

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

КАЧУР ТЕТЯНА МИХАЙЛІВНА

**ДИХАЛЬНА ГІМНАСТИКА ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЄВОГО
ДИХАННЯ ДІТЕЙ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ**

Спеціальність: 016 Спеціальна освіта (Олігофренопедагогіка. Логопедія)

Галузь знань: 01. Освіта

Кваліфікаційна робота
на здобуття освітнього ступеню магістра

Науковий керівник

_____ Т. М. Дегтяренко
доктор педагогічних наук, професор
кафедри спеціальної та інклюзивної освіти

«_____» _____ 2021 року

Виконавець

_____ Т. М. Качур

«_____» _____ 2021 року

Суми 2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	4
ВСТУП	5
РОЗДІЛ 1. МОВЛЕННЄВЕ ДИХАННЯ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ	9
1.1. Анатомо-фізіологічні механізми мовленнєвого дихання	9
1.2. Характеристика мовленнєвого дихання при тяжких порушеннях мовлення	20
1.3. Дихальна гімнастика як невід’ємна складова корекційно-розвиткової роботи при порушеннях мовлення	26
Висновки до розділу 1	31
РОЗДІЛ 2. СТАН СФОРМОВАНOSTІ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У СЕРЕДНІХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ	33
2.1. Обґрунтування експериментальної методики вивчення стану сформованості мовленнєвого дихання середніх дошкільників	33
2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження	39
Висновки до розділу 2	45
РОЗДІЛ 3. ДИХАЛЬНА ГІМНАСТИКА ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ ОБРАНОЇ КАТЕГОРІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ	47
3.1. Теоретичне обґрунтування комплексу вправ дихальної гімнастики для дошкільників з тяжкими порушеннями мовлення	47
3.2. Результати експериментальної перевірки формуального етапу дослідження	56
3.3. Методичні рекомендації щодо використання комплексу вправ дихальної гімнастики з обраною категорією дошкільників ...	64
Висновки до розділу 3	68

ВИСНОВКИ	71
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	75
ДОДАТКИ	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ЗО – заклади освіти

ЗДО – заклади дошкільної освіти

ЗНМ – загальний недорозвиток мовлення

ІРЦ – інклюзивно-ресурсні центри

ПМР – порушення мовленнєвого розвитку

ТПМ – тяжкі порушення мовлення

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. За відомостями вітчизняної та зарубіжної статистики, кількість дітей з порушеннями мовлення кожен рік збільшується. У зв'язку з цим, актуальним залишається питання удосконалення логокорекційної роботи з дошкільниками, які мають мовленнєві розлади. Розвиток мовлення є важливим надбанням дошкільного періоду, формування усного зв'язного мовлення у дітей із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) розглядають як процес особистісного становлення кожної дитини відповідно до її індивідуальних можливостей, що забезпечує успішність соціальної інтеграції дошкільника у шкільне життя. Особливо гостро це стосується дітей із ТПМ, які мають загальний недорозвиток мовлення (ЗНМ) різного рівня мовленнєвого розвитку. Ці діти складають особливу категорію дітей із ТПМ (О. Боряк, Ю. Конопляста, І. Мартиненко, Н. Пахомова, Ю. Рібцун, Н. Савінова, В. Тарасун, В. Тищенко, М. Шеремет та ін.).

Дихальна система людини, окрім провідної функції, приймає активну участь в утворенні та функціонуванні мовленнєвої діяльності. У дітей із ТПМ мовленнєве дихання суттєво відрізняється від аналогічного у дітей з нормотиповим розвитком. Це обумовлено особливостями дихального акту під час мовленнєвої діяльності (О. Боряк, В. Кожевніков, Л. Парамонова, Н. Пахомова, Н. Савінова, М. Шеремет).

