

зорову графічну схему. На цьому етапі відбувається "перекодування" фонеми в графему, яка здійснюється з врахуванням топологічних властивостей графеми і просторового розташування її елементів. Ця операція процесу письма функціонує при зоровому сприйнятті простору і просторових відношень, а також передбачає збереження зорової пам'яті [3]. Процес письма на другому етапі містить у собі переклад звукової структури слова в систему графічних знаків, тривале утримання в пам'яті цих графічних символів (графем) і їх правильну просторову організацію.

Третій етап включає перетворення підлеглих написанню оптичних знаків-букв у потрібні графічні накреслення, "перекодування" зорового образу букви в кінетичну схему послідовних рухів. Ця операція неможлива без участі кінестетичного контролю, який підкріплюється зоровим контролем, а також наявності рухової пам'яті. Несформованість будь-якого з етапів приводить до недоліків писемної діяльності.

Складніший фізіологічний механізм писемного мовлення здійснюється за допомогою всіх аналізаторів, з котрих одні є провідними, а інші – допоміжними. Письмо є складним системним і доволі психічним процесом. Таким чином, дані положення розглядають писемну діяльність як процес, до складу якого входять когнітивні, сенсорні, атенційні, мнемічні, мисленеві, регулятивні компоненти.

Дані теоретичні положення об етапах письма, о структурних компонентах писемної діяльності були враховані нами під час складання методики обстеження сформованості операцій і функцій процесу письма в учнів 2-4 класів шкіл для дітей з ТПМ.

Особлива складність писемного мовлення лежить у процесі взаємодії всіх аналізаторів. Психофізіологічну основу процесу письма складає спільна робота ряду аналізаторів. Акт письма це діяльність, яка розгортається на психологічному, психофізіологічному і лінгвістичному рівнях, забезпечується сумісною і складною діяльністю цілого ряду ділянок мозку. Саме тому порушення писемної діяльності слід розглядати з точки зору не тільки лінгвістики, а й психології, корекційну роботу необхідно будувати на психолінгвістичних засадах.

Список використаних джерел

1. Боскис Р.М. Особенности речевого развития у детей при нарушении слухового анализатора / Изв. АПН РСФСР. – Вып. 48. – С.56
2. Левина Р. Е. Недостатки произношения, сопровождающиеся нарушениями чтения и письма // Логопедическая работа в школе. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1953. – С. 3-18.
3. Лурия А. Р. Очерки психофизиологии письма. – М.: Изд-во АПН РСФСР, 1950. – 84 с.
4. Назарова Л. К. О роли речевых кинестезии в письме // Советская

педагогика. – 1952. – № 6. – С.37-52.

5. Садовникова И.Н. Нарушение письменной речи и их преодоление у младших школьников. – М.: Владос, 1995. – 225 с.
6. Сеченов И.М. Рефлексы головного мозга // Избр. философские и психологические произведения / М.: Политиздат, 1947. – 771 с.
7. Чистович Л.А. Текущее распознавание речи человеком / Машинный перевод и прикладная лингвистика. – 1962. – Вып.7. – С. 11.

The theoretical positions of forming of skills of writing speech are examined as to difficult psycholinguistic activity in the article.

Keywords: writing speech, mechanisms of writing speech, theories of writing speech, pupils with heavy violations of speech.

Отримано 17.9.2013

УДК 376.1:81'342.2]-053.4+159.925.8

Л. В. Мороз,
Я. В. Мимоход

ДИНАМІКА СТАНУ АРТИКУЛЯЦІЙНОЇ ТА МІМІЧНОЇ МОТОРИКИ У ДОШКІЛЬНИКІВ ЗІ СТЕРТОЮ ФОРМОЮ ДИЗАРТРИ ПРОТЯГОМ КОРЕКЦІЙНО-ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ

У роботі висвітлені результати корекційно-логопедичної роботи щодо покращення моторного компоненту мовлення в дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії.

