на непрацюючі м'язи.

3. Ефект «дискомфортного натягіння». Тейп формує незвичне розташування органів артикуляції (губ, нижньої щелепи тощо). Це призводить у дитини бажання керувати ними, «повернути» їх на місце і створює новий фізіологічний стереотип руху [23].

Крім того, пластир різних відтінків та дизайнерські малюнки на них мають однакові властивості. Але ефект кольоротерапії заспокоює або тонізує, піднімає дитині настрій і впевненість у швидкому одужанні. У логопедії це можна використовувати як візуальну прив'язку під час виконання

артикуляційних вправ. Для тонізуючого ефекту краще використовувати червоний відтінок, заспокоєння – блакитний.

Клеїти пластир у логопедичній практиці рекомендується до артикуляційної гімнастики, але після логопедичного масажу. Масаж розслаблює м'язи в гіпертонусі і тонізує м'язи в гіпотонусі. Водночас артикуляційна гімнастика допомагає виробити новий патерн правильних рухів.

Якщо необхідно підтримати та розслабити м'яз – пластир кладеться від місця кріплення до початку м'яза для того, щоб активізувати та підвищити тонус – навпаки. Автори класичного накладання тейпів пропонують змінювати натяг лише у зв'язковій техніці.

В умовах логопедичного заняття можна контролювати навантаження на м'яз, враховувати індивідуальні особливості дитини. Під час застосування техніки зміни натягу тейпу аплікація накладається тільки на час заняття і за можливості її можна залишити ще на 30-90 хвилин. Завдяки цьому можна досягти якісніших, стійкіших результатів за більш короткі терміни [23].

Отже, кінезіотейп використовується як доповнення до основних видів терапії, таких як: фізіотерапевтичні процедури, масаж, мануальна терапія, ЛФК, артикуляційна гімнастика.

Як будь-який новий метод або прийом корекційного впливу, використання кінезіотейпу вимагає грамотного застосування і досягнення бажаного ефекту логопеду необхідні спеціальні знання та вміння допомога і супровід сертифікованого спеціаліста.

ВИСНОВКИ

У процесі проведеного дослідження ми дійшли наступних висновків.

1. Аналіз загальнодидактичної, психофізіологічної та логопедичної літератури з проблеми дослідження засвідчив, що виходячи із складності моторної організації мовленнєвого акту в комплексі корекційно-розвивальної роботи логопеда відводиться особлива роль розвитку мовленнєворухових функцій – як в аспекті профілактики мовленнєвих порушень, так і у плані їх подолання. Традиційні методи роботи у цьому напрямі виправдовують себе лише частково, оскільки процес формування кінестетичного та кінетичного артикуляційного праксису у дітей з порушеннями мовлення є тривалим, а одноманітність вправ, що застосовуються на логопедичних заняттях може призвести до втрати дитиною інтересу до їх виконання і знизити мотивацію до навчання в цілому. Використання прийомів кінезіотерапії дозволяє попередити виникнення такого стану.

2. У процесі теоретичного вивчення психомоторного розвитку старших дошкільників із ЗНМ встановлено дані про наявність у них затримки та порушення в різному ступені вираженості формування моторної сфери, зокрема: несформованість ручної моторики; несформованість складних координаторних схем, невміння підкорятися заданому (музичному чи словесному) ритму; порушення довільної регуляції рухів, недостатня скоординованість та змазаність мимовільних рухів; труднощі переключення та автоматизації рухів, несформованість таких якостей рухів, як точність, витривалість, гнучкість, координація; підвищена рухова активність внаслідок недостатності механізмів гальмування.

