

Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка
Навчально-науковий інститут педагогіки і психології
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

ГОРДІЄНКО ЮЛІЯ ЮРІЇВНА

**ВИКОРИСТАННЯ АРОМАТЕРАПІЇ В ЛОГОКОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ
З ЗАЇКУВАТИМИ ДОШКІЛЬНИКАМИ**

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта (Олігофренопедагогіка. Логопедія)

Галузь знань: 01. Освіта / Педагогіка

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеню магістра

Науковий керівник

_____ О. В. Боряк
доктор педагогічних наук, професор
кафедри спеціальної та інклюзивної освіти
« ____ » _____ 2021 року

Виконавець

_____ Ю. Ю. Гордієнко
« ____ » _____ 2021 року

Суми 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. ЗАЇКАННЯ ЯК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА	10
1.1. Сучасні підходи до виявлення та виправлення заїкання	10
1.2. Психолого-педагогічна характеристика дошкільників із заїканням	21
1.3. Ароматерапія, як допоміжний засіб в логокорекційній роботі	27
Висновки до розділу 1	32
РОЗДІЛ 2. ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ЛОГОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ІЗ ЗАЇКУВАТИМИ ДОШКІЛЬНИКАМИ	34
2.1. Обґрунтування експериментальної методики виявлення особливостей психомовленнєвого розвитку заїкуватих дошкільників	34
2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження	40
Висновки до розділу 2	48
РОЗДІЛ 3. АРОМАТЕРАПІЯ ЯК ДОПОМІЖНИЙ ЗАСІБ В ЛОГОКОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ЗАЇКУВАТИМИ ДОШКІЛЬНИКАМИ	50
3.1. Теоретичне обґрунтування організаційно-педагогічних умов використання ароматерапії в логокорекційній роботі	50
3.2. Результати експериментальної перевірки формульовального етапу дослідження	59
3.3. Методичні рекомендації щодо використання ароматерапії в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками	68

Висновки до розділу 3	72
ВИСНОВКИ	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	78
ДОДАТКИ	85

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЕГ – експериментальна група

ЗДО – заклади дошкільної освіти

ЗЗСО – заклади загальної середньої освіти

ЗНМ – загальний недорозвиток мовлення

ЗО – заклади освіти

ІРЦ – інклюзивно-ресурсні центри

КГ – контрольна група

КЕ – констатувальний експеримент

НС – нервова система

ООП – особливі освітні потреби

ПМР – порушення мовленнєвого розвитку

ППФР – порушення психофізичного розвитку

ТПМ – тяжкі порушення мовлення

ФЕ – формувальний експеримент

ЦНС – центральна нервова система

ВСТУП

Актуальність теми. Проблема виховання та навчання дітей з порушеннями психофізичного розвитку (ППФР) вже давно турбує сучасне суспільство. Дане питання зумовлене постійним оновленням змісту спеціальної освіти та впровадженням новітніх педагогічних корекційних технологій, які мають на меті допомогти дітям з особливими освітніми потребами (ООП). Визначають різні категорії дітей з ООП, найбільш поширеною серед них є категорія дітей із порушеннями мовлення. Порушення мовлення, зазвичай, виступають як самостійні порушення розвитку, так і на тлі інших порушень, як вторинна симптоматика.

Всі порушення мовлення в межах логопедичної науки, класифікуються в межах психолого-педагогічної та клініко-педагогічної класифікацій. Єдине порушення мовлення, яке визначається в межах цих класифікацій – *заїкання*.

Вся діяльність людини пов'язана з мовленням, адже ступінь його розвитку визначає сформованість соціальних і пізнавальних досягнень – знань, умінь, навичок, інтересів та потреб. Повноцінне оволодіння мовленням – це основа розумового розвитку дитини дошкільного віку, один із найважливіших чинників становлення особистості і її взаємодії з навколишнім середовищем. Правильне мовлення дає можливість користуватись ним, як засобом спілкування, а також починаючи з перших років життя впливає на поведінку та діяльність людини в майбутньому.

В період тривалої історії вивчення проблематики заїкання, щодо його лікування (виправлення), погляди дослідників різнилися. Багато фахівців і до тепер не можуть дійти одностайної думки щодо ефективних методів і прийомів корекції цього порушення мовлення. Вивченням цього питання займалися такі вчені: Л. Андропова-Арутюнян, К. Беккер, Л. Белякова, Л. Бондарєва, М. Власова, Г. Волкова, В. Гіляровський, О. Дьякова, Л. Журавльова, В. Кондратенко, О. Кочергіна, А. Куссмауль, Р. Левіна,

М. Заєман, Н. Неткачов, В. Селіверстова, І. Сікорський, В. Тищенко, М. Хватцев, В. Шкловський, М. Шеремет та ін.

Сьогодні заїкання є одним з найпоширеніших мовленнєвих порушень, оскільки доведена його психогенне походження. Проблемою заїкання займаються не лише логопеди, вона актуальна для психологів, педагогів, реабілітологів, арт-терапевтів, дефектологів, представників медичної галузі.

Багато фахівців, що вивчали проблему заїкання, вважають, що раннє послаблення негативних психічних станів, сприятливо впливає на подальше подолання проявів цього порушення. У корекції заїкання поширеним є комплексний підхід. У стандартний комплекс лікувально-педагогічних заходів у межах цього підходу, входять лікувальні препарати, логопедичні та психотерапевтичні заняття, логопедична ритміка, процедури лікувальної фізичної культури, психологічні тренінги тощо.

Останнім часом актуальності набуває такий засіб додаткового впливу: лікування та реабілітації як *ароматерапія*, адже вона є більш природнім, майже не викликає побічних реакцій, зменшує важкість перебігу порушень, підвищує імунітет. Її мета – усунення або ослаблення мовленнєвих судом і супутніх розладів голосу, дихання, моторики та мовлення; оздоровлення і зміцнення нервової системи і всього організму в цілому, сприятливий психологічний вплив на стан нервової системи.

Ароматерапія (лікування пахощами) – це стародавнє, вдосконалене віками мистецтво використання ефірних олій, фітонцидів рослин та інших ароматних речовин для укріплення фізичного та психічного здоров'я та для косметичного догляду за тілом; стародавня, цілісна і найбільш природна система оздоровлення, лікування, реабілітації та профілактики різноманітних захворювань, що виникла багато тисячоліть тому і використовується у всіх без винятку частинах світу.

Актуальність дослідження, пошуки додаткових засобів удосконалення логокорекційної роботи під час виправлення заїкання зумовили вибір теми

магістерського дослідження: **«Використання ароматерапії в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками».**

Зв'язок роботи з науковими темами. Дослідження виконано в межах наукової теми кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Сумського державного педагогічного університету імені А.С. Макаренка: «Корекційно-реабілітаційна діяльність в сучасному освітньому просторі». Реєстраційний номер 0121U09109.

Мета дослідження – проаналізувати, теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії, як додаткового засобу удосконалення логокорекційної роботи із заїкуватими дошкільниками.

Для реалізації поставленої мети визначено наступні **завдання**:

1. Провести аналіз науково-методичної зарубіжної та вітчизняної літератури щодо визначення особливостей логокорекційної роботи виправлення заїкання на сучасному етапі розвитку логопедичної науки.
2. Визначити та обґрунтувати корекційні можливості ароматерапії як додаткового засобу логокорекційної роботи з заїкуватими дошкільниками.
3. Визначити, обґрунтувати та експериментально перевірити специфіку психомовленнєвого розвитку перебігу заїкання у середніх дошкільників.
4. Визначити, обґрунтувати та експериментально перевірити організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії як додаткового засобу в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками.

Об'єкт дослідження – мовленнєва діяльність заїкуватих дітей середнього дошкільного віку.

Предмет дослідження – використання ароматерапії в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками.

Для реалізації поставлених завдань, досягнення мети дослідження були використані наступні **методи**:

теоретичні: аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення різних поглядів на досліджувану проблему в галузі спеціальної освіти: логопедії, психології з метою визначення та обґрунтування організаційно-педагогічних умови використання ароматерапії в логокорекційній роботі;

емпіричні: спостереження, бесіда, педагогічні експерименти констатувального та формувального характеру;

методи обробки даних: якісний аналіз та кількісна обробка результатів експерименту за допомогою методів статистики.

Елементи наукової новизни одержаних результатів дослідження полягає у тому, що: *уперше:* розроблено, обґрунтовано та експериментально перевірено організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії як додаткового засобу в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками середнього віку;

поглиблено та уточнено: показники та критерії вивчення психомовленнєвого розвитку дошкільників із заїканням; особливості перебігу цього порушення мовлення в обраній категорії дітей.

Теоретичне значення проведеного дослідження ґрунтується на розширенні відомостей про перебіг, специфіку заїкання у дітей середнього дошкільного віку; корекційні впливи ароматерапії на загальний психологічний стан людини, стан її центральної нервової системи, емоційні прояви та поведінку.

Практична значення одержаних результатів. Результати проведеного дослідження та апробовані організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії як додаткового засобу логокорекційної роботи при заїканні можуть бути використані у розробці логокорекційних програм для дітей дошкільного віку; розширенні лекційних курсиві для здобувачів вищої освіти спеціальності 016 Спеціальна освіта (логопедія) першого та другого рівнів вищої освіти.

Апробація результатів дослідження здійснювалися шляхом виступів автора на науково-практичних конференціях:

- *міжнародних*: VIII Міжнародна науково-практична конференція студентів та молодих учених «Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців» (19 травня 2021 р., м. Суми), VII Міжнародна науково-практична конференція «Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі» (24 листопада 2021 р., м. Суми);

- Регіональний науково-практичний семінар зі спеціальної педагогіки «Новітні технології спеціальної педагогіки: проблеми, перспективи та шляхи розвитку» (18 червня 2021 р., м. Суми).

Публікації. Основний зміст магістерської роботи висвітлено у 2-х наукових публікаціях.

Структура та обсяг магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (72 найменування) та додатків. В роботі подано 2 таблиці, 9 рисунків. Основний зміст магістерської роботи викладено на 77 сторінках.

РОЗДІЛ 1

ЗАЇКАННЯ ЯК ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ПРОБЛЕМА

1.1 Сучасні підходи до виявлення та виправлення заїкання

Повсякденне життя людини цілком та повністю пов'язане з мовленням. Мовна функція, що властива лише людині, забезпечує її адаптацію до умов навколишнього середовища. Завдяки мовленню люди здатні знаходити контакт між собою, мають можливість вільно висловлювати власні бажання та думки. Володіння мовленням - це можливість задавати та отримувати відповіді на важливі питання, можливість постійного навчання та вдосконалення. Саме тому, порушення даної функції може призводити до негативних наслідків становлення особистості.

Одним з найбільш тяжких та поширених розладів мовлення є заїкання. За даними статистики ВООЗ близько 3 мільйонів людей світу заїкаються, з яких 2,5 % це діти дошкільного віку. Найбільших обертів дане захворювання набирає у розвинутих країнах з значним рівнем урбанізації, забруднення екології, відсутність здорового харчування, постійні емоційні перенапруження та стреси.

Заїкання – це порушення темпу, ритму та плавності усного мовлення, зумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату [11, с. 16].

Питання корекції, лікування проблеми заїкання є актуальною вже тривалий час, для медичних працівників, педагогів, психологів, науковців. Заїкання вважається одним з найдавніших в історії розвитку вивчення розладів мовлення. Різне тлумачення сутності захворювання зумовлене різним розвитком науки і позицій, з яких автори підходять до вивчення мовленнєвого розладу.

Одним з перших хто почав досконало вивчати проблему заїкання був І. Сікорський, який визначив та відокремив 19 форм даного порушення.

Підчас своїх досліджень, науковець дійшов висновку, що більшість випадків заїкання виникає у віці 2-4 роки, саме тому назвав заїкання «дитячою хворобою».

У XIX столітті заїкання розглядали виключно як фізичне порушення, а в XX столітті почали говорити, що заїкання – складне психофізичне порушення, де психологічна сторона має вторинні наслідки, а первинними є фізіологічні [22].

Загалом до початку XX ст., рівень обізнаності в галузі анатомії та фізіології мозку і мовленнєвого апарату були не достатньо розвинутими, що стало перепорою у визначенні сутності заїкання, проте широкого розвитку набули психіатрія та психологія. Стала детальніше приділятися увага, таким аспектам заїкання, які до тепер не мали особливого значення, і не вважались вартими уваги. Адже дані науки стали все менше розглядати людський організм як єдине ціле.

Починаючи з 30-х років механізм виникнення заїкання почали вивчати, орієнтуючись на І. Павлова, в яких заїкання розглядалось як функціональне порушення, невроз, що вражає не лише мовленнєву функцію організму, а й інші сторони діяльності. Думки вчених розділились: Ю. Поворінський, Ю. Флоренська та ін. – розглядали заїкання як симптом, В. Гіляровський, В. Кочергіна, І. Тяпугін – як особливу форму неврозу. Але важливо зауважити, що механізми розвитку заїкуватості, що в першому, що в другому випадках майже ідентичні з механізмами розвитку неврозів взагалі.

Порушені відносини нервових процесів в головному мозку займають одну з основних у виникненні заїкання. В. Гіляровський вважав, що нервовий зрив може бути спровокований, як екзогенними факторами, так і станом нервової системи, а саме можливістю відхилення від норми [31].

У вивченні особливостей виховання та терапії дітей з заїканням, важливе місце мало об'єднання спеціалістів різних галузей – педагогів, логопедів, дефектологів, лікарів, психіатрів, психологів.

Вчені та науковці, які займались вивченням механізму виникнення та розвитку заїкання, спостерігали у хворих наявність різних вегетативних змін в організмі. Починаючи з дитячого віку, у заїкуватих дітей відмічали швидку виснажливність, часті хвилювання, загальна напруженість, проблеми з засинанням та сном: не глибокий, часті нічні жахи. У більш дорослого контингенту з заїкуватістю, вчені відмічали наявність підвищеного внутрішньочерепного тиску, наявність нейроциркуляторної дистонії, а також розширення зіниці хворого під час нападу, що не характерно для людей які не мають даної патології [14].

Питанням корекції та лікування заїкання займається не одне покоління науковців, які по різному пояснювали механізм виникнення захворювання. Аналізуючи літературу минулого можна зрозуміти рівень розвитку науки та особливості підходу вчених до вивчення проблеми мовленнєвого розладу різних часів.

Лікувати проблему заїкання необхідно відразу ж від моменту виявлення даної патології, такої думки дійшли основуючись на вчення І. Павлова, назвавши заїкання хворобою ЦНС. Від того, який період часу проходить між моментом виявлення проблеми з мовленням і моментом початку лікування, залежить ступінь важкості захворювання [38].

Проблему заїкання важливо усунути, якомога раніше, до початку навчання в школі. Адже чим більше проходить часу, тим складніший і стійкіший порушення, що в свою чергу спричиняє зміни у психіці дитини, впливає на її навчання та умови спілкування. Важливо також пам'ятати, що корегувати важливо не лише мовлення дитини, а і її психологічний стан в цілому.

В сучасному уявленні побутує думка, що заїкання – це проблема яка виникає через невміння швидко формулювати висловлювання та його відтворювати [13; 21; 28].

Сьогодні поширеним визначенням заїкання є – це порушення темпу та ритму мовлення, які спричинені судомими м'язів мовленнєвого апарату в

момент мовлення. Мовні судоми при заїканні, виникають через розлади вищої нервової діяльності. Причини порушень нервової системи дитини, можуть бути спровоковані різними факторами. Дитина може народитись з вразливою нервовою системою, через несприятливу вагітність, складні пологи або ж мати тяжку спадковість. Ослаблюють дитячий організм часті захворювань та складні перебіги, особливо коклюш (нападоподібний спазматичний кашель), що провокує судоми в органах мовлення [67; 68].

Аналізуючи причини виникнення заїкання їх можна відносно розділити на дві групи ті, що сприяють («грунт») та такі, що викликають («поштовхи»).

До сприятливих причин виникнення які здавалися б на перший погляд несуттєвими, але можуть виявитись вагомим подразником і сприяти зриву центральної нервової системи дитини, відносять :

- Невротичні особливості заїкуватого;
- Невротична обтяженість батьків (послаблення функції ЦНС);
- Враження головного мозку, під впливом різноманітних шкідливих чинників : інфекційні дитячі захворювання, асфіксії, пологові та внутрішньоутробні травми;
- Спадкова схильність (захворювання може розвиватись на фоні вродженої слабкості мовленнєвого апарату);
- Захворювання вегетативної нервової системи [58].

До вихідних причин, таких, що викликають заїкання, відносять *психологічні, анатомо-фізіологічні та соціальні причини.*

Психологічні причини: наслідування заїкуватих; неправильне формування мовлення в дитинстві (швидкий темп мовлення у батьків, вимова на вдиху, порушення звуковимови); невідповідність, ускладнення мовленнєвого матеріалу і мислення відносно віку, перевантаження дітей молодшого дошкільного віку складними поняттями та фразами.

Соціальні причини: тяжкі або тривалі психічні травми; неправильне виховання в сім'ї, переходи від пещення до лайки, покарання, залякування;

постійні конфлікти; неузгоджене виховання, коли один з батьків забороняє що-небудь, а інший – дозволяє; соціальні неочікувані потрясіння.

Анатомо-фізіологічні причини: внутрішньоутробні та пологові травми, асфіксія мозку; виснаження НС на фоні соматичних захворювань (коклюш, отоларингологічні хвороби, часті захворювання дихальних шляхів), або інтоксикацій лікарськими препаратами чи отруйними речовинами, що має негативний вплив на центральний мовний апарат.

Зазначені причини викликають різні патологічні зрушення в соматичній і психічній сферах, приводять до затримки мовного розвитку, до мовних розладів і сприяють розвитку заїкуватості [61].

Основаючись на багаторічному досвіді науковців, виявлених причинах та механізмах розвитку захворювання, у вітчизняній літературі з 1970-х років з'явилась класифікація заїкання, в якій дослідники виокремлюють дві форми цього захворювання: невротичну та неврозоподібну. Введення даної класифікації ґрунтувалось на підставі виявлених різних нейрофізіологічних механізмів, які розкривають ступінь прояву невротичних змін у дітей.

Науковцями також доведений той факт, що невротична форма характеризується слабкістю нервової системи у дітей і заїкання, що виникає, є наслідком одноразового потужного емоційного стресу; неврозоподібна форма виникає внаслідок вегетативних і тяжких емоційних порушень ЦНС, а також змін функціонального стану мозку, і є наслідком довготривалого впливу стресогенних факторів [6].

Невротичне заїкання або логоневроз – захворювання, виникає гостро у дітей віком від 2 до 6 років, в момент коли фразове мовлення вже зазвичай сформоване. Л. Белякова вважає, що причиною появи логоневрозу слугує психогенний початок мовленнєвої патології, патогенні емоційні фактори зовнішнього середовища (психічна гостра або хронічна травматизація). У дітей з цією формою заїкання пережита гостра або хронічна психологічна травма, є безпосередньою причиною виникнення захворювання, патологія внутрішньоутробного розвитку та пологів при даній формі відсутня [6].

Особливою емоційною збудливістю характеризується стан нервової системи дитини, у якої ймовірно може розвинутиись невротична форма заїкання. Про вроджені відхилення від норми в стані нервової системи, можна зрозуміти по особливому стану таких дітей. Їм властиві підвищена тривожність, емоційна вразливість, боязливість, порушення сну та апетиту. Зважаючи на дану характеристику ЦНС з низьким рівнем адаптивних можливостей організму, в таких дітей під впливом психологічно стресу може формуватися осередок патологічної активності в емоціогенних мозкових структурах. Відомо, що період найбільш посиленого розвитку будь-якої функціональної системи організму дитини є найбільш вразливим щодо дії факторів патогенного впливу [8].

