

Ім'я користувача:
Полтавський інститут економіки і права Полтавськи...

ID перевірки:
1016156949

Дата перевірки:
21.03.2024 10:03:09 EET

Тип перевірки:
Doc vs Internet + Library

Дата звіту:
21.03.2024 10:05:23 EET

ID користувача:
100011301

Назва документа: Ярошевська маг

Кількість сторінок: 88 Кількість слів: 18760 Кількість символів: 140224 Розмір файлу: 622.03 KB ID файлу: 1015904461

22.7% Схожість

Найбільша схожість: 21.5% з Інтернет-джерелом (<http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/757/1/%d0%9f%d0%b>).

22.7% Джерела з Інтернету 166 Сторінка 90

0.2% Джерела з Бібліотеки 6 Сторінка 91

0.49% Цитат

Цитати 8 Сторінка 92

Вилучення списку бібліографічних посилань вимкнене

0% Вилучень

Немає вилучених джерел

Модифікації

Виявлено модифікації тексту. Детальна інформація доступна в онлайн-звіті.

Замінені символи 17

ВСТУП

Актуальність даного дослідження зумовлена концепцією та принципами реформування початкової школи, на основі чого висувуються високі вимоги до рівня мовного розвитку учнів молодших класів як передумови успішного засвоєння навчальної програми початкової школи. Особливої уваги потребують діти шкільного віку з важкими порушеннями мовлення. У «Національній типовій концепції навчання учнів з вадами мовленнєвого розвитку» зазначено, що загальноосвітнім навчальним закладам необхідно знайти нові методи та напрями роботи з мовленнєвого розвитку цих учнів.

Дослідження А. Богуш, М. Вашуленко, М. Львова, Ю. Рибцун, Н. Скрипченко та ін. розкривають теоретичні та практичні основи розвитку мовлення дітей у дошкільному та початковому навчальному закладі. Особливостям навчання та виховання дітей шкільного віку з порушеннями мовлення присвячено праці С. Коноплястої, О. Литовченко, І. Марченко, О. Ревуцької, Є. Соботович, В. Тарасун, М. Шеремета та Н. Чередниченко. Науковці зазначають, що у дітей з тяжкими порушеннями мовлення спостерігаються відхилення як у мовній, так і в моторній сферах, що зумовлено переважно морфофункціональним станом таких дітей. Вчені відзначають, що у дітей з порушеннями мовлення недостатньо розвинена дрібна моторика, порушується обсяг, точність і координація рухів. Проте функціональні аспекти моторного мовленнєвого розвитку молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення цієї категорії дітей передбачають не лише корекцію артикуляційних рухів, дрібної моторики, порушень голосової артикуляції, а й корекцію артикуляційних порушень. Основне морфофункціональне забезпечення рухів і мовлення поки мало приділено уваги дослідникам і передбачає активацію кори головного мозку, поліпшення кровопостачання головного мозку, відновлення іннервації дихальних і суглобових м'язів, формування правильних стереотипів. дихати.

У результаті аналізу сучасної ситуації та змісту консультативної роботи в ДНЗ та звичайних школах встановлено, що існують певні протиріччя між

вимогами суспільства до мовленнєво-моторного розвитку дітей з тяжкими порушеннями мовлення, їх здоров'ям і працездатністю та організація консультативної роботи в спеціальних школах. Звичайні школи; Шкільна освіта потребує сучасних і складних методів корекції моторного та мовленнєвого розвитку молодших школярів із серйозними порушеннями мовлення, але бракує структурованої підтримки.

Поєднання рухової та мовленнєвої корекції у молодших школярів з вираженими порушеннями мовлення є одним із напрямків корекційної педагогіки, що розвивається нині. Соціальна значущість проблеми та її науково-теоретична розробленість зумовили вибір теми дипломного дослідження «Взаємозв'язок корекції рухового і вербального розвитку молодших школярів з важкими порушеннями мовлення». Метою даного дослідження було теоретичне обґрунтування та експериментальна перевірка комплексного корекційного підходу до моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення.

Цілі дослідження:

1. Опишіть природу понять «моторний розвиток» і «розвиток мови» стосовно до молодших школярів із серйозними порушеннями мови.
2. Виявити та науково обґрунтувати умови навчання комплексної корекції моторного та мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку з тяжким порушенням мовлення.
3. Визначити компоненти, нормативи, показники та охарактеризувати рівень моторного та мовленнєвого розвитку молодших школярів із тяжким порушенням мовлення.
4. Розробити модельно-експериментальну методику комплексної корекції моторно-мовленнєвого розвитку дітей раннього шкільного віку з вираженими порушеннями мовлення та дослідити її ефективність.

Це дослідження було зосереджено на моторному та мовленнєвому розвитку дітей раннього шкільного віку з вираженими порушеннями мовлення.

Предметом дослідження є корекція моторного та мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку з вираженими порушеннями мовлення.

Методи дослідження. Визначити теоретичні положення, ключові поняття, умови навчання, нормативи, показники моторно-мовленнєвого розвитку комплексної корекції моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів з тяжким порушенням мовлення, методи аналізу, синтезу, порівняння та дослідження. Застосовується систематизація наукових джерел досліджуваної проблеми. Для з'ясування стану рухового розвитку молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення використовували багатофункціональні методи діагностики (фізикальне обстеження, антропометрію, спірометрію, комп'ютерне моторне вимірювання). Використовувати емпіричні методи діагностики (бесіди, бесіди, нейропсихологічне тестування) для визначення мовленнєвого розвитку дітей раннього шкільного віку з вираженими порушеннями мовлення. За допомогою підходу педагогічного моделювання розроблено модель комплексної корекції моторно-мовленнєвого розвитку дітей молодшого шкільного віку з тяжкими порушеннями мовлення. З метою перевірки достовірності отриманих результатів проведено якісний та кількісний аналіз даних дослідів.

Непараметричні та параметричні методи математичної статистики. Практичне значення отриманих результатів полягає у створенні експериментальної методики діагностики моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення та методики комплексної корекції моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення. враховують дані щодо поліфункціональної діагностики важкохворих дітей, активізації рухової системи кори головного мозку, поліпшення кровопостачання головного мозку, відновлення іннервації дихальних і суглобових м'язів, формування стереотипу правильного дихання та порушення мови; визначили, що використання в умовах середньої школи допускається. Методичні аспекти запропонованого підходу. Результати дослідження можуть бути використані при викладанні курсів «Корекційна педагогіка», «Логопедична лабораторія», «Корекційно-мовленнєва робота в загальноосвітніх навчальних закладах» у підготовці майбутнього вчителя початкової школи. Освіта та підвищення кваліфікації вчителя початкових класів.

РОЗДІЛ 1

**СУЧАСНІ АСПЕКТИ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКУ КОРЕКЦІЇ РУХОВОГО ТА
ВЕРБАЛЬНОГО РОЗВИТКУ В МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ВАЖКИМИ
ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ****1.1. Характеристика понять «вербальний розвиток», «руховий
розвиток»**

Процес розвитку морфологічної будови головного мозку відбувається нерівномірно. Дисбаланс у дозріванні зумовлений їх різним значенням на різних етапах індивідуального розвитку. Тому на пренатальному етапі дозрівають функціональні системи мозку, які в основному забезпечують такі важливі функції, як дихання, кровообіг і ковтання. Інші функціональні системи дозрівають після народження [9].

Для кожного етапу розвитку мови у дітей перш за все необхідна підготовленість певних структурних комплексів головного мозку до забезпечення розвитку мови. З іншого боку, повинні бути вимоги ззовні (зовнішній світ, суспільство) для подальшого дозрівання та зростання.

1- процес мовлення. В іншому випадку спостерігаються спотворення та затримка мовленнєвого розвитку, що призводить до вторинних функціональних деформацій на рівні мозку [19].

2- У працях П. Анохіна [4], М. Бернштейна [16], Л. Виготського [36], П. Гальперіна [38], Д. Ельконіна [63], О. Запорожця [6] описано виникнення мовлення, його мозкову організацію, особливості мовлення та інших вищих психічних функцій у дітей і дорослих з порушеннями психофізичного розвитку, а також методи подолання порушень. Результатом діяльності дослідників є сучасна нейропсихологічна теорія, заснована на положеннях про системну структуру вищих психічних функцій та їх системну мозкову організацію. Названі автори безсумнівно вплинули на розвиток психолінгвістики. Таким чином, ідеї Виготського дозволили виявити вихідні передумови і основні положення психолінгвістичної теорії. Рішення для виробництва голосу

«Від мотиву, який породжує будь-яку думку, до оформлення самої думки, до її опосередкування у внутрішньому слові, а потім - у значенні зовнішнього слова, і, нарешті, в слові» [36, с.11], запропонована ним, є превалюючою в усіх моделях, описаних у рамках вітчизняної психолінгвістики. Відмінність полягає в посиленні та уточненні будь-якої ланки запропонованої автором схеми [69].

Найбільш повне пояснення організації мовленнєвих функцій дав О. Лурія в «Нейропсихологічні основи» [105]. Відповідно до теорії О. Лурія, мозок поділяється на три основні структурно-функціональні блоки.

Перший блок коркового тону (енергетичний блок). Його основна функція — безперервна підтримка оптимального рівня збудження (напруги) кори головного мозку. Оптимальний тонус є необхідною умовою нормальної життєдіяльності, активної пильності та саморегульованої поведінки, є головною передумовою успішного здійснення різноманітної діяльності мозку.

Оптимальний рівень збудження підтримується завдяки роботі стародавньої («лімбічної») кори, структур верхніх відділів мозку (гіпоталамуса і зорового горбка), а також ретикулярної формації. Формування лімбічної системи також є передумовою для розвитку уяви. Ейнштейн вважав, що уява «важливіша за знання, тому що знання говорить нам все в теперішньому, а уява говорить нам все в майбутньому». На переконання К. Ханнафорд, Уява розвивається на основі синтезу моторно-сенсорних схем, емоцій і пам'яті [89, с.42].

Другий блок приймає, обробляє і зберігає інформацію. Він включає структури, розташовані в задній частині кори головного мозку (тім'яна, скронева і потилична частки), які представляють коркові компоненти аналізатора. На відміну від першого блоку, цей блок має модально-специфічні властивості та виконує прийом, аналіз та синтез візуальних, слухових і тактильних сигналів для надання сенсорної інформації людям. Задня частина великої півкулі з'єднує коркові зони зорової, слухової та шкірної кінестетичної систем. З'єднання двох півкуль головного мозку здійснюється за допомогою так званого мозолистого тіла — потужного пучка транскортикальних волокон [89].

Інтеграція та швидке отримання інформації стимулюють розвиток оперативного мислення та формування логіки. У корі задньої частини мозку

розрізняють «основні області аналізатора» та «периферійні області» [28], або первинні, вторинні та третинні домени.

Отже, головні ділянки кори мають функцію виділення певних модальностей (зорових, слухових, тактильних) сигналів, тобто виконують функцію подрібнення (аналізу) отриманої інформації. Вторинні ділянки цих відділів кори виконують об'єднуючу (синтетичну) функцію, тобто здійснюють комплексну обробку інформації від: й блок програмування, регуляції і контролю діяльності включає структури, які розташовані в передніх відділах великих півкуль головного мозку; провідне місце в ньому посідають лобні долі. Цей блок здійснює формування намірів, розробку відповідної програми поведінкової стратегії, її реалізацію в конкретних зовнішніх (рухових) або внутрішніх (розумових) актах. Він складається з моторних, премоторних, і префронтальних відділів кори лобних долей головного мозку. Моторна (поле 4) і премоторна (поля 6–8) – це ядерна зона рухового аналізатора. У моторній зоні знаходяться гігантські піраміди клітин, які дають початок довгим аксонам. Аксони, які переходять у стовбурі мозку на протилежну сторону тіла, несуть рухові імпульси. Ці імпульси в кінцевому результаті надходять до певних м'язових груп (м'язів верхніх або нижніх кінцівок, до м'язів шиї, голови, обличчя). Над первинною руховою зоною мозкової кори надбудована премоторна зона (6-е поле Бродмана). Ця зона готує рухові імпульси і запускає апарат рухової зони кори. Значення премоторної зони кори (або екстрапірамідного рухового поля) полягає в тому, що вона створює умови для систематичної роботи рухового апарату і, зокрема, для плавного переключення імпульсів з одних ланок руху на інші, забезпечуючи тим самим виконання складних рухових і інтелектуальних дій. Особливе значення премоторна зона кори має для створення рухових навичок, у яких одна рухова ланка повинна плавно змінюватися іншою. Поле 44 (зона Брокка) має відношення до керування оральними рухами і рухами мовленнєвого апарату [7].

Крім того, вчені вважають, що етапи, які визначають шлях від предметної діяльності до виникнення комунікативного наміру, структура і оформлення мовлення є універсальними для всіх дітей, незалежно від особливостей їх розвитку [9; 17; 18; 26; 35]. ; 63; 85; 97; 106 та ін.].

С. Бевзенко [11], О. Гвоздьов [39], М. Жинкін [64], Л. Щерба [212] досліджували мовленнєвий розвиток з точки зору лінгвістичних методів і розглядали власне процес засвоєння мовних елементів, тобто Said, опис послідовного виникнення фонетичних звуків на підрівнях певних фонетичних одиниць (звуків, слів, граматичних форм, синтаксичних структур) у мовленні.

Н. Жукова та Є. Мастюкова представляли мовленнєвий розвиток як поетапний процес, заснований на закономірностях онтогенезу фрази (від початкової форми слова до розгорнутої розповіді) [65].

А. Богуш [19] під мовленнєвим розвитком розуміє процес оволодіння засобами мовленнєвої діяльності (мовними символами, їх значеннями, правилами організації), символічним маніпулюванням (власне відбір мовних символів, їх співвідношення зі значенням, процес розуміння та породжуючий мовленнєвий виділення, поєднання, узгодження).

В. Тарасун [189], М. Шеремет [208] описали мовленнєвий розвиток дітей із психолінгвістичних позицій. Характеризуючи онтогенез дитячого мовлення, автор підкреслює його важливу роль у психологічному розвитку, оскільки формування мислення, конативних функцій і особистості тісно пов'язані з виникненням і розвитком мовленнєвої діяльності.

М. Алексєєва та В. Ясіна розуміють мовний розвиток як процес оволодіння дітьми рідною мовою та навичками мовленнєвого спілкування, що можливо лише за умов цілеспрямованого виховного впливу людського суспільства, це біхевіористський підхід[1].

С. Галущенко, розглядаючи всі сторони мовленнєвого розвитку (артикуляцію, слух, сприйняття, мову), стверджувала, що мовлення виникає внаслідок ускладнення відповідних рухів органів артикуляції, і вважала, що розвиток мовлення – це формування рухових здібностей, що є, розвиток рухових здібностей форм. Регуляція відбувається в дуже чіткій і ритмічній послідовності [37].

Автор досліджує та розкриває деякі психологічні передумови розвитку мовлення дітей, порушення яких може призвести до різних форм мовленнєвих дефектів у дітей раннього віку, а також до труднощів у формуванні письма та читання: Формування гнозису (пізнавальна функція, порівняння з дійсністю)

Відомі, тобто зафіксовані в пам'яті) і відпрацьовані (порядки дій, в основному засновані на відборі з пам'яті готових шаблонів); формування мовно-фонемної системи (звукоартикуляція, звукосприйняття); лексико-граматична система (значущі функції мовлення); імпресивне та експресивне мовлення зі спонтанними, автоматичними, рефлексивними номінативними та предикативними мовними операціями та транскрипцією логічних граматичних структур в одиниці значення.

Така складна система забезпечується спільною роботою багатьох ділянок кори головного мозку, а саме: задньолобовової ділянки, нижньої тім'яної ділянки, скроневої ділянки, задньої скронево-нижньотім'яно-передньої потиличної ділянки (ТРЗ – скронева частка, тім'яна зона) частки, потиличні частки) і працюють разом як аналітичні системи цих областей мозку (кінестетична, кінестетична, слухова, просторова, зорова), які проводять аферентні та еферентні шляхи, що належать до пірамідної та екстрапірамідної систем. Усі аналізатори тісно пов'язані між собою, особливо акустичний і кінематичний аналізатори мови [25; 43; 77; 105].

Руховий мовленнєвий аналізатор безпосередньо пов'язаний з процесом мовлення: периферичний відділ здійснює руховий мовленнєвий акт, а центральний відділ здійснює синтез рухового акту, координаційну, послідовну та перемикальну функції мовленнєвої дії. Для правильного виконання рухів необхідна злагоджена робота моторної, кінестетичної та зорово-просторової аферентних систем [177;223].

І. Павлов називав пропріоцептивну чутливість неодмінним компонентом мовлення. У моменти емоційного хвилювання у дітей кінестетичні і тактильні кінестетичні імпульси від працюючих м'язів, шкіри і слизових оболонок надходять в центральну нервову систему трохи раніше аутозорового і аутозорового подразнення. Так створюється послідовна мультисенсорна образність мовлення. Він вказував, що мова — це м'язове відчуття від мовного органу до кори головного мозку. [128].

М., основоположник концепції фізіології діяльності. Під руховим розвитком Бернштейн розумів всю область рухових функцій, поєднуючи знання біомеханіки, фізіології та психології. М. Бернштейн створив теорію моторного контролю на основі відомостей про структурний розвиток мозку в філогенезі та даних про психомоторний розвиток дітей [16].

Згідно з цією теорією, організація руху поділяється на 5 рівнів:

Рівень А — руброспинальний рівень центральної нервової системи. Цей рівень використовує пропріоцепцію, статичну витривалість і координацію для несвідомого регулювання тону м'язів тіла.

Ступінь В - таламічна блідість: забезпечує корекцію, внутрішні зв'язки повноти рухів, координацію їх складових, виразність рухів, пантоміміку, пластику.

Рівень С - конус-стриатум (просторова координація): забезпечує узгодженість рухової поведінки із зовнішнім простором, домінує зоровий аферент, а рухи цілеспрямованого характеру мають початок і кінець. Забезпечує максимальну точність ураження.

Рівень D - Парієтальний премотор, кора (гностичний практичний). Основною аферентною системою є репрезентація предметів. Передайте в семантичних аспектах, які залежать від дій об'єкта. Просторове поле набуває нових топологічних якісних характеристик (верх, низ, між, вище, до, після). Слідкуйте за лівою і правою сторонами тіла.

Рівень E – вищий кірковий рівень символічної координації та моторно-психологічної організації (лінгвістика): розуміння мови інших і власного мовлення, змісту розв'язуваної задачі, власного письмового та усного висловлювання. Ідеї, музичні та танцювальні вистави. Дії на цьому рівні засновані на уяві.

Вивченню складної психофізіологічної структури фізичних вправ присвячено велику кількість робіт. В. Дудієв [57] Досліджував мозкову організацію психомоторики. Він стверджував, що рух здійснюється за допомогою двох структур: аферентної і еферентної, які забезпечують спрямованість і просторовий розподіл рухових імпульсів, а також їх

перетворення в безперервні динамічні реакції. Спочатку для виконання дії важливу роль відіграють лобові частки (необхідні для створення предмета дії) і тім'яні частки (сприйняття семантичної структури дії). Далі за участю переднього поля руху відбувається процес створення контексту руху, який забезпечує виконання допоміжних технічних корекцій на несвідомому рівні, а потім – виконання руху, але навіть при виконанні ідеально скоординованого руху, завжди є Початкова редакція. Це досягається тим, що надходять імпульси посилюють інформацію про стан рухових органів в центри мозку.

Складні рухові дії забезпечуються найпростішими руховими рефlekсами людини (шкірними, сухожильними та ін.), які обумовлені діяльністю нижчих відділів центральної нервової системи (спинного, довгастого, середнього мозку). Більш складні рефlekси положення і стояння регулюються середнім мозком і вестибулярним апаратом, який, у свою чергу, регулюється мозочком. Останній координує адекватність руху. Збільшення кількості аферентів призводить до ускладнення рухової поведінки [57].