Ключові слова: діти дошкільного віку, стерта дизартрія, артикуляційна моторика, мимічна моторика, корекційно-логопедична робота.

В работе представлены результаты коррекционно-логопедической работы по улучшению моторного компонента речи у детей дошкольного возраста со стертой формой дизартрии.

Ключевые слова: дети дошкольного возраста, стертая дизартрия, артикуляционная моторика, мимическая моторика, коррекционно-логопедическая работа.

Оптимальний стан мовлення як найвищої психічної функції людини є однією з передумов її нормального розвитку, становлення її особистості та інтеграції у суспільство. Порушення мовлення негативно впливає на всі психічні прояви дитини, позначається на її діяльності й поведінці. Мовленнєві порушення в дошкільному дитинстві негативно впливають на формування вищих рівнів пізнавальної діяльності дитини, обмежуючи тим самим опанування дитиною необхідного запасу уявлень, знань та вмінь, необхідних для вдалого переходу до шкільного навчання (Архіпова О. Ф., Богуш А. М., Волкова Л. С., Ляпідевський С. С., Селіверстов В. І. та ін.).

У практиці корекційно-логопедичної роботи все частіше зустрічаються діти, недоліки усного мовлення яких істотно пов'язані з порушенням моторного компоненту мовлення. Серед них чільне місце займають діти зі стертою формою дизартрії. Відповідно даних О. Ф. Архіпової, в групах дітей із загальним недорозвиненням мовлення до 50% дітей, а в групах із фонетико-фонематичним недорозвиненням до 35% дітей мають стерту форму дизартрії. Діти, що мають стерту дизартрію, потребують тривалої, систематичної індивідуальної логопедичної допомоги [1, с. 7].

Відомо, що при стертій дизартрії мовленнєві порушення виникають унаслідок вибіркової неповноцінності деяких моторних функцій мовленнєворахового апарату, а також слабкості й в'ялості артикуляційної мускулатури. Недоліки при цьому порушенні мають різноманітний характер, хоча основна ознака – змазаність, розмитість, нечіткість артикуляції, які різко виявляються в процесі мовлення [3, с. 226]. Отже, виправлення неповноцінності моторних функцій мовленнєворахового апарату виступають запорукою правильної організації комплексної корекційно-логопедичної допомоги дітям зі стертою формою дизартрії.

Питаннями корекції стертої дизартрії займалися багато фахівців: О. В. Правдіна, О. М. Мастюкова, К. О. Семенова, Л. В. Лопатіна, Н. В. Серебрякова, О. Ф. Архіпова. Усі автори відмічають необхідність проведення цілеспрямованих заходів щодо корекції моторного компоненту мовлення в дітей із означеною мовленнєвою патологією у процесі тривалої корекційно-логопедичної роботи.

Мета статті – висвітлити динаміку стану артикуляційної та мимічної моторики в дошкільників зі стертою формою дизартрії протягом цілеспрямованої корекційно-логопедичної роботи.

Дослідження виконано згідно плану НДР Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка і є складовою частиною науково-дослідної теми кафедри логопедії “Корекція психофізичного стану осіб із обмеженими можливостями”.

Результати дослідження та їх обговорення. Під час проведеного нами дослідження для оцінки стану артикуляційної та мимічної моторики дітей зі стертою формою дизартрії використовувалась методика обстеження за О. Ф. Архіповою з прийомами,

рекомендованими Л. В. Лопатиною та Г. В. Дедюхіною [1, с. 74-82].

При дослідженні функцій органів артикуляції проводився аналіз за наступними позиціями:

- стан м'язового тону (гіпертонус, гіпотонус, дистонія);
- можливість здійснення мимовільних та довільних рухів (кінетична, кінестетична диспраксія, апраксія);
- якість артикуляційних та мимічних рухів (точність, ритмічність, амплітуда, сила м'язового скорочення, час фіксації артикуляційного укладу, кількість правильно виконаних рухів, переключення з одного руху на інший тощо).