Проведений системний аналіз науково-методичних праць свідчить, що різні фахівці використовують під час корекційної роботи дихальні вправи. Логопеди використовують різні дихальні вправи, спеціальні комплекси для розвитку мовленнєвого дихання, координованості носового вдиху та ротового видиху, збільшення об'єму та спрямованості струменю видихуваного повітря (Г. Каше, С. Коноваленко, О. Мілевська, О. Ревуцька, Ю. Рібцун, Н. Савінова, Л. Трофіменко та ін.). Але одночасно, практично

відсутні методичні матеріали, вправи дихальної гімнастики, спрямовані на удосконалення мовленнєвого дихання у дітей із ТПМ засобами оздоровчої фізичної культури, які б могли одночасно з логопедом впливати на провідне мовленнєве порушення. Актуальність проблеми, її наукове та практичне значення, брак теоретичної й методичної розробки зумовили вибір теми магістерського дослідження – **«Дихальна гімнастика як засіб розвитку мовленнєвого дихання дітей із тяжкими порушеннями мовлення»**.

Зв'язок роботи з науковими темами. Дослідження виконано в межах наукової теми міжвідомчої наукової лабораторії корекційно-реабілітаційних технологій кафедри спеціальної та інклюзивної освіти Сумського державного педагогічного університету імені А.С.Макаренка: «Корекційно-реабілітаційна діяльність в сучасному освітньому просторі». Реєстраційний номер 0121U000895.

Мета дослідження – розробити, науково обґрунтувати та експериментально перевірити комплекс вправ дихальної гімнастики, як засобу розвитку мовленнєвого дихання дітей із тяжкими порушеннями мовлення середнього дошкільного віку.

Завданням дослідження є:

1. З'ясувати ступінь розробки досліджуваної проблеми у загальній та спеціальній психолого-педагогічній літературі.
2. Визначити критерії та показники сформованості мовленнєвого дихання у дітей середнього дошкільного віку з ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку.
3. Обґрунтувати, розробити та експериментально перевірити комплекс вправ дихальної гімнастики як засобу розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників середнього віку з ТПМ (ЗНМ II рівня).
4. Розробити та обґрунтувати методичні рекомендації щодо використання комплексу вправ дихальної гімнастики в комплексній корекційній роботі з обраною категорією дітей.

Об'єкт дослідження – мовленнєве дихання дошкільників середнього віку з ТПМ – ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку.

Предмет дослідження – дихальна гімнастика як засіб розвитку мовленнєвого дихання обраної категорії дошкільників.

Методи наукового дослідження. Для реалізації поставлених у роботі завдань використовувалися такі методи: аналіз, систематизація, порівняння та узагальнення різних поглядів на досліджувану проблему в галузі спеціальної освіти з метою визначення науково-теоретичних, методологічних засад здійснення комплексного колекційного процесу, стану розробленості проблеми та перспективних напрямів її розв'язання;

емпіричні: аналіз анамнестичних даних, психолого-педагогічний аналіз (анкетування, спостереження) з метою виявлення особливостей мовленнєвого дихання дошкільників із ТПМ середнього віку; аналіз бесід, опитування фахівців з метою визначення стану особистісної та професійної готовності до роботи з дітьми цієї категорії (фізичних терапевтів, реабілітологів); психолого-педагогічні експерименти констатувального та формувального характеру;

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

Елемент наукової новизни одержаних результатів дослідження полягає у тому, що *поглиблено та уточнено:*

- вікові закономірності та особливості розвитку функцій мовленнєвого дихання у дошкільників 4-5 років, які мають ТПМ у порівнянні з дошкільниками з нормотиповим розвитком;
- запропонована методика комплексної оцінки основних показників мовленнєвого дихання, які дозволяють здійснювати індивідуальну спрямованість логокорекційних занять, занять з фізичної культури;
- теоретично та експериментально обґрунтований комплекс вправ дихальної гімнастики для дошкільників з ТПМ.

Теоретичне значення роботи полягає в тому, що отримані результати дослідження доповнюють розділ теорії та методики дошкільної логопедії, фізичної культури для дітей з ТПМ оновленими відомостями щодо вікових особливостей мовленнєвого дихання обраної категорії дошкільників, прийомами його удосконалення.

Практичне значення одержаних результатів дослідження полягає в тому, що вони дозволяють рекомендувати в практику фізичного виховання комплекс вправ дихальної гімнастики, використання якого сприятиме підвищенню результативності корекційно-розвивальної роботи з дошкільниками з ТПМ (ЗНМ II рівня) середнього віку.