Включення зорових аферентів забезпечує точність просторових рухів. Частина простору, залучена до спорту, поділяється на сенсорне поле та спортивне поле. Мотор - це місце, де відбувається рух. Поле здається ширшим за ігрове поле. Завдяки зору і слуху враховуються просторові характеристики, в яких відбувається рух. Більш складні рухові дії – об'єктивно – відбуваються під час діяльності у високоорганізованому відділі кори головного мозку – лобових частках великої півкулі [23, 246]. Дії набувають осмисленого змісту і стають цілеспрямованими, а моторика пов'язується з психікою дитини.

У шість місяців малюк буде сидіти, спираючись на ручки, повертатися з живота на спинку, сидіти без опори і піднімати корпус ліктями. Цей етап моторного розвитку відповідає виникненню поперекового лордозу [61].

У 9-10 місяців дитина може самостійно стояти і ходити, тримаючись однією рукою за опору, виконувати енергійні і ритмічні «стрибки», щоб схопити щось протягом 10-20 хвилин поспіль. Це призводить до розвитку грудного кіфозу [59].

А. Запорожець [66] стверджував, що у новонародженого опорно-руховий апарат є домінуючою системою, а всі інші системи розвиваються послідовно і

залежать від неї. Шляхом розвитку рухів опорно-руховий апарат створює передумови для нормального розвитку дитини, що досягається численними фізіологічними системами.

Велика кількість експериментальних фактів підтверджує наявність відмінностей у структурно-функціональній організації психології та головного мозку дітей з різними порушеннями фізичного розвитку, в тому числі з порушеннями опорно-рухового апарату [9]. Вітчизняні та зарубіжні вчені охарактеризували типові захворювання опорно-рухового апарату, пов'язані з різними дефектами опорно-рухового апарату, і виявили закономірний зв'язок між порушеннями постави та аномаліями нервової системи, які свідчать про вади розвитку спинного або головного мозку і тим самим впливають на розвиток мовлення дитини. домен [54; 61].

Родове пошкодження хребетних артерій має важливе значення для формування рухової та мовної сфери. Система хребетних артерій забезпечує кровопостачання базальної частини мозку і має багато гілок. Тому навіть невеликі деформації шийного відділу хребта можуть призводити до порушення кровопостачання, а за певних умов — спазму артеріального русла, спричиняючи різні патології розвитку та функціонування головного мозку [13].

Наслідки недостатнього кровопостачання та порушення обміну рідини можуть призводити до різноманітних органічних уражень головного мозку, легкої мозкової дисфункції (ЛМД), що впливає на толерантність гнучких зв'язків, що забезпечують формування функцій мови та слуху, вербальної пам'яті та уваги, що в кінцевому підсумку призводить до різних порушень розвитку

Мова та інші вищі функції центральної нервової системи, включаючи пізнання та практику [45]. Відомі фахівці з розвитку мовлення і патології прямо вказували, що ЛМР є причиною і патогенним чинником майже всіх порушень мовленнєвого розвитку. Ускладнення можуть виникнути і з роботою внутрішніх органів, функція яких безпосередньо пов'язана зі **спинним мозком і нервами, що проходять через міжхребцеві отвори**. Наявність недостатньої м'язової та нервової іннервації в органах артикуляції та поєднаний характер деяких захворювань черепних нервів перешкоджають розвитку правильної звуковимови і визначають типи та особливості мовних розладів [43].

Аналіз літератури показує, що дослідження цієї групи дітей проводяться з медичних позицій і недостатньо специфічні за психолого-педагогічними параметрами. У психологічній літературі викривлення хребта розглядається переважно як причина ЛМД.

У разі порушень постави спочатку порушується правильний тонус м'язів, у тому числі дихальних м'язів. Останнє призводить до зниження багатьох параметрів функції зовнішнього дихання [18].

Залежно від того, де протікає патологічний процес дихальної системи, легенева недостатність можна розділити на наступні форми:

- обструктивний - утруднення деблокування бронхів;
- Рестриктивний - Порушується здатність легенів до вентиляції, внаслідок обмеження процесу розширення легень. Це можуть бути деформуючі або нерухомі зміни грудної клітки (кіфоз, хвороба Бехтерева) [90]. Ми розглядаємо процес моторного мовленнєвого розвитку як систему, що об'єднує кілька самостійних функціональних структурних одиниць із супідрядними, взаємообумовленими характеристиками, які формуються на певних вікових етапах розвитку дітей з порушеннями мови.

1.2. Особливості діагностики рухового та вербального розвитку

У нашій роботі велика увага приділялася поставі у дітей з ВПМ як одному з факторів гальмування центральної нервової системи, що впливає на руховий і мовленнєвий розвиток. В даний час відомі візуальний огляд і приладові методики діагностики постави. При візуальному огляді визначте форму спини: правильна постава, сутула спина, округла спина, увігнута або опукла спина,

Плоскі спинки та інші гібридні форми. Через бічне викривлення хребта можна виділити асиметричні (сколіозні) пози [74].

Рентгенографія є найбільш точним сучасним методом діагностики порушень постави. Це дозволяє підтвердити діагноз і отримати максимально повну картину вашого захворювання. У той же час рентген хребта не підходить для масового обстеження і динамічного спостереження дітей через високе

променеве навантаження на організм, що росте. Безпечним методом діагностики порушень постави є метод комп'ютерної оптичної топографії (КОМОТ), розроблений В. Сарнадським, який забезпечує безконтактне високоточне визначення форми поверхні тіла, дозволяє оцінити порушення постави та визначити викривлення тіла. Це справедливо навіть на початкових стадіях деформації хребта з боковим викривленням [15]. Але, на жаль, в Україні цей метод не отримав поширення.

Діагностика ВПМ у дітей передбачає визначення стану функції зовнішнього дихання, яка є основою голосового дихання. Для перевірки стану дихальної та голосової функцій фахівці рекомендують звертати увагу на: тип дихання (грудне, діафрагмальне, черевне, змішане); гучність, тривалість словесного видиху (2-3 слова на видих у дитини 5 років), 3-5 слів на видих у дітей 6-7 років) [94, 102].

Метод дослідження органів дихання має візуальний характер і не має об'єктивної оцінки [92, 94, 237]. Однак у роботі В. Галуценка для визначення типу дихання використовувався прилад «TRIFLO II» (Sherwood), за допомогою якого автор визначав не лише об'єм видиху, а й відповідний тип дихання. до об'єму видиху [37].

Пневмографія - надійний і точний метод дослідження дихання, метод графічної реєстрації змін об'єму легенів при природних дихальних рухах і довільному форсованому диханні. Спірометрія дозволяє отримати багато показників, які описують вентиляцію легенів. Перш за все, це статичні об'єми і ємності, що характеризують еластичні властивості легень і грудної стінки, а також динамічні показники, що визначають величину вентиляції, що проходить через дихальні шляхи під час вдиху і видиху в одиницю часу. Показники визначали в режимах спокійного дихання та деякі при форсованих дихальних маневрах [40, 80].

Незважаючи на значущість дихання в розвитку мовлення, воно залишається недостатньо вивченим у логопедичній літературі, а підходи до вивчення показників зовнішнього дихання здебільшого зведені до визначення ЖЕЛ. Сучасні комп'ютерні технології дозволяють вивчати індивідуальні характеристики дихання за допомогою апаратного комплексу САКР (Спіральна

артеріальна ритмограма). SAKR використовує високочутливі ультразвукові датчики для одночасної та безперервної неінвазивної реєстрації невеликих потоків повітря при вдиху та видиху. В результаті тестування апарату САКР оцінені показники дихання за віком та статтю дитини. Особливістю цього пристрою є наявність вбудованого програмного забезпечення, яке дозволяє одночасно оцінювати показники та подальшу статистичну обробку даних у конвертованих файлах [72;80].

Враховуючи структуру цільового руху, був розроблений наступний тест для КВР, акцентуючи увагу під час його виконання на різних фазах потенціалу або моторних фазах руху, що дозволяє оцінити поведінку стану різних механізмів, що контролюють психомоторику руху. Характеристики руху, які вивчає КВР, включають часові, швидкісні, просторові та кількісні (при повторних рухах) параметри руху. Виходячи з цих характеристик, комплексні показники такі:

Відстежувати якість, точність і успішність рухів і робити висновки про неврологічні та психологічні процеси [11].

На сьогодні нейропсихологічний підхід до вивчення особливостей розвитку дітей з психофізичними відхиленнями є найбільш популярним та перспективним як в нашій країні, так і за кордоном. Розробки О. Лурія використовуються у версії його тестів, адаптованих А.-Л. Крістенсен (Christensen, 1975) для дорослих і дітей Luria-Nebraska [228]. Значну популярність одержала методика дослідження вищих психічних функцій у дітей NEPSY [236]. Ідеї О. Лурія знайшли відображення і в психометричній батареї тестів Kaufman-ABC, яка широко використовується [215; 233].

Нині застосування нейропсихологічних методів вивчення особливостей розвитку дітей з психофізіологічними відхиленнями є найбільш популярним і перспективним у нас і за кордоном. Розробка О. Лурія була адаптована А.-Л у свій тестовий варіант. Christensen (1975) для дорослих і дітей Luria-Nebraska [228]. Досить популярним став метод дослідження вищих психологічних функцій у дітей NEPSY [236]. Ідеї О. Лурії відображені також у батареї психометричних тестів Kaufman-ABC, яка широко використовується [215;233].

Зовсім недавно на створення нейропсихологічних методів тестування мовленнєвих розладів вплинули теоретичні моделі когнітивних функцій. Одним із прикладів є використання моделі подвійного шляху обробки інформації під час читання (Coltheart, 1985). Змістовий аспект цієї моделі полягає в тому, що розпізнавання відбувається після візуального аналізу написаного слова, або шляхом сприйняття окремих літер і асоціювання їх зі звуками (фонологічний аналіз), або шляхом розпізнавання всього слова в цілому (лексичний аналіз). Вибір між двома стратегіями залежить від частоти слова та того, чи дотримується вимова правил.

Різномісний підхід до вивчення проблем корекційного взаємозв'язку рухового та мовленнєвого розвитку дітей з розладами аутистичного спектру дає змогу розробити пріоритетні методики, які дають можливість об'єктивно оцінити індивідуальні особливості психофізіологічного стану на основі використання сучасних технологій.

1.3. Корекційна робота з дітьми, які мають важкі порушення мовлення

Зменшення кількості особливих дітей у загальноосвітніх навчальних закладах та збільшення кількості особливих дітей у дошкільних закладах свідчить про те, що шкільне навчання може і має бути запорукою відновлення та збереження фізичного та психічного здоров'я учнів.

Сьогодні сучасні системи шкільної освіти потребують відповідей на багато питань, які ставлять вчителі, лікарі та батьки дітей різного віку. Про ефективність і корисність навчального процесу можна говорити багато, але важко ігнорувати той факт, що більшість дітей із ВПМ закінчують школу з різними захворюваннями, отриманими під час навчального процесу [112].

Можливо, варто окреслити права та обов'язки закладів освіти в Законі України «Про освіту» і на основі цього працювати над наданням освітніх послуг різного рівня для дітей з вадами фізичного та розумового розвитку.

Більшість дітей з вадами психофізичного розвитку виховуються в спеціалізованих школах-інтернатах. На жаль, багато людей все ще роблять це самі вдома, часто без спеціального нагляду та планів корекції. Нарешті, дехто навчається у звичайних загальноосвітніх школах і в класах з однолітками – це інклюзивна освіта.

У зв'язку з цим постало питання змісту освіти в загальноосвітніх школах. Шкільна програма розрахована на здорових учнів і виконання завдань, які не відповідають функціональному стану дитини з особливими освітніми потребами, не стимулюватиме її до подальшої трудової діяльності. З іншого боку, зміна шкільної програми та спрощення її до рівня учнів із психофізіологічними відхиленнями призведе до ризику недоотримання знань здоровими школярами. Тому це відобразиться на рівні освіти на вищих рівнях (коледжі, університети) – виховання майбутньої нації.

Практичні дослідження Л. Носкіна в галузі освітнього здоров'я підкреслюють необхідність індивідуалізації з метою оцінки функціонального здоров'я учнів, прогнозування потенційних небезпек у навчальних просторах, забезпечення стійкості організму дітей до запропонованих педагогами освітніх процесів. Основні риси гігієни навчання: об'єктивізація індивідуальних варіантів на основі функціонального розвитку, створення оптимальних умов для адаптації учнів до методів навчання, які використовуються в шкільній практиці, формування у вчителя переконання, що цим можна керувати **за допомогою засобів, доступних у сучасному освітньому просторі** Виникаючі функціональні помилки [131].

О. Романчук зазначив, що методи генетичного моніторингу здоров'я дітей шкільного віку відкривають нові можливості для підвищення ефективності корекційних процесів. На думку автора, необхідно об'єктивізувати вплив освітніх технологій, у тому числі корекційних, а оцінку шкільної успішності дітей підняти на новий рівень, враховуючи «фізіологічну вартість», яку діти сплачують за навчання [160, 161; 164].

Корекція мовленнєвого розвитку передбачає дуже різні підходи, і зв'язок між ними не завжди очевидний. Основна помилка полягає в тому, що виправити мовлення може тільки логопед або дефектолог. В основі сучасної методики фізичних вправ лежить першочергове вирішення освітніх, оздоровчих і корекційних завдань: формування рухових навичок і основних рухових навичок (ходьба, біг, стрибки, лазіння, метання, фізичні вправи, рухливі ігри); розвиток моторики. Розвиток умінь і навичок (швидкість, гнучкість, координація і точність рухів, витривалість); виконувати фізичні вправи, спрямовані на розвиток опорно-рухового апарату, формування та виправлення правильної постави та склепіння, удосконалення серцево-судинної системи організму дитини; виконувати фізичні вправи, пріоритетні. Розгляньте види вправ, які більшою мірою впливають на мовленнєву функцію в різних напрямках.

Автор вважає (підтверджено статистичними даними), що традиційні, загальноприйняті психолого-педагогічні методи в багатьох випадках вже не здатні дати очікуваних результатів у процесі навчання та корекції спрямованості.

Перший ґрунтується на тому, що з урахуванням загальних закономірностей онтогенезу вплив на психомоторному рівні призводить до активізації розвитку всіх вищих психологічних функцій, у тому числі й мовлення. Цей метод є адаптованою варіацією основних тілесно-орієнтованих психологічних технік.

Другий напрямок корекційно-розвивальної роботи реалізує ідеї Виготського про процес інтеріоризації. Він передбачає розвиток одночасних слабких зв'язків, які спираються на міцні зв'язки під час спеціально організованих взаємодій між дітьми та дорослими. Ця взаємодія встановлюється: з урахуванням закономірності процесу інтеріоризації (від простого до складного), з урахуванням слабких ланок функціональної системи дитини, коли дитина емоційно бере участь у процесі взаємодії.

Нейропсихологічні підходи спрямовані на цілеспрямований подальший розвиток слабких ланок функціональної організації мозку. Завдяки сильній пластичності дитячого мозку і незавершеності процесу кортикалізації найбільш успішно піддаються корекції діти 4-10 років.

Проте, хоча національні та сучасні плани розвитку проголошують принцип єдиного освітнього простору, все ж недооцінюють роль фізичного виховання в освітньому процесі. Відсутність обґрунтованих єдиних вимог до інтелектуального, фізичного, моторного та мовленнєвого розвитку загострює протиріччя між цілісністю особистості та функціональним способом її формування. Тому в розділі «Фізична культура» «Підготовчого курсу до спеціальних загальноосвітніх навчальних закладів для дітей з тяжкими порушеннями мовлення 1-4 класів» визначено, що мета навчального предмета «Фізична культура» для дітей з ВПМ. - збереження і зміцнення здоров'я, фізичний розвиток і виправлення його порушень, закладання основ психологічно, соціально, духовно і фізично здорового способу життя розумово відсталих учнів; розвиток рухових якостей (сили, швидкості, витривалості та ін.); розвиток навички вербального спілкування, розвиток мовлення та дихання, координація мовлення та рухів, рухові групові завдання та вправи «мозкова гімнастика». Існує окрема школа постави, спрямована на вдосконалення фізичного розвитку молодших школярів з ВПМ за допомогою фізичних вправ (тобто виправлення постави), які можуть впливати на основну патологію дитини одночасно з логопедичними прийомами. Це цілком обґрунтовано, оскільки більше 70% обстежених молодших школярів з вадами мовлення мали порушення володіння м'ячем у вигляді ушкоджень опорно-рухового апарату: різні види порушень постави, сколіоз, вигин хребта. Деформація грудної клітки [44, 54, 165, 168]. При цьому інформація про індивідуальні особливості форми спини відсутня, тому немає достатньої варіації вправ для різних типів спини. Вправи, подані в

Програма спрямована лише на створення стереотипу правильної постави, без урахування вже наявних відхилень. Аналіз «Підготовчого курсу для дітей з тяжкими порушеннями мовлення в спеціальних загальноосвітніх навчальних закладах 1-4 класів» показує, що в процесі фізичного виховання не приділяється уваги формуванню дихальної функції, яка є важливим етапом мовлення. достатньо уваги. Патоморфологічна корекція [121].

У корекційно-розвивальних завданнях розділу «Фізична культура» розвиток дихання здійснюється у взаємозв'язку з розвитком правильної постанти, ходи, граціозності, рухових і рухових функцій. Розвиток дихання включає відпрацювання координації рухів, дихання та мовлення в бальній школі, школі активного відпочинку (сприяння активізації дихання при формуванні та корекції основних рухів), заохочення школи дихання. Розвиток фізичної форми (вироблення правильного дихання під час ходьби та бігу) та постуральної школи (вироблення правильного дихання під час руху).

На нашу думку, цього недостатньо, оскільки дихальна гімнастика, як і будь-яка інша фізична культура взагалі, є цілеспрямованою діяльністю людини, тобто регульованою свідомістю. Хоча дихання в цілому є довільною фізіологічною поведінкою, в той же час за допомогою активних (усвідомлених) дихальних вправ можна не тільки цілеспрямовано впливати на структуру дихальної поведінки, а й формувати відповідні стереотипи дихання та фіксувати на них стереотипи дихання. нормативний рівень. Крім того, сучасні процедури дозволяють планувати комплексні курси.

Дихальні вправи слід використовувати не тільки під час виконання основних рухів для сприяння їх розвитку, а й як спеціальні вправи, спрямовані на подолання напруженого стану дихальної системи у дітей з ВПМ, що забезпечить якісне дихання та мовлення в подальшій корекції. мова. Такі вправи слід призначати спеціально, враховуючи індивідуальне навантаження на режими дихання молодших школярів з ВПМ.

Для дітей з ВПМ особливо важливі вправи з розвитку дихання, оскільки, здійснюючи фізіологічне дихання, вони повинні також коригувати голосове дихання, тобто практикувати короткий вдих і довгий голосовий видих [40, 45].

Олександра Миколаївна Стрельнікова неодноразово говорила про надзвичайну ефективність дихальних вправ. Вона вважає, що в деяких випадках достатньо тижневого курсу з 1500-2000 дихальних рухів, звичайно не безперервно, а з перервою між ними, і говорити відразу стане легше [87].

І. Козлянінова, Е. Чарелі [76] виділили такі принципи тренування дихання: усвідомленість під час практики; поступовість і систематичність (основою принципу є перехід від простого до складного, від легкого до складного); повторюваність (виконувати один раз). Практика не викликає тривалих і істотних змін. При безперервному навчанні розвивається автоматизм); індивідуальний підхід (при виконанні голосового дихання слід враховувати вік дитини, стан дихання та загальний стан здоров'я). Дихальні вправи, як обов'язковий елемент підвищення пластичності психомоторного забезпечення психічних процесів, увійшли до комплексних програм корекції психомоторних розладів Т. Дегтяренко та Я. Шевцової [52]. Крім масажу і самомасажу, розтяжки і релаксації, дихально-руховий комплекс також є засобом оптимізації функціонального стану глибоких структур головного мозку, складаючи основу підкірково-кіркових і міжпівкульних взаємодій. Автор наполягає на використанні не окремих вправ, а комплексному застосуванні приблизно однакової кількості вправ, що надає дитині найбільшу можливість для винаходу компенсаторних прийомів, що оптимізують рухову активність.