У програму обстеження артикуляційної та мимічної моторики входили:

- обстеження кінестетичного орального (артикуляційного) праксису;
- обстеження кінетичного орального праксису (статична координація);
- обстеження динамічної координації артикуляційних рухів;
- обстеження мимічної мускулатури;
- обстеження м'язового тону та рухливості губ;
- обстеження м'язового тону мовного язика та наявності патологічної симптоматики.

Оцінювання успішності виконання проведених проб відбувалось за п'ятибальною шкалою:

- 4 бала – “відмінно” – правильна відповідь, або повністю правильне виконання завдання (інструкції логопеда);
- 3 бала – “добре” – самокорекція, або правильна відповідь (виконання завдання) після незначної допомоги логопеда;
- 2 бала – “задовільно” – пошук правильної відповіді, артикуляції, відповідь (виконання завдання) з помилками;
- 1 бал – “незадовільно” – відповідь неточна, неправильне виконання завдання, або виконання з грубими помилками;
- 0 балів – відсутність відповіді, неможливість виконання завдання (інструкції логопеда).

Базою дослідження виступив Сумський обласний центр соціальної реабілітації дітей-інвалідів. У дослідженні взяли участь 30 дітей дошкільного віку (4-7 років) зі стертою формою дизартрії. Основним неврологічним діагнозом був дитячий церебральний параліч. Діти були поділені на 2 групи – основну групу (ОГ) та групу порівняння (ГП) – по 14 та 16 осіб відповідно.

Виявлені нами особливості стану моторного компоненту мовлення дошкільників зі стертою дизартрією за усіма досліджуваними показниками [2, с. 106-107] дозволили нам дібрати найбільш ефективні засоби та краще скеровувати корекційно-логопедичний процес.

З дітьми ОГ проводились заходи за розробленою нами корекційно-логопедичною програмою, яка окрім логопедичної складової включала точковий масаж за О. Уманською, загальний масаж обличчя та ший, масаж язика з використанням масажних зондів. Діти ГП проходили

стандартний курс корекційно-логопедичних заходів.

Після завершення курсу корекційно-логопедичної роботи нами спостерігались певні зміни щодо досліджуваних показників дітей обох обстежуваних груп, проте серед дітей ОГ позитивні зрушення були істотнішими.

Аналізуючи успішність виконання діагностичних проб за усіма досліджуваними показниками необхідно відмітити, що у ОГ відбулися кращі зміни ніж у ГП. Так, серед результатів дітей ОГ з'явився показник "відмінно" – 38,1%, у ГП цей показник збільшився лише на 14,5%. Також у ОГ збільшився відсоток дітей, які отримали позитивні оцінки своїх спроб, у ГП цей показник збільшився на 16,7%. Виконання спроб на "задовільно" у ОГ зменшилися на 21,4%, а у ГП на 4,3%.

Негативні результати також значно зменшилися у обох груп. Проте, у ОГ цей показник зменшився аж на 30,9%, а у ГП лише на 18,8%. Після проведеного нами експерименту відмови від виконання завдань у обох груп не спостерігались (рис.1).

Розглянемо отримані нами результати стану моторного компоненту мовлення в дошкільників зі стертою формою дизартрії більш докладно за окремими досліджуваними показниками.

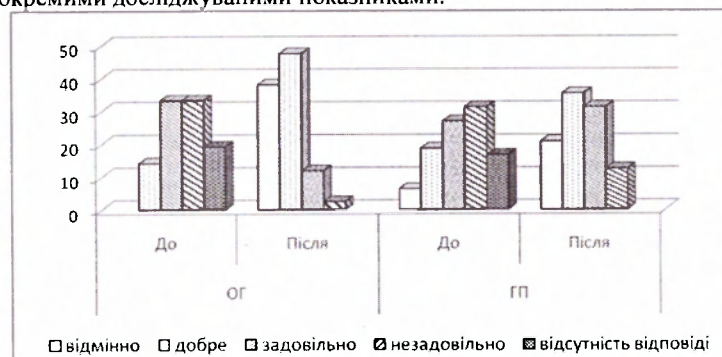


Рис. 1. Динаміка показників артикуляційної та мимічної моторики в дітей зі стертою дизартрією протягом експерименту (у %)

Як видно з рис. 2, 3, найкращі результати були нами отримані за показниками кінестетичного орального праксису та мимічної мускулатури.