Патологічне мовлення порушує нормальне функціонування нервової системи, і провокує наростання патологічного процесу, що переводить заїкання у хронічну форму. На початку формування невротичної форми заїкання, мовленнєві судомні запинки є не частим явищем, тому що на ранніх стадіях вони підсилюються тільки дією повторних подразників. Тому будь-яке перевантаження дитини, чи емоційне потрясіння, погіршує стан центральної нервової системи, тим самим провокує заїкання.

За умов формування патологічної системи мовлення, нормальна функціональна мовленнєва система продовжує розвиватись: збагачується словниковий запас, продовжує своє формування звукове мовлення й фонематичне сприйняття. Мовленнєве спілкування у дітей з заїканням дошкільного віку мало відрізняється від норми. Разом з тим, в старшому дошкільному віці заїкання негативно впливає на формування монологічного мовлення [15, с. 48-49].

Так як нормальна система мовлення піддається впливу патологічній системі, так само патологічна система також зазнає впливу з боку нормальної функціональної мовленнєвої системи. В будь-якому віці, незважаючи на тривалість виникнення заїкання, періоди мовленнєвих судом, можуть змінюватись короткими періодами плавного мовлення. Зменшення

патологічної активності мовленнєвої системи, відбувається, у моменти активізації захисних механізмів мозку, мовлення заїкуватих стає плавним і судомні зупинки можуть бути відсутніми, але у випадку перевтоми, соматичного захворювання чи емоційного перенапруження, заїкання з'являється знову.

Важливо відмітити також те, що у хворого з невротичною формою заїкання, в моменти цілковитого спокою, і за відсутності акцентування увагу на мовленні, відмічається розмірена та чітка вимова [15, с. 50].

Характеристика *неврозоподібної форми* заїкання, незважаючи на схожість судомних запинок, відрізняється від клінічної картини невротичної форми. Дана форма заїкання відмічається поступовим виникненням, без явної причини, саме тому батьки чи працівники дитячого садочку не відразу можуть помітити дану проблему. Неврозоподібне заїкання переважно виникає у віці 3 – 4 років, обумовлене органічними ураженнями центральної нервової системи, у ранньому дитинстві

Неврозоподібне заїкання спровоковане органічним ураженням центральної нервової системи, може провокувати виникнення комплексу залишкових явищ, який поєднує: універсальні загально мозкові синдроми та ознаки ураження функціональної системи. При церебраністичному синдромі, що відноситься до загально мозкового синдрому відмічається: швидка втомлюваності при фізичній та інтелектуальній праці, діти мляві та мало активні; необхідність дозованого навантаження та чергування періодів інтелектуальної праці з відпочинком; важко переноситься спека. Даний синдром є небезпечним, адже він провокує виникнення нових порушень, при цьому посилюючи патологію головного мозку.

Заїкання цієї групи характеризуються деякою затримкою розвитку моторних функцій організму, а також їхніми якісними відмінностями порівняно з віковою нормою: координаторними розладами, низьким рівнем розвитку почуття ритму й темпу, гіперкінезами різного типу [24]. Соматичні захворювання, психологічні або фізичні перенапруження провокують

судомні зупинки, або погіршення мовлення. У дітей що відносяться до цієї групи заїкання, відмічається зниження пам'яті, недостатньою сконцентрованою, інколи руховим розгальмуванням.

Виникнення заїкання відбувається в період коли формується фразове мовлення. Спочатку мовні судоми є слабо вираженими та мають нападоподібний перебіг. Патологія набуває постійного характеру, та можлива поява насильницьких (мимовільних) рухів пальцями, хитання голови, можлива наявність рухів по типу гіперкінезів, якщо в період появи судомного мовлення не була надана логопедична допомога.

Етап формування фразового мовлення потребує у дітей складних координаторних регулювань, функція яких є дещо ослабленою, для можливості формування розкритого висловлювання.

Неврозоподібна форма заїкання, характеризується порушенням здатності «переключитись» з одного виду діяльності на інший, найбільш явними є порушення артикуляційної, мимічної та дрібної моторики рук. Також відмічається нестійкий м'язовий тонус, вражена координаційна функція артикуляційної моторики, порушена також координація дрібної моторики, і координація ніг та рук. Таким дітям складно відтворити утримуючи в пам'яті ритм чи темп, що задані. Дихання при мовленні, за неврозоподібної форми – порушене, адже вимова відбувається при повному видиху повітря.

У дітей дошкільного віку з неврозоподібною формою заїкання, відмічаються порушення структурного формування монологічного мовлення та влучності використання висловлювань. У відповідь на мовленнєвий дефект формуються патологічні психічні реакції, що можуть спричинити формування логофобій, які в свою чергу зумовлюють зменшення мовленнєвої активності дитини, та є причиною поведінкових змін. Як наслідок, діти з неврозоподібною формою заїкання страждають на розсіяність, порушення пам'яті, зниження настрою, що характеризується дратівливістю, злістю та хмурістю, відмічається складність у перебудові

мислення при виконанні завдань, також проблеми в адаптації до зміни умов життя. Розвиток патологічного мовлення у дошкільному віці, набуває стійкого характеру, через відсутність своєчасної лікувально-педагогічної допомоги. Якщо ж корекційні заходи надано вчасно, то вони позитивно сприяють розвитку регуляторних механізмів.

Важливо також наголосити про те, що частина науковців які займалися вивченням заїкання, виділяють наявність *змішаної форми - неврозоподібне заїкання з невротичними нашаруваннями*. Дана патологія виникає в більш старшому віці, та характеризується поєднанням ознак логоневрозу та неврозоподібного стану [24; 25].

Також в ході вивчення, були відмічені деякі особливості стану нервової системи та фізичного здоров'я заїкуватих. Обстежуючи дошкільників з заїканням у більшості частини обстежуваних В. Кочергіна відмітила наявні порушення фізичного здоров'я, та порушення вищої нервової діяльності. Найчастіше зустрічались такі порушення як : роздратованість, негативізм, плаксивість, вразливість, схильність до соматичних захворювань, м'язова слабкість, проблеми з сном та апетитом [48].

Виникнення заїкання зазвичай відбувається або після деякого періоду німоти, або ж різко та раптово. Період виникнення та закріплення патології залежить від наявності чи відсутності факторів які ослаблюють НС. Нервовим захворюванням, вчасності заїканню, властиві періоди посилення та послаблення хвороби, що залежать від впливу на мозок дитини, внутрішніх та зовнішніх подразників.

За умови, вчасного звернення за допомогою до спеціаліста, та сприятливих умов життя дитини, заїкання може зникнути. В іншому випадку, якщо відбувається акцентування уваги на «проблемі», існує чимала вірогідність викликати у дитини страх здатись недолугою та смішною, що за умови ослабленої нервової системи провокує посилення заїкання [47].

Вивчаючи та аналізуючи сучасні підходи до методів виправлення заїкання, є доцільним та зрозумілим факт розподілу їх на засоби – педагогічного та медичного впливу.

До заходів медичного (лікувального) впливу відносять – психотерапевтичні, ортопедичні, хірургічні та терапевтичні. Педагогічні, включають в себе – дидактичні заходи. Існує також змішаний тип, який характеризується об'єднанням медичного та педагогічного впливів.

Науковці які розглядали заїкання як невротичний розлад, вважали, що існує необхідність *психотерапевтичного* подолання патології.

Застосування механічних пристосувань для виправлення заїкання у *ортопедичній* практиці має надзвичайно давній початок. Давньогрецький оратор, логограф – Демосфен, який з ціллю подолання власної патології заїкання, застосовував утримання посторонніх предметів під язиком в момент виконання мовленнєвих вправ.

Хірургічний метод лікування заїкання застосовувався з I ст. н. е. до середини XIX ст., поки не утвердилася думка про його неефективність і небезпечність (Антилл, Бонні, Ліффенбах, Діоніс, Петі, Фабрицій). Він з'явився в результаті розуміння заїкання як наслідка патологічної будови артикуляційних органів або недостатньої іннервації відповідних м'язів [68].

Терапевтичні ж методи корекції патології заїкання, починаючи з найдавніших часів і до тепер, відмічаються широким застосуванням в доповненні інших засобів лікування.

Якщо брати до уваги *дидактичні* заходи педагогічного впливу, то для корекції заїкання та постановки правильного мовлення, було рекомендовано застосовувати системні заняття з постійним, але поступовим ускладненням вправ для розвитку мовлення.

Аналізуючи та вивчаючи історію, наукові відомості про ідеї подолання заїкання, можна зрозуміти, що сучасний підхід до подолання заїкання складається з об'єднаних знань науковців різних періодів. Таким чином,

враховуючи теоретичні та практичні наукові відомості було визначено сучасний медико-педагогічний підхід корекції заїкання.

В практичній діяльності медико-педагогічний комплекс, зазвичай, відносно розділяють на два напрямки корекційно-педагогічний та лікувально-оздоровчий.

Лікувально-оздоровча робота здійснюється лікарем, який опікується станом НС та загальним фізичним здоров'ям, усуненням мовленнєвих судом.

Корекційно-педагогічним напрямком займається логопед, завданням якого : виправлення порушень мовлення, нормалізація психологічного стану хворого [58].

Роботи логопеда, як системи корекційно-педагогічних заходів, має на меті повноцінне формування особистості, враховуючи важливість цілковитої або ж компенсованої корекції порушень мовлення.

Останнім часом, в лікуванні заїкання, набирає популярності нетрадиційна медицина, зокрема ароматерапевтичне лікування. За її допомогою можна домогтись лікування не лише конкретного захворювання, а всього організму людини.

Якщо будь-якій людині задати запитання про зв'язок логопедії та ароматерапії, можна почути, що ніякого зв'язку немає та це різні поняття. Але логопедія - наука, що постійно розвивається, яка використовує не тільки традиційні, класичні, століттями відпрацьовані методи, але й вивчає і впроваджує в практику інноваційні технології. До нетрадиційних методів у логопедичній практиці відноситься ароматерапія. Усі ці технології стають ефективним засобом корекції мовленнєвих порушень у складі комплексної логопедичної роботи.

1.2. Психолого-педагогічна характеристика дошкільнят із заїканням

На думку більшості вчених, заїкуватість – це не тільки розлад мовної функції. У проявах заїкуватості ще привертають увагу розлади нервової системи заїкуватих, їх фізичного здоров'я, загальної моторики, наявності психологічних особливостей. Перелічені відхилення в психофізичному стані дітей, що заїкаються, в різних випадках проявляються по-різному, одне тісно пов'язане з іншим, ускладнення одного неминуче посилює інше.

Заїкуватість – це порушення темпо-ритмічної організації мовлення, обумовлене судомним станом м'язів мовного апарату [11]. У даний час вважається загальновизнаним, що корегувати заїкуватість потрібно відразу ж, як вона виникне. Чим більше часу минає з початку заїкуватості, тим частіше вона перетворюється на важке, стійке порушення яке зумовлює зміни у психіці дитини. Крім того, заїкуватість позбавляє дитину нормальних умов спілкування і часто перешкоджає її успішному навчанню. Тому це порушення важливо усунути ще до вступу дитини до школи. Але необхідно впливати не тільки на мовлення заїкуватої дитини, а й на її особистість та моторику загалом.

Основним симптомом заїкуватості є судоми у процесі мовленнєвої діяльності, тобто коли дитина говорить. Класичний опис мовленнєвих судом при заїкуватості представлено у монографії І. Сікорського «Про заїкання» [51], опублікованої ще 1889 року і яка не втратила своєї значимості й у наш час.

Зазвичай судоми настають раптово, серед вільної, правильного мовлення, і миттєво зупиняють рухи вимови або порушують їх чистоту і цілісність. Їх тривалість буває недовгою, вона вимірюється лише секундами. Тривалість мовленнєвих судом у середніх випадках коливається не більше від 0,2 секунд до 12,6 секунд. У важких випадках досягають 90 секунд, проте напад заїкання завжди є у вигляді різкої перерви мовленнєвого

висловлювання. Після припинення судоми – артикуляція правильна, але – до початку інших.

Судомами уражаються окремі м'язи або групи м'язів. Сила чи ступінь судомних скорочень м'язів буває різною. Здебільшого скорочення бувають досить сильними. Судоми зазвичай починаються або в тих м'язах, які безпосередньо в даний момент беруть участь у мовленнєвій діяльності, або в м'язах голосового апарату, або дихальних м'язах. Причиною виникнення їх є мовленнєві рухи, що вже настали, або тільки бажання заговорити. Через судом м'язів мовленнєвого апарату при заїканні мовлення переривається мимовільними затримками, вимушеними повтореннями окремих звуків, складів і навіть слів.

За ступенем прояву заїкання може бути легким (слабким), середнім та важким (сильним). Легкий ступінь характеризується ледь помітним проявом судом, які заважають мовленнєвому спілкуванню. При тяжкому ступені, внаслідок тривалих судом, мовленнєве спілкування стає неможливим. Чим частіше і довше судоми, тим важче заїкання [56].

Судоми мовленнєвого апарату розрізняються за формою: тонічні, клонічні і змішані.

Клонічні мовні судоми характеризуються насильницьким багаторазовим ритмічним скороченням м'язів мовного апарату, з менш різкою вираженою напругою повторення тих самих судомних рухів м'язів – клонус. При цьому дитина з заїканням зазвичай повторює окремі звуки або склади (*со-со-сокира, лі-лі-літак, мо-мо-молоко*) через важкість у виголошенні слів. Спочатку вона кілька разів повторює перший склад, а потім ніби виштовхує кінець слова. Ця стадія заїкуватості характеризується короткочасним скороченням м'язів, що змінюється їх розслабленням.

Згодом цей тип судом може перейти у більш важку форму – тонічну. *Тонічні мовні судоми* виявляються як короткого, поштовхоподібного чи тривалого спазматичного скорочення м'язів – насильницького різкого підвищення тону, захоплюючого зазвичай кілька м'язових груп (наприклад,

м'язи язика, губ, щічні м'язи тощо.). Дитина з заїканням у ці миті ніби скута. Рот при цьому може бути напіввідкритим чи, навпаки, губи щільно зімкнуті. Обличчя відображає велику напругу, до якої вдається дитина, щоб почати або продовжити мову. Акустично тонічна судома проявляється у вигляді тривалої паузи в мові (*с-окира, л-ітак, м-олоко*), або у вигляді напруженої та протяжної вокалізації. Зазвичай клонічні і тонічні мовні судоми спостерігаються в однієї і тієї ж дитини, що заїкається, при цьому одні судоми проявляються сильніше, а інші слабше [24].

Залежно від місця виникнення (локалізації) мовні судоми поділяються на *артикуляційні, голосові, дихальні та змішані*. *Артикуляційні* судоми вражають м'язи язика, губ або м'якого піднебіння і тоді немов замикається вільний мовний видих. Наприклад: *б-б-бабуся, бу-бу-булка* (судоми губ); *д-д-дерево, дя-дя-дя-денька* (судоми кінчика мови); *г-г-гуси, к-к-камінь, й-ю-юла* (судоми кореня язика чи м'якого піднебіння). Голосові судоми охоплюють м'язи горла. І тоді голосові зв'язки щільно або уривчасто змикаються, утримуючи вихід голосного звуку (*а-а-а-ананас, о-о-о-огірок*) або голосові зв'язки залишаються розімкненими, тоді голосний звук вимовляється пошепки. Через дихальні судоми, що виникають у м'язах черевного преса, діафрагми або грудної клітки в момент промови, повітря затримується, дитина немов завмирає з відкритим ротом. Або, навпаки, повітря сильно і одразу виштовхується назовні і фраза вимовляється на недостатньому видиху. Зазвичай за місцем виникнення мовленнєві судоми бувають *змішаними*: артикуляційно-дихальні, артикуляційно-головні та ін. [49].

У дитини із заїкуватістю порушена звуковимова. Важко вимовляються приголосні, причому більше початкові звуки, ніж наступні. Для дітей, що заїкаються, важкі ті звуки, які вони самі вважають найбільш важкими. Іноді такі діти добре вимовляють фізіологічно важкі звуки і, навпаки, легкі представляють їм непереборні труднощі. Статистично доведено, що заїкуватість настає частіше при вимові довгих слів, ніж коротких. Слово, яке

часто викликає напади заїкуватості, під впливом психологічних факторів стає постійним місцем для запинання.

Мовлення дошкільнят, які заїкаються, як правило, супроводжується супутніми рухами, які проявляються у різних дітей по-різному: від роздмухування крил носа та заплющування очей до складних рухів усім тулубом. Так, у дітей із заїканням у процесі промови можуть спостерігатися кивальні рухи головою, розгойдування тулубом, притупування, стискання пальців у кулаки, а також - прицмокування язиком, закривання очей, відчинення рота на половину, облизування губ тощо. Часто ці рухи є насильницькими, але можуть носити і маскувальний характер. Наприклад, перед тим, як почати мову, дитина, яка заїкається, заплющує очі на декілька секунд, одночасно чухаючи ніс правою рукою, потім переступає з ноги на ногу і тільки після цього починає говорити [41].

При хронічному перебігу заїкуватості майже всі діти використовують у мовленні одноманітні, багаторазово повторювані впродовж вимови, семантично спустошені лексеми типу: «так», «ось», «це саме» тощо. Іноді звукосполучення, що вимовляються, можуть бути безглуздими («куцо»). Такі явища у літературі, присвяченій проблемі заїкуватості, прийнято називати емболофразією, а самі слова – емболами. Емболи часто використовуються у дітей, що заїкаються, перед так званими «важкими» звуками. Наприклад: «Я хочу... це ось, я хочу... це ось, я хочу... *ппподивитися...*». Емболи можуть з'являтися наприкінці судом як «вступ» у плавне мовлення. Досить часто емболи заповнюють паузи, коли дитина, що заїкається, не може підібрати адекватні слова, які відповідають задуму висловлювання. Використання емболів не усвідомлюється дошкільнятами із заїканням [65].

Заїкуватість у дітей дошкільного віку проявляється значно сильніше під час розмовного мовлення, коли потрібно самотійно висловити свої думки. Помічено, що діти більше заїкаються у присутності незнайомих осіб чи тих, кого бояться чи поважають, наприклад, у дитсадку – вихователів.

Заїкуватість також більше проявляється після сильної фізичної напруги чи під час простудних захворювань.

Невротичне заїкання у дітей віком дошкільного віку виникає в умовах гострої чи хронічної психічної травми, наприклад, переляку, у віці 2-6 років і надалі носить хвилеподібний характер. Ще однією причиною виникнення цієї форми заїкуватості у дошкільнят – це активне введення у спілкування іншого мовлення в 1,5 – 2,5 роки життя, що буває у дітей, котрі через вікові особливості не оволоділи достатньою мірою ще рідною мовою та оволодіння іноземною мовою пов'язане з великою психічною напругою, що для ряду дітей є патогенним фактором [34].

До появи заїкуватості у дітей віком цієї групи відзначаються підвищена вразливість, тривожність, боязкість, уразливість, коливання настрою, частіше у бік зниженого, дратівливість, плаксивість, нетерплячість, а в деяких - страх. Іноді, після перенесеної дитиною гострої психічної травми, до появи мовного порушення, деякий час (від кількох хвилин до доби) спостерігається мутизм. Дитина раптово перестає говорити, на її обличчі нерідко «застигає» вираз страху [32].

Динаміка мовленнєвого порушення при невротичній формі заїкання характеризується рецидивуючим перебігом, часом мовлення стає зовсім плавним, судомні запинання повністю відсутні, але при найменшій емоційній напрузі, соматичному захворюванні або втомі заїкання з'являється знову. Темп промови часто прискорений, діти немов «захлинаються» промовою, недомовляють закінчення слів і речень, пропускають окремі слова та прийменники, роблять граматичні помилки, голос досить модульований. Нерідко відзначається «змазаність» виголошення звуків у мовному потоці. Стан звуковимовної сторони мовлення норму не випереджає. Звукова вимова у дітей або не має порушень, або відповідно до вікових особливостей носить риси функціональної дислалії. Заїкання виникає найчастіше гостро на тлі розвиненого фразового мовлення. У таких дітей часто спостерігається велика кількість ітерацій (повторень, запинок, повторень у мові несудомного

характеру), що нерідко привертає увагу оточуючих. Порівняння з нормою показує, що рівень розвитку монологічного мовлення у дітей, що заїкаються, 6-7-ми років у більшості випадків відповідає рівню розвитку монологічного мовлення дітей 4-5-ти років в нормі [61].