Зарубіжними вченими розроблені дихальні вправи для корекції голосового дихання [222;243;237]. К. Лінклейтер [99] – американський дослідник проблем голосу – створив унікальну методику дихальних вправ, спрямовану на вирішення поширеної проблеми порушення голосового дихання:

1) Емоційне хвилювання передає у відповідь дихальні імпульси

Дихальна мускулатура гальмує цей імпульс і перешкоджає вільному процесу дихання;

2) Неправильна постава (набухлі груди ускладнюють роботу міжреберних м'язів

м'язи під час дихання; вигин назад заважає вільній роботі діафрагми);

3) Великий м'яз контролює дихання, що робить

Зв'язок між емоціями і диханням.

Л. Соловйова при створенні методики дихальних вправ для корекції голосу використала дослідження К. Лінклейтера [179].

існують. Бурлакіна створила систему дихальних вправ для корекції різних мовленнєвих порушень, спрямованих на подолання нервозності у дітей, формування та відновлення нормального дихання та створення позитивних емоцій [22].

Дихальні вправи органічно вписуються в регулярні заняття фізичною культурою. Деякі автори рекомендують їх використовувати в період навчання (підготовча частина курсу) і відновлювальний період (заключна частина курсу) [7, 89, 214].

У ВНДІ національної патентної експертизи вперше зареєстровано виключне право на використання лікувальної дихальної гімнастики з офіційною авторською назвою: «Методи лікування захворювань, пов'язаних з втратою голосу» [213]. Відтоді в сучасну фізкультурно-оздоровчу практику все більше впевнено входить дихальна гімнастика: парадоксальна гімнастика Стренікової, довільне усунення глибокого вдиху Бутека, дихальна робота Толкачова, індійська хатха-йога, китайський цигун. Це список популярних дихальних технік, але це далеко не повний список. Однак вони використовуються за відсутності надійних і валідних методів діагностики захворювань органів дихання. До теперішнього часу не розроблено критеріїв вибору дихальних вправ.

Аналіз положень концепції національного освітнього стандарту для учнів початкових класів з порушеннями мови, освітньо-виховних програм для дітей з порушеннями мови, організаційного стану мовного розвитку учнів молодших класів загальноосвітньої та спеціальної школи свідчить про необхідність скоригувати спрямованість шкільної діяльності на профілактику та подолання труднощів в освоєнні програми.

Висновки до розділу 1

У розділі 1 описано сучасний стан досліджень моторно-мовленнєвого розвитку дітей з нормальним мовленнєвим розвитком і мовленнєвими порушеннями, узагальнено науково-теоретичні методи доцільності спільної корекції моторно-мовленнєвого розвитку, викладено «моторний розвиток» і «мовленнєвий розвиток» дітей раннього віку з СДУГ. Сутність поняття, огляд основних діагностичних методів дослідження моторно-мовного розвитку дітей шкільного віку з СДУГ молодшого віку, сучасний стан і зміст сучасних корекцій, аналіз роботи спеціальних шкіл і звичайних шкіл для окремих категорій дітей.

Методологічною основою теоретичного і практичного розвитку мовленнєво-моторного розвитку молодших школярів із ВПМ і нормальним мовленнєвим розвитком є результати досліджень Л. Виготського та П. Гальперіна про вітчизняних класиків психології та педагогіки. Д. Ельконін, М. Жинкін, О. Запорожець, О. ., Є. Собонович, В. Тарасун, М. Шеремет. У роботах цих дослідників розглянуто принципи, чинники та умови навчання корекції моторних мовленнєвих порушень у дітей з порушеннями мовлення, діагностичні методи визначення особливостей моторного мовленнєвого розвитку дітей з ВПМ, а також особливості психофізіологічного розвитку дітей з ВПМ. дітей з визначенням нормальної та патологічної мови. Ці положення дають нам підстави припускати, що рухові аналізатори мають особливе значення в розвитку мозкової діяльності, а саме у формуванні та вдосконаленні мовлення дітей нормального та молодшого віку з мовною патологією.

Базується на сучасному трактуванні вченими природи поняття

«Розвиток мовлення», який ми розуміємо як біосоціальний процес формування складних функціональних мовленнєвих систем у молодших школярів у ВПМ (гностичні практики забезпечують мовлення, фонетико-фонематичні та лексико-граматичні системи, а також вражаючу та багату експресивну мову)), що є результатом консолідації структурно незалежних ділянок мозку, утворених різними патологіями, кожна зі своїм специфічним внеском у загальну функціональну систему.

Аналіз сучасних методів діагностики моторно-мовленнєвого розвитку дозволяє виявити: Існуюча система організації діагностики моторно-мовленнєвих розладів у середній школі є незавершеною, практично відсутні

методики, придатні для виявлення та виділення морфофункціональної підтримки моторики та мовленнєвого розвитку. у дітей шкільного віку з порушенням розладу аутистичного спектру (РАС), через відсутність об'єктивних методів діагностики на практиці фахівці часто вдаються до невербального дослідження симптомів. Зараз у практиці корекції моторного та мовленнєвого розвитку при підборі корекційних методів у середній школі переважно не враховуються індивідуальні особливості молодших школярів із важкими порушеннями мовлення. Критерієм вибору корекційних методів є: поки що рухова та мовленнєвий розвиток ще не склався.

Недоліки системи корекції моторно-мовного розвитку молодших школярів при організації ВПМ в умовах загальноосвітньої школи призвели до необхідності єдиної діагностики моторно-мовного розвитку молодших школярів і на її основі, розробка методики для дітей молодшого шкільного віку з ВПМ Комплексний корекційний підхід до моторно-мовленнєвого розвитку (КРМР) дітей шкільного віку з метою організації корекційної роботи.

Рівень відповідності з руховими та мовленнєвими порушеннями.

РОЗДІЛ 2**МЕТОДИКА КОРЕКЦІЇ РУХОВОГО І ВЕРБАЛЬНОГО РОЗВИТКУ
МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ ВАЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ
МОВЛЕННЯ****2.1. Модель комплексної корекції рухового і вербального розвитку
молодших школярів із важкими порушеннями мовлення**

Методично КРВР дітей з ВПМ базується на філософській концепції єдності фізичного і психічного розвитку людини (Ж. Піаже [17]), уявленні про моделі розвитку та організації вищих психологічних функцій в онтогенезі дитини, ієрархічна структура мозку (О. Лурія [106]), зміст навчання: нейропсихологічна реабілітація (Л. Цветкова [202]), теорії формування та вдосконалення рухів і мови людини (М. Кольцова [79]), як а також функціональні системи та механізми рухового контролю (П. Анохін [4], М. Бернштейн [16]).

В основі реалізації КРВР лежать загальнопедагогічні принципи та специфічні принципи корекційної педагогіки.

Принципи системного підходу до корекційно-виховної діяльності. Застосовувати конкретні принципи для створення інноваційного освітнього та реабілітаційного середовища на системній основі

Поєднання освіти, психології та медицини.

Цей принцип полягає в єдності корекційних, профілактичних і розвиваючих завдань, у якому системність і взаємозалежність завдань відображають взаємозв'язок розвитку різних сторін особистості дитини. Своєчасні профілактичні заходи дозволять уникнути непотрібних ускладнень у його розвитку та поведінці. Метою організаційної корекційної роботи має бути створення умов, що сприяють найбільш повній реалізації потенційних можливостей

Гармонійний розвиток особистості дитини.

Принцип єдності діагностики і корекції визначає необхідність

Обов'язковою умовою корекційної роботи є комплексне обстеження ДИТИНИ.

принципи розвитку. Коригувальний вплив одночасно спрямований на відновлення розірваних зв'язків, покращення існуючих зв'язків і розвиток (формування) нових можливостей і навичок, необхідних для загального розвитку

Рухова та мовленнєва діяльність.

принцип роботи. Реалізація діяльнісного принципу дає змогу визначити вибір стратегії, засобів і методів корекційно-розвивального впливу.

Досягайте поставлених цілей. Корекційно-розвивальна робота базується на розумінні розвитку особистості в діяльності. Активна діяльність дітей молодшого шкільного віку з важкими порушеннями мовлення передбачає використання вправ і завдань на розвиток моторики в рамках вікової орієнтації діяльності (навчання). Виконуйте роботу відповідно до цього принципу, поєднуйте її з реальною забудовою території та орієнтуйтеся на

Зона найближчого розвитку для дітей з вираженими порушеннями мовлення.

Принцип комплексності передбачає одночасне вирішення кількох завдань Завдання в структурі уроку: розвивальні, корекційні, виховні.

Принцип індивідуального підходу полягає в ретельному вивченні кожної дитини перед початком корекційно-розвивальної роботи та в побудові методики з урахуванням основних закономірностей психофізичного розвитку з урахуванням сензитивних періодів. Вибирайте завдання з урахуванням віку та особистих здібностей дитини.

Принципи рівнів моторного розвитку в ієрархічній теорії моторної побудови М. Бернштейна не тільки відображають існуючу філогенетичну послідовність у формуванні рухових функцій дітей, а й показують, як кожен новий рівень моторного контролю надбудовується на існуючих. відповідає за більш примітивні рухи.

Загальні принципи навчання: науковість, активність, свідомість і мотивація (керівні принципи навчання), принцип зручності, принципи наочності, системності та послідовності.



Рисунок 2.1. Модель комплексної корекції рухового і вербального розвитку молодших школярів з ВПМ у процесі фізичного виховання.

Модель КРВР забезпечує єдність етапів і об'єднує їх у безперервний навчальний процес, що дозволяє розглядати його як цілісну систему.

Він передбачає діагностику моторного і мовного розвитку на основі оцінки складових нормативних показників, вибір методів корекції з урахуванням моторного розвитку, зміст корекцій, методичне забезпечення корекцій з урахуванням особливостей різних видів рухової і розвиток мови контроль виконання.

У рамках впровадження моделі КРВР визначено коло учасників процесу ревізії. В першу чергу це діти з ВПМ, вчителі фізкультури, логопеди, а також люди, безпосередньо зацікавлені в нормалізації мовленнєвої діяльності дітей - батьки, класні керівники.

КРВР – система навчання, яка складається з чотирьох етапів: проєкції, діагностичного аналізу, навчально-корекційного та контролю, що забезпечує цілісність ключового змісту корекції навчальної роботи до розвитку моторики мовлення учнів. Кожен етап роботи має свою мету і конкретні завдання.

Наведені етапи відображають логічну послідовність впровадження КРВР у молодших школярів з використанням ВПМ.

У визначений термін було підготовлено експерта з моніторингу (експертом міг стати будь-який зацікавлений вчитель) та створено комісію.

Фахівці з моніторингу виступають інтеграторами результатів обстеження дітей і формують базу даних показників моторного та мовного розвитку, на основі яких визначається рівень сформованості останнього.

Згодом була створена комісія у складі психолога, логопеда, класного керівника та вчителя фізкультури. Наявність дирекції сприяє впровадженню корекційного фізичного виховання на наступному етапі, цілеспрямованому формуванню у школярів уявлень про власний фізичний стан, фізичну та психічну взаємодію, комунікативних знань і навичок, умінь самоконтролю.

Другий етап – діагностико-аналітичний, метою якого є визначення індивідуальних особливостей моторно-мовленнєвого розвитку дітей з ВПМ, а **ТАКОЖ**

Надати цілеспрямовані поради щодо використання корекційних засобів. На цьому етапі була реалізована перша умова навчання, яка передбачала поліфункціональну діагностику моторно-мовного розвитку молодших школярів з ВПМ, а друга умова навчання враховувала вибір методів корекції рухового розвитку.

Особливості моторного розвитку у молодших школярів з ВПМ визначали за допомогою таких універсальних діагностичних методів: соматоскопії, антропометрії, спірометрії, комп'ютерного моторного вимірювання. Особливості мовленнєвого розвитку визначають за допомогою бесід, бесід, нейропсихологічних тестів. Діагностика проводиться в звичайних умовах дитини, тобто безпосередньо в школі. Універсальний контроль проводиться вранці натщесерце в аудиторії або будь-якій вільній аудиторії.

Вибір інструменту корекції здійснюється в кінці етапу діагностики та аналізу. До основних методів спортивної корекції належать вправи на корекцію постави, дихальні вправи, голосо-рухові вправи, рухливі ігри, вправи на розвиток суглобів і органів, самомасаж. Вправи на корекцію постави (з урахуванням форми спини) покращують сегментарну іннервацію та кровопостачання головного мозку, дихальні вправи (з урахуванням особливостей дихання при різних ВПМ) спрямовані на усунення патологічних патернів дихання та активізацію загального тону мозку; Звуко-рухові вправи сприяють налагодженню автоматизації звуків, рухливі ігри розвивають гностичні практичні функції, фонемну систему мови, формують просторові уявлення, розвивають комунікативні навички та подолають патологічну ригідність тілесних установок; самомасаж кистей і пальців активізує кора головного мозку.

За результатами діагностично-аналітичного етапу були проведені батьківські збори з учасниками експерименту – вчителями, вчительками фізичної культури та логопедами, які надавали рекомендації щодо особливостей проведення вправ при виявлених типах жестів та поведінки. Розлади дихання, щодо елементів регуляції та контролю.

Цілями третього навчально-корекційного етапу є корекційний руховий і мовленнєвий розвиток. На цьому етапі реалізувалася третя умова навчання – використання ВПМ для вирішення корекційних завдань у процесі навчання фізичної культури учнів молодших класів.

Бібліотека методик КРВР для учнів середнього шкільного віку з ВПМ включає загальні методики рухової реабілітації дітей:

❑ Еволюційний підхід – відповідна послідовність для навчання дітей

Фізичні вправи: мета корекційних фізичних вправ полягає в тому, щоб активувати спочатку найстаріший блок мозку 1, потім 2-й блок і, нарешті, 3-й блок;

- Метод моделювання параметра цільової дії - будь-який рух

Поведінку можна розділити за трьома основними параметрами: простір, час, енергія;

❑ Підходи до безпеки – пасивна та активна безпека дозволить адресувати

Виконувати корекційні завдання без шкоди для здоров'я школярів;

– Індивідуально диференційована методика фізичних вправ –

Відображає основи індивідуально-орієнтованого підходу до навчання, реалізується шляхом об'єднання дітей у групи;

- Методи рухової стимуляції розвитку мовлення - Будь-які фіз

Мета цієї вправи – активізація сенсорної взаємодії.

Основним напрямком моделі КРВР є оптимізація трьох основних функціональних блоків головного мозку, стандартизація пози, корекція патологічних стереотипів дихання, відновлення достатнього кровообігу в хребті та магістральних артеріях головного мозку.

На даному етапі основною формою заняття фізичною культурою для дітей ВПМ молодшого віку та учнів з нормальним мовним розвитком є одне заняття. Під час планування уроків враховуються рухові та мовленнєві порушення, а також порушення дихання та постави. Необхідною умовою використання запропонованих комплексів вправ на уроках фізичної культури є попередня підготовка студентів. У підготовчій частині курсу представлені

вправи для вирішення завдань КРВР: самомасаж долонь і пальців, вправи для корекції постави, дихальні вправи та ходьба і біг з артикуляцією.

При виборі вправ для корекції постави враховуйте форму спини. Горбаті учні початкових класів виконували вправи «Відпуск лампи» (плечі розведені в сторони), «Довгі руки» (підняття обох рук над головою, лежачи на спині), «Підйом журавля» (підняття прямо). ноги, лежачи),

«Місток» (підняти таз вгору, лягти на спину), «Тюлень» (підняти голову, лягти на живіт), «Качалочка» (витягнути руки і ноги, лягти на живіт), «Черв'як» (передпліччя). опора, живіт рухається, ніжки не задіяні), «Кошеня» (згинання хребта в положенні спокою, стоячи на колінах), «Верблюду» (розгойдується в положенні спокою, стоячи на колінах з невеликим навантаженням на спину), «Вантажівка» (зупиняється, коли стоячи на колінах в русі, з вантажем на спину).

Школярі з округлою спиною виконували такі вправи: «Лежені» (лежачи на гімнастичній лаві на спині), «Довга ручка», «Метроном» (почергове піднімання ніг лежачи на спині), «Павучок» (піднімання ніг).) із згинанням тулуба в ліктях, ногах, зігнутих у колінах (починаючи з положення лежачи), «місток», «мале коло» (повороти на лівий і правий бік, лежачи на спині),

«Колода» (перевертання на спину, поворот зі спини на живіт), «Жаба» (імітація плавання, лежачи на животі), «Сонечко» (повзання з упором на передпліччя). Вправи для учнів молодшого шкільного віку з плоскою спиною: «Перевернись» (повороти вліво-вправо), «Лінивий жираф» (лежачи на спині), «Місток», «Літачок-гойдалка» (гойдання вперед-назад, лежачи на животі).),

«Бар'єр» (підйом з прямими ногами, положення лежачи на животі), «Телець» (упор на прогинання спини стоячи на колінах), «Карусель» (упор на поворотах колін вправо-вліво стоячи), «Раки». » (рух назад, сидячи). Вправи для профілактики порушень постави у молодших школярів з нормальним мовленнєвим розвитком

Дихальні вправи підбирались із урахуванням порушень паттерну дихання та звуковимовляння при різних ВПМ. Школярам із псевдобульбарною спастичною дизартрією виконується комплекс седативних (розслаблюючих) дихальних вправ, спрямованих на розслаблення інспіраторної мускулатури, подовження видиху та збільшення дихального об'єму. Заспокоєння досягається скороченням вдиху і подовженням видиху. Вдих пов'язаний із процесами збудження в нервовій системі, а видих — із гальмівними процесами в нервовій системі. Під час виконання вправи, з урахуванням порад логопеда, звуки [ш], [ч], [ш], [с] та [д], [т], [р], [н], [л] вимовляти.

Учні з псевдобульбарним паралічем дизартрією виконують тонізуючі (стимульовані) дихальні вправи, спрямовані на збільшення частоти вдиху, оптимізацію дихального об'єму та покращення вентиляції легень. Активація симпатичної нервової системи відбувається за рахунок подовження вдиху і вкорочення видиху. Під час вправи на видиху вимовляються губні звуки, а також голосні і стопи.

Дітям зі змішаною дизартрією виконують дихальні вправи, спрямовані на поліпшення вентиляції легенів, тренування м'язів вдиху і видиху, збільшення рухливості грудної клітки. Тренування виконується, вимовляючи [з], [с], [ш], [ч], [ц], [д], [т], [м], [р]. При коркової дизартрії метою дихальних вправ є розвиток підреберного дихання і тренування м'язів вдиху і видиху. Комплекс включає звуко-рухові вправи, включаючи звуки шиплячих і аффрикат, [р], [р']. Молодшим школярам з нормальним мовленнєвим розвитком проводились вправи на здорове дихання (Додаток 3). Під час повільної ходьби та бігу учні вимовляють склади: [па], [ба], [ма], а пізніше [та], [ла], [на] (та з іншими голосними), що сприяє формуванню вміння змінюватися. інтенсивність звуку (при різній швидкості ходьби або бігу) для відтворення складів із заданою швидкістю.

В основній частині курсу на рівні програмних засобів виконуються вправи, спрямовані на стимуляцію другого функціонального блоку головного мозку (координація рухів).

Завершальна частина курсу включає рухливі ігри для розвитку практичних гностичних функцій («Заборонений рух», «Вухо-ніс», «Що це звучить?»).