3. Вивчення кінезіотерапії як інноваційної методики корекційно-розвивальної роботи з дітьми з порушеннями мовленнєвого розвитку дало підстави стверджувати, що кінезіотерапія – це не лише спеціальні та індивідуально підібрані методики лікувальної гімнастики, та застосування спеціальних коригувальних поз – лікування положенням, а й роботизована

механотерапія, тейпи та тренажери різної спрямованості. Рух використовується як потужний фактор профілактики, лікування та реабілітації. Кожен рух відбувається у певному ритмі. Кінезіотерапія виконує оздоровчі, освітні (пізнавальні), виховні, корекційні завдання.

4. Експериментальним шляхом встановлено, що для зазначеної категорії дітей властивим є переважно низький рівень сформованості психомоторних функцій (71,6% дітей), особливо це виявляється у розвитку дрібної моторики пальців рук та навичок артикуляційного праксису. Загалом у старших дошкільників із ЗНМ спостерігається низький рівень розвитку здатності до переключення рухів, відсутність самоконтролю під час виконанні проб, часткова або повна відсутність довільного гальмування, несформованість статичної та динамічної координації рухів, труднощі утримання рівноваги під час виконанні проб, несформованість просторової організації рухового акта, труднощі запам'ятовування та відтворення послідовності рухів, труднощі знаходження та утримання заданої пози, труднощі у повторенні заданого ритму, численні синкінези, в деяких випадках гіперкінези.

5. Розглядаючи можливості використання прийомів кінезіотерапії в роботі логопеда з дітьми із порушеннями мовлення встановлено, що їх доцільно використовувати у корекційно-розвивальній роботі у комплексі, поєднуючи з іншими традиційними видами логопедичного втручання. Враховуючи закономірності формування та порушення сенсорних і рухових систем дитини, їх взаємозв'язку з розвитком та порушеннями інших психічних функцій та процесів, кінезіотерапія сприяє підвищенню ефективності корекційно-розвивальної та логореабілітаційної роботи з дітьми із порушеннями мовлення різного генезу та структури.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акименко В.М. Новые логопедические технологии: учебно-методическое пособие. Ростов н/Д: Изд-во Феникс, 2008. 105 с.
2. Бабий Т.В. Кинезиотерапия как один из методов коррекции речевых нарушений у детей дошкольного возраста. *Материалы Международной научно-практической конференции «Современные тенденции и инновации в науке и производстве» 03-04 апреля 2019 г.* https://kuzstu.su/dmdocuments/INPK/8INPK_Sbornic-2019/pages/%D0%A1%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D1%8F%203/304.pdf (дата звернення 3.08.2022).
3. Вакуленко, Л.С. Воспитание и обучение детей с нарушениями речи. *Психология детей с нарушениями речи: учебно-методическое пособие*. М: ФОРУМ: ИНФРА-М, 2020. 272 с. URL: <https://znanium.com/catalog/product/1084313> (дата звернення 5.08.2022).
4. Выготский Л.С. Развитие высших психических функций. М.: АПН РСФСР, 1960. 159 с.
5. Зоріна І.В. Відновлення мовлення у пацієнтів з наслідками ураження нервової системи. URL: <https://rehab.kyiv.ua/vidnovlennya-movlennya-u-patsiyentiv-z-naslidkami-urazhennya-nervovoyi-sistemi/> (дата звернення 9.09.2022).
6. Зоріна І.В. Найбільш ефективні метод роботи з відновлення мовлення. URL: <https://rehab.kyiv.ua/najbilsh-efektivni-metodi-roboti-z-vidnovlennya-movlennya/> (дата звернення 10.09.2022).
7. Зуева Ю.В., Корсакова Н.К., Калашникова Л.А. Роль мозжечка в когнитивных процессах. URL: <http://virtualcoglab.cs.msu.su/html/Zueva.Html> (дата звернення 12.09.2022).
8. Кипхард Э.Й. Гиперактивность как проблема психомоторного развития. *Гиперактивные дети.* /под ред. М. Пассольта. М., 2004. С.133.