Неврозоподібне заїкання – це залишки апраксихних порушень при ураженні головного мозку. Апраксія – порушення довільних рухів (певної пози чи артикуляції) – дитина не може виконати той чи інший рух кінцівками, або язиком та губами. Уражаються кінетичні та кінестетичні ланки. Пошук пози (п-п-п-півень) – це прояв і є заїканням (клонічним). Якщо дитина не може перемкнутися, то виникає тонічне заїкання [54].

Неврозоподібне заїкання найчастіше починається у віці 3-4 років поступово, без видимих зовнішніх причин. В анамнезі у дітей відзначаються важкі токсикози вагітності матері з явищами загрозливого викидня, асфіксія під час пологів та інше. У грудному віці такі діти неспокійні, крикливі, погано сплять. Їхній фізичний розвиток проходить в межах низької вікової норми або з невеликою затримкою. У дошкільнят відзначаються підвищена виснажливість та стомлюваність під час інтелектуального та фізичного навантажень, а також погана координація рухів, моторна незручність, увага нестійка, швидко відволікаються. Поведінка характеризується збудливістю, діти надмірно метушливі, непосидючі, насилу підкоряються дисциплінарним вимогам, можуть бути дратівливими та запальними [33].

Будова мовленнєвого апарату в дітей із цією формою заїкання – зазвичай нормальна. Всі рухи органів артикуляції характеризуються деякою обмеженістю, часто відзначається малорухливість нижньої щелепи, спостерігається недостатня рухливість язика і губ, погана координація рухів артикуляторів, утруднений пошук артикуляторних поз. Нерідко є порушення тону м'язів язика, його «занепокоєння». Досить часто у дітей реєструється підвищена салівація як у процесі промови, так і у спокої.

Таким чином, у процесі дослідження ми виявили, що наявність судом у мовленнєвому потоці є головним феноменом заїкання. Вони різняться за

частотою, місцем ураження та тривалістю. Від характеру судом залежить тяжкість заїкуватості. Напруженість органів вимови дозволяє дитині з заїканням точно, ясно, ритмічно вести розмову. При цьому засмучується і голос, стає невпевненим, хрипким, слабким. Діти із заїканням за рівнем мовленнєвого розвитку не представляють однорідну групу. Серед них є діти як з високим, так і з низьким рівнем мовленнєвого розвитку. У той же час як у тих, так і в інших відзначаються труднощі в підшукуванні потрібного слова, мовленнєвому оформленні думки, багатослівність, схильність до розсудів [64].

1.3. Ароматерапія, як допоміжний засіб в логокорекційній роботі

Через невтішну статистику поступового збільшення кількості дітей з порушеннями мовлення, логопедична наука стає все більше необхідною. Саме тому виникає потреба використання у професійній діяльності не тільки класичних методів виправлення мовлення, а також застосовувати інноваційні або нетрадиційні методи корекції мовлення дітей. Одним з таких методів є – ароматерапія.

Все частіше на сучасному етапі розвитку суспільства людина звертається до природних багатств. Природні ресурси – безмежні, їх вплив на людину до кінця не вивчений. Природа безоплатно пропонує людині велику кількість рослин, сила яких у кілька разів може перевищувати синтетичні препарати. Рослини мають лікарські властивості і, маючи складний хімічний склад, ввібравши в себе енергію сонця, вони допомагають при різних хворобах.

Одним з таких цілющих джерел природи є ефірні олії лікарських рослин. Вони завжди дуже сильно цінувалися в силу своїх лікувальних та парфумерних властивостей. Ароматерапія існує тисячоліття у різних культурах людської цивілізації. Наукова дисципліна – аромакологія

займається дослідженнями психологічних ефектів, що викликаються ароматичними речовинами. Для ароматерапії використовують тільки чисті ефірні олії, а не їх синтетичні аналоги, оскільки тільки в натуральних оліях містяться терапевтично важливі компоненти [47].

Коли ми вдихаємо аромат, ароматичні молекули випаровуються і захоплюються нюховими рецепторами в носі. Близько 20 млн. рецепторів забезпечують розпізнавання запахів - на кожен ароматичну молекулу свій рецептор. Від рецептора інформація надходить у головний мозок. І впливає на різні зони головного мозку.

Деякі ароматичні молекули тонізують нервову систему, деякі мають заспокійливу дію. Завдяки цьому, вдихаючи аромат, ми відчуваємо підвищення активності або навпаки розслаблення. Нам здається, що олії впливають на емоції, але це впливає на нашу нервову систему [3].

Діти – чутливі та вразливі натури, що сприймають дію ароматерапії без усякого упередження, тому їхня реакція на ефірні олії завжди позитивна. Також ігри із запахами сприяють формуванню навичок правильного ротового/носового вдиху та видиху, підвищують мотивацію до занять, стимулюють розвиток нюхових центрів у головному мозку. Усе це позитивно впливає на розвиток дитячої мови [21].

Застосування виключно ефірних олій не впорається із заїканням, але в комплексному підході їх вплив здатний творити чудеса. Адже завдяки своїм властивостям ефірні олії ефективно впливають на різні системи організму, тим самим усуваючи напруженість у процесі мови. Завдяки ефірним маслам відбувається необхідний вплив на психічну сферу людини у формі стимуляції, розслаблення та адаптогенного ефекту. Олії з розслаблюючим ефектом добре заспокоюють, знімають тривожність та нервову напругу, що дуже важливо при заїкуватості [46].

У роботі з дітьми використовуються ефірні олії у мінімальній концентрації. Вони застосовуються в аромалампах та аромамедальйонах, а також можуть наноситися на дерев'яні чи глиняні фігурки, які довго

утримують запах. Зрозуміло, використання ефірних олій має бути узгоджене з лікарем, щоб унеможливити ризик виникнення та розвитку алергічних реакцій та різних побічних ефектів [3].

Перерахуємо основні ефірні олії та їх властивості, які можна використовувати у роботі з дітьми.

Аніс звичайний: має седативну дію, нормалізує гемодинаміку головного мозку, підвищує розумову та фізичну працездатність.

Апельсин китайський: використовується при неврозах та стреса

Валеріана лікарська: посилює процеси гальмування у корі головного мозку, показана при стресах, страхах, тривозі.

Ваніль запашна: надає заспокійливу дію, дітям подобається знаходити і відгадувати її солодкуватий запах.

Герань рожева: стимулює нервово-психічну діяльність, підвищує працездатність, концентрацію уваги, швидкість виконання завдань. Покращує тонус мозкових судин.

Материнка звичайна: показана при гіпоксії, покращує енергетичний обмін у ЦНС, надає заспокійливу дію.

Кедр: підвищує фізичну та розумову працездатність, може бути використаний для санації повітря у кабінеті.

Лаванда: ароматерапія з її використанням профілактично сприяє зниженню рівня захворюваності на ГРЗ в освітніх установах, надає стимулюючу та тонізуючу дію на нервову систему, позитивно впливає на гемодинаміку мозку.

Ладан: використовується як антидепресант, має седативну, розслаблюючу, заспокійливу дію. Також може бути використаний для профілактики заїкуватості при гіперактивності у дітей.

Лимон: забезпечує позитивну динаміку рівня соціальної адаптивності, покращує розумову діяльність, пам'ять, працездатність.

Меліса лікарська: має тонізуючу дію на головний мозок.

Полин лимонний: підвищує розумову працездатність, сприяє збільшенню швидкості виконання завдань, знижує кількість помилок, підвищує точність роботи.

Троянда: позитивно впливає на мозковий кровообіг, розслаблює, знімає стомлення, покращує загальне самопочуття [4].

Ефірні олії працюють на трьох рівнях:

- 1) фармакологічна дія ефірних олій пов'язана з різними біохімічними змінами в організмі людини;
- 2) фізіологічна дія проявляється в залежності від певних властивостей тієї чи іншої ефірної олії, наприклад, може викликати релаксацію або ж стимулювати організм;
- 3) психологічна дія виникає як відповідь на аромат ефірної олії, викликаючи певні асоціації.

Основні правила застосування ефірних олій:

1. До двох років ефірні олії можна застосовувати тільки після консультації з ароматерапевтом. Не рекомендується застосовувати дітям до року – м'яту перцеву, до 6 років – чайне дерево, герань, розмарин, чебрець, до 12 років – олія гвоздики.
2. Варто обирати олії тільки вищої якості.
3. Варто суворо слідувати дозуванню ефірних олій та рекомендаціям щодо їх застосування.
4. Не можна застосовувати олії всередину.
5. Зберігати олії в темних пляшках в холодильнику.
6. Флакон з аромамаслами повинен містити дозатор (крапельницю).

При слідуванні всіх правил, ароматерапія буде ефективним методом лікування заїкуватості [21].

Часто логопед рекомендує спеціальні ароматичні ігри, які готуються та застосовуються за певними схемами.

До таких ігор належать такі:

«Ароматні мішечки»: у тканинні мішечки потрібно покласти різні ароматні продукти (паличку кориці, зерна кави, лимонні та апельсинові скоринки, стручок ванілі тощо). Спочатку дитина нюхає кожен мішечок, а спеціаліст при цьому розповідає йому, що то за запах. Потім можна вийняти вміст мішечків, розглянути та ще раз понюхати. Так формуються стійкі асоціативні зв'язки між запахом предмета, його зовнішнім виглядом та назвою. Для дітей віком від 3 років ця гра ускладнюється: дитина повинна понюхати мішечок, визначити аромат і покласти мішечок на відповідну картинку або фотографію.

Ароматне тісто для ліплення: можна зробити саморобні маси для ліплення, використовуючи різні аромати. Рецептів у мережі можна знайти багато. Наприклад: змішати 0,5 склянки солі, 2 склянки борошна, 2 ст. л. лимонної кислоти, 1 ч. л. гліцерину. Окремо змішувати 1,5 склянки окропу і 2 ст. л. олії. Все змішати, вимісити до одержання пластичної маси. Тісто, що вийшло, розділити на кілька частин, і в кожную частину додати ароматний компонент: корицю, мелену каву, какао, ваніль, імбир і т.д. Виліпити з кожної частини тесту все, що заманеться. Можна комбінувати частини тіста між собою.

Аромати підбираються залежно від наявності/відсутності алергії.

На додаток до логопедичних занять можна і потрібно застосовувати методи ароматерапії в домашніх умовах. Корисно регулярно пропонувати дитині понюхати той чи інший продукт, мило, шампунь, крем тощо. Регулярне вдихання різних запахів активізує сенсорний розвиток дитини, розширює діапазон її відчуттів і загалом позитивно впливає на мовлення. Також ефективне використання різних ароматичних ігор.

Вдома можна застосовувати методи ароматерапії, пропонуючи дитині:

- перетирати в руках свіжу м'яту, кріп, петрушку, рвати їх на шматочки,
- вичавлювати сік з часточок апельсина, лимона,
- малювати на мелену каву і грати з кавою в зернах,
- нюхати монокомпонентні спеції,

- нюхати різне мило, мити їм руки,
- нюхати сіль для ванн, грати нею (пересипати з ємності в ємність, будувати гірку і т. д.),
- нюхати різні сорти чаю, допомагати мамі заварювати чай.

Ці ігри не вимагають спеціальної підготовки, у них можна грати у будь-який вільний час.

У процесі роботи з ароматами відбувається робота зі збагачення словникового запасу дитини (приємний, неприємний аромат, різкий, слабкий, бадьорий, солодкий, свіжий тощо). Також ігри із запахами сприяють формуванню навички правильного ротового/носового вдиху та видиху, підвищують мотивацію до занять, стимулюють розвиток нюхових центрів у головному мозку. Все це позитивно впливає на розвиток дитячої мови [3].

Висновки до розділу 1

Проаналізувавши сучасні підходи до виявлення та виправлення заїкання можна дійти висновку, що вивчення проблеми заїкання, залишається достатньо гострим для логопедичної науки. У процесі дослідження ми виявили, що у дітей дошкільного віку при заїкуватості порушується весь процес мовлення, втрачається узгодженість у мовленнєвих рухах, з'являється судомність у вимові. Темп і плавність мовлення вимушено і раптово перериваються або нав'язливим повторенням звуків і складів, або мимовільними зупинками (паузами), судомами мовленнєвих органів.

Судомами уражаються голосові зв'язки, м'язи глотки, язика, губ, а також м'язи дихального апарату.

Нові методи та прийоми допомагають підтримувати інтерес дітей до занять, допомагають зробити заняття більш різноманітними та комплексними, що в кінцевому підсумку сприяє правильному мовленнєвому розвитку та подолання мовних проблем. Ефект застосування таких

нетрадиційних засобів залежить від кваліфікації логопеда, його вміння включати нові методи в класичні заняття.

Одним із методів комплексного підходу є ароматерапія, вірніше, її елементи. Кожна ефірна олія багата функціонально, так як вона багатоскладова. Застосування лікарських рослин для дітей з порушеннями мовлення сприяє нормалізації сну, знімає втому, сприяє покращенню інтелектуальної та фізичної працездатності, допомагає покращити пам'ять, увагу, усуває симптоми в'ялості та дратівливості, має профілактичний вплив при порушеннях мозкового кровообігу, допомагає покращити загальний стан дитини, а головне – сприяє уникненню заїкуватості.

РОЗДІЛ 2

ОСНОВНІ НАПРЯМКИ ЛОГОКОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ З ЗАЙКУВАТИМИ ДОШКІЛЬНИКАМИ

2.1 Обґрунтування експериментальної методики виявлення особливостей психомовленнєвого розвитку зайкуватих дошкільників

На констатувальному етапі дослідження було вивчено та виявлено особливості перебігу психомовленнєвого розвитку дітей середнього дошкільного віку з зайканням.

Мета констатувального етапу дослідження – виявити особливості перебігу психомовленнєвого розвитку дітей середнього дошкільного віку з невротичною та неврозоподібною формами зайкання.

Відповідно до мети було визначено завдання зазначеного етапу дослідження.

1. Розробити та обґрунтувати показники психомовленнєвого розвитку обраної категорії дошкільників.
2. Визначити ступінь важкості прояву зайкання при невротичній та неврозоподібній формах у зайкуватих дошкільників середнього дошкільного віку.
3. Виявити наявність / відсутність супутніх психопатологічних комплексів перебігу зайкання в обраної категорії дітей.

Першим напрямком дослідження було вивчення особливостей поведінки дітей середнього дошкільного віку із зайканням.

Відповідно до ґрунтового аналізу спеціальної психолого-педагогічної літератури, узагальнень, викладених в розділі 1, враховуючи, що зайкання – це порушення психогенного походження, першим напрямом вивчення обраної категорії дошкільників було обрано виявлення особливостей їх поведінки. (Ураховуючи те, що зайкання не обмежується лише судомними

спазмами м'язів, під час промовлення, тобто, не є лише руховим розладом). Неврологічний механізм заїкання ускладнюється низкою патологічних особливостей, що виникають в емоційно-вольовій сфері і характері заїкуватого.

Грунтуючись на дослідження Л. Белякової, нами було обґрунтовано особливості поведінки обраної категорії дітей, яку ми класифікували на три ступені прояву порушення.

Легкий ступінь – діти вільно вступають у спілкування в будь-яких ситуаціях, з незнайомими людьми, беруть участь у колективній грі, у всіх видах діяльності (ігрової, конструктивній, самообслуговування), виконують доручення, пов'язані з необхідністю мовленнєвого спілкування. Судоми спостерігаються лише у самотійних висловлюваннях.

Середній ступінь – діти відчують труднощі у спілкуванні в нових, а також у значущих для них ситуаціях, у присутності незнайомих їм людей, відмовляються від участі в колективних іграх з однолітками. У різних видах діяльності їм потрібна допомога більш активних дітей або дорослих. Судоми спостерігаються під час самотійного відтворення питань-відповідей і наслідувальних висловлювань.

Тяжкий ступінь – заїкуватість виражена у всіх ситуаціях спілкування, ускладнює мовленнєву комунікабельність і колективну діяльність дітей, спотворює прояв поведінкових реакцій. Судоми присутні у всіх видах мовлення від самотійного до специфічного (сполучено-відбитого, ритмічного) [39].

Цей напрям дослідження ми проводили ґрунтуючись на спостереженнях, опитуваннях вихователів, батьків.

Відповідно до **другого напрямку** дослідження, було виявлено особливості міжособистісного спілкування обраної категорії дітей з однолітками та дорослими. Під час проведення цього напрямку було використано наступні методи та методики: метод спостереження, методика «Кольорова соціометрія» М. Люшера [5] (додаток А)

Третім напрямком констатувального етапу дослідження було обрано виявлення ступенів важкості прояву заїкання в дітей середнього дошкільного віку.

В результаті ґрунтованого аналізу спеціальної методичної, діагностичної літератури за основу констатувального етапу дослідження було покладено комплексну методику О. Архіпової [6], згідно з якою було визначено ряд завдань для виявлення ступенів важкості прояву заїкання обраної категорії заїкуватих дошкільників.

Відповідно до обраної методики ступені прояву заїкання можна класифікувати наступним чином.

Легкий ступінь (від 0 до 1 балу). Мовлення легке, вільне, зрозуміле для оточуючих, інтонаційно різноманітно забарвлене. Ситуативно, як реакція на тривожну або травмуючу обстановку, виникають поодинокі клонічні судоми під час промовляння перших звуків і складів у кількості від 1-го повтору на 25 слів. Мовленнєве дихання сформоване (мішаний тип), темп мовлення – нормо типовий.

Середній (незначний) ступінь (від 1-го до 2-х балів). Мовлення легке, вільне, зрозуміле для оточуючих, інтонаційно різноманітно забарвлене. Ситуативно, як реакція на тривожну чи травмуючу обстановку, виникають поодинокі клонічні судоми перших звуків і складів у кількості від 1-го повтору на 15 слів. Придихання перед початком висловлювання.

Середній (виражений) ступінь (від 2-х до 3-х балів). Мовлення вільне, зрозуміле для оточуючих, інтонаційно забарвлене. Виникають поодинокі судоми перших звуків і складів в кількості 1 судоми на 5 слів. Відзначаються поодинокі дихальні судоми. Дихання поверхнєве, темп мовлення – прискорений.

Середній (яскраво виражений) ступінь (від 3-х до 4-х балів). Мовлення утруднене, зрозуміле для оточуючих. Інтонація одноманітна і збіднена. Виникають поодинокі судоми перших звуків та складів у кількості

1 судоми на 5 слів. Відзначаються мінливі дихальні та артикуляційні судоми. Дихання поверхневе.

Середньо-важкий ступінь (від 4-х до 5 балів). Мовлення утруднене, зрозуміле для оточуючих. Інтонація збіднена. У комунікативному процесі відзначаються мінливі дихальні та артикуляційні судоми, як множинні клонічні, так і тонічні, при цьому тонічні судоми зустрічаються в кількості 1 судома на 1 хвилину промови. Дихання поверхневе, дискретне. Темп мовлення прискорений. Можливі вегетативні розлади, емболофразії.

Важкий ступінь (від 5-ти до 6 балів). Мовлення утруднене, зміст сказаного зрозумілий, але інформативність мовленнєвого висловлювання знижена. У комунікативному процесі відзначаються дихальні, артикуляційні та голосові судоми, як множинні клонічні, так і тонічні, при цьому тонічні судоми зустрічаються в кількості 1 на 10 секунд мовленнєвого висловлювання. Дихання поверхневе, дискретне, дискоординоване. Темп мовлення швидкий. Спостерігаються вегетативні розлади, супутні рухи, емболофразії, логофобія.