«Чотири стихії»), фонема мовлення («Останній звук, відгук!», «Хто сховав цей звук?»), розвиток словника («Може літати - не може літати»,

«їстівне - неїстівне»), усунення патологічно скутих поз тіла («кам'яні статуї»), які наведені в додатку П, а також вправи для тренування суглобових апаратів (додаток П). При корекції також застосовуються комплексні релаксаційні вправи для шиї, суглобових органів, органів голосу (додаток У).

Заняття з фізичної культури проводяться тричі на тиждень по 40 хвилин. Всього проведено 306 занять (по 102 заняття для кожної вікової групи дітей 7-9 років). Ключовим напрямком роботи на цьому етапі є забезпечення оптимальної взаємодії вчителя фізкультури та логопеда.

Метою четвертого етапу (контрольного) було визначення ефективності методики КРВР з ВПМ для молодших школярів та надання рекомендацій щодо подальшого використання корекційних засобів. На даному етапі після проведення КРВР реалізовано умови навчання поліфункціональної діагностики моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів у ВПМ. Використовуйте наступні методи для контролю та покращення валідності КРВР: соматоскопія, антропометрія, пневмометрія, комп'ютеризовані моторні вимірювання (для аналізу рухів) та нейропсихологічне тестування.

2.2. Особливості корекції рухового і вербального розвитку молодших школярів із важкими порушеннями мовлення

Аналіз наукової літератури з досліджуваної проблеми дозволив дійти висновку, що моторно-мовленнєвий розвиток молодших школярів із ВПМ пов'язаний не тільки з корекцією артикуляційних рухів, дрібній моторики, порушень звуковимовляння, але й з корекцією базового морфофункціонального забезпечення, що передбачає активізацію кори головного мозку, корекцію

хребта для відновлення іннервації дихальної та артикуляційної мускулатури, покращення кровопостачання до головного мозку та формування стереотипу правильного дихання.

Для активізації кори головного мозку в учнів молодшого шкільного віку з СДУГ застосовують самомасаж рук і пальців рук.

Протипоказання до цієї процедури: гнійнички і запальні ураження шкіри. При виконанні самомасажу необхідно стежити за тим, щоб не було дискомфорту і болю.

Масаж слід починати з інтенсивних погладжувальних зовнішньої і внутрішньої поверхні долонь. Далі слід виконати самомасаж пальців. Пальці можна масажувати окремо або разом.

Наступний етап передбачає самомасаж долоні, а також всіх пальців однієї руки. У цьому випадку необхідно одночасно розминати м'язи, хрящі, зв'язки і суглоби долоні, щоб забезпечити достатній тиск на тканини, але не застосовувати надмірну силу.

Ефективна також така техніка: «зчепити» пальці обох рук разом, а пальцями однієї руки масажувати «кістяну» область іншої руки.

Для молодших школярів ВПМ пропонує набір технік самомасажу рук і пальців

1. Починати погладження з тильного боку кисті і долоні (5-6 разів).
2. Помасажувати кінчики пальців, кожен палець (до 5 секунд).
3. Помасажуйте долоню великим пальцем (кожен раз по 10 секунд).
4. «Помиємо руки» Імітація миття рук з милом і рук (10 секунд).
5. «Оплески». Долонька (10 разів).
6. «Молоток». Стисніть кулак і зробіть удар молоточком по кожній долоні (10 разів).
7. «Відкрий замок» Засуньте руку в замок і спробуйте відкрити його з силою.
8. «Ножиці». Використовуйте пальці, щоб зробити ріжучий рух. (10 разів).
9. Починаючи з мізинця, стисніть кулак і послідовно розведіть пальці.
10. «Боксер». Стукни кулаком кулаком.

Це своєрідна «розминка» для кори головного мозку. Розроблено диференційований комплекс вправ для корекції різних форм спини у дітей молодшого шкільного віку з ВПМ. У комплекс входять вправи для округлення, округлення і рівної спини.

Сутулість.

Ознаки: посилення кіфозу у верхньогрудному відділі хребта, шийний лордоз, згладжений поперековий лордоз, плоска грудна клітка, нахил голови вперед.

Завдання вправи Горбун:

- М'язи хребта розслабляються і розтягуються;
- Розставте плечі;
- Подолати грудний кіфоз;
- Регулювати кут нахилу таза;
- Розтягнути м'язи грудей;

Комплекси спеціальних дихальних вправ для дітей із ВПМ

Псевдобульбарна спастична дизартрія. В У цьому варіанті рекомендується заспокійливе (заспокійливе) дихання. При диханні під садиною час видиху повинен бути відносно довгим, а дихання слід затримувати після видиху. Обов'язково - Дихайте через ніс, дихання повинно бути грудним.

Статичні дихальні вправи:

1. Стуліть губи. Дихайте обома половинами носа. Вдих (1-2) – Видих (3, 4, 5, 6) – Пауза (7, 8). 3-5 разів.

2. Стуліть губи. Правим вказівним пальцем притисніть праву ніздрю до носової перегородки і спокійно дихайте лівою половиною носа. Вдих (1-2) – Видих (3, 4, 5, 6) – Пауза (7, 8). 3-5 разів.

3. Повторіть вправу 1, одночасно видихаючи, вимовляючи звуки Щ, Ч, Ш, С.

4. Глибоко і повністю вдихніть усією грудьми, рахуючи 2-3 рази, а потім повністю видихніть, рахуючи 4-5 разів. Затримайте дихання на 3 рахунки.

Корпус повинен бути прямим. Вдихайте через ніс, а видихайте через рот. Повторити 4-6 разів.

динамічні дихальні вправи

1. Ходьба на місці в поєднанні з рухами рук. На вдиху (1-2) розташувати руки в сторони, на видиху (5, 6, 7, 8), затримавши дихання, тримати руки вздовж шва. Дихайте через ніс. Рот закритий. 15 секунд.

2. В. п. - Сидіти, ноги на ширині плечей. Прикладіть одну кисть до живота, іншу до грудей. Руками контролюйте глибокий видих і вимовляйте DA (TA, NA, LA, RA). Видихаючи, рахуйте: 1-2-3-4-5 і т. д., доки зможете. 4-5 разів.

3. В. п. — Стійка, ноги на ширині плечей. Руки вгору - Вдих через ніс, низький нахил вперед - Видих через рот (1-2 - Вдих, 3-4-5-6 - видих). 8-10 разів.

4. В. п. – Стійка, ноги разом, руки на поясі. Нахилитися вбік - видих (1, 2, 3, 4), повернутися в в. п. – Видих (5,6). Ця вправа виконується по черзі в обидві сторони. 5 разів кожен.

5. В. п. – Стійка, ноги разом, руки на корпусі. Підняти руки і завести їх за голову - вдих. Присісти, обхопити коліна руками, нахилити голову і притиснути її до грудей - видих (1-2 - вдих, 3-4-5-6 - видих). 8-10 разів.

6. В. п. – Встати прямо – Закрити рот і вдихнути. Нахили вперед і вбік - 3 силою видихніть через рот, вимовляючи ДУ (ТУ, РУ, НУ, ЛУ). 8-10 разів

Псевдобульбарний параліч, дизартрія. У цьому варіанті рекомендується тонічне (збуджуюче) дихання. При тонічному диханні дихання повинно бути відносно довгим і після вдиху слід затримувати дихання. Обов'язково - Дихайте через ніс, дихання повинно бути грудним.

Статичні дихальні вправи:

1. Стуліть губи. Дихайте обома половинами носа. Вдих (1,2,3,4)

– Пауза (7, 8) – Видих (5, 6). 5 разів.

2. Стуліть губи. Правим вказівним пальцем притисніть праву ніздрю до носової перегородки і спокійно дихайте лівою половиною носа. Вдих (1, 2, 3, 4) – Пауза (5, 6) – Видих (7, 8).

3. Повторити вправу 1, одночасно видихнувши, вимовивши звуки Б, П, М, ХА, ХО, ХУ.

4. Глибоко вдихніть усією грудьми на рахунок 1, 2, 3 і 4, затримайте дихання на рахунок 5,6, а потім видихніть до кінця 7,8. Тіло облікового запису має бути прямим. Вдихайте через ніс, а видихайте через рот. Повторити 4-6 разів..

динамічні дихальні вправи

1. Ходьба на місці в поєднанні з рухами рук. На вдиху (1-2-3-4) - руки вздовж боків, на видиху (5-6) затримати дихання - руки тримати по швах. Дихайте через ніс. Рот закритий. 15 секунд.

2. В. п. - Сидіти, ноги на ширині плечей. Прикладіть одну кисть до живота, іншу до грудей. Використовуйте руки, щоб контролювати глибоке дихання. Короткий видих, вимовляється ТР, ДР. 4-5 разів.

3. В. п. — Стійка, ноги на ширині плечей. Підняти руки - вдих через ніс, трохи нахилити тіло вперед - видих через рот (1, 2, 3, 4 - вдих, 5, 6, 7, 8 - видих). 8-10 разів.

4. В. п. – Стійка, ноги разом, руки на поясі. Нахили корпусу вбік - видих зі звуком ТС, Ц (1-2) і повернення у вихідне положення. п. - Вдих (3-4-5-6). Виконуйте цю вправу по черзі в обидві сторони по 5 разів.

5. В. п. – Стійка, ноги разом, руки на корпусі. Підняти руки і завести їх за голову - вдих. Присісти, обхопити коліна руками, нахилити голову і притиснути її до грудей - видих (1, 2, 3, 4 - вдих, 5,6 - видих). 8-10 разів.

6. В. п. – Встати прямо – Закрити рот і вдихнути. Нахили корпусу вперед і в сторони - з силою видихнути через рот, вимовляючи БА (БО, БУ, БИ), МЮ, ПУ. 8-10 разів.

Змішана дизартрія. Дихальна гімнастика спрямована на вентиляцію легенів і поліпшення лімфатичного кровотоку в легенях.

Статичні дихальні вправи.

1. Вдихніть через ніс і обережно натисніть великим і вказівним пальцями правої руки. Видихніть через рот. Повторити 7-8 разів.

2. Вдихніть через одну ніздрю (притисніть другу ніздрю пальцем), видихніть через другу ніздрю по черзі. Повторити 7-8 разів для кожної ніздрі.

3. Вдихніть через вузький отвір складеної трубки, витягнувши губи вперед (імітуючи вдих через соломинку або трубочку для пиття)

В. п. - стоячи, руки на поясі. перехопити подих. Нахилитися вліво і підняти праву руку (видих), вимовляється Ш, С. Повернутися до В.п. (вдихання). Нахиліться вправо і підніміть ліву руку (видих), видаючи той же звук. Повторити 6-8 разів.

1. В. п. - Стійка. Нахиліться вперед під кутом 90 градусів і розведіть руки в сторони, співаючи «Ч». Повільно обертайте руками і корпусом навколо горизонтальної осі з боку в бік. Дихання необов'язкове. Повторити 6-8 разів.

2. В. п. - Стоячи, неохоче нахили вперед. Дихайте діафрагмою 15-20 секунд. (Частота дихання – не більше 14 вдихів за хвилину).

3. В. п. — стояти, трохи нахилившись вперед, ноги на ширині плечей, права рука вперед і вгору, міцно тримаючись за «весло», ліва рука симетрично позаду, рука розслаблена. Рухайте руками швидкими колами, ніби повзаючи на грудях (видих жорсткий, напружений, вимовляється ДР, ТР). Потім робіть повільні кругові рухи руками (природне дихання).

4. В. П. — Стійка, ноги разом і руки на стегнах. Нахиліть корпус вліво, праву руку посуňte вгору, ліву опустіть (видих розтягніть) і поверніться в в. п. (вдих). Спробуйте подовжити видих і поглибити прогин пружними рухами корпусу. Зробіть це 4-5 разів в кожному напрямку.

Коркова дизартрія. Забезпечує тренування м'язів видиху.

Статичні дихальні вправи:

1. Глибоко і повністю вдихніть усією грудьми, рахуючи 2-3 рази, а потім повністю видихніть, рахуючи 4 (або 5) разів. Корпус повинен бути прямим. Вдихайте через ніс, а видихайте через рот. Повторити 4-6 разів.

2. Вдихніть дуже повільно, рівномірно і спокійно, розслабляючи м'язи живота. Потім, не затримуючи дихання, дуже сильно натискайте, щоб видихнути повітря, різко скорочуючи м'язи преса і втягуючи живіт всередину, як можна ближче до хребта. Повторити 10 разів.

3. Після видиху затисніть ніс двома пальцями і вдихайте, поки бажання вдихнути не стане надзвичайно сильним. Після затримки дихайте повільно і поверхнево.

4. Вдих діафрагмою (1-2) - видих до кінця зі звуком звуку.

«рррр» (ніжно, спокійно). У поєднанні зі звуком «р» можна вимовляти інші приголосні та голосні: «б-р-р-у-х», «г-р-р-у-х», «д-р-р-у-х» - на видиху. Кожне звукосполучення слід вимовляти один раз. Якщо вашій дитині важко впоратися зі звуком «р», замініть звук «р» тихими і гучними «ж» і «з». 5-6 разів.

Динамічні дихальні вправи:

1. Ходьба на місці. Порахувати до 1-2 – вдих; 3-5 – видих; 6-7 – пауза. Як тільки ви зупинитесь, дихайте діафрагмою, злегка нахилившись вперед, доки ваш живіт не висунеться максимально. Потім з'явився тупий кашель, а потім короткочасне скорочення м'язів живота. Після того, як кашель пройде, продовжуйте ходити.

2. В. п. – Стійка, ноги разом, руки витягнуті вперед. Зробіть різкий вдих через ніс і плавний видих через рот. На видиху протяжно вимовте звук Ш (С, З), витягніть руки вперед і зробіть невеликі кругові рухи всередину. Після видиху зробіть паузу на 2-3 секунди. Після паузи повторіть вправу спочатку. 3-4 рази.

1. В. п. — Присісти трохи вперед, покласти руки на коліна долонями вниз, а ступні (цілими стопами) на підлозі. 1-2 – Вдих, 3 – Коротка пауза, 4-5-6 – Видих, вимовляється ТС, Ц (цей видих часто називають очисним). Повільно, тихо і легко видихніть через маленький отвір в губах, складених над трубкою. Перед і після видиху рот повинен бути закритий. Після видиху слід більш глибокий вдих, який неодмінно принесе полегшення дитині. Потім зробіть паузу, закрийте рот і видихніть через ніс, видаючи звук «м-м-м».

Це тривало і довго, як стогін. 5 разів.

2. В. п. – Встаньте, розставивши ноги на ширині плечей, витягніть руки в сторони на висоту плечей, потім відтягніть їх назад, наскільки це можливо, долонями вперед і розчепіренними пальцями. Швидко схрестіть руки перед грудьми так, щоб лікті опинилися під підборіддям.

Сильно вдарте руками по лопатках (голосно і сильно видихніть). потім плавно

Віддати п. (природне дихання) В. п. - Встаньте, ноги разом і руки злегка відведені назад. Сісти, витягнувши руки вперед (видих). Віддати п. (вдихнути).

3. В. п. – Стійка, ноги разом, руки злегка відведені назад. Сісти, витягнувши руки вперед (видих). Віддати п. (вдихнути).

4. В. п. – Встаньте навшпиньки, ноги на ширині плечей, руки витягнуті, долоні вгору і назовні, стиснувши обидві руки в кулаки. Після кожного рахунку опуститися на ноги, руки назад - в сторони - вниз до стегон (сильно видихнути); встати на носочки, руки вперед і вгору, розслабити руки, повернутися

Висновки до розділу 2

Розділ 2 визначає та науково демонструє умови навчання KRVR, розробляє модель KRVR та описує багатофункціональний метод діагностики VPM у дітей молодшого шкільного віку.

У цьому дослідженні чітко та науково підтверджено такі умови навчання КРВР молодших школярів ВПМ, як: багатофункціональна діагностика рухомовленнєвого розвитку, врахування моторного розвитку дітей при виборі методів корекції, вирішення корекцій у процесі навчання фізичній культурі. для учнів з фізичними вадами молодших класів Завдання.

На основі теоретичних положень даного дослідження створено модель КРВР дітей ВПМ, визначено зміст та основні етапи навчання КРВР дітей ВПМ низького рівня: проектування, діагностичний аналіз, педагогічна корекція та контроль. Метою етапу проектування було запровадити багатофункціональний підхід до спостереження в освітньому середовищі, який передбачав стратегічне планування інноваційних просторів у школі.

Підготуйте експерта з моніторингу та створіть комітет. Метою діагностично-аналітичного етапу є визначення індивідуальних особливостей моторного та мовленнєвого розвитку дітей з тяжкими порушеннями мовлення. Метою навчально-корекційного етапу є корекція моторного та мовленнєвого розвитку молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення. Метою

контрольного етапу є визначення ефективності корекції та робота з учителями, логопедами та батьками щодо надання рекомендацій щодо подальшого використання засобів корекції. Комплексна корекційна модель рухового та мовного розвитку розкриває організацію цілеспрямованої корекційної роботи в руховій та мовній сферах під час фізичного виховання у формі курсів робототехніки. Комплексна корекційна модель моторно-мовного розвитку забезпечує уніфікацію етапів і об'єднує їх у безперервний процес навчання, що дозволяє розглядати його як цілісну систему.

Технологія КРВР розроблена в процесі навчання фізичної культури учнів молодших класів у ВПМ. Корекційний підхід враховує напруженість індивідуального стану опорно-рухового апарату (позу), особливості дихання та вид моторного мовного порушення залежно від форми дизартрії.

РОЗДІЛ 3**ПЕРЕВІРКА ЕФЕКТИВНОСТІ МЕТОДИКИ КОМПЛЕКСНОЇ КОРЕКЦІЇ
РУХОВОГО І ВЕРБАЛЬНОГО РОЗВИТКУ МОЛОДШИХ ШКОЛЯРІВ ІЗ
ВАЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ****3.1. Результати констатувального експерименту**

На дослідницькому етапі навчального експерименту проаналізовано наукові дані про взаємозв'язок корекції рухово-мовного розвитку у молодших школярів із СДУГ та запропоновано основні напрямки вдосконалення ефективних методів корекції рухово-мовного розвитку. Визначено профілі розвитку дітей молодшого шкільного віку з СДУГ.

Вирішувалися два основних завдання: виявлення критеріїв і показників компонентів моторного мовленнєвого розвитку (морфофункціонального та мовленнєвого) молодших школярів на основі нормативів мовленнєвого розвитку та ВПМ в умовах масової школи та розробка моделі нормального мовленнєвий розвиток та Поліфункціональний метод діагностики стану кожного компонента (морфологічної функції та мовлення) моторного мовленнєвого розвитку молодших школярів із ВПМ, а саме:

- опорно-руховий апарат,
- дихати,
- психомоторика,
- Мовленнєвий регламент гностичної практики;
- фонетико-фонематична, лексико-граматична фонетична система,
- Ефектна та виразна мова.

У розвитку моторного мовлення молодших школярів з використанням ВПМ ми шукаємо основні структурні компоненти, як уже зазначалося раніше, морфологічну функцію та мовлення, які ми вважаємо основними елементами системи розвитку моторного мовлення. час, морфологічні функціональні компоненти та мовлення Компоненти мають свої символи та ознаки, мають

зовнішні та взаємозв'язки, а їх зв'язність у цілому забезпечує розвиток моторики мовлення молодших класів. У зв'язку з цим ми вимагаємо послідовної організації діагностичного процесу розвитку моторики мовлення із залученням різних методів і прийомів, завершуючи визначення якості всіх його компонентів і їх взаємозалежності.

Тому розробка методики діагностики стану різних компонентів моторного мовленнєвого розвитку стає першим кроком у створенні єдиної системи **моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів з ВІМ у період навчання в школі.**

На різних етапах аналізу результатів дослідження використовували окремі показники, що вказували на вираженість окремих морфофункціональних відхилень у розвитку моторики мовлення дітей із ВІМ.

