



РОЗДІЛ IV. ОПТИМІЗАЦІЯ НАВЧАЛЬНО-ВИХОВНОГО ПРОЦЕСУ В ЗАГАЛЬНООСВІТНІХ ТА ПОЗАШКІЛЬНИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ

УДК 372.461:616.89

О. В. Боряк

Інститут корекційної педагогіки
та психології НПУ ім. М. П. Драгоманова

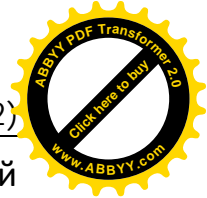
РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ КОМПОНЕНТІВ ПРОСОДИЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИЗАРТРІЄЮ

У статті подано результати дослідження компонентів просодичної сторони мовлення в дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Представлено стислу характеристику методики дослідження компонентів просодичної сторони мовлення, її критерії та показники. Здійснено порівняльний аналіз результатів дослідження за кожним із критеріїв.

Ключові слова: компоненти просодичної сторони мовлення, діти старшого дошкільного віку з дизартрією; мовленнєвий розвиток, темпо-ритмічна сторона мовлення, тембр, темп.

Постановка проблеми. Сучасний стан логопедичної допомоги дітям старшого дошкільного віку з ТПМ свідчить про посилення вимог до якості мовленнєвого розвитку дітей. У цьому контексті однією з актуальних проблем є своєчасне діагностування мовленнєвих недоліків і проблем дітей дошкільного віку як основної передумови педагогічно доцільної та результативної організації процесу їх корекції. У зв'язку з цим перед нами постало завдання: дослідити стан просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією.

Аналіз актуальних досліджень. На сьогодні у вітчизняній науці відсутні цілісні методики дослідження просодичної сторони мовлення (далі – ПСМ) у дітей старшого дошкільного віку, що висвітлювали б усі її сторони. У зв'язку з цим методику дослідження ПСМ цього наукового пошуку розроблено з використанням існуючих адаптованих діагностичних методик (автори О. Ф. Архипова, Г. А. Волкова, Р. Є. Лалаєва, Л. В. Лопатіна) й відповідно до вимог програм загальноосвітніх дошкільних закладів та Базового компонента дошкільної освіти з розвитку мови і мовлення [1; 2; 3]. Розроблена нами експериментальна діагностична методика, на відміну від існуючих, містить завдання на визначення рівня розвитку всіх складових компонентів мовлення, що в цілому дає уявлення про стан сформованості мовленнєвої діяльності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією.



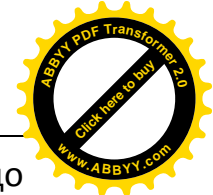
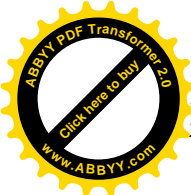
Мета статті – здійснити аналіз результатів дослідження ПСМ дітей старшого дошкільного віку з дизартрією в контексті наукового пошуку «Корекція просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедичної ритміки».

Виклад основного матеріалу. Відповідно до мети, завдань, об'єкта, предмета нашого дисертаційного дослідження метою констатувального етапу педагогічного експерименту було обстеження рівня мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку з дизартрією, розробка діагностичної методики обстеження ПСМ дітей старшого дошкільного віку: визначення її критеріїв і показників (критеріями ПСМ виступили його компоненти), здійснення порівняльного аналізу результатів дослідження.

Під час проведення констатувального етапу експерименту ми обстежили 102 дитини старшого дошкільного віку з дизартрією та отримали такі результати.

Під час обстеження стану мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку з дизартрією було виявлено, що для цієї категорії дітей притаманними є порушення фонетичного компонента мовлення, просодичної сторони мовлення, розлади загальної та мовленнєвої моторики. Ступінь прояву цих порушень у дітей даної нозології різноманітний. Вони обумовлені тяжкістю анамнезу, умовами мовленнєвого спілкування (недостатністю мовленнєвих та інтелектуальних контактів, неурою до мовленнєвого розвитку дитини, наявністю мовленнєвих дефектів у батьків); особистісними особливостями дітей (вибірковістю контактів з оточуючими, замкненістю, проявами негативізму).