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. Результати проведеного дослідження висвітлено в 2-х наукових публікаціях: матеріалів міжнародних конференцій та одній одноосібній статті.

Структура та обсяг магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків, списку використаних джерел (... найменування) та додатків. У тексті містяться 6 таблиць, 6 рисунків. Основний зміст магістерської роботи викладено на 74 сторінках. Загальний обсяг магістерської роботи – ... сторінки.

РОЗДІЛ 1

МОВЛЕННЄВЕ ДИХАННЯ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

1.1. Анатомо-фізіологічні механізми мовленнєвого дихання

Дослідження питання формування усного зв'язного мовлення у дітей дошкільного віку із тяжкими порушеннями мовлення (ТПМ) неможливе без урахування нейрофізіологічних та анатомо-фізіологічних особливостей організації мовленнєвої діяльності, що включає аналіз механізму та значення процесу дихання в мовленнєвій діяльності.

Дихання – фізіологічний процес, незалежний від свідомості людини, заснований на вдиху і видиху. Ще в давнину поняття «дихання», «дух», «натхнення» були тісно взаємопов'язані. Диханню приписували роль посередника між «душевним» (відповідно «духовним») і «тілесним» станом.

Стародавні греки вважали, що душа людини знаходиться на діафрагмі, звідки й походить давньогрецьке слово «френ», що є синонімом назви цього м'язового органу.

Життєдіяльність живого організму пов'язана з поглинанням їм кисню і виділенням вуглекислого газу. На думку І. Максимова, в поняття «дихання» входять всі процеси, пов'язані з доставкою кисню з зовнішнього середовища всередину клітини і виділенням вуглекислого газу з клітини в навколишнє середовище [Максимов, И.В. Фониатрия / И.В. Максимов. – М.: Медицина, 1987. 288 с., с. 68 -70].

Дихальна система складається з тканин і органів, що забезпечують легеневу вентиляцію і легеневий подих (повітряносні шляхи, легені і елементи кістково-м'язової системи). До повітроносних шляхах, які керують потоком повітря, відносяться: ніс, порожнина носа, носоглотка, гортань, трахея, бронхи і бронхіоли. Легені складаються з бронхіол і альвеолярних мішечків, а також з артерій, капілярів і вен легеневого кола кровообігу. До елементів кістково-м'язової системи, зв'язаними з диханням, відносяться

ребра, міжреберні м'язи, діафрагма і допоміжні дихальні м'язи. Ніс і порожнина носа слугують провідними каналами для повітря, де воно нагрівається, зволожується і фільтрується. Порожнина носа вкрита слизовою оболонкою з великою кількістю судин. У верхній частині порожнини носа розташовані нюхові рецептори. Носові ходи відкриваються в носоглотку. Гортань розташована між трахеєю і коренем язика. У нижнього кінця гортані починається трахея і спускається в грудну порожнину, де ділиться на праву і ліву бронхи [Нейман, Л.В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001, 224 с., с. 122-123].

Основна функція органів дихання – забезпечення газообміну між повітрям і кров'ю шляхом дифузії кисню і вуглекислого газу через стінки легневих альвеол в кровоносні капіляри. Крім того, органи дихання беруть участь в звукоутворенні, визначенні запаху, виробленні деяких гормоноподібних речовин, в ліпідному і водно-сольовому обміні, в підтримці імунітету організму.

У повітрянослизових шляхах відбувається очищення, зволоження, зігрівання вдихуваного повітря, а також сприйняття запаху, температурних і механічних подразників [с. 130].

Процес зовнішнього дихання обумовлений зміною обсягу повітря в легенях упродовж фаз вдиху і видиху дихального циклу. При спокійному диханні співвідношення тривалості вдиху до видиху в дихальному циклі дорівнює в середньому 1: 1,3. Зовнішнє дихання людини характеризується частотою і глибиною дихальних рухів.

У новонароджених частота дихання дорівнює 60-70 разів за 1 хв., а у людей у віці 25-30 років – в середньому 16 разів в 1хв. Глибина дихання визначається за обсягом вдихуваного і повітря, що видихається впродовж одного дихального циклу.