Морфофункціональний компонент визначали за такими критеріями: опорно-руховий, включаючи довжину тіла, вагу, окружність грудної клітки, показники індексу маси тіла та типу постави; ці параметри, величина похибки корекції рухів, час простої рухової реакції на зовнішні подразники, плавність руху. Вербальний компонент моторного мовлення оцінюється за такими критеріями: гностичні практики, що забезпечують мовлення, мають такі показники, як зоровий, симультанний і просторовий гнозис, конструктивні практики, безперервний синтез, слухове сприйняття тощо. Формування фонемної системи мови, включаючи фонемний аналіз і синтез, практичний звуковий аналіз, сприйняття усного мовлення на фонологічному рівні, сформованість фонемних явищ та інших показників; частини мови в реченнях, вміння зв'язувати питання з дією, час, іменники та вміщені іменники Практичне закріплення зв'язності, розуміння структури за допомогою відповідних прийомів.

Окреслені критерії та показники є основою для виділення формованих рівнів моторного та мовленнєвого розвитку:

Оптимальний, адекватний і низький.

оптимальний рівень. Морфологічний розвиток дітей відповідає груповим особливостям опорно-рухового апарату, дихання та психомоторики при нормальній формі спини. Учні вільно рухають руками, відтворюють жести

пальцями, безпомилково повторюють динамічні мелодії, сприймають і відтворюють ритмічні малюнки та складосполучення. Розрізняє і показує праву і ліву руки (очі, вуха, ноги) і чітко називає просторове положення предметів по відношенню до себе і будь-якого предмета. Розрізняють напругу і розслаблення м'язів, що відповідають за мовні рухи. Самостійно класифікувати геометричні фігури та пояснити основу класифікації. Виконайте звуковий аналіз слів, щоб скласти слова з окремих звуків. Мати достатній словниковий запас і **правильно вживати всі граматичні форми (рід, число, відмінок, час), суфікси, префікси.** Доберіть до іменників 5-6 прикметників і узагальніть слова

Швидко називати предмети та їх частини за значенням. Він легко підтримує розмову, самостійно складає зв'язну розповідь, що включає події з власного досвіду, кількість речень у розповіді – до 15. Використовуйте розгорнуті відповіді на запитання та власний досвід. Правильно рахувати вперед, називати дні тижня та місяці року, розуміти логічні та граматичні структури.

адекватний рівень. У дитини знижені показники опорно-рухового апарату, дихальної та психомоторної діяльності, рівна спина. Робити нервові або некоординовані бімануальні рухи, допускати поодинокі помилки у відтворенні жестів пальцями, відтворювати динамічні мелодії та ритмічні малюнки з другої демонстрації, вільно відтворювати складосполучення з різними голосними звуками. Не завжди розрізняє ліву і праву руку (очі, вуха, ноги), визначає просторове положення предметів відносно себе, при цьому йому важко визначити положення одного предмета відносно іншого. Виконуйте усні тренувальні пози та знайдіть одну або дві пози. Класифікувати геометричні фігури з допомогою дорослих. Здійснює звуковий аналіз слів, але допускає помилки у визначенні загальних і специфічних звуків у заданих словах і назвах тематичних картинок, складаючи слова з окремих звуків за допомогою дорослих. У своєму мовленні **вживає всі граматичні форми (рід, число, відмінок, час), дотримується нормативних показників** при вживанні суфіксів, префіксів, але припускається помилок і самостійно їх виправляє. Труднощі можуть викликати підбір 3-4 прикметників до іменника, невпевнене називання предметів та їх частин, узагальнення слів за значенням. Підтримуйте розмову і відповідайте на

запитання лише односкладово за підбадьорення дорослих. Розповідь за малюнком складається з 5-6 коротких описових речень. Лічить повільно і невпевнено з допомогою дорослих, називає дні тижня і місяці року, не завжди розуміє логіко-граматичні конструкції.

Низький рівень. У дитини вкрай низькі показники опорно-рухового апарату, дихання та психомоторики, спина має згорблену або округлу форму. Виконувати рухи руками симетрично (або асиметрично) без

Запам'ятовуйте послідовність ходів і відчувайте проблеми з переходом від одного ходу до іншого. Відтворити просторове положення рук утруднено, що може призвести до синестезії. Динамічні мелодії та вокальні ритми можуть бути сприйняті та відтворені лише шляхом багаторазового повторення. Проведіть широкий пошук більшості зразків стоматологічної практики. Не вміє визначати загальні та специфічні звуки в заданому слові та назві тематичної картинки, не вміє самостійно утворювати слова з окремих звуків. Обмежений словниковий запас, нездатність правильно використовувати граматичні форми, виберіть лише 1-

2 прикметники, узагальнення слів за значенням лише за допомогою дорослих. Сплутання значення цілого об'єкта та його частин або відмова від виконання завдання. Не підтримувати розмову, не відповідати на запитання або давати неадекватні відповіді. Спостерігаються наслідування, нав'язливість, вербальна (моторна і сенсорна) афазія, граматичні помилки (різної прогресії) у мовленні. Дитині важко підбирати слова і будувати фрази. Історія малюнка обмежується переліком намальованих об'єктів. Може пропускати слова під час лічби і не знає назв днів тижня та місяців року. Не розуміє логічної граматичної структури і не може самостійно виправити помилки. На другому етапі детермінаційного експерименту визначали особливості розвитку моторики мовлення, що характеризували стан моторно-мовленнєвої сфери молодших школярів з ВПМ та норми мовленнєвого розвитку в умовах навчально-виховного процесу масової школи. в Одесі.

В експерименті взяли участь 150 учнів початкової школи 7-9 років, у 60 з яких виявлено порушення мови (генералізована затримка мовлення II-III ступенів).

За даними неврологічного обстеження та діагностики учнів початкових класів ВПМ міською медичною психологічною комісією: 24 дитини – псевдобульбарна спастична дизартрія (40%), 8 дітей – псевдобульбарна дизартрія (13%), 9 дітей – коркова дизартрія (15%).) і 19 дітей мали змішану дизартрію (32%). У всіх дітей отримано експертні висновки про нормальний стан фізичного слуху та інтелектуального розвитку відповідно до вікових норм, серйозних відхилень у будові тіла та будові зубів та щелеп не виявлено.

У медичних картах 49 дітей (82%) були дані про загальні респіраторні, вірусні та інфекційні захворювання: грип, бронхіт, пневмонія, середній отит, ангіна, герпетична інфекція, кір, краснуха, кишкова інфекція. Порушення психомоторного розвитку спостерігалися у 54 (90%) дітей шкільного віку внаслідок затримки розвитку таких рухових функцій, як тримання голови (від 1,5 до 2,5 місяців), відсутність повзання, самостійного сидіння (від 9 місяців) до 1 року) і почати ходити (від 1 року 5 місяців до 1 року 10 місяців).

Серед показників раннього мовленнєвого розвитку швидкість, з якою відбувається мова, є як нормальною, так і постійною затримкою. Так, 8 дітей (13%) почали ходити в 4,5 міс. 10 дітей (17%) почали лепетати у віці 8 місяців. У 42% перше слово з'явилося через 1 рік і 10 місяців, а в 37% основна фраза з'явилася через 3,5 року.

Більшість дітей - 58 (97%) - перебували на обліку в інших медичних спеціалістів: 70% - у ортопедів (42 дитини з плоскостопістю), 33% - в отоларингологів (аденоїди та мигдалини I -гіплазія II ступеня - 20 дітей); 32% – у алерголога (19 осіб з алергією різного походження), 60% – у гастроентеролога (порушення моторики жовчного міхура та жовчних шляхів – 36 дітей). Дослідження показали, що існують різні види дихальної дисфункції внаслідок недостатньої іннервації, спастичності, вегетативних розладів, недостатнього постачання киснем клітин організму (84%). Про наявність захворювання

опорно-рухового апарату свідчила велика кількість дітей із плоскостопістю та вогнищевим поширенням дистонії (78%).

На консультації логопеда виявлено, що у дітей із псевдобульбарною спастичною дизартрією спостерігаються: бокова артикуляція, шипляче вживання, бокова артикуляція, передартикуляція [д], [т], [н], що виникає внаслідок одностороннього паралічу язика; змішаний міжзубний та бічний. артикуляція всіх груп свистячих і шиплячих, звуків [д], [т], [н], [л], [р].

Неврологічний статус дітей з дизартрією при псевдобульбарному паралічі проявляється переважно невиразною мовою, затримкою артикуляції, нечітким словосполученням, зниженням м'язового тону.

Груповий індекс моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів, а також окремо його компонентів (морфофункціонального та вербального) обчислювався за формулою 1:

$$I_{гр} = \frac{3 \sum_{n=1}^k P_{кк} + 2 \sum_{n=1}^k P_{кд} + 1 \sum_{n=1}^k P_{кн}}{100k} \quad (1)$$

де I – груповий індекс; k – кількість компонентів або складових компонента;

$P_{кк}$ – кількість молодших школярів (у %), які мали оптимальний рівень за певними критеріями, $P_{кд}$ – кількість молодших школярів (у %), які мали достатній рівень за певними критеріями, $P_{кн}$ – кількість молодших школярів (у %), які мали низький рівень за певними критеріями.

У свою чергу, рівень сформованості індивідуальних нормативів визначається коефіцієнтом сформованості, який розраховується за результатами відповідних показників, зареєстрованих окремими методиками під час дослідження, і оцінюється 3 балами (нормальне значення), 2 балами.

(значення має помірне відхилення) та 1 бал (значення має значне відхилення).

Для кожного критерію розраховується індивідуальний коефіцієнт сформованості (k), який являє собою відношення суми показникових оцінок окремого критерію до його кількості, розрахованої за рівнянням 2:

$$k = \frac{\sum O}{N}$$

Азот (2)

де k – індивідуальний коефіцієнт сформованості, Σ – сума, O – оцінка, N – кількість показників.

Оптимальний рівень сформованості особистісного стандарту визначався при значеннях k у межах 2,6-3,0 балів, достатній – 1,6-2,59 балів, низький > 1,6 балів.

Для характеристики рівня сформованості груп за окремими еталонами розраховували коефіцієнт сформованості груп (kg), що визначається як середнє арифметичне k.

Показник моторно-мовленнєвого розвитку I у школярів з ВПМ склав 1,52 (низький) проти 2,79 (оптимальний) у школярів без порушень мовлення. Хоча середні значення Im (морфофункціонального компонента) школярів ВПМ були визначені на адекватному рівні (Im = 1,79), вони були вірогідно нижчими від значень школярів з нормальним мовленням (Im = 2,75). Розподіл рівнів морфофункціонального компонента ВПМ та ЯМР серед молодших школярів виглядає наступним чином:

□ Оптимальний рівень – Опорно-руховий апарат, дихальна та психомоторика дитини морфологічно відповідають популяційним особливостям фізичного розвитку (за даними показникової оцінки), є нормальна форма спини. На цьому рівні 89% (80 осіб) молоді

Діти шкільного віку без порушень мовлення. Цей рівень не був виявлений у дітей з ВПМ.

□ Адекватний рівень – стан опорно-рухового апарату, органів дихання та психомоторики дитини морфологічно відповідає ознакам помірного зниження фізичного розвитку (дані оцінені за показниками), наявності рівної спини. На такому рівні були 11% (10) дітей без порушення мовлення та 83,3% (50) дітей з ВПМ.

[?] Низький рівень – опорно-руховий апарат, дихальна та психомоторика дитини морфологічно відповідають вкрай низьким показникам фізичного розвитку (дані за показниковими оцінками), наявності сугорбової та округло-увігнутої форми спини. Цей рівень був присутній у 16,6% (10) учнів із ВПМ, тоді як у дітей без мовних розладів він не спостерігався.

Визначено за коефіцієнтом сформованості опорно-рухового апарату (k): 47 студентів ВПМ (78%) мали достатній рівень і 22% (13 студентів) мали низький рівень. Тоді як серед дітей з ЯМР оптимальний рівень сформованості опорно-рухового апарату мав 21% (19 дітей), адекватний – 68% (61 дитина), а сформованість кістково-м'язової системи – 11% (10 дітей). Рівень нижчий.

Антропометричне дослідження молодших школярів дозволило визначити індивідуальні й середні для цього віку показники довжини, маси тіла, окружності грудної клітки, індексу маси тіла (табл. 3.1).

Таблиця 3.1

Антропометричні показники дітей 7-8 років з ВПМ та з НМР

Показник	Хлопчики з		Дівчатка з	
	НМР	ВПМ	НМР	ВПМ
	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m
Зріст	123,4±1,01	122,2±0,95	123,0±1,65	121,7±1,08
Маса тіла	24,5±1,45	23,7±1,07	24,4±1,23	22,4±1,08
ІМТ	16,2±0,79	16,3±0,46	16,1±0,91	15,7±0,61
ОГК	58,0±1,34	57,8±1,04	56,7±1,91	55,8±1,29

У свою чергу, рівень сформованості індивідуальних норм визначається коефіцієнтом сформованості, який розраховується за результатами відповідних показників, зареєстрованих окремими методиками під час дослідження, і оцінюється за шкалою 3 бали (нормальне значення), 2 балів.

(значення помірно упереджене) та 1 бал (значення суттєво упереджено).

Для кожного критерію розраховується індивідуальний коефіцієнт сформованості (k), який є відношенням суми рейтингів показників окремого критерію до його кількості, розрахованої за рівнянням 2:

$$k = \boxed{?} \boxed{?}$$

Азот (2)

У формулі k — індивідуальний коефіцієнт сформованості, Σ — сума, O — бал, N — кількість показників.

Оптимальний рівень сформованості особистісного стандарту визначається величиною k , яка коливається в межах 2,6-3,0 бала, достатній – 1,6-2,59 бала, низький $> 1,6$ бала.

Для характеристики рівня групоформованості за окремими критеріями розраховано коефіцієнт групоформованості (k_g), визначений як середнє арифметичне k .

Індекс моторного мовленнєвого розвитку I становив 1,52 (низький) у школярів з ВПМ та 2,79 (оптимальний) у школярів без порушень мовлення. Хоча середні значення I_m (морфофункціонального компонента) студентів з ВПМ були визначені на адекватному рівні ($I_m = 1,79$), вони можуть бути нижчими, ніж у студентів з нормальним мовленням ($I_m = 2,75$). Розподіл рівнів морфофункціональних компонентів ВПМ та ЯМР у молодших школярів наступний:

? Оптимальний рівень - органи моторики, дихання та психомоторика дитини морфологічно відповідають особливостям фізичного розвитку популяції (за даними індикаторної оцінки), форма спини нормальна. На цьому рівні 89% (80 осіб) – молодь

Діти шкільного віку без порушень мовлення. Цей рівень не був виявлений у дітей з ВПМ.

- Адекватний рівень - Стан опорно-рухового апарату, органів дихання та психомоторики дитини морфологічно відповідає ознакам помірному зниженню фізичного розвитку (за даними показникової оцінки), наявності плоскої спини. Діти на цьому рівні становили від 11% (10) дітей без порушень мовлення до 83,3% (50) дітей з ВПМ.

Низький рівень - Органи руху, дихання та психомоторика дитини морфологічно відповідають вкрай низьким показникам фізичного розвитку

(дані оцінені за показниками), є горбатість та округло-увігнута форма спини. Цей рівень був присутній у 16,6% (10) учнів із ВПМ, тоді як у дітей без мовних розладів він не спостерігався.

Визначається коефіцієнтом сформованості (k) опорно-рухового апарату: 47 студентів ВПМ (78%) мають достатній рівень і 22% (13 студентів) – низький рівень. Якщо у дітей з НМР оптимальний рівень сформованості опорно-рухового апарату становив 21% (19 дітей), адекватний – 68% (61 дитина), то сформованість опорно-рухового апарату становила 11% (10 дітей). Рівень нижчий.).



Рис. 3.1. Розподіл форм спини в дітей 7–8 років з ВПМ.

Поширеність порушень постави спостерігається й у великій кількості дітей з НМР – 53 % (48 учнів), що підтверджують дані багатьох авторів (рис. 3.2).



Рис. 3.2. Розподіл форм спини в дітей 7–8 років з НМР.

Варіанти порушень постави розподілені в дітей з нормальним розвитком мовлення таким чином:

- сутула – 20 % (18 дітей);

- кругло-увігнута – 23 % (21 дитина);
- плоска – 10 % (9 дітей).

Дослідження дихання показало, що в молодших школярів з ВПМ найчастіше переважають відхилення саме в дихальній системі, які зустрічаються у 84 % випадках (50 дітей). На рисунку 3.3 наведені відмінності у стані дихальної системи молодших школярів з ВПМ та їх одноліток із НМР.

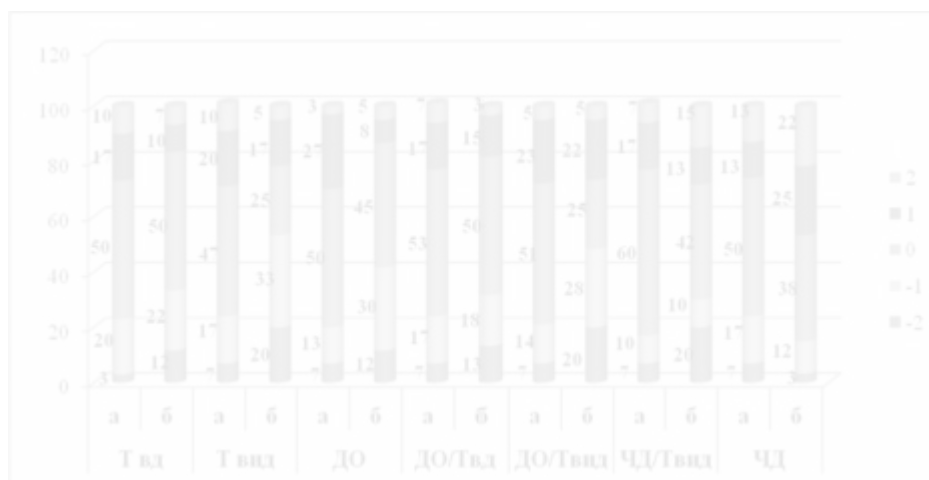


Рис. 3.3. Порівняння показників паттерну дихання дітей 7–8 років з ВПМ та без порушення мовлення (у %). Де: а – діти з НМР, б – діти з ВПМ; 2 – граничне підвищення, 1 – помірне підвищення, 0 – середній рівень, -1 – помірне зниження, -2 – граничне зниження.

Аналіз результатів спірометрії у молодших школярів встановив, що школярі з ВПМ мають адекватний рівень дихання ($кг = 1,68 \pm 0,05$), тоді як для школярів без порушень мовлення рівень дихання є оптимальним ($кг = 2,6 \pm 0,07$).

Окремо проаналізовано показники дихального патерну молодших школярів з різними ВПМ, результати якого показали наявність певних відмінностей у дихальних патернах. А саме: при псевдобульбарній спазматичній дизартрії найбільші відхилення спостерігаються за такими показниками, як тривалість видиху - Tvд (зменшення - 33%), об'ємна швидкість - DO/Tvд (зниження 50%), дихальний об'єм - DO.

(зменшення на 50%) Псевдобульбарний параліч. Дизартрія – індекс об'єму вдиху – DO/Tvd (зниження на 87%), об'єм дихання – DO (зменшення на 50%), рестриктивна тенденція – ЧД/Tvd (зниження на 62%); змішана дизартрія – тривалість видиху індекс – Твід (зменшення на 21%), дихальний об'єм – ДО (зменшення на 58%), рестриктивна тенденція – ЧД/Твід (зменшення на 36%), при корковій дизартрії – вдих Показники тривалості дихання – Твд (зменшення на 78%), об'єм видиху. потік DO/Tvd (збільшення на 55%), ЧД – ЧД (збільшення на 88%).

Дослідженням психомоторики встановлено, що сформованість цієї функції у дітей з ВПМ досягає в середньому адекватного рівня ($k_{гр}=1,95\pm 0,05$), тоді як у школярів без мовленнєвих порушень сформованість цієї функції є оптимальною ($k_{гр}=2,5\pm 0,02$).