9. Клоссовский Б.Н. Циркуляция крови в мозгу. М.: Медицинская литература, 1951. 356 с.
10. Лейтес Н.С., Голубева Э.А., Кадыров Б.Р. Динамическая сторона психической активности и активированности мозга *Психофизиологические исследования интеллектуальной саморегуляции и активности*. М.: Наука, 1980. С.114-124.
11. Леонтьев А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М.: Смысл, Академия, 2005. 352 с.
12. Логопедические технологии: учебник / О. И. Азова, Е. А. Дьякова, Ж. В. Антипова [и др.]. Москва: ИНФРА-М, 2021. 243с. URL:<https://znanium.com/catalog/product/103801713> (дата звернения 18.09.2022).
13. Логопедия: методика и технологии развития речи дошкольников: учебник / Ж.В. Антипова, Л.Р. Давидович, О.Н. Дианова [и др.]; под ред. Н.В. Микляевой. Москва: ИНФРА-М, 2021. 313 с. URL: <https://znanium.com/catalog/product/1225663> (дата звернения 7.09.2022).
14. Лурия А.Р. Об изменчивости психических функций в процессе развития ребенка. *Вопросы психологии*. 1962. №3. С.13-19.
15. Невропатология: Учебник для студ. дефектол. фак. высш. пед. учеб. заведений; 2-е изд., испр. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 368с.
16. Острая мозжечковая атаксия. URL: <http://medicalhandbook.ru/disease/2486-acute-cerebellar-ataxia.html> (дата звернения 3.10.2022).
17. Псеунок А.А. Анатомия мозга. Майкоп: Аякс, 2002. 112 с.
18. Серых О.Ю. Проект «Использование метода «Мозжечковой стимуляции» в совместной развивающей работе учителя-логопеда и инструктора по физической культуре» URL: <https://nsportal.ru/detskiy-sad/logopediya/2020/12/07/proekt-ispolzovanie-metoda-mozzhechkovoy-stimulyatsii-v-sovmestnoy> (дата звернения 13.10.2022)

- 19.Сизко Г.І., Бобришева Т. Розвиток дитини із порушенням мовлення за допомогою кінезіотерапії. *Наукові засади підготовки фахівців природничого, інженерно-педагогічного напрямів: Матеріали II Міжнародна науково-практична інтернет-конференція (25-26 квітня 2018 р., м. Бердянськ)* URL: <http://bdpu.org:8080/bitstream/123456789/796/1/Syzko%20H%20.%20Rozvytok%20dytyny%20iz%20porushennyam%20movlennya%20za%20dopomohoyu%20kinezioterapiyi.pdf>. (дата звернення 14.10.2022).
- 20.Сиротюк А.Л., Сиротюк А.С. Современная методика развития детей от рождения до 9 лет. М.: Сфера, 2009. 254 с.
- 21.Трухина С.И., Циркин В.И., Физиологические основы психической деятельности и поведения человека. М.: Медицинская книга, 2001. 523с.
- 22.Физиология человека /под редакцией В.М. Покровского, Г.Ф. Коротько. М.: Медицина, 2007. 656 с.
- 23.Хованская, Г.Н., Пирогова Л.А. Общие основы медицинской реабилитации в педиатрии: пособие для студентов педиатрического, медико-психологического, медико-диагностического факультетов и врачей Гродно : ГрГМУ, 2010. 184с. URL: <http://www.grsmu.by/files/file/university/cafedry/medicinskoi-reabilitacii-nemedikamentoznoi-terapii/files/hovanskaya1.pdf> (дата звернення 20.09.2022.).
- 24.Цейтлин С.Н. Язык и ребенок: лингвистика детской речи: учебное пособие. М.: ВЛАДОС, 2000. С.119-120.