У процесі проведення обробки даних (на основі медичних висновків лікарів-неврологів та психіатрів) за клініко-психологічною характеристикою було встановлено, що серед дітей старшого дошкільного віку з дизартрією у 26,3% виявлено ЗПР; 22,8% – діти з нормальним інтелектом; у 15,8% – ММД; діти з ДЦП становлять 10,5%; 8,8% дітей з дизартрією мають ЗМР; 1,8% – це діти з розумовою відсталістю ступеня дебільності. Крім того, дизартрія була виявлена як вторинне, третинне порушення в дітей з комплексними порушеннями розвитку: 7% – діти з ММД та ЗМР; 3,5% – діти з ДЦП із ЗПР та ЗМР; ДЦП із ЗПР – 1,8%, ДЦП з розумовою відсталістю легкого ступеня – 1,8%.



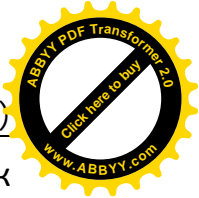
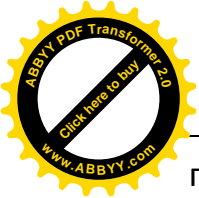
Під час обстеження мовленнєвого розвитку було встановлено, що діти з дизартрією мають такі логопедичні діагнози: ЗНМ I рівня – 14,83%; ЗНМ II рівня – 15,85%; ЗНМ II–III рівня – 9,92%; ЗНМ III рівня – 35,54%; ФФНМ – 23,83%. Цій групі дітей були притаманні супутні порушення мовленнєвого розвитку, а саме: заїкання – 17,6%, логоневроз – 11,8%, алалічний синдром – 5,9%. За результатами дослідження рівня сформованості усного мовлення дітей з дизартрією тільки 16,8% мали достатній рівень підготовки, у 44,5% мовленнєвий розвиток нижчий від норми, у 38,7% мовленнєвий розвиток низький. Обстеження рівня мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку з дизартрією дозволило встановити: високого рівня мовленнєвого розвитку серед даної категорії дітей не виявлено; достатній рівень виявлено у 25,8% дітей, середній – 33,5%, низький – у 31,8%, початковий – у 8,9%.

Дітям старшого дошкільного віку з дизартрією притаманні яскраво виражені поліморфні розлади звуковимови: найбільш поширеним є порушення звуковимови трьох груп звуків: свистячих, шиплячих та сонорних (при цьому найчастіше порушеними у вимові були сонорні звуки); практично не порушеними були тверді задньоязикові звуки та губні звуки (як губно-губні, так і губно-зубні). Крім того, було виявлено, що порушення звуковимови за типом спотворення є домінуючими та сталими. У поодиноких випадках було зафіксовано випадки тільки заміни звуків, переважно складних за артикуляцією.

Аналіз даних логопедичного обстеження, особливостей порушень звуковимови дітей старшого дошкільного віку з дизартрією дозволив зробити певні висновки: недостатність функціонування черепно-мозкових нервів у поєднанні з пірамідними знаками дозволяють розглядати неврологічне порушення як пірамідну недостатність, а дефекти звуковимови в дітей – як псевдобульбарну форму дизартрії. З метою диференціації їх позначення ми умовно використали терміни: спастична псевдобульбарна дизартрія та паретична псевдобульбарна дизартрія.

У зв'язку з цим найбільш поширеною формою дизартрії серед дітей старшого дошкільного віку є псевдобульбарна. На другому місці за поширеністю – мішані форми (екстрапірамідна, мозочкова та кіркова).

Дослідження особливостей загальної, дрібної, артикуляційної моторики та кінетики, кінестетичного, просторового та динамічного



практису та гнозису (з використанням нейропсихологічних методик обстеження) засвідчили недостатню сформованість (порівняно з нормою).

За результатами констатувального етапу експериментального дослідження психомоторного та мовленнєвого розвитку в дітей старшого дошкільного віку з дизартрією був установлений низький рівень розвитку психомоторних функцій, який співвідноситься з низьким рівнем розвитку мовленнєвих функцій та грубими порушеннями ПСМ.

Під час обстеження ПСМ дітей старшого дошкільного віку з дизартрією (відповідно до розробленої діагностичної методики та критеріїв оцінювання) були виявлені такі особливості КПСМ:

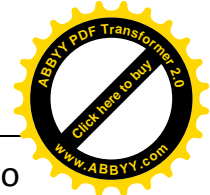
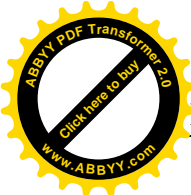
а) для дітей з дизартрією притаманні порушення іннервації дихальної мускулатури, що впливають на порушення мовленнєвого дихання. Ритм дихання не регулюється смисловим змістом мови, під час мовлення воно, зазвичай, прискорюється, після вимови окремих складів, слів наявні судомні вдихи; струм повітря під час видиху скорочений, переважно відбувається через ніс. Наявною є тенденція розмовляти під час вдиху, що призводить до порушення контролю над диханням, порушує координацію між диханням, фонацією та артикуляцією;