Так, при порівнянні результатів кінестетичного орального праксису ОГ та ГП ми отримали такі результати: у ОГ та ГП з'явилися показники оцінки "відмінно" (28,6% та 12,5% відповідно); 71,4% дітей ОГ упорались на "добре", а у ГП – 50% дітей (рис. 2).

У ОГ зникли показники оцінки "задовільно", тоді як у ГП ці показники залишилися без змін. У ГП та ОГ показники оцінки "незадовільно" зникли. Всі діти в обох групах змогли виконати

запропоновані завдання (рис. 2).

Оцінюючи результативність стану мимічної мускулатури в дошкільників зі стертою дизартрією ми виявили, що у ОГ з'явилися показники оцінки "відмінно" – 57%, а у ГП ці показники зросли на 12,5%.



Рис. 2. Динаміка показників кінестетичного орального праксису в дітей зі стертою дизартрією протягом експерименту (у %)

Показники доброго стану мимічної мускулатури у ОГ зросли на 14,4%, а у ГП на 25,0%. Задовільний стан у ОГ зник, а у ГП залишився без змін – 12,5%. Незадовільний результат зник у обох груп. Діти обох груп не відмовились виконувати запропоновані завдання (рис. 3).

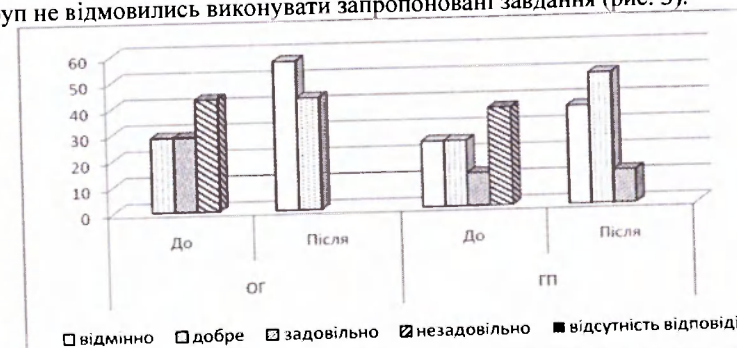


Рис. 3. Динаміка показників мимічної мускулатури в дітей зі стертою дизартрією протягом експерименту (у %)

Дещо гіршою була позитивна динаміка щодо стану кінестетичного орального праксису, динамічної координації артикуляційних рухів, а також м'язового тону та рухливості губ (рис. 4-6).

З рис. 4 бачимо, що в обох групах з'явився відмінний стан кінестетичного орального праксису, так в ОГ 42,9% дітей змогли прийняти за зразком певну артикуляційну позу та утримувати її певний час, у ГП цей показник становить лише 12,5%. Також у ОГ з'явився показник оцінки "добре" – 42,9%, а у ГП цей показник збільшився на 25,0%. У ГП у 50%

дітей можливості так ізалишилися задовільними, а у ОГ зменшилися на 14,4%. Також в обох групах зникли показники незадовільного стану означеного показника та не було відмов від виконання завдань.



Рис. 4. Динаміка показників кінетичного орального праксису в дітей зі стертою дизартрією протягом експерименту (у %)

З рис. 5 зрозуміло, що у ОГ не з'явилися показники оцінки "відмінно", а у ГП ці показники збільшилися на 12,5%. Показники доброго стану м'язового тонусу та рухливості губ у ОГ збільшилися на 14,4%, а у ГП ці показники залишилися без змін (рис. 5).

Із задовільним станом м'язового тонусу та рухливості губ як у ГП так і в ОГ відсоток дітей залишився без змін. 3 незадовільним станом у ОГ змін не спостерігалось, а у ГП зменшення відбулось на 12,5%. Відмов від виконання завдань від обох груп дітей ми не спостерігали (рис. 5).