Важкий (яскраво виражений) ступінь (від 6 до 7 балів). Мовлення утруднене, зміст сказаного зрозумілий у загальних рисах, інформативність мовленнєвого висловлювання знижена. Відзначаються дихальні, артикуляційні та голосові судоми, при цьому множинні тонічні судоми зустрічаються в кількості 1 на 3 секунди мовленнєвого висловлювання. Дихання поверхневе, дискретне, дискоординоване. Темп мовлення – швидкий. Спостерігаються вегетативні розлади, супутні рухи, емболофразії, логофобія, тахікардія.

Глибокий ступінь (від 7 до 8 балів). Мовлення утруднене, зміст сказаного зрозумілий не завжди, інформативність мовленнєвого висловлювання суттєво знижена. Відзначаються множинні дихальні, артикуляційні, голосові судоми, при цьому поодинокі тонічні судоми переважають і зустрічаються в кількості 1 на 5 секунд мовленнєвого висловлювання, викликаючи нетривалі паузи. Дихання поверхневе,

дискретне, дискоординоване. Темп мовлення – швидкий. Спостерігаються розвинені вегетативні розлади, супутні рухи, емболофразії, логофобія, тахікардія.

Глибокий (яскраво виражений) ступінь (від 8 до 9 балів). Мовлення суттєво утруднене, сенс сказаного зрозумілий не завжди, інформативність мовленнєвого висловлювання знижена наполовину. Відзначаються множинні дихальні, артикуляційні, голосові судоми, при цьому поодинокі тонічні судоми переважають і зустрічаються в кількості 1 на 2 секунди мовленнєвого висловлювання. Дихання поверхнєве, дискретне, дискоординоване. Темп мовлення – швидкий. Спостерігаються множинні вегетативні розлади, супутні рухи, емболофразії, логофобія, тахікардія, емоційні розлади – сльози, плач, агресія. Поширена відмова від розмови після невдалої спроби або тривалої судоми.

Неможливість звучного мовлення (від 9-до 10 балів). Мовлення являє собою неінформативну послідовність складів і слів, що вимовляється з постійними множинними судомами всіх типів. Сенс мовленнєвого висловлювання незрозумілий. Мовлення надовго переривається. Дихання поверхнєве, дискретне, дискоординоване. Спостерігаються множинні вегетативні розлади, супутні рухи, емболофразія, логофобія, тахікардія, емоційні розлади – сльози, плач, агресія. Можливі гіпералівація, тики, ситуативні порушення слуху та зору, непритомність. Імовірна завчасна відмова від мовлення.

Ураховуючи карантинні обмеження 2020-2021 н.р., які зумовили обмежений доступ до закладів дошкільної освіти (ясла-садків) на констатувальному етапі дослідження ми звернулися за допомогою до практикуючих вчителів логопедів. За наданими рекомендаціями, схемою констатувального етапу дослідження ними було проведене вивчення дошкільників із заїканням.

Провідним методом дослідження було обрано спостереження.

Схема констатувального етапу дослідження представлена на рис. 2.1.

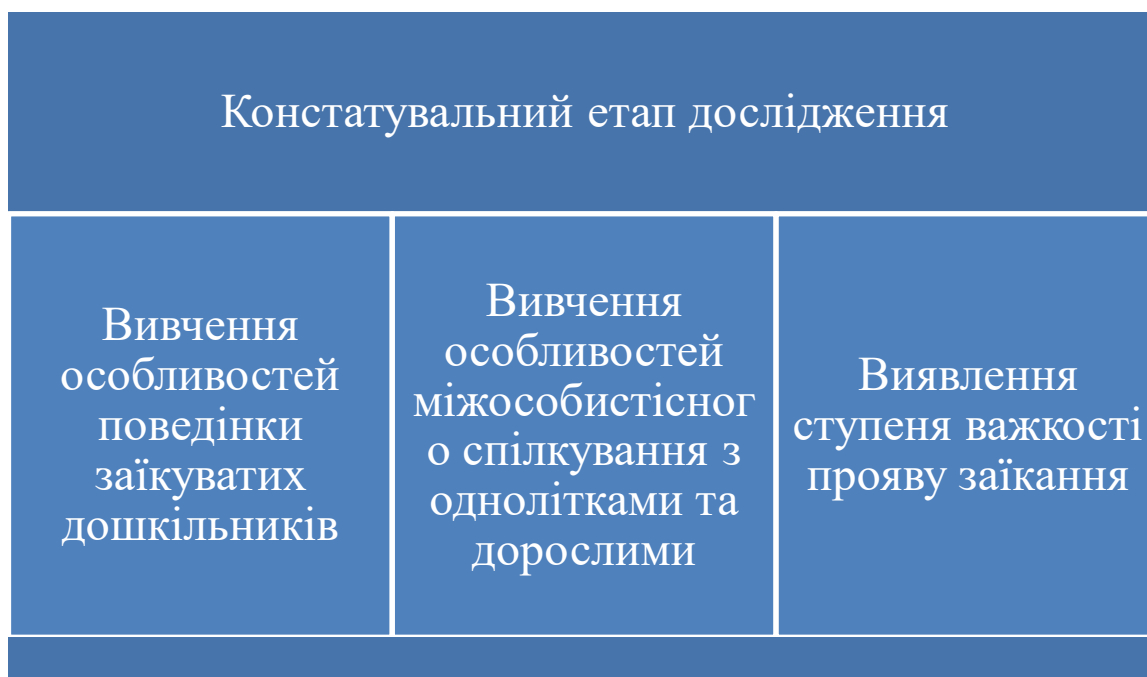


Рис. 2.1. Схема констатувального етапу дослідження: виявлення особливостей заїкуватих дошкільників

Специфіка проведення етапу виявлення особливостей прояву заїкання була зумовлена особливостями корекційних впливів ароматерапії викладених в п. 1.3. Ураховуючи те, що ароматерапія – це спеціальний метод, який ґрунтується на використанні пахощів для покращення порушених станів організму людини, переважно – психоемоційних.

З огляду на те, що на сучасному етапі існування вчення про заїкання це порушення мовлення визначається як порушення психогенного походження (зумовленого психогенними чинниками, пов'язано зі станом центральної нервової системи, залежить і віддзеркалюється в поведінкових розладах) основними напрямками вивчення нами було визначено поведінкові. Само особливості поведінки, міжособистісного спілкування заїкуватих дошкільників, на нашу думку, безпосередньо пов'язані і залежать від впливу заїкання.

Констатувальний етап дослідження тривав упродовж двох місяців: листопад – грудень 2020 року. Результати проведеного вивчення будуть представлені та проаналізовані в наступному підрозділі.

2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження

Як зазначалося вище, впродовж листопада-грудня місяців 2020 року було проведено констатувальний етап (КЕ) дослідження.

Мета КЕ – розробити, обґрунтувати та експериментально перевірити методику вивчення особливостей заїкуватих дошкільників середнього віку.

Завданнями КЕ було визначено:

1. Розробити та обґрунтувати науково-теоретичні основи експериментальної методики вивчення заїкуватих середніх дошкільників.
2. Із залученням практикуючих вчителів-логопедів провести виявлення особливостей поведінки обраної категорії дітей.
3. Визначити специфіку міжособистісного спілкування дітей із заїканням із однолітками та дорослими під час ігрової діяльності, сумісної діяльності, спілкування.
4. Ґрунтуючись на висновках лікарів-неврологів, логопедичному обстеженні вчителів-логопедів визначити ступені прояву заїкання обраної категорії дітей.

Експериментальний етап дослідження було проведено на базі закладу дошкільної освіти (ясла-садок) № 26 «Ласкавушка» Сумської міської ради.

До експериментальної роботи було залучено 7 дітей середньої дошкільного віку із заїканням: 3 дівчинки і 4 хлопчика. За психолого-педагогічною класифікацією це були діти: з «чистою» формою заїкання – 2 дітей; заїкання на тлі ФФНМ – 1 дитина, заїкання у поєднанні з ЗНМ III рівня – 4 дитини. Розподіл дітей за гендерною ознакою та за супутніми порушеннями мовленнєвого розвитку представлено на рис. (рис. 2.2., 2.3).

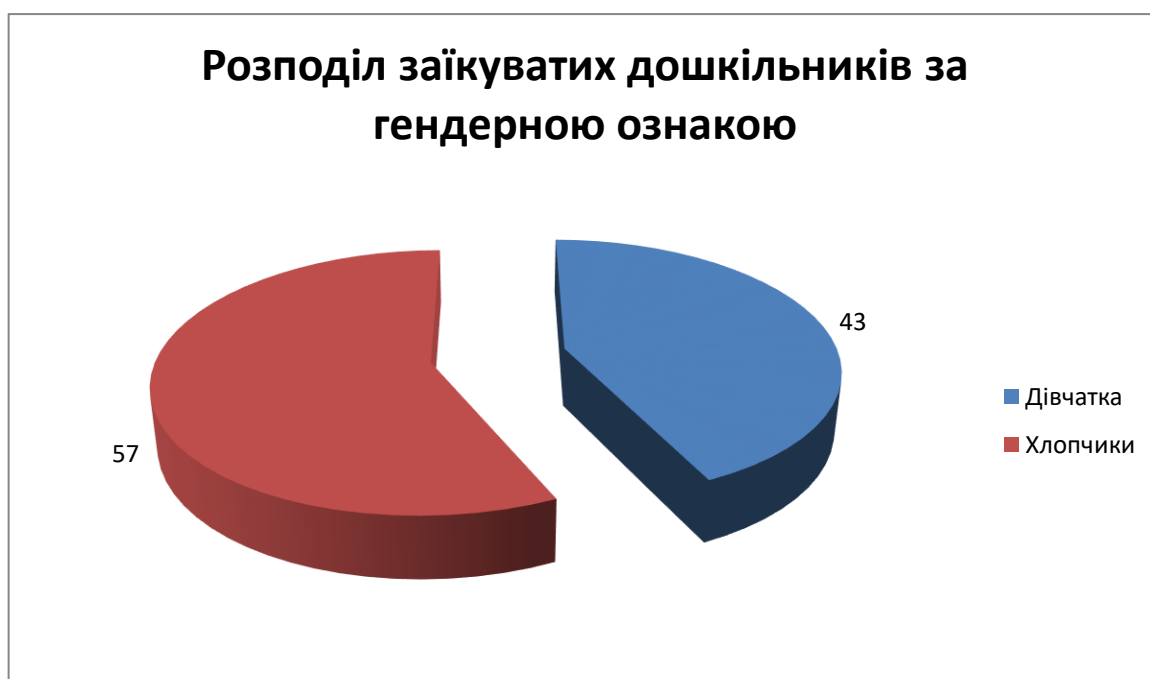


Рис. 2.2. Розподіл заїкуватих дошкільників задіяних до експериментального вивчення за гендерною ознакою

У 5 осіб (71 %) в медичних картках було зазначено – «логоневроз», у 2-х осіб – 28 % виявлення заїкання у дітей лікарями визначено не було.

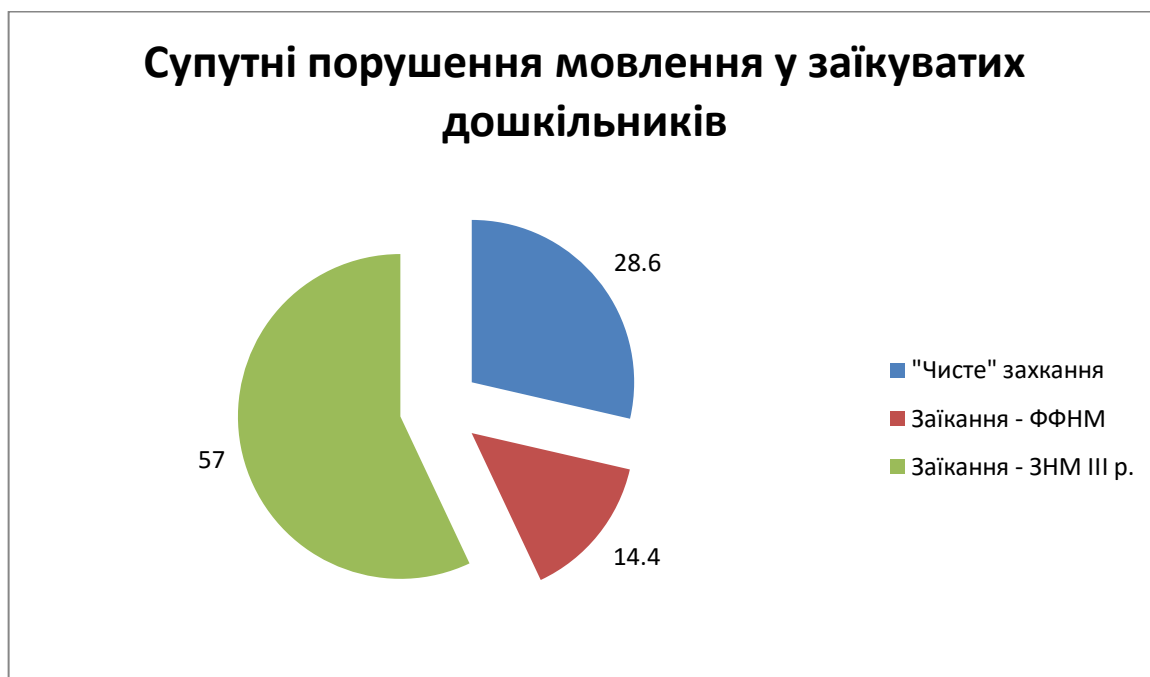


Рис. 2.3. Супутні порушення мовлення у заїкуватих дошкільників за результатами логопедичного вивчення

Як зазначалося вище (п. 2.1.) нами було визначено напрямки вивчення обраної категорії дошкільників.

За результатами вивчення особливостей поведінки заїкуватих дошкільників, з *легким ступенем прояву* поведінкових розладів було виявлено 2 дітей – 28,6 %. Ці діти вільно вступають у спілкування в будь-яких ситуаціях, з незнайомими людьми, беруть участь у колективних іграх, у всіх видах діяльності (ігровій, конструктивній, самообслуговування), виконують доручення, пов'язані з необхідністю мовленнєвого спілкування. При цьому судоми спостерігаються лише у самотійних висловлюваннях.

З *середнім ступенем* прояву поведінкових розладів на КЕ було виявлено 3 дітей (42,8 %). Ці діти відчують труднощі у спілкуванні в нових, а також у значущих для них ситуаціях, у присутності незнайомих їм людей, переважно відмовляються від участі в колективних іграх з однолітками. У різних видах діяльності їм потрібна допомога більш активних дітей або дорослих. Судоми в звучному мовленні у цих дітей спостерігаються під час самотійного відтворення питань-відповідей і наслідувальних висловлювань.

У 2-х дітей (28,6 %) було виявлений *важкий ступінь* поведінкових розладів при заїкуватості: порушення мовлення виражені у всіх ситуаціях спілкування, ускладнює мовленнєву комунікабельність і колективну діяльність дітей, спотворює прояв поведінкових реакцій. Судоми присутні у всіх видах мовлення від самотійного до специфічного (сполучено-відбитого, ритмічного).

Треба зазначити, що аналізуючи ступінь прояву поведінкових розладів при заїканні у дітей з легким ступенем було визначено – *невротичну форму*; у дітей із середнім і важким ступенями – *неврозоподібну форму*. Окрім поведінкових розладів спостерігали порушення дрібної і загальної моторики (при середньому та важкому ступенях). У дітей із середнім і важким ступенем наявними були різні типи судом, супутні рухи, вегетативні розлади. Чистота вивчення була зумовлена тим, що виявлення ступеня прояву поведінкових порушень здійснювався вихователями логопедичної групи ЗДО, узгоджувався з вчителем-логопедом.

Ступені прояву поведінкових розладів виявлені у дітей із заїканням середнього дошкільного віку представлені на діаграмі (рис. 2.4).

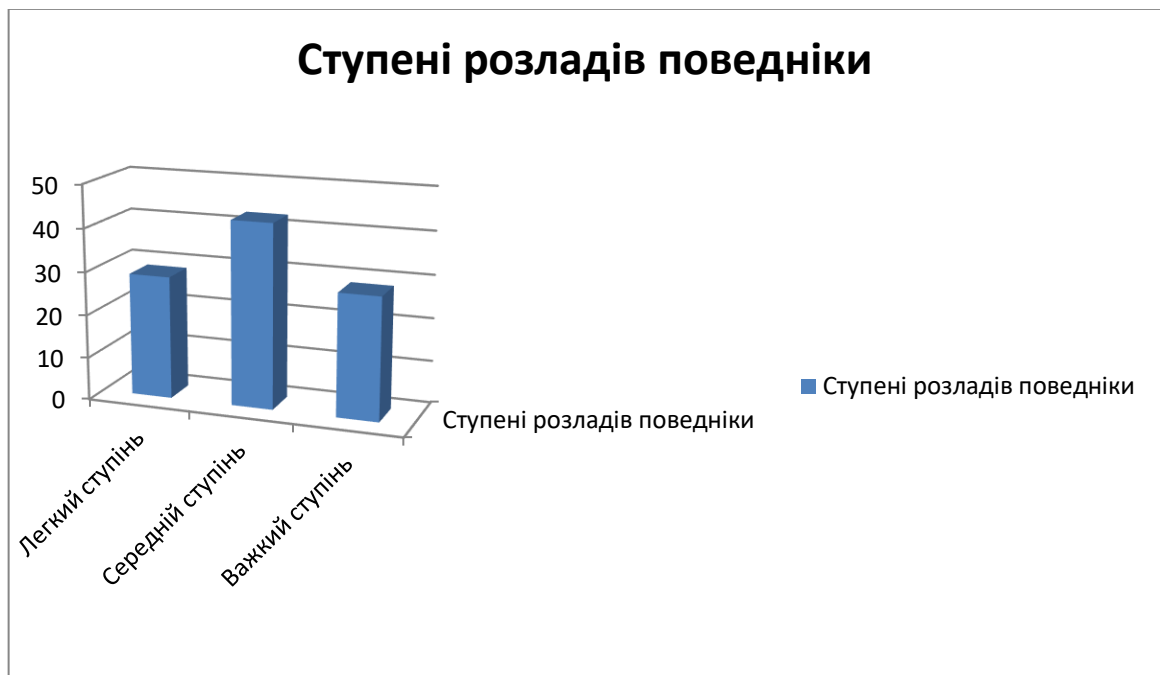


Рис. 2.4. Ступені прояву розладів поведінки у заїкуватих дошкільників

Наступним напрямком констатувального етапу дослідження було виявлення особливостей міжособистісного спілкування обраної категорії дітей з однолітками та дорослими.

Для проведення цього дослідження було використано «Кольорову соціометрію» М. Люшера, відповідно до якої: 1. Дітям потрібно було вибрати колір, який найбільше подобається, і розмістити фішку на червоному квадраті. (квадратиках). 2. Вибрати кольори для людей, з якими вони хотіли б спілкуватися, і покласти відповідні фішки на зелені квадрати. 3. Вибрати кольори людей, які їм не подобаються (часто кривдять; вини їх бояться, тощо), і розмістити фішки відповідного кольору на чорні квадрати. Інтерпретація даних до методики кольорової соціометрії подано у додатку (додаток А).

У ході дослідження було встановлено, що у дітей спостерігаються стійкі стресові стани, прикладаються зусилля уникати незручних ситуацій (наприклад, які вимагають звучного, самостійного мовлення), спостерігається обмеженість емоційного відгуку з боку оточуючих,

схильність до спокою, усамітнення, розумінню з боку оточуючих (50 %) дітей. У 50 % дітей домінують образи й негативні поведінкові прояви.

Одночасно, треба наголосити, що батьки в житті заїкуватих дошкільників займають провідне місце. Діти шукають у батьків підтримку й захист (70 %), одночасно, в присутності батьків 90 % дітей заспокоюються та розслаблюються; шукають підтримки й захисту.

Було виявлено відношення заїкуватих дошкільників до їх однолітків та вихователям.

60 % дітей виявляють інтерес до дорослого (вихователя, асистента вихователя, няні); отримують задоволення від спілкування з ними: їм цікаві пропозиції дорослих, вони шукають захисту й підтримки у них.