б) несформованість мовленнєвого дихання, порушення координації дихання та фонації суттєво впливає на час максимальної фонації, який у дітей з дизартрією у 98% менший, ніж 10 с (в нормі 10–13 с;

в) у дітей з дизартрією спостерігаються значні відхилення темпової організації мовлення: 38% – оптимальний темп, за якого мовлення зрозуміле для оточуючих, у 62% темп мовлення уповільнений;

г) сприйняття та відтворення звукових ритмів дітьми старшого дошкільного віку з дизартрією засвідчило, що значна кількість дітей (69%) здатна відтворити ритмічні структури тільки після багаторазового повторного роз'яснення та демонстрації експериментатором. Порушення ритмічної здатності цієї категорії дітей насамперед були пов'язані з недостатністю рівня сформованості слухової диференціації запропонованих ритмічних структур, слухозорових та зорово-моторних координацій;

д) тембр голосу дітей старшого дошкільного віку з дизартрією характеризується підвищеною назалізованістю: 39,6% – у легкому ступені, 25,4% – у помірному, 6,1% – важкому. Щодо тембрового зафарбовування голосу дітей, то у 72,4% дітей цієї нозології наявний глухий, здавлений, хриплий, з додатковими призвуками, тембр голосу;



е) діти з дизартрією мають певні труднощі у відтворенні логічного наголосу: з важкістю визначають голосом слово, яке є головним носієм смислового навантаження в реченні, практично не вживають логічний наголос у відповідях.

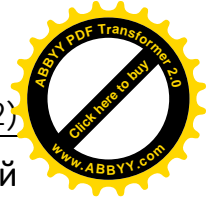
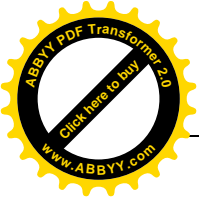
ж) більшість дітей з дизартрією (78,9%) уживають короткі паузи під час мовленнєвого акту. Це порушення впливає на об'єм повітря під час вдиху. Крім того, вживання пауз у самотійному мовленні дітей з дизартрією має певні спільні для більшої кількості дітей ознаки: відсутність логічного обґрунтування розташування пауз у мовленнєвому потоці, уживання пауз у середині або на початку слів, наявність великої кількості пауз хезитації;

з) порушення голосу в дітей з дизартрією передусім пов'язані з парезами м'язів язика, губ, м'якого піднебіння, голосових зв'язок, м'язів гортані, порушенням їх м'язового тону та обмеженістю їх рухливості (за наявності спастичних скорочень різко порушується процес утворення дзвінких приголосних, за паретичного стану м'язів голосового апарату сила голосу стає мінімальною);

к) різні клінічні форми дизартрії мають різноманітні, специфічні розлади голосу. Найбільш поширеними є такі властивості: голос слабкий, тихий, виснажливий; тембр глухий, назалізований, монотонний, здавлений, з наявністю додаткових призвуків; фонація форсована, напружена; несформовані або сформовані на низькому рівні голосові модуляції;

л) порушення фонологічного рівня мови іноді призводить до затримки темпів мовленнєвого розвитку, мовленнєвої інактивності, що впливає на виникнення вторинних порушень лексико-граматичної сторони мовлення.

У процесі проведення констатувального етапу експерименту ми виявили психологічні особливості та особливості емоційно-вольової сфери дітей старшого дошкільного віку з дизартрією: загальна моторна неорганізованість, незручність призводить до швидкої втомлюваності за будь-якого розумового навантаження. Для дітей характерний недостатній розподіл уваги, часте відволікання. Притаманні порушення пам'яті: вона короткочасна, з домінуванням механічної, при цьому рухова пам'ять розвинута краще за слухову (дітям притаманні часті забування складних інструкцій, під час їх виконання пропуски важливих елементів, зміна послідовності дій, їх заміна).



Для всіх дітей характерне порушення процесів сприйняття, низький рівень просторових уявлень.

Під час проведення експерименту спостерігалися труднощі в поведінці цієї категорії дітей: більшість дітей (78,9%) погано йдуть на контакт з незнайомими людьми, спостерігається дратівливість, підвищена плаксивість. Емоційна збудливість та виснажливість дуже часто призводить до роздратованості, зміни настрою, проявів невпевненості та неслухняності. За наявної втоми в дітей спостерігається підвищення рухового неспокою. Відзначається негативний вплив незвичної обстановки: діти стають лякливими, загальмованими, уникають труднощів.