Пересічні дані психомоторики молодших школярів наведені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Рівні психомоторики молодших школярів із ВПМ та з НМР

Рівень	Діти з ВПМ (n=60)	Діти з НМР (n=90)
Оптимальний ($k_{гр} = 2,5-3,0$)	2%	33%
Достатній ($k_{гр} = 1,5-2,49$)	80%	62%
Низький ($k_{гр} = 1,0-1,49$)	18%	5%

Як видно з таблиці 3.2, лише 2% молодших школярів ВПМ знаходяться на оптимальному рівні, 80% – на адекватному, 18% – на нижчому. Водночас серед школярів із нормальним мовленням 33% мали психомоторику на оптимальному рівні, 62% як «адекватну» і 5% як «низьку».

Характеризуючи рівень центральної регуляції за такими показниками: швидкість регуляції рухової одиниці (ШПРУ), тривалість мотоциклу (ТЦР) і розмір помилки (ВП), можна побачити, що у молодшого школяра з ВПМ спостерігаються значні психомоторні зміни. різниця.

Як наслідок, у кожного четвертого школяра спостерігається суттєве збільшення ТКР, а у кожного третього школяра – розширення цього показника з відповідним зниженням швидкодії механізму перемикання центральної рушійної установки. Фактично SPRU – це параметр, який найкраще

характеризує «спритність рук» єдине вираження. Однак цей «навик» тісно пов'язаний із функцією уваги, яка, у свою чергу, тісно пов'язана з функцією префронтальної кори. Зниження швидкості перемикання свідчить про меншу адаптивність двигуна. У переважній більшості студентів із ВПМ відзначено вищі показники рухових помилок корекції (ВП): у 47% (28 школярів) – підвищення, у 30% (18 школярів) – незначне підвищення, що повною мірою ілюструє порушення балансу збудження та гальмування в центральній нервовій системі (рис. 3.4).



Рис.3.4. Показники психомоторики дітей 7-8 років, що характеризують центральний рівень регуляції (у %), порівняно із дітьми з НМР, де **а** – діти з НМР, **б** – діти із ВПМ; 2 – граничне підвищення, 1 – помірне підвищення, 0 – середній рівень, -1 – помірне зниження, -2 – граничне зниження.

У 37% (22 дітей) хворих на ВПМ спостерігалися порушення периферичних механізмів виконання рухів, що було пов'язано з помірним (20%) і значним (17%) уповільненням часу простих рухових реакцій на світлове подразнення. CRS), що визначає зниження швидкості передачі збудження від рецепторів до ефektorів.

Індекс плавності рухів (PP) у ВПМ знизився на 50% (30 дітей) та достовірно на 4% (2 дитини), що прямо свідчить про невротичний стан учнів та загальну недорозвиненість лобових відділів головного мозку.

Заслугує на увагу значна варіабельність домінування тону розгиначів-згиначів (BEF): 18% школярів з ВПМ (11 дітей) мали значний латеральний дисбаланс.

Під час розтягування ще 22% (13 дітей) мали тенденцію до дисбалансу в напрямку розтягування, що може свідчити про напружені м'язи рук. 15% (дев'ять дітей) мали значне відхилення напрямку згинання та 17% (10 дітей) – помірне відхилення напрямку згинання, що може свідчити про дистрофічний стан м'яза. (рис.3.5).

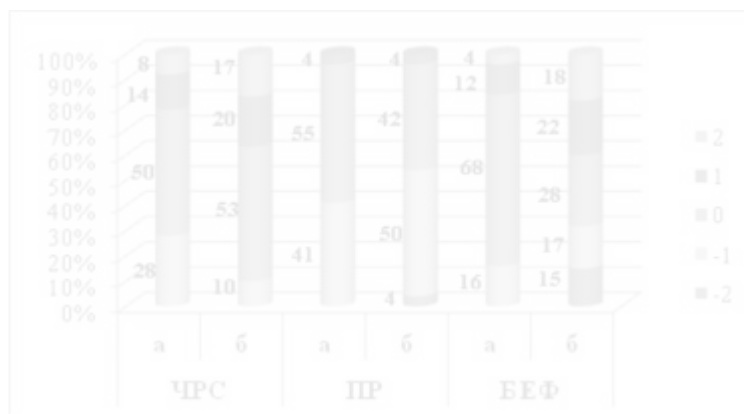


Рис.3.5. Показники психомоторики дітей 7-8 років, що характеризують периферичний рівень регуляції (у %), порівняно з дітьми з НМР; де **а** – діти з НМР, **б** – діти з ВПМ; 2 – граничне підвищення, 1 – помірне підвищення, 0 – середній рівень, -1 – помірне зниження, -2 – граничне зниження.

Нейропсихологічні дослідження дітей раннього шкільного віку з ВПМ, але без мовленнєвої недостатності дозволили охарактеризувати три рівні сформованості мовленнєвого компонента.

оптимальний рівень. Учні розуміють завдання і мають достатній досвід для самостійного і правильного його вирішення. Гностико-прагматичні функції, фонетико-фонематична та лексико-граматична системи, імпресивне експресивне мовлення відповідають віковим стандартам дитячого населення.

Діти можуть вільно спілкуватися з однолітками та дорослими. 85% дітей молодшого шкільного віку в базі даних про порушення мовлення мають цей рівень. У дітей з ВПМ не спостерігалось оптимальних рівнів мовленнєвих КОМПОНЕНТІВ.

адекватний рівень. Учень розуміє завдання, але не має достатнього досвіду, щоб самостійно і правильно його вирішити. Відповіді непевні, повільні, містять поодинокі помилки, але дитина може їх самостійно виправити. Ще не були розроблені гностичні приписи мовленнєвої практики, фонетична фонемна система мови, лексико-граматична система, вражаючі словесні вирази, що відбивалося на труднощах спілкування серед дитячого населення. Цей рівень був у 15% дітей без порушень мовлення та у 37% учнів з ВПМ.

Низький рівень. Учень не виконує завдання, не до кінця розуміє суть завдання, не користується допомогою. Ще не розроблені гностичні приписи мовленнєвої практики, фонетична фонема мовлення, лексико-граматична система, імпресивні словесні вирази, що відбивається на ситуативності та збідненості мовлення. Дітям важко пояснювати, розповідати, спілкуватися з однолітками і дорослими. 63% учнів середньої школи з ВПМ визначили цей рівень. У дітей без порушення мовлення нижчих рівнів сформованості мовних компонентів не спостерігалось.

Середньогруповий показник мовленнєвих компонентів школярів з ВПМ знаходиться на низькому рівні ($I_v = 1,25$), а сформованість мовленнєвих компонентів у школярів без ВПМ – на оптимальному ($I_v = 2,75$). Порушення **МОВИ**.

Підтримка формальних рівнів вербальної гностичної практики у молодших школярів з ВПМ і без порушення мовлення.

Оптимальний рівень: дитина вміє плавно виконувати рухи рук і вільно відтворювати жести пальчиками; відмінно відтворює динамічні мелодії; вільно сприймає і відтворює ритмічні малюнки; розрізняє і показує ліву і праву руку (очі, вуха, ноги); безпомилково відтворює використання геометричної фігури з паличок, диференціює напругу і розслаблення м'язів, відповідальних за мовні

рухи. З 60 студентів ВПМ, які брали участь в експерименті, жодна дитина не досягла оптимального рівня формування гностичної практичної підтримки.

Мовлення. Оптимальний рівень гностичної підтримки мовлення спостерігався у 93% (84) із 90 студентів без порушень мовлення. Адекватний рівень: Руки дитини рухаються повільно, нервово або некоординовано; допускається єдина помилка при відтворенні жестів пальцями; ліва і права рука (очі, вуха, ноги) зображені неправильно; геометричні фігури відтворюються з помилками і можуть відтворюватися на другому моніторі Динамічні мелодії та ритмічні малюнки виправляються самостійно, вільно відтворюючи складосполучення з позначкою голосних, виконуються пози для усних вправ, але окремі помилки виправляються самостійно шляхом пошуку однієї-двох поз. Адекватний рівень визначено у 7% (6 осіб) без порушення мовлення та у 50% (30 осіб) з ВПМ. (рис. 3.6).



Рис. 3.6. Рівні сформованості гностико-практичного забезпечення мовлення (у %) у молодших школярів із ВПМ та з НМР, де: ОР – оптимальний рівень, ДР – достатній рівень, НР – низький рівень.

Низький рівень: Утруднене відтворення просторового положення рук, дитина виконує бімануальні рухи симетрично чи ні; не запам'ятовує послідовність рухів, важко переключається з одного руху на інший; ритм динамічної мелодії знижений, Виконується на секунду або третя спроба; відтворює ритмічні моделі лише з тією самою комбінацією складів; звуковий

ритм сприймається та відтворюється лише тоді, коли повторюється знову і знову; інтенсивний пошук більшості зразків усної практики, або дитина припускає

Багато помилок. 50% (30 осіб) – студенти з низьким рівнем VPM. Серед дітей без порушень мовлення випадків із низьким рівнем не було.

Рівні сформованості мовленнєво-фонологічної системи у **молодших школярів з ВПМ і без порушення мовлення.**

Оптимальний рівень: Дитина вміє правильно вимовляти всі звуки рідної мови, має розвинений звуковий слух, вміє правильно виділяти загальні та особливі звуки в словах, розрізняє всі звуки на слух, учень правильно застосовує логічне вилучення, має фонематичний аналіз і синтез. Із 60 учнів з особливими потребами, які брали участь в експерименті, жодна дитина не мала оптимального рівня сформованості звукової системи мовлення. Серед 90 студентів без порушень мовлення спостерігався оптимальний рівень 96% (87).

Достатній рівень: Учень правильно вимовляє майже всі звуки рідної мови, допускаючи лише одну-дві вимовні помилки, розрізняє на слух усі звуки рідної мови, але інколи не може виділити загальні та специфічні звуки в назвах заданих слів. і зображення предметів Робить помилки, і він самостійно їх виправляє, утворюючи слова з окремих звуків за допомогою дорослих. Серед учнів з особливими освітніми потребами 13% (вісім) досягли адекватного рівня сформованості фонемного апарату мовлення. Серед дітей без порушень мовлення 4% - 3 мали адекватний рівень.

Низький рівень: більшість звуків рідної мови учня вимовляється неправильно, шиплячі, виючі, лязкі звуки спотворені або замінені іншими звуками, він характеризується низьким рівнем розвитку фонемного слуху та загальними труднощами у визначенні назв задані слова та предметні картинки. Поміляється з окремими звуками, не розрізняє за шипінням, свистом, фрикативами, голосними звуками у вухах, не може складати слова незалежно від окремих звуків. 87% (22 особи) студентів ВПМ мають цей рівень. Цей рівень не був зафіксований у дітей без порушень мовлення (рис. 3.7).



Рис. 3.7. Рівні сформованості фонетико-фонематичної системи мовлення (у %) у молодших школярів із ВПМ та з НМР, де: ОР – оптимальний рівень, ДР – достатній рівень, НР – низький рівень.

Рівні сформованості лексико-граматичної системи мовлення в молодших школярів з ВПМ і з нормою мовного розвитку.

Оптимальний рівень: учень має нормальний (відповідно віку) лексичний запас. Усі завдання виконав без помилок, що свідчить про володіння категоріальним значенням слів, учень вміє зв'язувати 5-6 прикметників з іменниками, узагальнювати слова за значенням, розуміти значення цілого та частин предметів. Цей рівень визначено, коли 61% (55 школярів) не мали порушення мовлення. Серед дітей ВПМ, які брали участь в експерименті, не виявлено учнів з оптимальним рівнем сформованості словесного лексико-граматичного ладу.

Достатній рівень: більшість завдань учень виконує правильно, але може припускатися помилок і самостійно їх виправляти, що свідчить про володіння категоріальним значенням слова, вміє дібрати 3-4 прикметники до іменника, узагальнює слово за значенням. викликають труднощі. Учні погано розуміють значення цілих і частин предметів. Дослідження показало, що 22% (13) учнів початкової школи з ВПМ мали адекватний рівень сформованості словесної лексико-граматичної системи, тоді як 39% (35 осіб) учнів початкової школи з НМР мали адекватний рівень словесної лексико-граматичної системи формування.

Низький рівень: Учні на цьому рівні виконують одне-два завдання, роблять багато помилок і не виправляються, що свідчить про те, що вони не засвоїли категоріальне значення слів і мають бідний словниковий запас, до іменників добирають лише 1-2 прикметники, а потім прес означення за змістом. При узагальненні слів допускаються помилки. Учень плутає значення цілого і частин предмета або відмовляється виконувати завдання. Потребує постійної корекції поведінки та уваги. Серед молодших школярів з особливими потребами такий рівень сформованості лексико-граматичної системи мови мають 78% - 47 дітей. В учнів з нормальним мовленнєвим розвитком низький рівень мовлення не визначається (рис. 3.8).

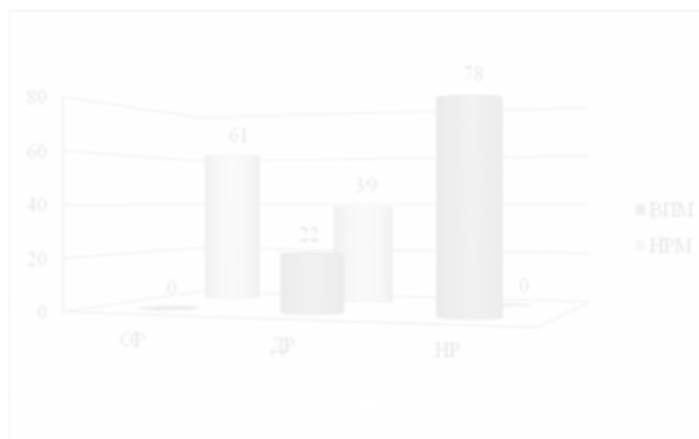


Рис. 3.8. Рівні сформованості лексико-граматичної системи мовлення (у %) у молодших школярів із ВІМ та з НІМ, де: ОП – оптимальний рівень, ДР – достатній рівень, НР – низький рівень.

Рівні сформованості імпресивно-експресивного мовлення в молодших школярів з ВІМ і з нормою мовного розвитку.

Оптимальний рівень: дитина може легко підтримувати розмову, відповідати на запитання, використовувати розгорнуті відповіді, використовувати та описувати власний досвід; легко рахувати наперед і називати дні тижня та місяці року; швидко і легко називати картинки зображених предметів. на картинці, правильно називаючи та показуючи частини

тіла; повторює фрази на основі картинок, щоб сформуванати довгу та досить зв'язну розповідь, яка включає події, які дитина пережила; розуміє

Логіко-граматичні структури. Серед учнів з особливими освітніми потребами, які брали участь в експерименті, не було учнів з високим рівнем сформованості мовлення та мовленнєвих процесів, тоді як серед учнів з нормальним мовленнєвим розвитком кількість випадків становила 84% - 76.

Адекватний: дитина неохоче підтримує розмови, відповідає на питання односкладово; повільно і затинаючись перераховує вперед, називає дні тижня і місяці року; повторює фрази з допомогою дорослого; відповідає на малюнки Довго думає, перш ніж називати зображені предмети, виправляти. ви самі помиляєтеся або не впевнені в тому, щоб назвати та показати частини тіла; історія, що стоїть за малюнком, складається з 5-6 коротких описових речень; не впевнений, чи зрозуміла логіка та граматична структура; він припустився помилки в групуванні зображень, яку виправив самостійно . Серед учнів із нормальним мовленнєвим розвитком адекватних рівнів досягли 16% (14), а серед дітей із ВПМ – 15% (9). Низький рівень: відсутність відповіді, наслідування і наполегливість, неадекватна відповідь, впадання в побічні асоціації, труднощі з підбором слів, побудовою фраз, слів; пропуск слів при підрахунку вперед, днів тижня і місяців року, буквальний (моторний і сенсорний) афазія, граматичні помилки (різні абзаци); неправильне повторення слів, нездатність зберегти гучність у фразах або останніх словах; неправильне називання предметів, дефіцит у називанні частин тіла; учень може використовувати лише два або кілька простих граматичних неправильних речень для експрес-картинки, в яких перераховані назви намальованих предметів, не розуміє логіко-граматичних структур, помилки не виправляє самостійно, швидко втомлюється і відмовляється виконувати завдання, потребує постійної корекції поведінки та уваги. Нижчий рівень мовленнєвого розвитку не виявлено в учнів з нормальним мовленнєвим розвитком, порівняно з 81% дітей з ВПМ (рис. 3.9).

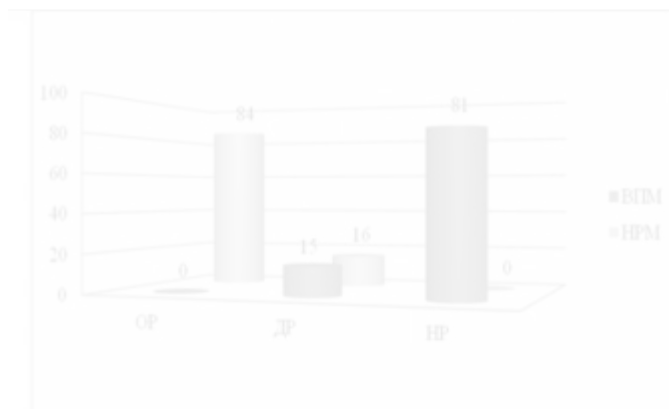


Рис. 3.9. Рівні сформованості імпресивно-експресивного мовлення (у %) у молодших школярів із ВПМ та з НПМ, де: ОР – оптимальний рівень, ДР – достатній рівень, НР – низький рівень.

Як показує результат констатуючого етапу експерименту, індекс вербального компонента (I_v) в групі молодших школярів з ВПМ становить 1,25, що відповідає низькому рівню, тоді як у групі учнів без порушення мовлення цей показник становить 2,83, що відповідає високому рівню.

Узагальнюючі результати даних моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів з ВПМ вказують на низький рівень його сформованості ($I=1,47$) та на оптимальний рівень у дітей без мовленнєвих порушень ($I=2,79$).

Для перевірки обчислимо процентну різницю індексів за формулою 3:

$$P_r = \frac{I_{(НПМ)} - I_{(ВПМ)}}{I_{(НПМ)}} \times 100 \quad \% \quad (3).$$

Де P_r – відсоткова різниця індексів.

$$P_r = \frac{2,79 - 1,47}{2,79} \times 100\% = 47\%$$

Відсоткова різниця індексів становить 47 %, що свідчить про велику різницю в моторно-мовленнєвому розвитку молодших школярів за всіма показниками критеріїв морфофункціонального та вербального компонентів і

вимагає впровадження та визначення ефективності методики КРВР молодших школярів із ВПМ, яка б забезпечувала належний руховий та вербальний розвиток як умову подальшого успішного навчання в масовій школі.

3.2. Формувальний експеримент та аналіз його результатів

Оптимальний рівень: дитина може легко підтримувати розмову, відповідати на запитання, використовувати розгорнуті відповіді, використовувати та описувати власний досвід; легко рахувати наперед і називати дні тижня та місяці року; швидко і легко називати картинки зображених предметів. на картинці, правильно називаючи та показуючи частини тіла; повторює фрази на основі картинок, щоб сформувати довгу та досить зв'язну розповідь, яка включає події, які дитина пережила; розуміє

Логіко-граматичні структури. Серед учнів з особливими освітніми потребами, які брали участь в експерименті, не було учнів з високим рівнем сформованості мовлення та мовленнєвих процесів, тоді як серед учнів з нормальним мовленнєвим розвитком кількість випадків становила 84% - 76.