До однолітків спостерігається флегматичне ставлення. Вони вважають за краще пасивно чекати, ніж активно діяти (виявлено у 80 % дітей). У них немає бажання конфлікту з однолітками, бажання більше дізнатися про них, стати ближче, бажання спільних ігор, наявності страху, який є причиною частої усамітнення в колективі (20% дітей).

Експериментальне дослідження показало, що у групі дітей середнього дошкільного віку із заїканням діють подібні закономірності, що й у колективі їхніх однолітків з нормо типовим мовленнєвим розвитком, рівень добробуту взаємовідносин і коефіцієнт взаємності досить високий, проте, міжособистісні стосунки в дітей із заїканням мають свою особливість, а саме, замкнутість по відношенню до однолітків, флегматичне ставлення до них.

Це відбувається внаслідок того, що діти із заїканням, бояться справити на співрозмовника несприятливе враження, звернути увагу сторонніх на мовленнєве порушення, відчують утруднення під час відповідей у групі та при розмові з незнайомими особами. Інтерпретація результатів другого напрямку КЕ дослідження представлена на рис. 2.5.

Третім напрямком дослідження було виявлення ступенів важкості прояву заїкання. Ступені важкості були визначені вчителем-логопедом, який безпосередньо працює з цими дітьми, проводить їх логопедичне вивчення.

Ступені важкості прояву порушення було класифіковано з зазначення форми заїкання.

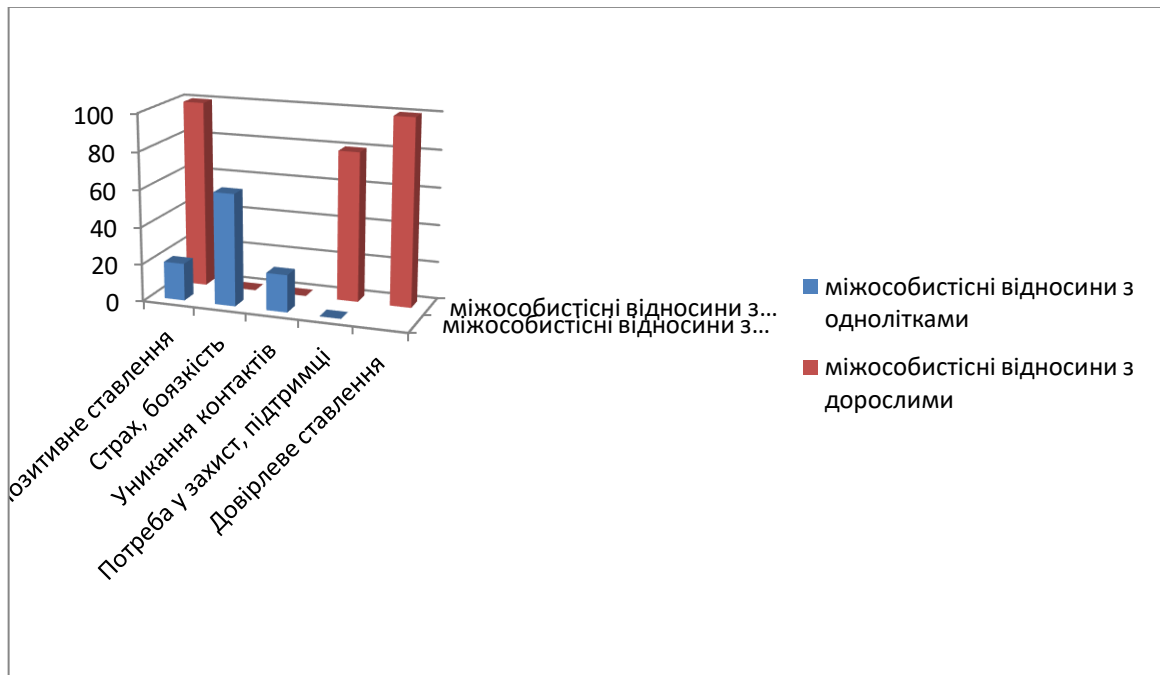


Рис. 2.5. Результати виявлення міжособистісних відносин заїкуватих дошкільників з однолітками та дорослими.

У ході проведення цього напрямку дослідження було виявлено, що у всіх дітей спостерігається поверхнєве дихання, артикуляційні та дихальні судоми. 71 % дітей мають утруднене мовлення. Тільки у 2 дітей (29 %) мовлення вільне та зрозуміле оточуючим.

Спочатку було вивчене наслідувальне мовлення – це найлегша для заїкуватих форма спілкування. У разі навіть дуже тяжких форм заїкуватості дитина повторюючи (наслідуючи) говорить абсолютно вільно. Це зумовлене тим, що за цієї форми мовлення вони фактично лише копіюють чуже висловлювання (його конструкцію, манеру промовляння), та й вимовляє його дитина навіть не самостійно, і з сторонньою допомогою. Ступінь самостійності тут практично зводиться до нуля.

У завданні, де потрібно було повторити висловлювання одночасно з дорослим (*Ми сьогодні молодці. Ми слухняні дітки*) діти особливих

труднощів не мали, були тільки труднощі у п'яти дітей (71 %), тому що їх рівень заїкуватості достатньо високий.

У другому завданні наслідувальне мовлення передбачало також повністю використання чужої конструкції фрази, її темп, інтонацію, манеру вимови, але дитина вже позбавлена частково допомоги у вигляді спільного промовляння. Це теж зазвичай доступна для всіх дітей, що заїкаються форма мовлення. Тому складнощі були часткові на рівні 1-3 бали. 2 дітей (28,6 %) мали часткові труднощі.

Третє завдання передбачало елементи самостійного мовлення. Щоправда, це поки що окремі самостійно вставлені слова, і до того ж водночас це ще й напів-наслідувальне мовлення. Відповідь на конкретно поставлене питання дозволяє дитині використовувати і певну конструкцію речення, і майже всі слова, що містяться в питанні, додавши лише 1-2 слова. Внаслідок вивчення 5 дітей (71 %) мали значні утруднення.

Складніше дитині було давати розгорнуті відповіді на питання. З даним завданням найважче було впоратися Сергію М. (6 балів) та Роману В. (5 балів), інші діти мають труднощі лише на рівні 2-3 балів.

Найбільші труднощі викликали останні два завдання переказ і спонтанне мовлення.

Переказ ще більше ускладнює прояви заїкання, оскільки вимагає від дитини відразу вимовити вже не 1-2 фрази, а значно більше. Тут можуть зустрітися не лише прості, а й складні фрази. І потрібно їх послідовно та плавно передати слухачеві.

У переказі також є деякі моменти, які полегшують мовлення дитини, що заїкається. Однак, дошкільнята під час переказу зазнавали труднощів, тільки у двох заїкуватих оцінка була 2 бали. У трьох осіб мовлення було утруднена, але зрозуміла для оточуючих.

Внаслідок виявлення 2 дітей (28,6 %) мали значні утруднення. Відзначалися переборні дихальні та артикуляційні судоми, дихання поверхневе.

Найскладніше далось випробовуваним спонтанного мовлення – найскладніше для заїкуватих, бо воно передбачає природне та активне мовленнєве спілкування з оточуючими. Внаслідок діагностування 5 дітей (71%) мали значні труднощі. Труднощі у них, як правило, виникали на початку мовлення (важко почати говорити), на початку смислового відрізка розгорнутої фрази (після дихальної або смислової паузи) або на початку простої фрази. Нерідко були зупинки, «спотикання», що з'являлися на деяких певних («важких») звуках.

Результати третього напрямку дослідження представлені в таблиці (таблиця 2.1.).

Таблиця 2.1.

Результати виявлення важкості прояву заїкання у середніх дошкільників з заїканням

№ з/п	Ім'я дитини	Показники прояву заїкання				
		тип судом	дихання	мовлення	супутні розлади	Ступінь важкості
1	Катя З.	мішані	поверхнє	Клонічні	гіперкінези	легкий
2	Маша П.	артикуляційні		Клінічні	синкінезії	Середній (яскраво виражений)
3	Сергій М.	мішані		Тонічні	червоніння	Середній (помірний)
4	Роман В.	мішані		Тонічні	Відсутні	легкий
5	Матвій Л.	артикуляційні		Клінічні	Відсутні	Середній (яскраво виражений)
6	Арсеній С.	мішані		Тонічні	Відсутні	Середній (помірний)
7	Даніл Л.	мішані		тонічні	Відсутні	Середній (яскраво виражений)

Виявлені особливостей прояву заїкуватості у дошкільників середнього віку обумовили розробку та обґрунтування додаткової методики впливу на це

порушення мовлення під час здійснення логокорекційної роботи. Про що буде викладено в наступному розділі.

Висновок до розділу 2

У межах дослідження нами було розроблено методику констатувального етапу дослідження. Відповідно до мети було розроблено, обґрунтовано та експериментально перевірено методику вивчення особливостей заїкуватих дошкільників середнього віку. Відповідно до мети було виконано наступні завдання: 1. Розроблено та обґрунтовано науково-теоретичні основи експериментальної методики вивчення заїкуватих середніх дошкільників. 2. Із залученням практикуючих вчителів-логопедів проведено виявлення особливостей поведінки обраної категорії дітей. 3. Визначено специфіку міжособистісного спілкування дітей із заїканням із однолітками та дорослими під час ігрової діяльності, сумісної діяльності, спілкування. 4. Ґрунтуючись на висновках лікарів-неврологів, логопедичному обстеженні вчителів-логопедів визначено ступені прояву заїкання обраної категорії дітей.

У межах цього напрямку дослідження було визначено та обґрунтовано три напрямки, які, на нашу думку, допоможуть визначити особливості поведінки обраної категорії дошкільників. Вплив на усунення цих виявлених специфічних поведінкових розладів допоможе скорегувати прояви заїкання.

Відповідно до *першого напрямку* дослідження було здійснено вивчення особливостей поведінки дітей середнього дошкільного віку із заїканням. Обґрунтовано легкий, середній і тяжкий ступені поведінкових розладів. В основу цього напрямку було покладене спостереження.

Другим напрямком дослідження, було виявлення особливості міжособистісного спілкування обраної категорії дітей з однолітками та

дорослими. Під час проведення цього напрямку було використано метод спостереження, методика «Кольорова соціометрія» М. Люшера.

Третім напрямком констатувального етапу дослідження було виявлено ступені важкості прояву заїкання в дітей середнього дошкільного віку. В основу цього напрямку було покладено комплексну методику О. Архіпової, відповідно до якої було визначено ряд завдань для виявлення ступенів важкості прояву заїкання обраної категорії заїкуватих дошкільників.

Враховуючи карантинні обмеження 2020-2021 рр. робота проводилася фахівцями закладу: вчителем-логопедом, вихователями, на основі чітко визначеної та обґрунтованої експериментальної методики.

До експериментальної роботи було залучено 7 дітей середньої дошкільного віку із заїканням: 3 дівчинки і 4 хлопчика. За психолого-педагогічною класифікацією це були діти: з «чистою» формою заїкання – 2 дітей; заїкання на тлі ФФНМ – 1 дитина, заїкання у поєднанні з ЗНМ III рівня – 4 дитини.

За результатами було виявлено відмінності за всіма трьома напрямками вивчення.

РОЗДІЛ 3

АРОМАТЕРАПІЯ ЯК ДОПОМІЖНИЙ ЗАСІБ В ЛОГОКОРЕКЦІЙНІЙ РОБОТІ З ЗАЇКУВАТИМИ ДОШКІЛЬНИКАМИ

3.1. Теоретичне обґрунтування організаційно-педагогічних умов використання ароматерапії в логокорекційній роботі

Добре розвинене мовлення дитини дошкільного віку є важливою умовою успішного навчання у школі. Необхідно допомогти дитині подолати порушення мовлення, не залежно від етіології виникнення, механізмів, симптоматики, оскільки вони негативно впливають на всі психічні функції, позначаються на діяльності дитини, поведінці. Тяжкі порушення мовлення (ТПМ) можуть впливати на розумовий розвиток, особливо на формування вищих рівнів пізнавальної діяльності, що обумовлено тісним взаємозв'язком мовлення та мислення та обмеженістю соціальних, мовленнєвих контактів, у яких здійснюється пізнання дитиною навколишньої дійсності.

Сьогодні в арсеналі логокорекційної роботи є практичний матеріал, застосування якого сприяє ефективному мовленнєвому розвитку дитини. Але, одночасно, спеціалісти мають певні труднощі здійснення корекційної роботи через збільшену кількість мовленнєвих порушень нез'ясованої генези, симбіозу (поєднання) різних видів порушень мовлення, коли важко визначити яке ж порушення є первинним [12].

Ще 1939 р. фізіолог Д. Шатенштейн науково обґрунтував та експериментально довів, що деякі нюхові подразники безпосередньо впливають на стан нервової системи [65].

Існує кілька видів ароматерапії (ванни, інгаляції, масаж та ін.). У роботі з дітьми використовуються ефірні олії у мінімальній концентрації. Вони застосовуються в аромалампах та аромамедальйонах, а також можуть наноситися на дерев'яні чи глиняні фігурки, які довго утримують запах.

Зрозуміло, використання ефірних олій має бути узгоджене з лікарем, щоб виключити ризик виникнення та розвитку алергічних реакцій та різних побічних ефектів [13].

У дітей з порушеннями мовлення, окрім мовленнєвої корекції не варто забувати про загальний розвиток всього організму. Комплексний підхід до питання корекції порушень мовлення включає наявність традиційних та нетрадиційних методів.

До традиційних організаційно-педагогічних умов корекції мовлення належать: постійні заняття з логопедом, артикуляційна гімнастика, розвиток фонематичного сприйняття, розвиток пам'яті та уваги.

До нетрадиційних методів корекції відносять: масаж, музико-, хромо-, арома-, фітотерапію та ін. Нетрадиційні методи характеризуються простотою, доступністю, ефективністю, сприяють глибокій корекції у разі наявних супутніх порушень [21].

Один з нетрадиційних методів, що дійшов до нас з давніх часів – *ароматерапія*. Терапія ароматами рослин та трав застосовується для усунення наслідків серйозних захворювань, заїкуватості та лікування психічних розладів у дітей. За правильних умов використання в логокорекційній роботі ароматерапія може розслабляти, заспокоювати, тонізувати, зміцнювати організм дитини, а також формувати свідоме ставлення до ведення здорового способу життя.

Заспокійливий ефект на нервову систему пов'язаний із дією ефірних олій на периферійну нервову систему. У процесі вдихання сполучних елементів ефірних смол у кілька разів прискорюється діяльність кори мозку. Ароматичні процедури тим і шкідливі, що викликають звикання, і рекомендується змінювати ефірну олію в чаші лампи після кількох сеансів і не зловживати частотою процедур.

Вплив ефірного екстракту дерев, квітів, фруктів викликають стійкий імунітет у дитини до алергії на квітковий пилок, приплив сил та бажання поглинати знання з подвоєною силою. Нехтувати користю цих чудодійних

ліків, дарованих самою природою, значить, позбавити малюка приємного і безболісного способу покращити самопочуття, що має, до того ж, накопичувальний ефект.

Важливо використовувати тільки ті олії, запах яких приємний дитині. Найсильніша олія не дасть ефекту, якщо дитині неприємний її запах. Дозування також є не більш ніж орієнтовним показником, оскільки кожна дитина реагує на ефірні олії по-своєму.

У маленьких дітей більш тонкий нюх, отже, всі дози мають бути зменшені. При використанні ефірних олій краще взяти трохи менше, ніж більше. Однак через те, що їх організм перебуває ще в стані розвитку, ароматерапія для дітей застосовується в зовсім мінімальних дозах.

Найкраще якщо масла будуть наноситися на теракотові та глиняні фігурки, арома-медальйони, подушечки. Добре утримують запахи різних виробів з необробленого дерева, кірки від апельсина або грейпфрута.

Цей метод застосовується для ароматизації повітря у дитячій кімнаті. З наведених вище причин надзвичайно важливий індивідуальний підбір дозування та необхідного запаху для кожної дитини.

Організаційно-педагогічні умови використання ароматерапевтичного методу корекційної роботи сприяють поліпшенню уваги, пам'яті, нормалізують роботу нервової системи та комунікативну функцію, мінімізують стресові прояви, сприяють покращенню працездатності.

Запахи часто бувають тісно пов'язані з певними подіями нашого життя. Наш організм миттєво реагує, якщо якийсь запах викликає у нас приємні чи неприємні асоціації та спогади. Навіть через багато років запах матері, наприклад, викликає у нас знайомі з дитинства почуття тепла та захищеності. Це пов'язано з тим, що будучи малюками, ми пізнавали навколишній світ за допомогою органів чуття.

У п. 1.2. уже зазначалося, що досить важливим є вплив різних трав та олій, а саме: заспокійливим ефектом володіють олії лаванди та м'яти перцевої. Актуальне застосування олій з великим антисептичним ефектом:

ялицева, розмаринова, лимонна, олія чайного дерева, евкаліптова. Дуже важливим аспектом є використання тільки натуральних олій, придбання їх в аптечних пунктах.

Найчастіше логопедами застосовуються ефірні олії *м'яти, ромашки, лаванди, валеріани, фенхелю, чебрецю, меліси*, які мають заспокійливу дію, та ефірні олії *коріандру, базиліка, лимона, петрушки, майорану, евкаліпту*, які мають тонізуючий ефект. На денний сон рекомендується використовувати лавандову олію, яка не тільки знезаражує кімнату, але й чудово заспокоює та розслаблює.

Під час проведення експериментального дослідження були виділені основні **вимоги** до використання ароматичних олій, які були визначені як необхідні:

- 1) нанесення ефірних сумішей на глиняні фігурки та подушечки які будуть знаходитися в кімнаті;
- 2) зрошення повітря перед приходом дитини на заняття розчином ефірної олії (200 мл теплої води, 5 крапель ефірної олії), яка добре знезаражує повітря;
- 3) для відновлення сил, відмінного самопочуття, проведення залишку дня у доброму настрої, під час денного сну в зимовий період, вирішено було застосовувати лавандову ефірну олію.

Використання ефірних олій у педагогічній практиці дуже обґрунтовано. Однак необхідно враховувати особливості дитячого організму та дотримуватися низки обмежень.

Фахівці професійної ароматерапії, рекомендують суворо дотримуватися чотирьох основних правил дитячої ароматерапії:

1. Використовувати тільки натуральні олії. Продукція аромасинтезу може викликати у дитини алергічну реакцію, неспокійну поведінку, порушення сну, подразнення слизової оболонки носа та очей.
2. Використовувати аромоолії тільки в мікродозах. Для їх застосування у ваннах, аплікаціях, аромалампах та аромамедальйонах зменшити вказане в

анотації доросле дозування у 3-4 рази. Краще взяти менше потрібної дози, аніж більше.

3. Пам'ятати, що одна з особливостей рослинних ароматів полягає в тому, що їхня дія при великих і малих концентраціях протилежна характеру: позитивний ефект спостерігається при низьких концентраціях і не спостерігається при високих. Крім того, при передозуванні можуть виникнути нудота, емоційне збудження, занепокоєння.

4. Ароматерапія дає ефект лише у разі тривалого та поетапного застосування. Максимальний термін зберігання аромамасел – два роки. Найшвидше псуються масла – цитрусові (мандарин, апельсин, грейпфрут, лимон). Їх можна зберігати не більше року [21].

Необхідно пам'ятати про запобіжні заходи під час ароматерапії:

1. Не наносити на шкіру чи слизову оболонку нерозбавлену олію.
2. Не використовувати ефірну олію в дозах, що перевищують допустимі.
3. Перевірити, чи немає у дитини алергії до аромату, що вперше використовується (одну краплю ефірної олії нанести на носову хустку і протягом дня підносити її до носа).
4. Завжди починати з мінімальної дози, вона може бути достатньою (починати приймати ванну з 3-5 хвилин, використовувати ароматичні лампи, флакони з 5-10 хвилин).
5. Ховати ефірні олії від дітей.
6. Зберігати в темному місці, щільно закритих місцях, при температурі не нижче 0°C і не вище 4-30°C.