Висновки. Усі діти з дизартрією мають порушення ПСМ. Ступінь та якість цих порушень залежить від форми дизартрії та ступеня важкості; при цьому спостерігається залежність: чим важче дизартричні розлади, тим сильніше порушені КПСМ.

Аналіз результатів констатувального етапу експерименту вказує на те, що діти означеної категорії потребують інтенсивної стимуляції всіх видів уваги (зорової, слухової), збільшення обсягу рухової пам'яті; розвитку тактильно-кінестетичного, кістково-м'язового відчуття, формування рухових навичок, розвитку умінь сприймати і відтворювати темп і ритм, розвитку функцій артикуляційного апарату, розширення обсягу розуміння мовлення, розширення обсягу предметного, дієслівного словника, розвитку мовленнєво-рухової координацій. Це вимагає створення спеціальної окремої методики розвитку та корекції в системі корекційно-логопедичної роботи з дітьми з дизартрією, яка б сприяла корекції та розвитку саме КПСМ через психомоторний розвиток дітей.

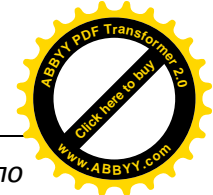
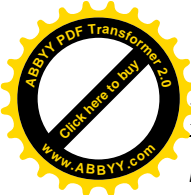
ЛІТЕРАТУРА

1. Архипова Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста : учеб. пособ. / Е. Ф. Архипова. – М. : АСТ : Астрель, 2007. – 224 с.
2. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні // Дошкільне виховання. – 1999. – № 1. – С. 6–19.
3. Волкова Г. А. Психолого-логопедическое исследование детей с нарушениями речи / Г. А. Волкова. – СПб. : РГПУ им. А. И. Герцена, 1993. – 94 с.

РЕЗЮМЕ

О. В. Боряк. Результаты исследования компонентов просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией.

В статье даны результаты исследования компонентов просодической стороны речи у детей старшего дошкольного возраста с дизартрией. Представлена сжатая характеристика методики исследования, ее критерии и



показатели. Совершён сравнительный анализ результатов исследования по каждому из критериев.

Ключевые слова: компоненты просодической стороны речи, дети старшего дошкольного возраста с дизартрией; речевое развитие, темпо-ритмическая сторона речи, тембр, темп.

SUMMARY

O. Boryak. The research results about the development of the components of prosodical kind of speaking among five-six year old children suffer from dizartria.

Are produced in this article the research results about the development of the components of prosodical kind of speaking among five – six year old children who attend a kindergarten who and suffer from dizartria. There is the brief characteristic of research method, its criteria and indexes.

Key words: the components of prosodical kind of speech, five – six year old children who attend a kindergarten; prosodical side of speech.

УДК 371.13

О. Є. Гречаник

Харківський національний педагогічний
університет імені Г. С. Сковороди

АКМЕОЛОГІЧНА ОЦІНКА УПРАВЛІННЯ ПРОФЕСІЙНИМ РОЗВИТКОМ ПЕДАГОГІВ

У статті розкрито роль акмеологічної оцінки в управлінні професійним розвитком педагогів. Уточнено поняття «акмеологічна оцінка», «факторно-критеріальна модель». Розроблено факторно-критеріальну модель акмеологічної оцінки управлінської діяльності з професійного розвитку педагогів на основі кваліметричного підходу.

Ключові слова: професійний розвиток, акмеологічна оцінка, факторно-критеріальна модель, диверсифікація, фактори, критерії та показники якості управлінської діяльності.

Постановка проблеми. Складні взаємозв'язки політичних, соціальних, економічних процесів, що відбуваються в суспільстві та державі, формують запит на педагогів нового покоління, здатних учити дітей мислити, знаходити вихід із нестандартних ситуацій, відчувати постійну потребу в самоосвіті та самовдосконаленні протягом усього життя. Відтак актуальним стає питання щодо професійного розвитку педагога та підвищення ролі керівника навчального закладу у цьому процесі.

Професійний розвиток особистості – це послідовні та якісні зміни в досвіді професійної діяльності, ставлення особистості до обраної професії, до специфічних або суспільних цінностей, самої себе й результату своєї професійної діяльності [9, 6]. Тому однією з головних цілей управлінської діяльності керівників навчальних закладів виступає професійний розвиток