Відтворення частоти дихальних рухів на їх глибину характеризує основний показник зовнішнього дихання – вентиляцію легенів. Кількісною мірою вентиляції легенів є хвилинний об'єм дихання – це об'єм повітря, який

людина вдихає і видихає за 1 хв. Розмір хвилинного обсягу дихання людини в спокої варіює в межах 6-8 л. [Ткаченко, Б.И. Нормальная физиология человека. – 2-е изд / Б.И. Ткаченко – М.: Медицина, 2005, 928 с., с. 553].

У людини розрізняють дихання: внутрішнє (клітинне, тканинне); транспорт газів кров'ю або іншими рідинами тіла; зовнішнє (легеневе).

Верхнє дихання відоме також під назвою «ключичного»; або «клавікулярного». Бере участь тільки верхня частина легенів, при вдиху піднімаються ребра, ключиці і плечі. Люди, які страждають на астму, задишкою, носять тугі пояси, зазвичай вдаються до верхнього дихання. Його можна навмисно викликати, втягнувши живіт всередину і пославши його вміст до діафрагми. При цьому тільки верхня половина легенів наповнюється повітрям. Велика ж його частина не досягає альвеол і не вступає в корисний газообмін. У людей яким притаманне верхнє диханням виробляється звичка дихати ротом. Повітря при цьому як слід не очищається і не зігрівається [Анохин, П.К. Избранные труды. Системные механизмы высшей нервной деятельности / П.К. Анохин. — М., 1979., 862 с., с. 289].

Середнє дихання називають ще міжреберних або грудним. Повітрям наповнюється в основному середня частина легенів. Включає риси верхнього дихання (ребра підіймаються, а груди трохи розширюються) і нижнього (діафрагма рухається вгору і вниз, а живіт трохи вперед і назад). Це дихання часто також залишається поверхневим [с. 290].

Нижнє дихання називають ще «черевним», або «глибоким». Характерне для нижньої частини грудей і легенів. Складається в основному з руху живота вперед і назад і в зміні положення діафрагми. Як тільки опускаються плечі і слабшають грудні м'язи, людина природно приймає нижнє дихання. Воно часто виникає також і під час сну.

Змішане дихання об'єднує в собі всі вищевказані типи дихання, рівномірно вентилуючи всі частини легенів [Ткаченко, Б.И. Нормальная физиология человека. – 2-е изд / Б.И. Ткаченко – М.: Медицина, 2005, с. 569].

Фізіологічною основою мовлення є мовленнєве дихання, яке відрізняється своїми фізіологічними механізмами від звичайного

(фізіологічного) дихання (більш глибоке і рідкісне, з коротким вдихом і подовженим видихом, залежить від сказаного мовленнєвого матеріалу тощо).

Важливу роль у формуванні правильного мовленнєвого дихання відіграє повноцінне діафрагмальне дихання, яке сприяє розвитку координації і нормальній діяльності мовленнєвої функції, застосовується для усунення надмірного психоемоційної та м'язової напруги. Неправильне його формування сприяє збереженню вже наявних патологічних стереотипів мовленнєвого дихання.

Аналіз літератури свідчить, що сьогодні проблеми мовленнєвого дихання залишаються актуальними і невирішеними, а роботи, присвячені вивченню фізіологічних механізмів мовленнєвого дихання в нормі і при порушеннях в останні десятиліття вкрай нечисленні.

Наявні в літературі дані стосуються лише питань тренування мовленнєвого дихання і найчастіше обмежуються лише вправами, спрямованими на виховання тривалого видиху через рот, вимовою якомога більше слів на одному видиху (О. Радіна, Т. Фомічева).

Кілька ширше це питання висвітлене в літературі, пов'язаної з усуненням провідного порушення мовлення (ринолалії, дизартрії, заїкання), хоча і в ній основна увага приділяється вихованню правильного мовленнєвого дихання (А Іпполітова, О. Правдіна, О. Рау, О. Ревуцька, Ю. Рібцун, В. Селіверстов, М. Хватцев, та ін.).