Ефірні олії зберігають у собі бактерицидні та заспокійливі властивості. Вони м'яко та ефективно впливають на організм, сприятливо діючи на фізичний та психічний стан. Робити ванни, ароматизувати приміщення або наносити масло на тіло дитини – вибір залишається за фахівцем.

Підводячи підсумки ефективності аромоолій в логокорекційній роботі, варто додати, що отримання всіх правил зробить дану терапію ефективним

методом для допомоги при різних дитячих недугах, вплине на організм дитини в цілому. На відміну від багатьох медичних засобів, ароматерапевтичні лікувальні суміші дуже приємні у застосуванні та подобаються дітям.

У ході дослідження нами було проаналізовано методологію використання ароматерапії в логокорекційній роботі. За результатами ґрунтовного аналізу було визначено організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії при роботі з заїкуватими дошкільниками під час логокорекційної роботи.

Оскільки заїкання – це порушення темпу, ритму, плавності мовлення, зумовлене судомним станом м'язів артикуляційного апарату регуляцію емоційного стану у заїкуватих пов'язують головним чином з нормалізацією м'язової напруги. Численні клінічні спостереження та експериментальні дослідження виявляють тісний зв'язок емоційного стану з м'язовим тонусом. Існують експериментальні дані, які свідчать, що різним типам емоційного стану відповідає досить певна локалізація м'язової напруги. Так, при депресії особливо виражена напруга в дихальній мускулатурі та діафрагмі, при вираженому почутті страху насамперед напружуються м'язи, що забезпечують фонацію тощо.

Поширення збудження при емоційному стресі пов'язане з включенням гормональних та медіаторних механізмів, які передусім реалізуються через гіпоталамо-ретикуляторні структури мозку. Через ці механізми центральної нервової системи здійснюється координація соматичних та вегетативних проявів емоційних реакцій (частота пульсу та дихання, посилення потовиділення тощо), а також підтримується тонус м'язів. У свою чергу зниження м'язового тонусу змінює функціональний стан гіпоталамуса, а значить, і зменшуються вегетативні прояви емоційних реакцій.

У практиці давно відомо, що розслаблення м'язів веде до емоційного спокою.

Вдихаючи ароматичні речовини, ми відкриваємо їм прямий шлях до закутків нашого мозку. Летючі молекули поєднуються з рецепторами нюхового епітелію в носовій порожнині. Відбувається стимуляція електричного сигналу, який надходить із нюхового нерва в ті відділи головного мозку, які формують лімбічну систему. Її прийнято називати емоційним мозком. Це територія страхів, настрою, поведінки, мотивації, пам'яті, несвідомих реакцій.

Вплив на психіку мають усі олії. Кожна має свій аспект впливу. Немає стандартних рішень, протокольних рекомендацій. Зв'язка «індивідуально-емоційний стан-масло» завжди буде персональною. Так, один і той же засіб заспокоюватиме одну людину, але збуджуватиме іншу. Необхідно враховувати накопичений ольфакторний досвід. Нюхальна пам'ять одна з найсильніших. Якщо запах асоціюється з негативною ситуацією чи неприємною людиною, він не справить розслаблюючого ефекту. Такий аромат швидше посилить напругу, незважаючи на характеристики релаксанту. Але якщо аромат викликає схвалення, нагадує про щасливі, радісні події, то здатний проявляти стійкий заспокійливий ефект.

Однією з психолого-педагогічних умов роботи з заїкуватими дітьми – нормалізація емоційного стану дитини, що через центральну нервову систему здійснює сприятливий вплив на стан м'яз, які зумовлюють виникнення судом, що спричиняють заїкання. Відповідно до цього, всі логопедичні заняття з цією категорією дітей розпочинаються й закінчуються релаксаційними вправами.

Нами було визначено організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії як допоміжного засобу логокорекційної роботи. До них ми віднесли:

1. Узгодження можливості використання ароматерапії в логокорекційній роботі з батьками дітей. З'ясування ароматичних уподобань тієї чи іншої заїкуватої дитини.

2. Вивчення анамнезу. З'ясування наявності/відсутності проти показів.

Якщо згідно з анамнезом протипоказань до використання ароматерапії немає, проводять дві проби: нашкірну та нюхову до тих ефірних олій, які планується використовувати під час ароматерапії.

Нашкірна проба. Розмішати 1 краплю ефірної олії (композиції) в 7 чайних ложках будь-якої рослинної олії і краплю цієї композиції втерти в шкіру внутрішньої поверхні передпліччя. Через 15 хв. оцінити пробу: якщо ознаки подразнення відсутні, це ефірне масло (композицію) можна використовувати для проведення ароматерапії.

Нюхальна проба. На фільтрувальний папір (краще на клаптик тканини) наносять краплю ефірної олії. Протягом дня дитина кілька разів вдихає аромат. Якщо негативної реакції немає, пробу повторюють наступного дня. Якщо вона дала той самий результат, проводять ароматерапію.

3. Визначення способу використання й впровадження ароматерапії.

Інгаляційний спосіб. Індивідуальними засобами можуть бути аромакулони (2-3 краплі), аромакамні (3-4 краплі), персональні інгалятори (до 25 крапель на бавовняний стрижень). Аромадифузер та аромалампа підходять для використання у приміщенні (4-5 крапель на 15 м. кв.).

Масаж. Масажні техніки – хороший метод профілактики та боротьби з напругою. Загальний масаж: 30 мл основи 8-12 крапель. Місцевий (шийно-комірня зона, масаж голови, рук та ніг): на 15 мл бази 8-9 крапель. Допомогає знімати м'язовий гіпертонус та емоційно розслаблятися. Курсове застосування методу дає стійкий результат.

Аромарозчісування (2-3 краплі на гребінець із натуральних матеріалів).

4. Використання ароматерапії під час індивідуальних, під групових занять на початку та вкінці заняття з релаксаційною метою. Тривалість – 2 – 3 хвилини.

5. Впровадження елементів ароматерапії під час основної частини занять у вигляді ароматичних ігор:

➤ **«Ароматні мішечки»:** у тканинні мішечки потрібно покласти різні ароматні продукти (паличку кориці, зерна кави, лимонні та апельсинові скоринки, стручок ванілі тощо). Спочатку дитина нюхає кожен мішечок, а логопед при цьому розповідає їй, що то за запах. Потім можна вийняти вміст мішечків, розглянути та ще раз понюхати. Так формуються стійкі асоціативні зв'язки між запахом предмета, його зовнішнім виглядом та назвою. Для дітей віком від 3 років ця гра ускладнюється: дитина повинна понюхати мішечок, визначити аромат і покласти мішечок на відповідну картинку або фотографію.

➤ **«Ароматне тісто»** для ліплення можна зробити саморобні маси для ліплення, використовуючи різні аромати. Рецептів у мережі можна знайти багато. Наприклад: змішати 0,5 склянки солі, 2 склянки борошна, 2 ст. л. лимонної кислоти, 1 ч. л. гліцерину. Окремо змішувати 1,5 склянки окропу і 2 ст. л. олії. Все змішати, вимісити до одержання пластичної маси. Тісто, що вийшло, розділити на кілька частин, і в кожную частину додати ароматний компонент: корицю, мелену каву, какао, ваніль, імбир і т.д. Виліпити з кожної частини тіста все, що заманеться. Можна поєднувати частини тіста між собою.

6. Робота над словником. У процесі роботи з ароматами відбувається робота зі збагачення словника дитини (приємний, неприємний аромат, різкий, слабкий, бадьорий, солодкий, свіжий тощо). Також ігри із запахами сприяють формуванню навички правильного ротового/носового вдиху та видиху, підвищують мотивацію до занять, стимулюють розвиток нюхових центрів у головному мозку. Все це позитивно впливає на розвиток дитячого мовлення.

7. Тривалість застосування курсу ароматерапії – від 10 до 20 занять. Потім робиться перерва (2 тижня).

Визначені та обґрунтовані нами організаційно-педагогічні умови представлені на семі (рис. 3.1).

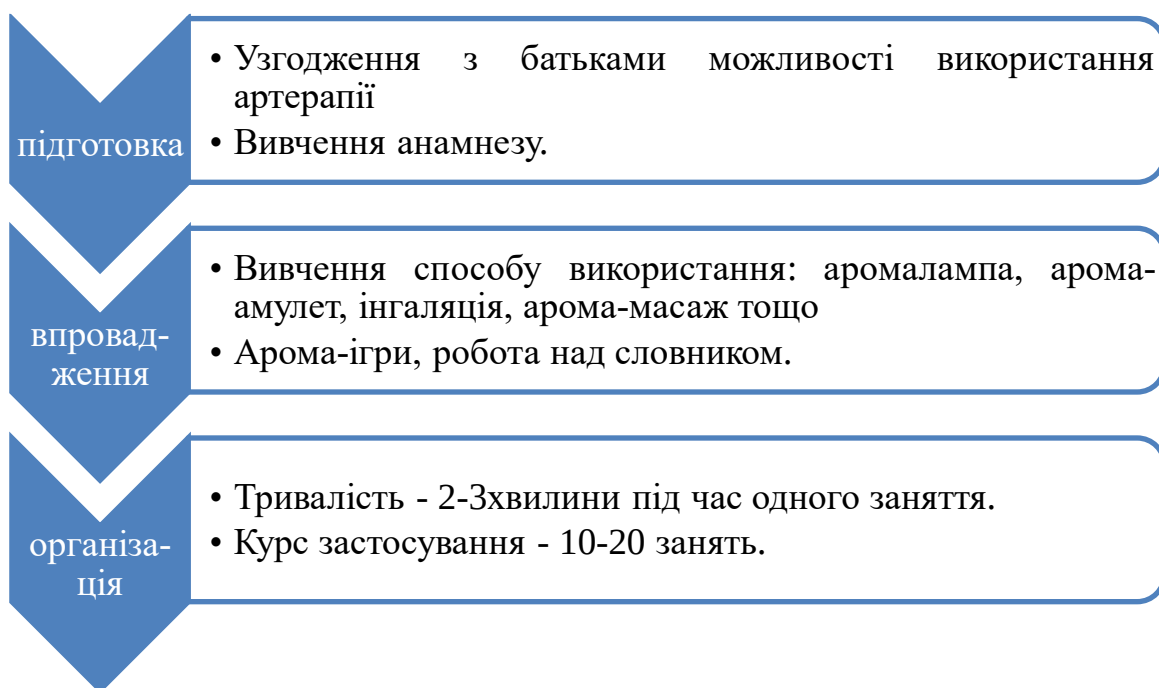


Рис. 3.1. Організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками

Запропоновані умови було впроваджено в логокорекційну роботу з заїкуватими дошкільниками середнього віку впродовж січня – квітня місяця. Результати їх впровадження будуть висвітлені в наступному підрозділі.

3.2. Результати експериментальної перевірки формувального етапу дослідження

Упродовж січня – квітня місяців 2021 року було проведено формувальний етап (ФЕ) дослідження.

Мета ФЕ – розробити, обґрунтувати та експериментально перевірити організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії як допоміжного засобу логокорекційної роботи при виправленні заїкання у дітей дошкільного віку.

Завданнями ФЕ було визначено:

1. Розробити, визначити та обґрунтувати організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками.

2. Із залученням практикуючих вчителів-логопедів провести впровадження організаційно-педагогічних умов в логопедичну роботу з заїкуватими дошкільниками середнього віку.

3. За результатами експериментально-корекційної роботи провести заключне вивчення обраної категорії дошкільників за напрямками, визначеними на констатувальному етапі дослідження.

4. Розробити методичні рекомендації для логопедів, батьків щодо використання ароматерапії в роботі з заїкуватими дошкільниками.

До експериментально-корекційної роботи в експериментальній групі (ЕГ) було залучено 4 дітей середньої дошкільного віку із заїканням: 1 дівчинка і 3 хлопчика. За психолого-педагогічною класифікацією це були діти: з «чистою» формою заїкання – 1 дитина; заїкання у поєднанні з ЗНМ III рівня – 3 дитини. Загальна кількість дітей – 4 особи.

До роботи у контрольній групі (КГ) було залучено 3 дітей середньої дошкільного віку із заїканням: 1 дівчинка і 2 хлопчика. За психолого-педагогічною класифікацією це були діти: заїкання на тлі ФФНМ – 1 дитина, заїкання у поєднанні з ЗНМ III рівня – 2 дитини. Всі діти на формуальному етапі дослідження були задіяні на констатувальному етапі. Розподіл дітей за ЕГ та КГ та за супутніми порушеннями мовленнєвого розвитку представлено на рис. (рис. 3.2, 3.3).



Рис. 3.2 Розподіл заїкуватих дошкільників ФГ за супутніми мовленнєвими порушеннями



Рис. 2.3. Супутні порушення мовлення у заїкуватих дошкільників за результатами логопедичного вивчення

Як зазначалося вище (п. 2.1.) нами було визначено напрямки вивчення обраної категорії дошкільників, результати якого було висвітлено в Розділі 2. На формувальному етапі дослідження, аналогічно, було проведено заключне

виявлення особливостей поведінки, міжособистісних стосунків, ступеню важкості прояву заїкання після впровадження ароматерапії в логокорекційну роботу з обраною категорією дошкільників.

За результатами вивчення особливостей поведінки заїкуватих дошкільників, з *легким ступенем прояву* поведінкових розладів було виявлено 28,6 % – на констатувальному етапі дослідження. Серед дітей ЕГ було виявлено 50 %, серед дошкільників КГ – 33 %. К зазначалося, ці діти вільно вступали у спілкування в будь-яких ситуаціях, навіть з незнайомими людьми, брали участь у колективних іграх, у всіх видах діяльності (ігровій, конструктивній, самообслуговування), виконували доручення, пов'язані з необхідністю мовленнєвого спілкування. При цьому судоми спостерігалися лише у самотійних висловлюваннях.

З *середнім ступенем* прояву поведінкових розладів на КЕ було виявлено 42,8 % дітей; серед школярів ЕГ було виявлено 25 %, серед дітей КГ також 33 %. Ці діти які відчували труднощі у спілкуванні в нових, а також у значущих для них ситуаціях, у присутності незнайомих їм людей, переважно відмовлялися від участі в колективних іграх з однолітками. У різних видах діяльності їм потрібна була допомога більш активних дітей або дорослих. Судоми в звучному мовленні у цих дітей спостерігалися під час самотійного відтворення питань-відповідей і наслідувальних висловлюваннях.

На констатувальному етапі дослідження у 28,6 % був виявлений *важкий ступінь* поведінкових розладів при заїкуватості; у дітей ЕГ – 25 %, в КГ – 33 %. У цих дітей порушення мовлення виражені у всіх ситуаціях спілкування, ускладнювали мовленнєву комунікабельність і колективну діяльність дітей, спотворювали прояв поведінкових реакцій. Судоми спостерігалися у всіх видах мовлення від самотійного до специфічного (сполучено-відбитого, ритмічного).

Треба зазначити, що на формувальному етапі дослідження, аналізуючи ступінь прояву поведінкових розладів при заїканні у дітей ЕГ з легким

ступенем було визначено як *невротичну* так і *неврозоподібну* форми заїкання. У дітей ЕГ із середнім і важким ступенем було зафіксовано зменшення проявів різних типів судом, супутніх рухів, вегетативних розладів.

Ступені прояву поведінкових розладів виявлені у дітей із заїканням середнього дошкільного віку на констатувальному та формувальному етапах дослідження представлені на діаграмі (рис. 3.4).

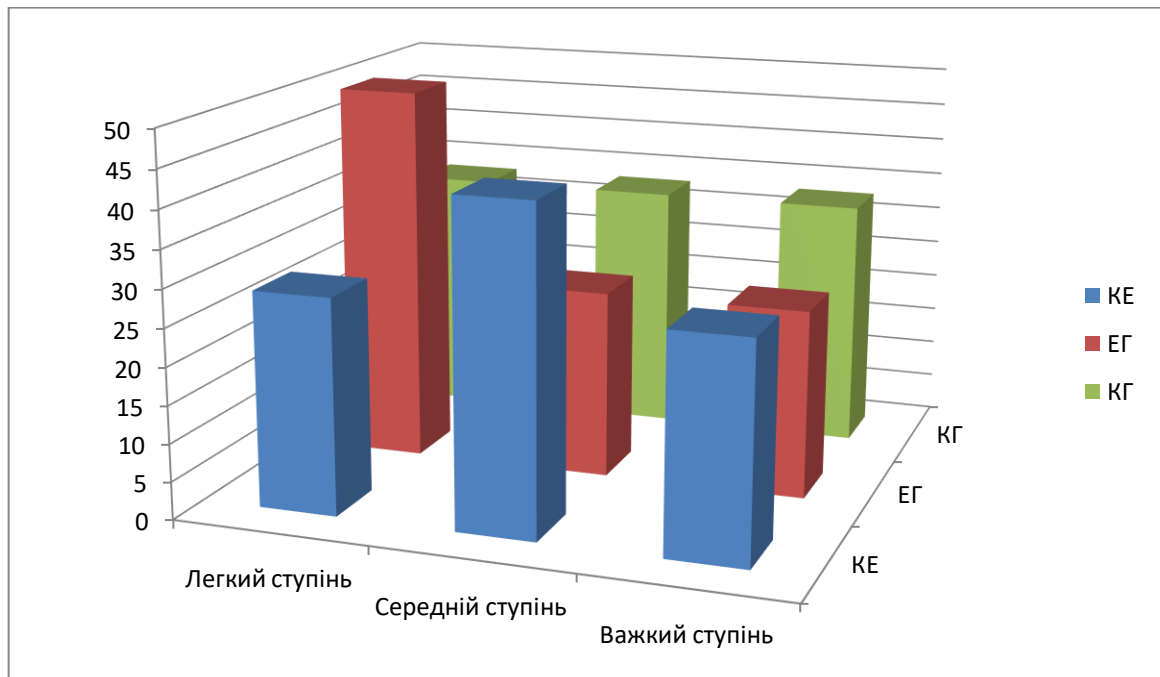


Рис. 3.4. Ступені прояву розладів поведінки у заїкуватих дошкільників

Наступним напрямком формувального етапу дослідження було виявлення особливостей міжособистісного спілкування обраної категорії дітей з однолітками та дорослими.

Для проведення цього дослідження, аналогічно попередньому етапу, було використано «Кольорову соціометрію» М. Люшера, відповідно до якої:

1. Дітям потрібно було вибрати колір, який найбільше подобається, і розмістити фішку на червоному квадраті. (квадратиках).
2. Вибрати кольори для людей, з якими вони хотіли б спілкуватися, і покласти відповідні фішки на зелені квадрати.
3. Вибрати кольори людей, які їм не подобаються (часто кривдять; вини їх бояться, тощо), і розмістити фішки відповідного кольору на чорні квадрати.

Інтерпретація даних до методики кольорової соціометрії подано у додатку (додаток А).

У ході дослідження було встановлено, що у дітей ЕГ спостерігалися значні зменшення стійких стресових станів, вони менше прикладали зусилля уникати незручних ситуацій (наприклад, які вимагають звучного, самостійного мовлення), спостерігалися обмеженість емоційного відгуку з боку оточуючих, схильність до спокою, усамітнення, розумінню з боку оточуючих (70 %) дітей. У 25 % дітей домінують образи й негативні поведінкові прояви. У дітей КГ суттєвих зрушень у бік поліпшення виявлено не було.

Одночасно, треба наголосити, що відношення до батьків, виявлені на констатувальному етапі дослідження, зміни, на формуальному етапі, не мали: батьки в житті заїкуватих дошкільників займають провідне місце. Діти шукають у батьків підтримку й захист (70 %), одночасно, в присутності батьків 90 % дітей заспокоюються та розслаблюються; шукають підтримки й захисту.

Було виявлено відношення заїкуватих дошкільників до їх однолітків та вихователям.