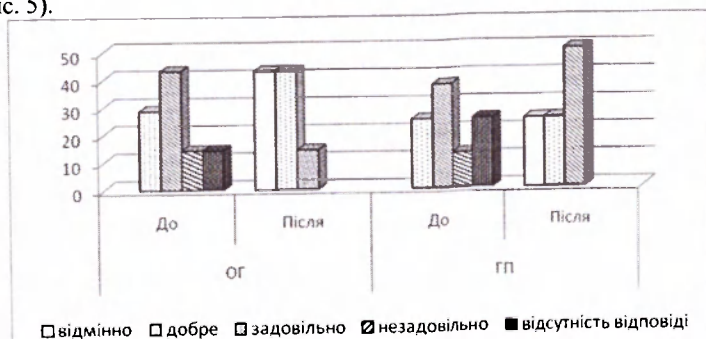


Рис. 5. Динаміка показників м'язового тонусу та рухливості губ в дітей зі стертою дизартрією протягом експерименту (у %)

Аналізуючи успішність досягнень за показником динамічної координації артикуляційних рухів в дошкільників зі стертою формою дизартрії необхідно відмітити, що у ОГ оцінку "відмінно" отримали 28,6% дітей, а у ГП – 12,5%.



Рис. 6. Динаміка показників динамічної координації артикуляційних рухів в дітей зі стертою дизартрією протягом експерименту (у %).

У ОГ на 14,3% зросли показники оцінки "добре", а у ГП ці показники залишилися без змін. У обох групах зовсім не змінилися показники оцінки "задовільно" у ОГ – 14,2%, а у ГП – 12,5%. Незадовільний стан динамічної координації артикуляційних рухів у ОГ зменшилися на 28,8% дітей, а у ГП навпаки - збільшилися на 12,5%. Діти обох досліджуваних груп не відмовлялися від виконання завдань (рис. 6).

Найменш помітних позитивних зрушень щодо моторного компоненту мовлення в дошкільників зі стертою дизартрією нам вдалося досягти за показником м'язового тонусу язика та наявності патологічної симптоматики (рис. 7). Цей показник виявився найбільш консервативним, що узгоджується з літературними даними [4, с. 13] та практичним досвідом і вимагає більш тривалого та наполегливого корекційно-логопедичного впливу.

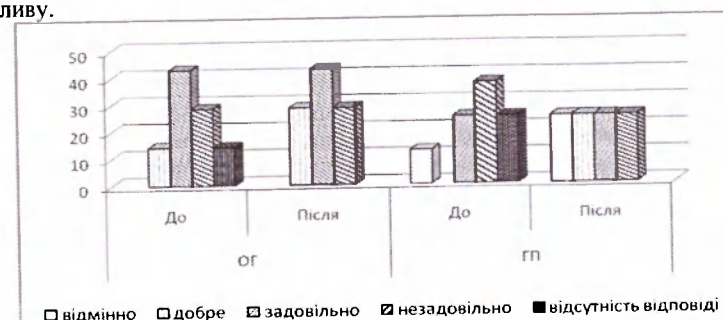


Рис. 3.14. Динаміка показників м'язового тонусу язика та наявності патологічної симптоматики в дітей зі стертою дизартрією протягом експерименту (у %)

Як видно з рис. 7, жодна дитина з ОГ за показником м'язового тонусу язика та наявності патологічної симптоматики не дістала найвищої оцінки, тоді як у ГП таких дітей збільшилось на 12,5%.

Кількість дітей, що впоралась із запропонованим завданням на "добре" у ОГ збільшилась на 14,4%, а у ГП змін не відбулось. Задовільний стан досліджуваного показника в обох групах залишився без змін. Відсоток незадовільного стану у ОГ залишився без змін, а у ГП зменшився на 12,5%. Відмов виконувати завдання в обох групах ми не спостерігали.