Мовленнєве дихання дошкільнят суттєво відрізняється від мовленнєвого дихання дорослих: воно характеризується слабкістю дихальної мускулатури, малим обсягом легенів. Багато дітей користуються верхньо-грудинним диханням, часто роблять вдих з різким підняттям плечей. Деякі діти не вміють раціонально витрачати повітря в процесі мовленнєвого висловлювання, а діти з ЗНМ нерідко добирають повітря майже перед кожним словом.

Під час мовлення органи дихання, поряд з основною біологічною функцією газообміну, здійснюють також голосоутворювальну функцію.

Дихання в процесі мовлення, або так зване мовленнєве дихання, в порівнянні з фізіологічним в спокійному стані, має суттєві відмінності, зумовлені особливими вимогами, що висуваються до дихального акту під час промови.

Під мовленнєвим диханням розуміється здатність людини в процесі висловлювання своєчасно проводити короткий, досить глибокий вдих і раціонально витратити повітря при видиху. Правильне мовленнєве дихання дає можливість при меншій витраті м'язової енергії мовленнєвого апарату домагатися максимуму звучності, більш економно витратити повітря.

Мовленнєве дихання – основа усного мовлення, джерело утворення звуків, голосу. Воно забезпечує нормальне голосоутворення, правильне засвоєння звуків, здатне змінювати силу їх звучання, допомагає правильно дотримуватися паузи, зберігати плавність мовлення, міняти його гучність (М. Фомічева, М. Хватцев, Є. Чарелі).

Перед початком мовлення в нормі робиться швидкий і глибший, ніж в спокої, вдих. «Мовленнєвий» вдих характеризується наявністю певного об'єму повітря. Велике значення для озвучування зв'язного висловлювання має раціональний спосіб витрачання повітряного струменя. Час видиху подовжується настільки, наскільки необхідно звучання голосу при безперервному проголошенні інтонаційно логічно завершеного відрізка висловлювання. Достатня тривалість видиху забезпечує нормальну тривалість звучання голосу. Щоб зберегти його плавність, легкість і тривалість, необхідно не тільки раціонально витратити повітря в процесі висловлювання, але і своєчасно добирати його.

У процесі мовлення видих відбувається в основному через рот, він кілька уповільнений, значно триваліший, ніж вдих (при фізіологічному диханні вдих і видих відбуваються тільки через ніс). При фізіологічному диханні, як вважають В. Єрмолаєв, Н. Лебедєва, В. Морозов, ставлення тривалості вдиху і видиху коливається в межах від 1:1 до 1:2; під час співу або розмови тривалість фази видиху може бути довшою фази вдиху в 12, 20 і навіть в 30 разів. При цьому дихання під час співу і розмови здійснюється

одночасно через ніс і через рот. О. Правдіна вказує на таке ж співвідношення 1:20, 1:30, але вважає, що вдих буде відбуватися головним чином через рот (шлях вдихуваного повітря через рот коротше і ширше, ніж через ніс, тому відбувається швидше і непомітніше).

В ході мовленнєвого розвитку виробляється специфічний «мовленнєвий» механізм дихання і, отже, специфічні «мовленнєві» рухи діафрагми. У процесі усного мовлення діафрагма багаторазово виробляє тонко диференційовані рухи вдиху і видиху, причому коливальні рухи йдуть на тлі загального безперервного видиху. В цьому і полягає парадокс мовленнєвого дихання, розкритий М. Жінкіним в роботі «Механізми мовлення» [1].

На кожному звуці мовлення діафрагма модулює з певною амплітудою і тим самим дублює артикуляцію мовленнєвих ефектів (губ, язика, глотки, гортані). Центральні механізми чітко регулюють і координують рухи діафрагми в процесі мовленнєвого вдиху. Звуки мовлення утворюються при певному положенні апарату артикуляції, при відповідних рухах язика, губ, м'якого піднебіння.

Мовленнєвий видих – необхідна умова для вимови звуків. Залежно від того, куди спрямований повітряний струмінь – в ротову чи носову порожнину, звуки будуть (при однаковій поставі апарату артикуляції) звучати по-різному: [м, мь; н, нь] – при проходженні повітря через носову порожнину; [б, бь; д, дь] – при виході повітряного струменя через рот. При промовлянні фрикативних звуків [с, ш, ж] та інших потрібно досить тривалий видих через рот. Щоб привести в коливання кінчик язика при вимові звуків [р, рь], потрібний сильний повітряний струмінь.