Адекватний: дитина неохоче підтримує розмови, відповідає на питання односкладово; повільно і затинаючись перераховує вперед, називає дні тижня і місяці року; повторює фрази з допомогою дорослого; відповідає на малюнки Довго думає, перш ніж називати зображені предмети, виправляти. ви самі помиляєтеся або не впевнені в тому, щоб назвати та показати частини тіла; історія, що стоїть за малюнком, складається з 5-6 коротких описових речень; не впевнений, чи зрозуміла логіка та граматична структура; він припустився помилки в групуванні зображень, яку виправив самостійно . Серед учнів із нормальним мовленнєвим розвитком адекватних рівнів досягли 16% (14), а серед дітей із ВПМ – 15% (9). Низький рівень: відсутність відповіді, наслідування і наполегливість, неадекватна відповідь, впадання в побічні асоціації, труднощі з підбором слів, побудовою фраз, слів; пропуск слів при підрахунку вперед, днів тижня і місяців року, буквальный (моторний і

сенсорний) афазія, граматичні помилки (різні абзаци); неправильне повторення слів, нездатність зберегти гучність у фразах або останніх словах; неправильне називання предметів, дефіцит у називанні частин тіла; учень може використовувати лише два або кілька простих граматичних неправильних речень для експрес-картинки, в яких перераховані назви намальованих предметів, не розуміє логіко-граматичних структур, помилки не виправляє самостійно, швидко втомлюється і відмовляється виконувати завдання, потребує постійної корекції поведінки та уваги. Нижчий рівень мовленнєвого розвитку не виявлено в учнів з нормальним мовленнєвим розвитком, порівняно з 81% дітей з ВПМ (табл. 3.3).

Розподіл школярів ЕГ та КГ з урахуванням форм дизартрії

Таблиця 3.3

Форми дизартрії	ЕГ	КГ
Псевдобульбарна спастична дизартрія	13 (43%)	11 (36,6%)
Псевдобульбарна паретична дизартрія	4 (13,3%)	4 (13,3%)
Коркова дизартрія	4 (13,3%)	5 (16,6%)
Змішана дизартрія	9 (30%)	10 (33,3%)

Заняття з фізичної культури в ЕГ проводяться за планами уроків, складеними на основі навчальної програми з фізичної культури та методики, розробленої КРВР. У КГ заняття з фізичної культури проводяться за шкільною програмою з фізичної культури.

Наприкінці завершального етапу експерименту було проведено контрольоване дослідження ефективності запропонованої методики КРВР на школярах ВПМ, що дало змогу виявити динаміку змін моторного та мовленнєвого розвитку.

Як видно з табл. 3.4, групові показники морфофункціонального (Ім) та вербального (Ів) компонентів визначають позитивну динаміку в ЕГ та КГ. При цьому підвищення медіанного значення ЕГ може бути більшим, ніж у КГ, при цьому ЕГ зростає з 1,68 до 2,0 (для Ім), з 1,29 до 2,04 (для Ів), а КГ з 1,63 до 1,66 (для Ім) і від 1,63 до 1,66 (для Ім). 1,27 до 1,63 (для Ів) у КГ.

Таблиця 3.4

Динаміка групових індексів моторно-мовленнєвого розвитку
та коефіцієнтів сформованості критеріїв школярів ЕГ та КГ

Індекси компонентів та коефіцієнти критеріїв моторно-мовленнєвого розвитку	На початку		Наприкінці	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Морфофункціональний компонент (I_M)	1,68	1,63	2,0	1,66
Кістково-м'язовий апарат ($K_{гр.}$)	1,9±0,1	1,7±0,1	2,2±0,1*	1,6±0,1
Дихання ($K_{гр.}$)	1,7±0,1	1,7±0,0	2,4±0,1*	2,1±0,1*
Психомоторика ($K_{гр.}$)	2,0±0,1	2,0±0,1	2,4±0,1*	2,2±0,1
Вербальний компонент (I_B)	1,29	1,27	2,04	1,63
Гностико-праксічне забезпечення ($K_{гр.}$)	1,7±0,1	1,7±0,1	2,3±0,1*	1,9±0,1
Фонетико-фонематична система ($K_{гр.}$)	1,5±0,0	1,5±0,0	2,0±0,1*	1,7±0,1
Лексико-граматична система ($K_{гр.}$)	1,7±0,1	1,6±0,1	2,2±0,1*	1,9±0,1*
Імпресивно-експресивне мовлення ($K_{гр.}$)	1,5±0,1	1,5±0,1	2,1±0,1*	1,7±0,1

*- $p < 0,05$, для даних на початку та наприкінці експерименту.

Тобто запропонована методика однаково сприяє ефективній корекції моторного та мовленнєвого розвитку школярів з ВПМ.

Розглядаючи динаміку групових коефіцієнтів, сформованих за окремими стандартами, слід зазначити, що за морфологічною функцією та

Аналіз мовленнєвого компоненту моторно-мовленнєвого розвитку дітей ЕГ виявив можливі ($p < 0,05$) покращення, які були найбільш вираженими за всіма критеріями дихальних показників та мовленнєвих компонентів. Водночас у КГ можливі відмінності відзначені лише за показниками дихальної системи та лексико-граматичного апарату мовлення. Відмінності КГ малоймовірні за морфофункціональними та іншими критеріями мовних компонентів моторного розвитку мовлення..

Динаміка рівнів критеріїв морфофункціонального компонента молодших школярів з ВПМ наведена в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Розподіл рівнів критеріїв морфофункціонального компонента (у %)

молодших школярів ЕГ і КГ на різних етапах формувального експерименту

Рівні критеріїв морфофункціонального компоненту (k)		На початку		Наприкінці	
		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
Кістково-м'язовий апарат	Оптимальний	-	-	10	-
	Достатній	67	77	63	70
	Низький	33	23	27	30
Дихання	Оптимальний	-	-	17	-
	Достатній	70	77	63	83
	Низький	3	23	2	1700
Психомоторика	Оптимальний	3	-	23	3
	Достатній	77	23	67	47
	Низький	2	57	10	500

Слід зазначити, що у 10% ЕГ мав місце достатній рівень сформованості опорно-рухового апарату, на відміну від дітей із ХГ, у яких достатній рівень не визначався ні в якому разі на всіх етапах експериментів формування. Нагадаємо, що цей рівень є у 21% дітей без порушень мовлення.

Порівнюючи дані антропометричного індексу ЕГ з даними дитячої популяції, можна виявити, що за масою та довжиною дітей ВПМ діти

На кінець експерименту в середньому вони відповідали оптимальним рівням (табл. 3.6). Зміни параметрів розвитку організму виявляють сприятливі ознаки адаптації організму до вищих рівнів функціонування.

Динаміка антропометричних показників у ЕГ

Таблиця 3.6

стать	Хлопчики		Дівчатка	
	M ± m	M ± m	M ± m	M ± m
Довжина тіла	122,0 ± 1,14	125,1 ± 2,57	121,6 ± 1,41	124,5 ± 1,27
Маса тіла	24,2 ± 1,53	25,8 ± 2,58	22,3 ± 2,15	25,6 ± 1,85
ОГК	57,9 ± 1,38	59,2 ± 1,98	55,2 ± 1,86	57,5 ± 1,96
ІМТ	16,1 ± 0,60	16,0 ± 0,66	15,9 ± 1,02	16,3 ± 1,14

Зміни, що відбулися в КГ за аналогічний час, вказують на те, що динаміка досліджених показників має таку саму спрямованість як у ЕГ (табл. 3.7).

Динаміка антропометричних показників у КГ

Таблиця 3.7.

стать	Хлопчики		Дівчатка	
	М ± m	М ± m	М ± m	М ± m
Зріст	122,6 ± 1,48	124,8 ± 1,26	121,5 ± 1,49	123,3 ± 1,82
Маса тіла	24,2 ± 1,49	25,5 ± 1,96	22,1 ± 1,39	24,7 ± 2,03
ОГК	57,8 ± 1,44	58,4 ± 1,66	55,3 ± 1,52	57,2 ± 2,20
ІМТ	16,1 ± 0,66	16,6 ± 0,68	15,9 ± 0,79	16,0 ± 1,19

Проте дані, отримані в результаті дослідження постави, свідчать про суттєві відмінності у формуванні опорно-рухового апарату дітей ЕГ та КГ. Результати впливу розробленої методики КРВР свідчать про те, що у 53% (16 осіб) ЕГ вдалося відновити нормальну форму спини. Наприкінці експерименту зустрічальність згорбленої спини зменшилася в 4 рази - з 40% (12 дітей) до 10% (3 дитини). Значно зменшилась кількість варіантів округло-увігнутої форми спини – з 33% (10 дітей) до 13% (4 дитини). У однієї дитини була плоска форма (3%). Важливо, що наприкінці формувального експерименту в ЕГ не було зареєстровано жодної дитини з ознаками сколіозу, які спочатку були виявлені у 13% (4 дітей) ЕГ (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Динаміка змін форм спини в дітей ЕГ і КГ
за час формувального експерименту (у %)

Форма спини	На початку		Наприкінці	
	ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
нормальна	2	13	73	70
сутула	4	53	1	5700
кругло-увігнута	33	27	13	30
плоска	7	7	3	7

Проте дані, отримані в результаті дослідження постави, свідчать про суттєві відмінності у формуванні опорно-рухового апарату дітей ЕГ та КГ. Результати впливу розробленої методики КРВР свідчать про те, що у 53% (16 осіб) ЕГ вдалося відновити нормальну форму спини. Наприкінці експерименту зустрічальність згорбленої спини зменшилася в 4 рази - з 40% (12 дітей) до 10% (3 дитини). Значно зменшилась кількість варіантів округло-увігнутої форми спини – з 33% (10 дітей) до 13% (4 дитини). У однієї дитини була плоска форма (3%). Важливо, що наприкінці формувального експерименту в ЕГ не було зареєстровано жодної дитини з ознаками сколіозу, які спочатку були виявлені у 13% (4 дітей) ЕГ..

Таблиця 3.9

Динаміка коефіцієнту сформованості (k) дихання молодших школярів ЕГ та КГ

Етапи експерименту	ЕГ ($k_{гр}$)	КГ ($k_{гр}$)
Початок	$1,7 \pm 0,05$	$1,7 \pm 0,04$
Кінець	$2,4 \pm 0,1$	$2,1 \pm 0,01$

Впровадження спеціальних дихальних вправ в урок з фізичної культури молодших школярів ЕГ внесли суттєві зміни у паттерн дихання молодших школярів ЕГ (табл. 3.10).

Таблиця 3.10

Динаміка показників дихання молодших школярів ЕГ (у%)

Показники паттерну дихання	Граничне зниження	Помірне зниження	Оптимальний рівень	Помірне підвищення	Граничне підвищення
Твд.	1	23,9	50	16,6	6,60
	3,3	13,3	63,3	16,6	3,3
Твид.	2	2	43,3	1	6,6000
	1	16,6	60	10	3,30
ДО	43,3	2	30	6,6	13,30
	16,6	2	5	10	3,300
ДО/Твд	1	1	6	13,3	6,6000
	3,3	13,3	73,3	6,6	3,3

Продовження таблиці 3.10

ДО/Твид	23,3	23,3	30	13,3	10
	6,6	10	60	13,3	10
ЧД/Твид	23,3	23,3	23,3	16,6	13,3
	6,6	16,6	53,3	13,3	10
ЧД	3,3	10	30	23,3	33,3
	3,3	13,3	56,6	1	16,60

Дані таблиць 3.10 та 3.11 вказують на те, що кількість випадків граничного зниження видиху у ЕГ було знижено в 2 рази, але в КГ значних змін цього показника не відбулось. Нормальний ДО був відновлений у 60 % дітей ЕГ, на відміну від КГ (33 %). Схильність до рестрикції в ЕГ була знижена з 23 % до 3 % випадків, тоді як в КГ кількість дітей з рестриктивною схильністю залишилась незмінною (23 %).

Таблиця 3.11

Динаміка показників дихання молодших школярів КГ (у%)

Показники паттерну дихання	Граничне зниження	Помірне зниження	Оптимальний рівень	Помірне підвищення	Граничне підвищення
Твд.	13,3	2	5	1	6,6000
Твид.	13,3	33,3	33,3	10	10
ДО	26,6	3	36,6	3,3	3,30
ДО/Твд	23,3	33,3	33,3	6,6	3,3
ДО/Твид	46,6	23,3	20	6,6	3,3
ЧД	4	16,6	33,3	6,6	3,30
ЧД/Твд	13,3	3 1	56,6	13,3	6,60
ЧД/Твид	1	16,6	56,6	13,3	3,30
ЧД	16,6	3	3	16,6	6,600
ЧД	1	36,6	3	2	3,3000

Продовження таблиці 3.11

ЧД/Твид	23,3	16,6	40	16,6	3,3
ЧД	23,3	2	33,3	6 2	1000
ЧД	6,6	1	36,6	033,3	13,3
ЧД	3,3	6,6	36,6	36,6	13,3

За основними навантажувальними патернами дихання, які були визначені в підгрупі студентів ЕГ із псевдобульбарною спастичною дизартрією (n=13), відбулися зміни Твиду – гранично знижені показники зменшилися з 23% (3 особи) до 4% (1 особа), тоді як у КГ (n=11) ці показники залишилися без змін і становили 36% (4 особи). У досліджуваній підгрупі ЕГ кількість випадків незначно зниженої об'ємної швидкості видиху (ДО/Твд) зменшилася з 54% (7 осіб) до 23% (3 особи), у підгрупі КГ також спостерігалось зниження цього показника. показник - від 45% (5 осіб) до 27% (3 особи). Граничне зниження ДО в підгрупі ЕГ відбулося з 46% (6 осіб) до 15% (2 особи), а в КГ – з 54% (6 осіб) до лише 45% (5 осіб).

У підгрупі студентів ЕГ із псевдобульбарною паретичною дизартрією (n=4) спостерігалось зменшення випадків незначно зниженої об'ємної швидкості вдиху (ДО/Твд) – від 75% (3 особи) до 25% (1 особа), у підгрупі

студентів КГ (n=4) зниження випадків цього показника було незначним – від 100% до 75%. IN

у підгрупі студентів ЕГ із зазначеною формою дизартрії спостерігалось незначне зниження ТО – від 50 % (2 особи) до 25 % (1 особа), тоді як у КГ змін не було. Схильність до обмеження знизилася зі 100% (4 особи) до 25% (1 особа), змін КГ немає. У підгрупі студентів ЕГ зі змішаною дизартрією (n=9) спостерігалось зменшення випадків граничного зниження Твїду – з 22% (2 особи) до 0%, тоді як у КГ (n=10) дана кількість випадки цього показника залишилися без змін. Кількість випадків екстремально низького АТ у підгрупі ЕГ зменшилася вдвічі – з 55,5% (5 осіб) до 22% (2 особи), у КГ – з 60% (6 осіб) до 55%. Схильність до обмеження зменшилось в ЕГ з 33,3% (3 особи) до 11,1% (1 особа), а в КГ залишилося без змін – 40% (4 особи).

У підгрупі студентів ЕГ з корковою дизартрією (n=4) спостерігалось зниження випадків зниження ТВД – від 50% (2 особи) до 25% (1 особа), у КГ (n=5) поява цей показник не змінився і склав 80% (4 особи) випадків. Значно зменшилась кількість випадків граничного зниження ДО/Твд на видиху – з 75% (3 особи) до 25% (1 особа), в КГ – з 60% (3 особи) до 40% (2 особи). Зменшення випадків тахіпноє в підгрупі ЕГ відбулося з 75% (3 особи) до 25% (1 особа), у КГ як на початку, так і в кінці експерименту кількість випадків тахіпноє становила 80% (4 особи). Люди).

Отримані дані свідчать про доцільність застосування дихальних вправ з урахуванням індивідуальних напружень характеру дихання молодших школярів з різними формами дизартрії. Аналіз даних комп'ютерного вимірювання рухів у молодших школярів показав, що відбулося достовірне покращення рівнів сформованості психомоторики учнів ЕГ, де оптимальний рівень підвищився з 3% до 23%, на відміну від 3 % у студентів КГ. У дітей без порушення мовлення оптимальний рівень психомоторики визначається у 42%.

З таблиці 3.12 видно, що граничне подовження ТКР у молодших школярів зменшилось з 20% (6 дітей) до 3% (1 дитина), а СПРУ підвищилось – 7% граничного приросту (2 дитини) та від 10% до 23%

помірне підвищення (7 дітей). Як було показано раніше, СПРУ тісно пов'язана з функцією уваги (функціонуванням префронтальної кори), відновлення якої у дітей ЕГ підвищувало швидкість перемикання та покращувало рухову адаптацію. У половини дітей ЕГ вдалося відновити нормальну рівень корекції рухових помилок (ВП). Якщо граничне підвищення ВП на початку експерименту було у 27% молодших школярів, то наприкінці – лише у 7%. (2 ДИТИНИ).

Таблиця 3.12

Динаміка показників рівнів психомоторики в ЕГ, що характеризують центральний рівень регуляції (у %)

Показники	ТЦР		ШПРУ		ВП
гранично підвищенні	20	3	7	27	70
помірно підвищенні	40	17	10	23	57
нормальні	30	53	23	57	17
помірно зниженні	10	20	40	10	170
гранично зниженні		7	27	3	300

В учнів ЕГ наприкінці експерименту відмічається прискорення периферичних механізмів реалізації рухів, яке виявилось у скороченні ЧРС у 37 % (11 дітей) на відміну від 7 % на початку експерименту (табл. 3.13).

ПР підвищилась у 23 % (7 дітей), а в 53 % вдалося нормалізувати баланс екстензорів-флексорів.

Таблиця 3.13

Динаміка показників рівнів психомоторики ЕГ, що характеризують периферійний рівень регуляції (у %)

Показники	ЧРС		ПР		БЕФ
гранично підвищенні	2		7	17	3000
помірно підвищенні	13	7	7	23	23
нормальні	6	50	53	53	33
помірно зниженні	7	37	33	13	13
гранично зниженні		7	7	3	13

Динаміка показників дітей КГ не показала значних змін у психомоториці. У деяких випадках відмічено незначне погіршення окремих компонентів рухового акту. Так нормальні показники ТЦР скоротились від 33 % до 23 % (табл. 3.14).

Таблиця 3.14

Динаміка показників рівнів психомоторики КГ, що характеризують центральний рівень регуляції (у %)

Показники	ТЦР		ШПРУ		ВП
гранично підвищенні	33	30		33	2700
помірно підвищенні	27	33	13	20	37
нормальні	33	23	43	47	3
помірно зниженні	7	13	27	30	00
гранично зниженні			17	3	0000

У дітей КГ, які в різноманітних заняттях у логопедичному кабінеті не використовували методи рухової корекції (окрім розвитку дрібної моторики), динаміка була односпрямована, тобто у всіх випадках вивчені показники психомоторики в них були нижчі, ніж у дітей ЕГ. До того ж після проведення формуючого експерименту ступінь відставання таких дітей від норми зростав (табл. 3.15).

Таблиця 3.15

Динаміка показників рівнів психомоторики КГ, що характеризують периферійний рівень регуляції (у %)

Показники	ЧРС		ПР		БЕФ
гранично підвищенні	13	10		20	1700
помірно підвищенні	27	33		7	2
нормальні	47	33	33	33	23
помірно зниженні	13	23	63	6	20
гранично зниженні			3	17	33000

Для визначення ефективності впливу КРВР на вербальний розвиток ми проаналізували кінцеві результати сформованості вербального компонента

моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів з ВПМ у вигляді складових критеріїв (табл. 3.16).

Таблиця 3.16

Динаміка рівнів критеріїв вербального розвитку (у %) молодших школярів ЕГ та КГ на різних етапах формувального експерименту

Критерії	Рівні	На початку		Наприкінці	
		ЕГ	КГ	ЕГ	КГ
вербального компонента моторно-мовленнєвого розвитку	Гностико-практичне забезпечення мовлення			23,3	1000
	оптимальний				
	достатній	46,6	53,3	66,6	56,5
Фонетико-фонематична система мовлення	оптимальний			16,6	6,600
	достатній	16,6	10	50	33,3
	низький	83,3	9	33,3	600
Лексико-граматична система	оптимальний			26,6	13,300
	достатній	36,6	30	60	50
	низький	63,3	7	13,3	36,60
Імпресивно-експресивне мовлення	оптимальний			26,6	1000
	достатній	16,6	13,3	53,3	33,3
	низький	83,3	2	86,6	56,60

Аналіз стану критеріїв вербального компонента на етапі формувального експерименту свідчить про розбіжність отриманих результатів. Спостерігається значний контраст у сформованості вербального компоненту моторно-мовленнєвого розвитку, що в цілому свідчить про доцільність впровадження методики комплексної корекції моторно-мовленнєвого розвитку в навчально-виховний процес молодших школярів з ВПМ, які навчаються в загальноосвітніх школах.