ДОДАТКИ

Додаток А

КОДЕКС АКАДЕМІЧНОЇ ДОБРОЧЕСНОСТІ ЗДОБУВАЧА ВИЩОЇ ОСВІТИ ХЕРСОНСЬКОГО ДЕРЖАВНОГО УНІВЕРСИТЕТУ

Я, Соловйова Тетяна Миколаївна, учасник(ця) освітнього процесу Херсонського державного університету, **УСВІДОМЛЮЮ**, що академічна доброчесність – це фундаментальна етична цінність усієї академічної спільноти світу.

ЗАЯВЛЯЮ, що у своїй освітній і науковій діяльності **ЗОБОВ'ЯЗУЮСЯ**:

– дотримуватися:

- вимог законодавства України та внутрішніх нормативних документів університету, зокрема Статуту Університету;
- принципів та правил академічної доброчесності;
- нульової толерантності до академічного плагіату;
- моральних норм та правил етичної поведінки;
- толерантного ставлення до інших;
- дотримуватися високого рівня культури спілкування;

– надавати згоду на:

- безпосередню перевірку курсових, кваліфікаційних робіт тощо на ознаки наявності академічного плагіату за допомогою спеціалізованих програмних продуктів;
 - оброблення, збереження й розміщення кваліфікаційних робіт у відкритому доступі в інституційному репозитарії;
 - використання робіт для перевірки на ознаки наявності академічного плагіату в інших роботах виключно з метою виявлення можливих ознак академічного плагіату;
- самостійно виконувати навчальні завдання, завдання поточного й підсумкового контролю результатів навчання;
- надавати достовірну інформацію щодо результатів власної навчальної (наукової, творчої) діяльності, використаних методик досліджень та джерел інформації;
 - не використовувати результати досліджень інших авторів без використання покликань на їхню роботу;
 - своєю діяльністю сприяти збереженню та примноженню традицій університету, формуванню його позитивного іміджу;
 - не чинити правопорушень і не сприяти їхньому скоєнню іншими особами;
 - підтримувати атмосферу довіри, взаємної відповідальності та співпраці в освітньому середовищі;
 - поважати честь, гідність та особисту недоторканність особи, незважаючи на її стать, вік, матеріальний стан, соціальне становище, расову належність, релігійні й політичні переконання;
 - не дискримінувати людей на підставі академічного статусу, а також за національною, расовою, статевою чи іншою належністю;
 - відповідально ставитися до своїх обов'язків, вчасно та сумлінно виконувати необхідні навчальні та науково-дослідницькі завдання;

– запобігати виникненню у своїй діяльності конфлікту інтересів, зокрема не використовувати службових і родинних зв'язків з метою отримання нечесної переваги в навчальній, науковій і трудовій діяльності;

– не брати участі в будь-якій діяльності, пов'язаній із обманом, нечесністю, списуванням, фабрикацією;

– не підроблювати документи;

– не поширювати неправдиву та компрометуючу інформацію про інших здобувачів вищої освіти, викладачів і співробітників;

– не отримувати і не пропонувати винагород за несправедливе отримання будь-яких переваг або здійснення впливу на зміну отриманої академічної оцінки ;

– не залякувати й не проявляти агресії та насильства проти інших, сексуальні домагання;

– не завдавати шкоди матеріальним цінностям, матеріально-технічній базі університету та особистій власності інших студентів та/або працівників;


– не використовувати без дозволу ректорату (деканату) символіки університету в заходах, не пов'язаних з діяльністю університету;

– не здійснювати і не заохочувати будь-яких спроб, спрямованих на те, щоб за допомогою нечесних і негідних методів досягати власних корисних цілей;

– не завдавати загрози власному здоров'ю або безпеці іншим студентам та/або працівникам.

УСВІДОМЛЮЮ, що відповідно до чинного законодавства у разі недотримання Кодексу академічної доброчесності буду нести академічну та/або інші види відповідальності й до мене можуть бути застосовані заходи дисциплінарного характеру за порушення принципів академічної доброчесності.

14.11.2022
(дата)


(підпис)

Соловйова Т.М.
(ім'я, прізвище)