60 % дітей виявляють інтерес до дорослого (вихователя, асистента вихователя, няні); отримують задоволення від спілкування з ними: їм цікаві пропозиції дорослих, вони шукають захисту й підтримки у них.

До однолітків спостерігається флегматичне ставлення. Вони вважають за краще пасивно чекати, ніж активно діяти (виявлено у 80 % дітей). У них немає бажання конфлікту з однолітками, бажання більше дізнатися про них, стати ближче, бажання спільних ігор, наявності страху, який є причиною частої усамітнення в колективі (20% дітей).

Експериментальне дослідження показало, що у групі дітей середнього дошкільного віку із заїканням діють подібні закономірності, що й у колективі їхніх однолітків з нормо типовим мовленнєвим розвитком, рівень добробуту взаємовідносин і коефіцієнт взаємності досить високий, проте, міжособистісні стосунки в дітей із заїканням мають свою особливість, а саме, замкнутість по відношенню до однолітків, флегматичне ставлення до них.

Це відбувається внаслідок того, що діти із заїканням, бояться справити на співрозмовника несприятливе враження, звернути увагу сторонніх на мовленнєве порушення, відчують утруднення під час відповідей у групі та при розмові з незнайомими особами. Інтерпретація результатів другого напрямку формувального етапу дослідження представлена на рис. 3.5.

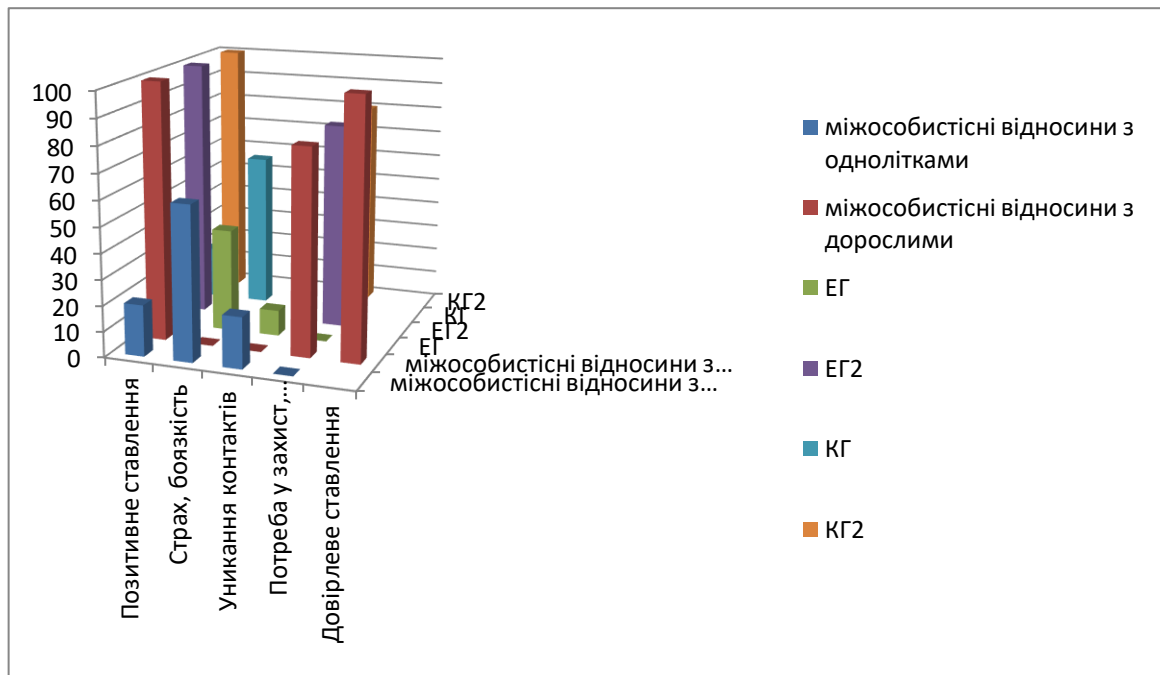


Рис. 3.5. Результати виявлення міжособистісних відносин заїкуватих дошкільників з однолітками та дорослими

Третім напрямком дослідження було виявлення ступенів важкості прояву заїкання. Ступені важкості були визначені вчителем-логопедом, який безпосередньо працює з цими дітьми, проводить логокорекційну роботу.

Ступені важкості прояву порушення було класифіковано з зазначення форми заїкання.

У ході проведення цього напрямку дослідження було виявлено, що у всіх дітей спостерігається поверхнєве дихання, артикуляційні та дихальні судоми. 71 % дітей мають утруднене мовлення. Тільки у 2 дітей (29 %) мовлення вільне та зрозуміле оточуючим.

Спочатку було вивчене наслідувальне мовлення – це найлегша для заїкуватих форма спілкування. У разі навіть дуже тяжких форм заїкуватості дитина повторюючи (наслідуючи) говорить абсолютно вільно. Це зумовлене

тим, що за цієї форми мовлення вони фактично лише копіюють чуже висловлювання (його конструкцію, манеру промовляння), та й вимовляє його дитина навіть не самостійно, і з сторонньою допомогою. Ступінь самостійності тут практично зводиться до нуля.

У завданні, де потрібно було повторити висловлювання одночасно з дорослим (*Ми сьогодні молодці. Ми слухняні дітки*) діти особливих труднощів не мали, були тільки труднощі у двох дітей ЕГ (50 %) і двох дітей КГ (67 %) тому що їх рівень заїкуватості достатньо високий.

У другому завданні наслідувальне мовлення передбачало також повністю використання чужої конструкції фрази, її темп, інтонацію, манеру вимови, але дитина вже позбавлена частково допомоги у вигляді спільного промовляння. Це теж зазвичай доступна для всіх дітей, що заїкаються форма мовлення. Тому складнощі були часткові на рівні 1-3 бали. Одна дитина ЕГ (25 %) мала часткові труднощі.

Третє завдання передбачало елементи самостійного мовлення. Щоправда, це поки що окремі самостійно вставлені слова, і до того ж водночас це ще й напів-наслідувальне мовлення. Відповідь на конкретно поставлене питання дозволяє дитині використовувати і певну конструкцію речення, і майже всі слова, що містяться в питанні, додавши лише 1-2 слова. Внаслідок вивчення всі діти КГ мали значні утруднення та одна дитина ЕГ – 25 %.

Складніше дітям було давати розгорнуті відповіді на питання. З даним завданням найважче було впоратися дітям КГ.

Найбільші труднощі викликали останні два завдання переказ і спонтанне мовлення.

Внаслідок вивчення, 2 дітей КГ (67 %) мали значні утруднення. Відзначалися переборні дихальні та артикуляційні судоми, дихання поверхневе.

Найскладніше далось випробовуваним спонтанного мовлення – найскладніше для заїкуватих, бо воно передбачає природне та активне

мовленнєве спілкування з оточуючими. Внаслідок діагностування всі діти КГ мали значні труднощі. Труднощі у них, як правило, виникали на початку мовлення (важко почати говорити), на початку смислового відрізка розгорнутої фрази (після дихальної або смислової паузи) або на початку простої фрази. Нерідко були зупинки, «спотикання», що з'являлися на деяких певних («важких») звуках. Серед дітей ЕГ такі труднощі спостерігалися у 2-х дітей – 50 %.

Результати третього напрямку дослідження представлені в таблиці (таблиця 3.1.).

Таблиця 3.1.

Результати виявлення важкості прояву заїкання у середніх дошкільників з заїканням на формувальному етапі дослідження

№ з/п	Ім'я дитини	Показники прояву заїкання				
		тип судом	дихання	мовлення	супутні розлади	Ступінь важкості
1	Катя З.	мішані	поверхнє	Клонічні	гіперкінези	легкий
2	Маша П.	артикуляційні		Клінічні	синкінезії	Середній (помірний)
3	Сергій М.	мішані		Тонічні	червоніння	Середній (помірний)
4	Роман В.	мішані		Тонічні	Відсутні	легкий
5	Матвій Л.	артикуляційні		Клінічні	Відсутні	Середній (яскраво виражений)
6	Арсеній С.	мішані		Тонічні	Відсутні	Середній (помірний)
7	Даніл Л.	мішані		тонічні	Відсутні	Середній (яскраво виражений)

За результатами формувального етапу дослідження можна зробити висновки, що у дітей ЕК, в логокорекційній роботі з якими було використано ароматерапевтичні засоби покращилися показники за двома напрямками дослідження: поведінка й міжособистісні відносини. Щодо третього – ступінь

важкості прояву заїкання, суттєво змінилися такі показники як: супутні розлади (зменшення проявів гіперкінезів та синкінезій), ступінь важкості прояву судом змінився з середнього (яскраво вираженого) на середній (помірний).

Ураховуючи незначний період використання зазначеного засобу в логокорекційній роботі можемо припустити, що ароматерапія є ефективним допоміжним засобом логопедичної корекції заїкання.

3.3. Методичні рекомендації щодо використання ароматерапії в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками

За результатами дослідження нами було узагальнено та обґрунтовано методичні рекомендації (для фахівців, батьків) щодо використання ароматерапії як додаткового засобу в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками.

Логопедичні заняття є основною формою логопедичної роботи, оскільки найбільш повно впроваджують зміст корекційно-розвивальної роботи щодо усунення певного порушення мовлення, можливості здійснення цілеспрямованого впливу логопеда на заїкуватого.

При роботі з заїкуватими дошкільниками використовуються такі форми логопедичних занять:

- фронтальні заняття (7-8 осіб у групі). Це заняття з основних напрямів корекційного впливу при заїканні;
- індивідуальні заняття (проводяться також мікрогрупами з урахуванням виявлених при обстеженні особливостей мовленнєвого та психомоторного розвитку, заїкувато дитини). Це можуть бути заняття з корекції звуковимови, психотерапевтичні бесіди тощо;

➤ закріплювальні заняття (з вихователем логопедичної групи або спеціального закладу дошкільної освіти). На них закріплюється матеріал, відпрацьований логопедом.

Основним напрямком логокорекційної роботи при заїканні є виховання навичок плавного мовлення, що вимагає тривалих та постійних тренувань, які не обмежені межами логопедичних занять, а мають місце у процесі щоденного мовленнєвого спілкування дитини з оточуючими.

Логопедичні заняття мають проводитися на фоні правильного ставлення оточуючих до дитини, що заїкається, і системи її виховання. Все це має поєднуватися з необхідними оздоровчими та лікувальними заходами.

До проведення логопедичних занять із дітьми, що заїкаються (за В. Селівьоровим, 2001) пред'являються такі вимоги [48; 49]:

1. Логопедичні заняття повинні відображати основні завдання корекційно-виховного впливу на мовлення та особистість дитини, що заїкається.

2. Логопедичні заняття мають бути побудовані з урахуванням основних дидактичних принципів.

3. Логопедичні заняття мають бути узгоджені з вимогами програм виховання та навчання дітей дошкільного віку (насамперед з навчанням рідної мови). Зв'язок мовленнєвих вправ з загальноосвітніми заняттями підготує дітей до того, як треба говорити правильно в різних умовах, полегшить їм можливість поступового перенесення нових мовленнєвих навичок у своїй діяльності.

4. У логопедичних заняттях має бути передбачена необхідність тренування правильного мовлення та поведінки у дітей, що заїкаються, у різноманітних умовах: у логопедичному кабінеті та поза ним, у різних життєвих ситуаціях, у присутності знайомих та незнайомих людей тощо. З цією метою використовуються дидактичні, рухливі, сюжетно-рольові та творчі ігри, екскурсії тощо.

5. На логопедичних заняттях дитина повинна навчитися завжди говорити без заїкання. На заняттях дитина повинна постійно переконуватись у тому, що може говорити добре. Потрібно підбирати для неї мовленнєві вправи так, щоб вони були доступні для вільного промовляння. Для цього логопеду потрібно дуже добре знати мовленнєві можливості дитини та в цілому систему послідовного, поступового ускладнення занять.

6. На логопедичних заняттях із заїкуватими постійно повинні бути присутні зразки правильного мовлення: самого логопеда, інших дітей, магнітофонні записи майстрів художнього слова тощо.

Якість формування плавного мовлення, у дитини що заїкається, багато в чому обумовлюється формою побудови логопедичних занять.

Розглянемо структуру та особливості змісту логопедичних занять з дітьми, що заїкаються на різних етапах корекційного впливу.

Схема логопедичного заняття з дітьми, що заїкаються.

I. Тема та мета заняття.

II. Обладнання (наочно-ілюстративний, дидактичний, роздатковий матеріал).

III. План.

1. Організаційний момент.

2. Зняття м'язового та емоційного напруження. *Ароматерапія*.

3. Розвиток фонаційного (мовленнєвого) дихання. Дихально-голосові вправи. Розвиток інтонаційних характеристик мовлення (висота, гучність тощо).

4. Робота над плавністю мовлення:

а) в елементарних її формах (вправи на виголошення окремих голосних) звуків - 2-х, 3-х, 4-х, 5-и; фраз із одного слова; коротких пропозицій, довгих фраз із логічною паузою);

б) у складніших формах (читання віршів і невеликих прозових текстів, переказ, оповідання, діалог, монолог).

5. Розвиток координації слова та ритмізованого руху. Логоритмічні вправи.

6. Вправи, спрямовані на розвиток мовлення в цілому: фонетико-фонематичного боку, лексико-граматичного ладу, зв'язного мовлення

(включаються в заняття для дітей, які мають поряд із заїканням не різко виражене загальне недорозвинення мови).

7. Підсумок.

8. Домашнє завдання.

Методичні рекомендації щодо використання ароматерапії.

Інгаляційний спосіб. Індивідуальними засобами можуть бути аромакулони (2-3 краплі), аромакамні (3-4 краплі), персональні інгалятори (до 25 крапель на бавовняний стрижень). Аромадифузер та аромалампа підходять для використання у приміщенні (4-5 крапель на 15 м. кв.). Застосовується переважно вдома.

Масаж. Масажні техніки – хороший метод профілактики та боротьби з напругою. Загальний масаж: 30 мл основи 8-12 крапель. Місцевий (шийно-комірня зона, масаж голови, рук та ніг): на 15 мл бази 8-9 крапель. Допомогає знімати м'язовий гіпертонус та емоційно розслаблятися. Курсове застосування методу дає стійкий результат. Застосовується під час індивідуальних занять в заключній частині.

Аромарозчісування (2-3 краплі на гребінець із натуральних матеріалів). Застосовується під час індивідуальних занять на початку основної частини.

Використання ароматерапії під час індивідуальних, під групових занять на початку та вкінці заняття з релаксаційною метою. Тривалість – 2 – 3 хвилини.

Впровадження елементів ароматерапії під час основної частини занять у вигляді ароматичних ігор.

Тривалість застосування курсу ароматерапії – від 10 до 20 занять. Потім робиться перерва (2 тижня).

Використання ароматерапії зменшує прояви неврологічної симптоматики, пом'якшує емоційний стан дитини з заїканням, позитивно впливає на загальний емоційний стан дитини, зміцнюючи її імунітет та нервову систему в цілому.

Висновки до розділу 3

На формувальному етапі дослідження нами було визначено, обґрунтовано та експериментально перевірено можливість застосування ароматерапії під час логокорекційної роботи з заїкуватими дошкільниками середнього віку.

Було визначено організаційно-педагогічні умови впровадження ароматерапії які включали: організаційно-педагогічні умови підготовчого етапу, організаційно-педагогічні умови основного та заключного етапів.

Із залученням практикуючих вчителів-логопедів було здійснено впровадження організаційно-педагогічних умов використання ароматерапії в логопедичну роботу з заїкуватими дошкільниками середнього віку. Додатковий засіб корекції – ароматерапія використовувалась під час індивідуальних та під групових занять, упродовж січня – квітня місяців.

За результатами експериментально-дослідної роботи було проведене заключне вивчення обраної категорії дошкільників за напрямками, визначеними на констатувальному етапі дослідження, з використанням тих самих методик.

Дітей середнього дошкільного віку, задіяні на констатувальному етапі дослідження було поділено на дві групи: контрольну (КГ) та експериментальну (ЕГ) у співвідношенні 3:4. В ЕГ було застосовано ароматерапію як додатковий засіб логокорекційної роботи під час індивідуальних та під групових занять.

За результатами формувального етапу дослідження можна зробити висновки, що у дітей ЕК, в логокорекційній роботі з якими було використано ароматерапевтичні засоби покращилися показники за двома напрямками дослідження: поведінка й міжособистісні відносини. Щодо третього – ступінь важкості прояву заїкання, суттєво змінилися такі показники як: супутні розлади (зменшення проявів гіперкінезів та синкінезій), ступінь важкості

прояву судом змінився з середнього (яскраво вираженого) на середній (помірний).

Ураховуючи незначний період використання зазначеного засобу в логокорекційній роботі можемо припустити, що ароматерапія є ефективним допоміжним засобом логопедичної корекції заїкання.

За результатами формувального етапу дослідження було узагальнено методичні рекомендації для логопедів та батьків заїкуватих дітей, щодо використання ароматерапії.

ВИСНОВКИ

За результатами проведеного дослідження було зроблено наступні висновки.

1. За результатами ґрунтовного аналізу науково-методичної зарубіжної та вітчизняної літератури щодо визначення особливостей логокорекційної роботи виправлення заїкання на сучасному етапі розвитку логопедичної науки було з'ясовано: заїкання – це порушення мовлення, яке характеризується порушеннями темпу, ритму, плавності мовленнєвого висловлювання і зумовлене судомним станом м'язів; це порушення, яке найчастіше виникає на етапі молодшого дошкільного віку, залежно від етіології виникнення визначають невротичну та неврозоподібну форми; заїкання визначається як в межах психолого-педагогічної так і клініко-педагогічної класифікацій; це єдине порушення яке характеризується як порушення психогенного походження, оскільки місце локалізації – центральна нервова система; для цього порушення мовлення характерна супутня симптоматика не мовленнєвого походження: розлади поведінки, міжособистісних відносин, вегетативні розлади тощо.

2. За результатами теоретичного аналізу, було визначено велику кількість допоміжних засобів корекції заїкання, серед яких недостатньо уваги приділяється *ароматерапії* (лікування за допомогою ефірних масел). Мета цього методу – нормалізація м'язового тону, сприятливий вплив на поведінку та емоційно-вольову сферу (заспокійливий ефект), зміцнення імунітету, профілактика вірусних та респіраторних захворювань.

3. На констатувальному етапі дослідження нами було визначено, обґрунтовано та експериментально перевірено особливості психомовленнєвого розвитку перебігу заїкання у середніх дошкільників. У межах цього напрямку дослідження було визначено та обґрунтовано три напрямки, які, на нашу думку, допоможуть визначити особливості поведінки

обраної категорії дошкільників. Вплив на усунення цих виявлених специфічних поведінкових розладів допоможе скорегувати прояви заїкання.

Відповідно до *першого напрямку* дослідження було здійснено вивчення особливостей поведінки дітей середнього дошкільного віку із заїканням. Обґрунтовано легкий, середній і тяжкий ступені поведінкових розладів. В основу цього напрямку було покладене спостереження.

Другим напрямком дослідження, було виявлення особливості міжособистісного спілкування обраної категорії дітей з однолітками та дорослими. Під час проведення цього напрямку було використано метод спостереження, методика «Кольорова соціометрія» М. Люшера.

Третім напрямком констатувального етапу дослідження було виявлено ступені важкості прояву заїкання в дітей середнього дошкільного віку. В основу цього напрямку було покладено комплексну методику О. Архіпової, відповідно до якої було визначено ряд завдань для виявлення ступенів важкості прояву заїкання обраної категорії заїкуватих дошкільників.

4. Ураховуючи карантинні обмеження 2020-2021 рр. робота проводилася фахівцями закладу: вчителем-логопедом, вихователями, на основі чітко визначеної та обґрунтованої експериментальної методики.

До експериментальної роботи було залучено 7 дітей середньої дошкільного віку із заїканням: 3 дівчинки і 4 хлопчика. За психолого-педагогічною класифікацією це були діти: з «чистою» формою заїкання – 2 дітей; заїкання на тлі ФФНМ – 1 дитина, заїкання у поєднанні з ЗНМ III рівня – 4 дитини.