Висновок. Отже, цілеспрямована робота щодо покращення стану рухового компоненту мовлення є необхідною передумовою цілісного процесу корекційно-логопедичної роботи серед дітей зі стертою формою дизартрії.

Розроблена нами програма із використанням точкового масажу за О. Уманською, загального масажу обличчя та шиї, масажу язика за допомогою масажних зондів дозволила позитивно вплинути на всі досліджувані показники. Проте, найкращі зрушення відбулись за показниками стану кінестетичного орального праксису та мимічної мускулатури.

Перспективи подальших розвідок убачаємо у дослідженні особливостей звуковимови в дошкільників зі стертою формою дизартрії та пошуку методів підвищення ефективності корекційно-логопедичної роботи серед означеного контингенту дітей.

Список використаних джерел

1. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей / Е. Ф. Архипова. – М.: АСТ: Астрель, 2007 – 331с.
2. Мимоход Я. В. Особливості стану артикуляційної та мимічної моторики в дітей дошкільного віку зі стертою формою дизартрії / Я. В. Мимоход, Л. В. Мороз // Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали І Всеукраїнської науково-практичної конференції. – Суми: Видавництво СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2012. – С.104-107.
3. Савінова Н. В. Проблема термінологічного визначення та класифікацій стертої форми дизартрії у психолого-педагогічній літературі / Н. В. Савінова // Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. – Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. – 2011. – № 18. – С. 226-230.
4. Собонович Е. Ф. Проявление стертых дизартрий и методы их диагностики / Е. Ф. Собонович, А. Ф. Чернопольская // Дефектология. – 1974. – № 4. – С. 12-16.

The results of remedial logopaedic work concerning improving motility component of speech in preschool children with subclinical form of dizarthria are work in the article.

Keywords: preschool children, subclinical form of dizarthria, articulative motility, mimetic motility, remedial logopaedic work.

Отримано 19.9.2013

УДК 376.33.016:51

О.А. Науменко
Ю.В. Мельникова

ДЕЯТЕЛЬНОСТНЫЙ ПОДХОД В ФОРМИРОВАНИИ КОЛИЧЕСТВЕННЫХ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ У СТАРШИХ ДОШКОЛЬНИКОВ С ОБЩИМ НЕДОРАЗВИТИЕМ РЕЧИ

У статті розглядаються деякі теоретичні та практичні аспекти проблеми формування кількісних уявлень у старших дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення. Авторами звертається увага на необхідність врахування діяльнісного підходу в даному процесі.

Ключові слова: математичний розвиток, кількісні уявлення, діяльнісний підхід, діти із загальним недорозвиненням мовлення.

В статье рассматриваются некоторые теоретические и практические аспекты проблемы формирования количественных представлений у старших дошкольников с общим недоразвитием речи. Авторами обращается внимание на необходимость учета деятельностного подхода в данном процессе.

Ключевые слова: математическое развитие, количественные представления, деятельностный подход, дошкольники с общим недоразвитием речи.

С философской точки зрения математические истины представляют собой фундаментальную онтологию мира. Это необходимые структуры сознания, которые формируются благодаря деятельностной ориентации человеческого мышления и выявляются деятельностью (Г. Динглер, В.Я. Перминов и др.). Именно деятельностная ориентация сознания поднимает наше представление о числе до абстрактного количества, не связанного с каким-либо конкретным эмпирическим признаком. Реальная дискретность предметного мира неоднородна, неустойчива, реальные "единицы" сливаются, разделяются, появляются и исчезают. Онтологическая единица, на которой построена арифметика, однородна, постоянна, вневременна, не разделяется и не сливается с другими единицами. Онтологическая единичность и множественность – объекты идеализированной картины мира, созданные деятельностной ориентацией субъекта. Законы арифметики не порождены процедурами счета, а являются их условием вообще [4]. Поэтому процесс формирования количественных представлений целесообразно рассматривать с позиции теории деятельности.

На основе разработок в области теории деятельности (В.С. Швырев,