Слід зазначити, що в обох групах наприкінці експерименту більшою чи меншою мірою виявився оптимальний рівень за всіма критеріями вербального компоненту, тобто відзначена позитивна динаміка в обох групах. Нагадаємо, що в обох групах проводилась корекційна робота, але у випадку КГ діти відвідували лише логопедичний кабінет.

На завершальному етапі експерименту 23,3% (7 осіб) ЕГ та 10% (3 особи) КГ показали оптимальний рівень сформованості гностико-праксичного забезпечення мовлення. (рис. 3.12).

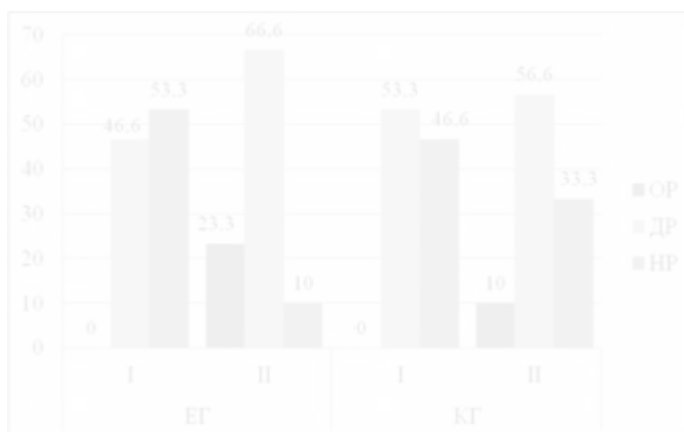


Рис. 3.12. Рівні сформованості гностико-праксичного забезпечення мовлення молодших школярів ЕГ та КГ у %; де I – початок експерименту, II – кінець експерименту; ОР – оптимальний рівень, ДР – достатній рівень, НР – низький рівень.

Достатній рівень доведений у 66,6% (20 осіб) випадків ЕГ і зустрічається у 56,5% (17 осіб) випадків ХГ. Незважаючи на збільшення випадків достатнього рівня в КГ, низький рівень у цій підгрупі зберігся у 33,3% (10 осіб), тоді як в ЕГ наприкінці експерименту низький рівень зареєстровано лише у 3 дітей (10 осіб).

Отримані дані підтверджують покращення зорового, симультанного, просторового гнозису у студентів ЕГ, що свідчить про позитивний вплив експериментальної методики на функціонування середньо-скроневих відділів лівої півкулі та тім'яно-потиличного відділів головного мозку, а також як конструктивний, оральний і кінетичний праксис за рахунок відновлення задньолобових відділів лівої півкулі головного мозку, нижніх відділів сенсомоторної зони і тім'яно-скроневих відділів мозку, зони ТРО.

|

Поява оптимального рівня сформованості фонетико-фонематичної системи мовлення (рис. 3.13) відбулася у 16,6 % (5 осіб) ЕГ, тоді як у КГ цей рівень становив 6,6 % (2 особи). Значно зменшилась кількість випадків низької тяжкості в ЕГ – з 83,3% (25 осіб) до 33,3% (10 осіб). У КГ низький рівень залишився у більш ніж половини дітей – 60% (18 осіб).

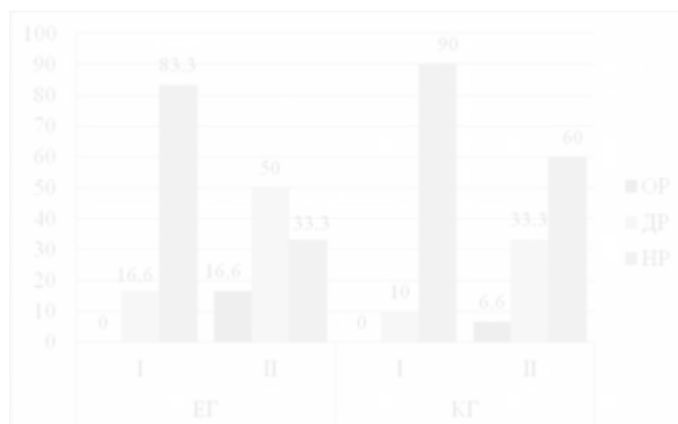


Рис. 3.13. Рівні сформованості фонетико-фонематичної системи мовлення молодших школярів ЕГ та КГ у %, де I – початок експерименту, II – кінець експерименту; ОР – оптимальний рівень, ДР – достатній рівень, НР – низький рівень.

Експериментальні дані підтвердили покращення формування фонематичного аналізу та синтезу за рахунок оптимізації функціонування лобових відділів мозку та підвищення коркової активності в ЕГ.

Оптимальний рівень лексико-граматичного ладу мовлення визначено у 26,6% випадків (8 осіб) ЕГ, у КГ – у 13,3% (4 особи). Низький рівень ЕГ, який на початку експерименту був у 63,3% (50 осіб), наприкінці експерименту зареєстрований лише у 13,3% (4 особи). Зменшення випадків цього рівня в КГ відбулося з 70% (21 особа) до 36,6% - 11 осіб (рис. 3.14).

Отримані дані свідчать про позитивні зміни у функціонуванні тім'яно-потиличних відділів головного мозку, зони ТРО, лобових і задньолобових

відділів головного мозку у студентів ЕГ, про що свідчать добрі результати засвоєння категоріального змісту слова, значення цілого та частин предметів, успіхи в узгодженні іменників з іншими частинами мови, у розумінні логіко-граматичних конструкцій та утворенні граматичних структур.

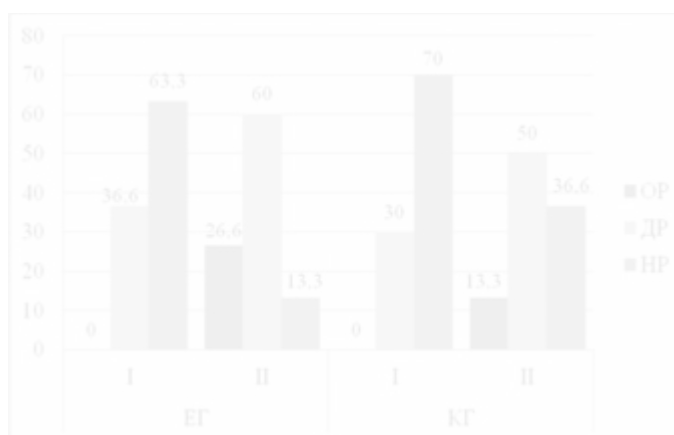


Рис. 3.14. Рівнів сформованості лексико-граматичної системи мовлення молодших школярів ЕГ та КГ у %, де I – початок експерименту, II – кінець експерименту; ОР – оптимальний, ДР – достатній, НР – низький рівень.

I, нарешті, 26,6% (8 осіб) ЕГ досягли оптимального рівня сформованості імпресивно-експресивного мовлення, а кількість випадків низького рівня зменшилася більш ніж у чотири рази (рис. 3.15). На відміну від ЕГ, у КГ оптимальний рівень визначено на рівні 10% (3 особи), а низький залишився на рівні 56,6% (17 студентів).

Зменшення кількості випадків низького рівня та суттєве збільшення зустрічальності оптимального рівня у молодших школярів ЕГ свідчить про значне покращення функціонування задньолобового, лобового, тім'яно-скроневого відділів кори головного мозку. лівої півкулі головного мозку 2-а скронева звивина, яка відб

прогресивні результати у спонтанному, активному, автоматизованому, номінативному та повторному мовленні.



Рис. 3.15. Рівні сформованості імпресивно-експресивного мовлення молодших школярів EG та KG у %, де I – початок експерименту, II – кінець експерименту; OP – оптимальний рівень, DP – достатній рівень, NP – низький рівень.

Математична обробка результатів дослідно-експериментальної роботи свідчить про ефективність впливу КРВР і, як наслідок, підвищення рівня моторно-мовленнєвого розвитку у молодших школярів. Тобто впровадження методики КРВР у практику корекційної роботи з молодшими школярами з ВПМ дало змогу значно покращити моторний та мовленнєвий розвиток останніх.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі описано підготовку та проведення педагогічного експерименту, наведено результати дослідно-експериментальної роботи із застосування методики КРВР.

На етапі констатувального експерименту виділено компоненти, критерії та показники моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів. Морфофункціональний компонент включає наступні критерії: опорно-руховий

апарат, дихання, психомоторика. Вербальний компонент моторно-мовленнєвого розвитку включає гностико-практичне забезпечення мовлення, стан сформованості фонетико-фонематичної, лексико-граматичної систем мовлення, імпресивно-експресивне мовлення.

Створено шкалу оцінювання, яка дозволяє діагностувати рівень моторного та вербального розвитку з урахуванням показників відповідних критеріїв як окремо для кожної дитини, так і в цілому для групи дітей. Запропоновано три узагальнюючі рівні сформованості моторно-мовленнєвого розвитку, які визначено як оптимальний, достатній та низький. Рівні відображають ступінь морфологічної відповідності дитини популяційним особливостям опорно-рухового апарату, дихання та психомоторики, а також характеризують ступінь сформованості гностико-праксічної, фонетико-фонематичної та лексико-граматичної систем імпресивної та експресивної мови.

Відзначено статистично значущі відмінності між дітьми без мовленнєвої патології та їхніми однолітками з ВПМ за рівнем моторно-мовленнєвого розвитку, його компонентами та критеріями за відповідними показниками. Визначено, що І моторно-мовленнєвого розвитку у школярів із ВПМ становив 1,52 (низький рівень), а у школярів без порушень мовлення – 2,79 (оптимальний). Хоча середні значення І_m (морфофункціонального компонента) школярів з ВПМ були визначені на достатньому рівні (І_m = 1,79), вони достовірно поступалися значенням школярів з нормальним мовленням (І_m = 2,75).

Аналіз окремих критеріїв морфофункціонального компонента показав, що значний внесок у його зниження вносить стан опорно-рухового апарату, який у 84% школярів із ВПМ характеризувались наявністю ознак сколіозу та сколіотичної постави, які супроводжувалися порушеннями форми спини: сутула спина – 47%; кругло-увігнуті – 30%; кватрира - 7%.

Аналіз результатів спірографії школярів з ВПМ дав змогу встановити, що школярі з ВПМ мають адекватний рівень дихання (кгр = 1,68±0,05), а школярі без порушень мовлення – оптимальний (кгр = 2,6±0,07). Вивчення показників ритмічного дихання у молодших школярів з різн

ВПМ показали, що при псевдобульбарній спастичній дизартрії найбільші відхилення відзначаються в показниках тривалості видиху (зменшення на 33%), його об'ємної швидкості (зменшення на 50%), дихального об'єму (зменшення

на 50%); при псевдобульбарній паретичній дизартрії – показники об'ємної частоти вдиху (зменшення на 87%), дихального об'єму (зменшення на 50%), тенденція до рестрикції (зменшення на 62%); при змішаній дизартрії – показники тривалості видиху (зменшення на 21%), дихального об'єму (зменшення на 58%), тенденції до обмеження (на 36%), при корковій дизартрії – показники тривалості вдиху (зменшення на 78%), об'єму видиху. дієздатність (збільшення на 55%), частота дихання (збільшення на 88%).

Дослідження психомоторики показало, що за цим критерієм діти з ВПМ мають достатній рівень ($k_{gr} = 1,95 \pm 0,05$), а учні без мовленнєвих порушень – оптимальний ($k_{gr} = 2,6 \pm 0,02$). Лише 2% школярів з ВПМ мали оптимальний рівень, 80% – достатній, 18% – низький. У 33% учнів із нормальним мовленням визначено оптимальний рівень психомоторики, у 62% – достатній, у 5% – низький. Найбільш значні відхилення у дітей з ВПМ визначено за показниками тривалості рухового циклу (уповільнення на 25%), величини помилки корекції рухів (збільшення на 30%), швидкості перебудови рухових одиниць. (уповільнення на 22%). Середні значення I_v (вербальний компонент) школярів з ВПМ визначалися на низькому рівні ($I_v = 1,25$), а у школярів без порушень мовлення – на оптимальному рівні ($I_v = 2,75$).

ВИСНОВКИ

У дослідженні теоретично обґрунтовано та експериментально перевірено методика комплексної корекції моторного та мовленнєвого розвитку молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення.

Охарактеризовано сутність понять «мовленнєвий розвиток» і «моторний розвиток» щодо молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення. Під вербальним розвитком молодших школярів з важкими порушеннями мовлення ми розуміємо біосоціальний процес формування складних функціональних систем мовлення (гностико-праксимального забезпечення мовлення, фонетико-фонематичної та лексико-граматичної систем, а також імпресивного та експресивного мовлення), які викликані консолідацією різних патологічно сформованих структурно незалежних ділянок мозку, кожна з яких вносить свій певний внесок у загальну функціональну систему. Моторний розвиток молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення ми трактуємо як накопичення індивідуального психомоторного досвіду, який характеризується особливостями вирішення рухових завдань, зумовленими специфікою біологічного дозрівання морфофункціональних структур центральної та периферичної нервової системи. системи, стан опорно-рухового апарату та дихального апарату, які підлягають педагогічному впливу.

Визначено педагогічні умови комплексної корекції моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення: поліфункціональна діагностика моторно-мовленнєвого розвитку; підбір засобів корекції з урахуванням рухового розвитку дитини; вирішення корекційних завдань у процесі фізичного виховання молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення.

Визначено компоненти (морфофункціональний та вербальний), критерії з відповідними показниками моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення. Морфофункціональний компонент включав такі критерії: локомоторний – з антропометричними показниками та типом постави; дихання - з показниками дихального об'єму,

частоти дихання та часооб'ємних характеристик вдишу і видиху; психомоторика - з показниками тривалості мотоциклу, швидкості рухових корекцій, величини помилки корекції руху, часу простої рухової реакції на зовнішній подразник, плавності рухів. Вербальний компонент включав наступні критерії: гностико-практичне забезпечення – з показниками візуального, симультанного та просторового гнозису, конструктивного праксису, послідовного синтезу, слухового сприйняття ритмів, кінестетичної організації дій суб'єкта, динамічного та орального праксису; стан фонетико-фонематичної системи – з показниками фонематичного розбору та синтезу, практичного звукового аналізу, сприйняття усного мовлення на фонологічному рівні, формування фонематичних уявлень; стан лексико-граматичної системи - з показниками практичного засвоєння категоріального значення слова, засвоєння значення цілого і частин предмета, засвоєння узгодження іменників з іншими частинами мови в реченні, засвоєння значень цілого й частин предмета, засвоєння в реченні зв'язків іменників з іншими частинами мови. Уміння співвідносити питання з часом дії, практичне засвоєння узгодження іменників із числівниками, навички словотворення та утворення граматичних конструкцій із відповідними прийменниками; стан експресивно-імпресивного мовлення – з показниками спонтанного, автоматизованого, відображеного номінативного та предикативного мовлення та розуміння логіко-граматичних конструкцій. Рівні (оптимальний, достатній, низький) моторного та мовленнєвого розвитку молодших школярів із важкими порушеннями мовлення: характеризується. Розроблено модель комплексної корекції моторного та мовленнєвого розвитку молодших школярів із важкими порушеннями мовлення, яка включає чотири етапи: проектний, діагностико-аналітичний, навчально-корекційний та контрольний, висвітлює організацію цілеспрямованої роботи з корекції рухового розвитку та словесної сфери в процесі фізичного виховання на уроках форм роботи. Метою етапу проектування є впровадження в освітнє середовище багатофункціональних методів моніторингу, підготовка спеціаліста з моніторингу, створення ради. Мета діагностично-аналітичного етапу включає вас

значення індивідуальних особливостей моторного та мовленнєвого розвитку дітей з тяжкими порушеннями мовлення. Мета навчально-корекційного етапу спрямована на корекцію моторного та мовленнєвого розвитку молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення. Мета контрольного етапу – визначити ефективність корекції та надати рекомендації щодо подальшого використання корекційних засобів у співпраці з учителями, логопедами, батьками. Розроблено та апробовано експериментальну методику комплексної корекції моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення, яка базується на результатах поліфункціональної діагностики моторно-мовленнєвого розвитку дітей із тяжкими порушеннями мовлення та диференційованого застосування вправ для корекції. вправи для постави, дихання, звукомоторика, рухливі ігри. Перевірка ефективності методики комплексної корекції моторно-мовленнєвого розвитку молодших школярів з тяжкими порушеннями мовлення виявила, що її застосування підвищило сформованість морфофункціонального та вербального компонентів моторно-мовленнєвого розвитку в ЕГ – з 1,68 до 2,0 (для ІМ) і від 1,29 до 2,04 (для Іv) проти 1,63 до 1,66 (Іm) і від 1,27 до 1,63 (Іv) у КГ.

Проведене дослідження не висвітлює всіх аспектів окресленої проблеми. Перспективу подальших досліджень ми вбачаємо в подальшій розробці та теоретичному обґрунтуванні цілісного науково-методичного комплексу рухового та мовленнєвого розвитку молодших школярів із тяжкими порушеннями мовлення, удосконаленні системи корекційно-розвивальних завдань, спрямованих на підвищення рівня рухової сформованості учнів. і мовленнєвий розвиток в умовах загальноосвітньої та спеціальної школи.

23	http://www.oblhospital.com.ua/statti-interv-iu/367-komp-iuterni-tekhnologii-z-funktsionalnoi-diahnostyky-zakhvoriu	2 джерела	0.05%
24	http://elibrary.kubg.edu.ua/11567/1/Moskalyov_Monografiya.pdf	6 джерел	0.04%
25	https://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/30439/1/%d0%9e%d1%81%d0%be%d0%b1%d0%bb%d0%b8%d0%b2%d...		0.04%
26	https://www.nung.edu.ua/files/attachments/dysertaciya_gutak.pdf	3 джерела	0.04%
27	http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/3879/Zdoroviazberihaiuchi-tekhnologii-pry-roboti-z-ditm	4 джерела	0.04%
28	http://infiz.dp.ua/joomla/images/docum/spec-rada/zah0037-2019-05-06-dissert-01.pdf		0.04%

Джерела з Бібліотеки

6

8	Студентська робота	ID файлу: 1013807689	Навчальний заклад: Open International University of Hum	3 Джерело	0.11%
19	Студентська робота	ID файлу: 1011295366	Навчальний заклад: Open International University of Human Deve...		0.05%
29	Студентська робота	ID файлу: 1010309197	Навчальний заклад: Open International University of Hum	2 Джерело	0.04%

Цитати

Цитати

8

1 «TRIFLO II» (Sherwood)

2 Christensen (1975) для дорослих і дітей Luria-Nebraska [228].

3 3.4, групові показники морфофункціонального (Ім) та вербального (Ів) компонентів визначають позитивну динаміку в ЕГ та КГ.

4 Середні значення Ів (вербальний компонент) школярів з ВПМ визначалися на низькому рівні (Ів = 1,25), а у школярів без порушень мовлення – на оптимальному рівні (Ів = 2,75).

5 «Від мотиву, який породжує будь-яку думку, до оформлення самої думки, до її опосередкування у внутрішньому слові, а потім - у значенні зовнішнього слова, і, нарешті, в слові»

6 “Нейропсихологічні основи”

7 «периферійні області»

8 «Методи лікування захворювань, пов'язаних з втратою голосу»