За результатами вивчення було виявлення порушень за всіма напрямками констатувального етапу дослідження: більшість дітей – 5 з 7 мали середній та тяжкий прояв поведінкових розладів, який виявлявся в: порушеннях мовлення у всіх ситуаціях спілкування, що ускладнює мовленнєву комунікабельність і колективну діяльність дітей, спотворює прояв поведінкових реакцій. Судоми присутні у всіх видах мовлення від самотійного до специфічного (сполучено-відбитого, ритмічного).

Вивчення особливостей міжособистісних відносин заїкуватих дошкільників виявило, що у всіх дітей спостерігається поверхнєве дихання, артикуляційні та дихальні судоми. 71 % дітей мають утруднене мовлення. Тільки у 2 дітей (29 %) мовлення вільне та зрозуміле оточуючим.

Ступені важкості прояву заїкання були виявлені наступні: середній (помірний) – 65 %, середній (яскраво виражений) – 25 %, легкий – 10 %.

5. За результатами констатувального етапу дослідження було визначено, обґрунтовано та експериментально перевірено організаційно-педагогічні умови використання ароматерапії як додаткового засобу в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками: організаційно-педагогічні умови підготовчого, основного та заключного етапів.

Із залученням практикуючих вчителів-логопедів було здійснено впровадження організаційно-педагогічних умов використання ароматерапії в логопедичну роботу з заїкуватими дошкільниками середнього віку. Додатковий засіб корекції – ароматерапія використовувалась під час індивідуальних та під групових занять, упродовж січня – квітня місяців.

За результатами експериментально-дослідної роботи було проведене заключне вивчення обраної категорії дошкільників за напрямками, визначеними на констатувальному етапі дослідження, з використанням тих самих методик.

Дітей середнього дошкільного віку, задіяні на констатувальному етапі дослідження було поділено на дві групи: контрольну (КГ) та експериментальну (ЕГ) у співвідношенні 3:4. В ЕГ було застосовано ароматерапію як додатковий засіб логокорекційної роботи під час індивідуальних та під групових занять.

За результатами формувального етапу дослідження можна зробити висновки, що у дітей ЕК, в логокорекційній роботі з якими було використано ароматерапевтичні засоби покращилися показники за двома напрямками дослідження: поведінка й міжособистісні відносини. Щодо третього – ступінь важкості прояву заїкання, суттєво змінилися такі показники як: супутні

розлади (зменшення проявів гіперкінезів та синкінезій), ступінь важкості прояву судом змінився з середнього (яскраво вираженого) на середній (помірний).

Ураховуючи незначний період використання зазначеного засобу в логокорекційній роботі можемо припустити, що ароматерапія є ефективним допоміжним засобом логопедичної корекції заїкання.

За результатами формувального етапу дослідження було узагальнено методичні рекомендації для логопедів та батьків заїкуватих дітей, щодо використання ароматерапії.

Перспективу подальшого дослідження ми вбачаємо в розширенні практичних напрацювань щодо застосування ефірних масел з обраною категорією дошкільників.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Арнаутова Л. В. Корекція заїкання у вітчизняній та зарубіжній практиці. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : зб. наук. пр. Кам'янець–Подільський : Медобори–2006, 2017. С. 5–14.
2. Ароматерапия, аурикулотерапия, пескотерапия как современный подход преодоления нарушений речи. <https://infourok.ru/aromaterapiya-aurikuloterapiya-peskoterapiya-kak-sovremenniy-podhod-preodoleniya-disgrafii-2921576.html>
3. Ароматерапия в работе логопеда. URL: <http://psynn.ru/psidoshkol/824.html>
4. Ароматерапия и цветотерапия в лечении патологий нервной системы. URL: https://sch1355uz.mskobr.ru/attach_files/upload_users_files/600c12f2c4734.pdf
5. Артемьева Т. В. Особенности межличностного общения со сверстниками и взрослыми у детей с заиканием. https://kpfu.ru/staff_files/F920991602/Osobennosti.obscheniya.pdf
6. Архипова Е. Ф. Если ребенок заикается. *Современное дошкольное образование. Теория и практика*. 2016. №6. С.62–67.
7. Бакун Л. Б. Адаптація дітей дошкільного віку із заїканням до умов навчання у загальноосвітній школі. *Вісник Кам'янець–Подільського національного університету імені Івана Огієнка*. Вип. 6. Кам'янець–Подільський: ПП Медобори–2006, 2015. С. 9–14.
8. Балаховцева Т. А. Особливості використання ігрових технологій при корекції заїкання у дітей 6–ти річного віку. *Вісник К–ПНУ ім. І. Огієнка. Серія «Корекційна педагогіка і психологія»*. Кам'янець–Подільський: ПП Медобори–2006, 2014. Вип. 5. С. 103–107.
9. Бегас Л. Д. Використання нестандартних занять у вихованні заїкуватих дітей старшого дошкільного віку. *Педагогічні науки*. Херсон : Видавництво ХДУ. 2009. Вип. 5, С. 129-133.

10. Бегас Л. Д. Комплексні системи реабілітації заїкання у старших дошкільників. *Науковий часопис НПУ імені М.П. Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та спеціальна психологія* : зб. наук, праць. К. : НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. № 14. С. 6-9.
11. Белякова Л. И. Заикание: учеб. пос. для студ. пед. ин-тов по спец. «Логопедия». М.: В. Секачев, 2008. 304 с.
12. Белякова Л. И. Логопедия. Заикание. М.: Эскиммо–Пресс, 2001. 320 с.
13. Большина А. А. Заикание дошкольников как психологическая проблема. *Международный студенческий научный вестник*. 2015. № 5-2. URL: <https://eduherald.ru/ru/article/view?id=13249>
14. Вишневська О. В. Особливості використання дихальних вправ при корекції заїкання. *Вісник К–ПНУ ім. І. Огієнка. Серія «Корекційна педагогіка і психологія»*. Кам'янець–Подільський: ПП Медобори–2006, 2014. Вип. 5. С. 139–143.
15. Власова Н. А. Логопедическая работа с заикающимися дошкольниками. М., 1979. 90 с.
16. Волкова Г. А. Игровая деятельность в устранении заикания у дошкольников. М., 1989. 87 с.
17. Гордієнко Ю. С. Фітотерапія в роботі з дітьми з порушенням мовлення. *Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців: зб. наукових праць* : вип. 9. Т.2. Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021. С. 7-11.
18. Гордієнко Ю. С. Використання ароматерапії в логокорекційній роботі з заїкуватими дошкільниками. *Корекційно-реабілітаційна діяльність: стратегії розвитку у національному та світовому вимірі* : матеріали VII Міжнародної науково-практичної онлайн-конференції (24 листопада 2021 року, м. Суми). Суми : Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021.

19. Євдокімова О. В. Застосування лікарських засобів рослинного походження. Побічні дії і протипоказання. *Фармацевтичний огляд*. 2008. № 7. С. 21-24.

20. Журавльова Л. С. Методичні аспекти подолання заїкання в практиці корекційної педагогіки. *Збірник наукових праць Кам'янець–Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія соціально–педагогічна*. Кам'янець–Подільський : Медобори–2006, 2013. Вип. 23. Ч. 2. С. 219–226.

21. Использование элементов литотерапии и ароматерапии в логопедической работе с дошкольниками. URL: <https://nsportal.ru/detskiy-sad/raznoe/2019/09/10/ispolzovanie-elementov-litoterapii-i-aromaterapii-v-logopedicheskoy>

22. Калягин В. Если ребенок заикается. Спб. : ПитерКом, 1998. 192 с.

23. Камінська Ю. В. Актуальні аспекти проблеми корекції темпо–ритмічних порушень мовлення у дітей молодшого дошкільного віку. *Освіта осіб з особливими потребами: шляхи розбудови*. 2013. Вип. 4(2). С. 142–152.

24. Козинець О. В. До історії вивчення проблеми заїкання: період античності. *Збірник наукових праць Кам'янець–Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія соціально–педагогічна*. Кам'янець–Подільський : Медобори–2006, 2013. Вип. 23. Ч. 2. С. С. 249–257.

25. Комплексний підхід до організації ефективної взаємодії вчителя-логопеда зі спеціалістами ДНЗ в процесі корекційно - розвивальної роботи з дітьми логопедичної групи
http://dnz15.kupyansk.info/files/docs/2020/21423_Dosvid_roboti_vchitelyalogope_da_Zayats_N_M_.pdf

26. Кондратенко В. Заїкання: феноменологія та основні напрями реабілітації: посіб. для вищ. навч. Закладів. К.: Вища школа, 2006. 70 с.

27. Конопляста С. Ю. Логопсихологія : навч. посіб / С. Ю. Конопляста, Т. В. Сак ; за ред. М. К. Шеремет. К. : Знання, 2010. – 294 с.

28. Літовченко О. В. Мовленнєва взаємодія дітей із заїканням. Режим доступу : http://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/doc/2008/8_9_2008/64.pdf.
29. Літовченко О. В. Патогенетичні механізми заїкання. Режим доступу : http://scienceandeducation.pdpu.edu.ua/journals/2010/NiO_6_2010/2_razdel/Litovchenko.htm.
30. Літовченко О. Заїкання у дітей: профілактика і корекція. Одеса. Видавництво ТОВ Лерадрук, 2021, 67 с.
31. Логопедія. К. : Вид. Дім «Слово», 2010. 376 с.
32. Логопедія: підручник. К. : Видавничий Дім "Слово", 2010. 392 с.
33. Люшер М. Методика «Цветовая социометрия». <https://psylist.net/promet/00037.htm>
34. Лянной Ю. О. Основи фізичної реабілітації: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закладів. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2008. 234 с.
35. Макарова З. С., Голубова Л. Г. Фітотерапія і ароматерапія в дошкільних установах, Сфера, 2010, 54 с.
36. Мартиненко І. В. Особливості тривожності у дітей старшого дошкільного віку із заїканням. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова* : зб. наук. пр.. Сер. 19. Корекційна педагогіка та психологія. К., 2008. Вип. 9. С. 170–174.
37. Новіцька Н. Б. Концептуальні засади застосування арттерапії в корекційній педагогіці. Режим доступу: http://static.klasnaocinka.com.ua/uploads/editor/4453/382333/sitepage_81/files/vis_tup_na_novickoi_n_b.pdf.
38. Опис рослин. URL: http://krasnokutsk-logoped.edu.kh.ua/atestaciya_samoosvita/zrazok_kraschi_materiali/zrazok_seminar_z_logopedii

39. Особенности поведения заикающихся детей в конфликтных ситуациях <https://konspektka.ru/osobennosti-povedeniya-zaikayushhihsya-detej-v-konfliktnyh-situatsiyah/>
40. Петренко Н. В. Особливості корекційно–розвиткової роботи з дітьми, які заїкаються : Навч.–метод. пос.. Кам'янець–Подільський, 2016. 60 с.
41. Поварова И. А. Коррекция заикания в играх и тренингах. СПб.: Питер, 2004. 416 с.
42. Преодоление заикания у дошкольников : метод. реком. для начинающих логопедов. М. : РУДН, 2007. 52 с.
43. Савінова Н. Основні форми логопедичного впливу. *Психолого–педагогічні проблеми сільської школи*. 2013. Вип. 44. С. 113–121.
44. Салимова З. Г. Использование ароматерапии в развивающей и оздоровительной работе с детьми дошкольного возраста. https://www.mdou207.ru/images/17-18/str-ped/salimova/ispol_aromaterapii_v_razv.pdf
45. Салькова Е. В. Корекційно–розвиваюче заняття для дітей із заїканням Електронний ресурс: <http://ditsad.com.ua/info-d1/zanatia600.html>.
46. Самостоятельное лечение заикания у детей и взрослых. URL: <http://evrikak.ru/info/7-sposobov-kak-lechit-zaikanie-v-domashnih-usloviyah/>
47. Секреты ароматерапии. URL: <https://40gkp.by/prirodnaya-aptechka/394-sekrety-aromaterapii>
48. Селиверстов В. И. Заикание у детей. Психокоррекционные и дидактические основы логопедических занятий. М.: ВЛАДОС, 2004. 200 с.
49. Селиверстов В. И. Современный комплексный метод преодоления заикания: Пресса, 2003, 324с.
50. Сикорский И. А. Библиотека логопеда. Заикание. М.: Астрель, 2005. 192 с.
51. Сикорский И. А. Заикание. М.: Аст: Астрель, 2008. С. 191.

52. Сильченко В. В., Кордонець В. В., Вахітова А. В. Заїкання у дітей дошкільного віку, способи корекції та подолання. URL: https://repository.sspu.sumy.ua/bitstream/123456789/4259/1/ilovepdf_com-111-114.pdf
53. Скляр С. Особливості корекції заїкання в дітей дошкільного віку. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2018. Вип. 19. Т. 1. С. 219–222.
54. Скляр С. Сучасні погляди на сутність заїкання та методи його корекції. *Науковий часопис НПП ім. М.П. Драгоманова. Серія «Педагогічні науки: реалії та перспективи»*. 2018. Вип. 60. С. 118–124.
55. Скляр Світлана. Особливості корекції заїкання в дітей дошкільного віку. URL: <http://dspu.edu.ua/sites/hsci/wp-content/uploads/2019/02/44.pdf>
56. Смирнова Л. Н. Логопедия при заикании. Занятия с детьми 5–7 лет в детском саду: пособие для логопедов, воспитателей и родителей. М.: Мозаика Синтез, 2006. 64 с.
57. Соловей О. А. Корекція заїкання у дітей старшого дошкільного віку засобами арт–терапії. Режим доступу : <http://esnuir.eenu.edu.ua/bitstream/123456789/4533/3/10797.pdf>.
58. Сучасна фітотерапія : навч. посіб. Харків : «Друкарня Мадрид», 2016. 580 с.
59. Сучасна фітотерапія: навч. посіб. Харків, 2016, 34 с.
60. Тищенко В. Як навчити дитину правильно розмовляти: Від народження до п'яти років: Поради батькам. К.: Літера ЛТД, 2008. 128 с.
61. Ткаченко О. Ю. Педагогічна концепція «Фітотерапія як напрямок здоров'язберігаючих технологій в ДОУ». URL: <https://rozrobka.in.ua/pedagogichna-koncepciya-fitoterapiya-yak-napryamok-zdorovyazbe.html>
62. Уникальное образовательное пространство для детей. <https://vishiradugi.ru/aromaterapiya/>
-

63. Филичева Т. Б. и др. Основы логопедии: Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. «Педагогика и психология (дошк.)» М.: Просвещение, 1989. 223 с.
64. Характеристика детей дошкольного возраста с заиканием. URL: https://studbooks.net/1750790/pedagogika/harakteristika_detey_doshkolnogo_vozrasta_zaikaniem
65. Хоменко С. О. Логопедичне обстеження в системі комплексного вивчення дітей раннього віку з порушеннями мовлення. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія «Актуальні проблеми логопедії»*. 2014. Вип. 19. С. 215–220.
66. Шавло В. І. Корекційно–логопедична робота з дітьми раннього віку. *Таврійський вісник освіти*. 2012. № 4. С. 150–158.
67. Шевцова Е. Е. Психолого–педагогическая диагностика и коррекция заикания. М., 2009. 272 с.
68. Шеремет М. К. Логопедія. К.: Слово, 2014. 672 с.
69. Шеремет М. К. Хрестоматія з логопедії : навч. пос.. К. : КНТ, 2006. 360 с.
70. Шкловский В. М. Классификация заикания. *Журнал неврологии и психиатрии*. 2002. № 8. С. 67–69.
71. Шукшина Л. М. Допомога дітям з мовленнєвими проблемами. К.: Шк. світ, 2012. 128 с.
72. Эфирные масла для успокоения и расслабления. <https://www.aromashka.ru/efirnye-masla-protiv-stressa.html>

ДОДАТОК А

Кольорова соціометрія (М. Люшер)

Мета: Дослідження емоційно-безпосередніх міжособистісних відносин дитини з оточуючими.

Підготовка. Підготувати колірне поле у вигляді шахівниці (5×5 рядів-квадратів), що складається з 13 колірних та 12 білих квадратів, розташованих у наступному порядку:

1-й ряд: чорний, білий, синій, білий, чорний квадрати;

2-й: білий, зелений, білий, зелений, білий;

3-й: синій, білий, червоний, білий, синій;

4-й – як другий;

5-й – як перший.

Підготувати кольорові фішки: червоного, зеленого, жовтого, синього, білого, чорного, коричневого, рожевого, малинового, сірого, помаранчевого, фіолетового, бузкового кольору, кожного – по 3.

Інструкція (дається по ходу виконання завдання)

Вибери колір, який найбільше подобається, та розмісти фішку на червоному квадраті.

Вибери кольори для людей (дорослих, однолітків), яких ти вважаєш найближчими (ти їх любиш, вони люблять тебе), та розмісти фішки на синіх квадратах.

Вибери кольори для людей, з якими ти хотів би спілкуватися, та поклади відповідні фішки на зелені квадрати.

Вибери кольори людей, які тобі не подобаються (часто кривдять; завдають тобі; ти їх боїшся і т.д.), і розмісти фішки відповідного кольору на чорні квадрати.

Примітки:

Не всі квадрати можуть бути заповнені.

Вибір кольору може бути розширеним. Наприклад, одним і тим самим кольором можуть бути позначені кілька людей.

Якщо дитина захоче вибрати більше людей (ніж чотирьох), це фіксується у протоколі, а додаткові фішки розміщуються на білих квадратах.

Інтерпретація результатів

Вибір кольо ру	Відношення			
	до себе	уподобання – узгоджене	уподобання - протиріччя	антипатія - конфліктне
Синій	Жаліє себе, часто ображається на дрібниці. Мрійник, схильний до фантазування. Миролобний, сумний	Небажання конфлікту з цією людиною. Спільні ігри, інтереси	Привабливі інтереси цієї особи. Дистанція у міжособистісних відносинах	Негативно-стримане ставлення. Внутрішній стан занепокоєння
Жовтий	Вільний від комплексів, оптимістичний, кокетливий. Віддає перевагу змінам заради змін.	Свої фантазії прагне втілити у житті. Значна людина, авторитет, якого хочеться бути схожим. Прагнення бути ближчим до людини.	Відчуття приємного збудження від спілкування з ним. Визнання талантів та особливих, позитивних рис характеру	Заздрість по відношенню до цієї людини та/або легко потрапляє під її вплив, захоплюють цікаві ідеї
Зелений	Бажання самоствердитись, сподобатися оточуючим. Прагнення реального задоволення потреб.	Схильність до депресії. Відчуття спокою, розслабленості,	Мрійлива людина, яка переоцінює значущість ставлення до себе з боку	Наявність страху, що є причиною частотої усамітнення в колективі;

		задоволенос ті від цієї людини	оточуючих	невиправдані очікування. Енергійний
Сірий	Стійкий стресовий стан, внутрішній конфлікт, прагнення піти з несприятливої ситуації.	Нестача емоційної чуйності з боку оточуючих. Самолюбний.	Можливий страх самотності. Визнання достоїнств людини, одночасно невдоволення характерними особливостями: занудливістю, дріб'язковістю, зайвою опікою. Слабкість.	Сприйнятливість пригнічує на оточуючих. Нецира людина. Часто його поведінка демонстративна. Тривожний. Уразливий
Чорний	Зазнає з боку оточуючих агресію. В наявності багато необґрунтованих страхів. Притаманна впертість. Цікавий. Нестача тепла та ласки. Егоїстичність. Тривога	Контролює та ховає свої почуття. Нею слідує спалах гніву. Діє розумно, заперечує позитивні сторони оточуючих. Високий ступінь агресивності	Стурбований стосунками з оточуючими. Часто драматизує події, бачить усе у чорному кольорі. Якщо виявляє толерантність	Приваблює таємничістю, недомовленістю. Часто обіцяє та не виконує