Питання розвитку дихання (як фізіологічного, так і мовленнєвого) вивчалися в різних аспектах багатьма фізіологами, педагогами, психологами і логопедами. Проблемам в області фізіології присвятили свої праці І. Левідов, Ф. Засідателів, Л. Дмитрієв, М. Жинкин О. Малютін, Ю. Парів, М. Фомічова, та ін.

Ними вивчалися типи дихання і значення дихальної системи для правильного голосоутворення.

На думку Ю. Парова, під час утворення звуку одночасно напружуються м'язи, які здійснюють вдих, легені, а також мускулатура черевного преса. В результаті напруги цих м'язів відбувається висування вперед грудної клітини. Під впливом сильно напруженої діафрагми збільшується обсяг талії. Розслаблені при фізіологічному диханні м'язи черевного преса під час промови напружуються, створюючи опір діафрагмі. Така напруга м'язів зберігається впродовж всього часу звукоутворення. При цьому обсяг талії повільно зменшується відповідно до кількості повітря яке витрачається. Легені, роздувають голосові зв'язки і прилеглі до них порожнини, забезпечують тонку регуляцію повітря. Такий спосіб дихання необхідний для проголошення глухих приголосних. В процесі розмови голосні розрізняються за допомогою артикуляції. Вони також повинні вимовлятися з мінімальною витратою повітря. Деякі приголосні [п], [б], [к], [г] вимовляються взагалі без участі потоку повітря. Зі зникненням звуку повітря, яке міститься в легенях, виштовхується назовні. Це відбувається в результаті розслаблення дихальної мускулатури грудної клітини і діафрагми. Одночасно, мускулатура черевного преса скорочується, як і під час звичайного дихання. Від тривалості звуку залежить те, наскільки наблизиться грудна клітка до талії. Якщо звук був настільки довгим, що вже витрачена велика частина запасу повітря і обсяг талії зменшився до вихідного положення, тоді настає ще більше розслаблення діафрагми. Грудна клітина після закінчення звуку опускається настільки, наскільки вона піднялася під час його утворення. Опускання грудної клітини можна визначити по незначному опусканню ключиць [Паров, Ю.

Азбука дихання: пер. с нем. И.Н. Громыко / Ю, Паров. – Мн.: Полымя, 1988. – 47 с., с. 21].

На думку М. Жинкіна звукоутворення відбувається в верхніх дихальних шляхах. Розташована позаду ротової і носової порожнин зазвичай м'яка трубчаста носоглотка, при нарузі м'язи, які утворюють її стінку, стають твердими. Легені роздмухують цю трубку, і повітря, проходячи через

голосові зв'язки, утворює звук. Цей механізм звукоутворення повністю подібний механізму утворення звуку в духових музичних інструментах, де порція повітря проходить з порожнини рота через губи і перетворюється всередині інструменту в звукові коливання. Однак, на відміну від музичного інструменту, де утворюється завжди один і той же звук, м'язи, які беруть участь в його утворенні, дозволяють варіювати людському голосу. Звук набуває забарвлення завдяки зміні форми органів порожнини рота (щелеп, губ, язика). Сила звуку регулюється напруженими легенями (тонусом дихальної мускулатури) [Жинкин, Н.И. Механизмы речи / Н.И. Жинкин. – М.: Директ-Медиа, – 2008. – 1104 с, с. 809-811].

М. Фомічева писала, що мовленнєве дихання за характером відрізняється від дихання під час спокою (мовчання). У процесі мовлення істотно збільшується функціональне значення фази видиху, який відбувається в основному через рот, він кілька уповільнений, значно триваліший, ніж вдих (при фізіологічному диханні вдих і видих відбуваються тільки через ніс). Перед початком промови зазвичай робиться швидкий, короткий і більш глибокий, ніж в спокої, вдих, щоб скоротити зумовлені ним паузи між відрізками мови. Мовленнєвий вдих здійснюється через ніс і рот (швидкому і глибокому вдиху через ніс перешкоджає вузькість носових ходів), а в процесі мовленнєвого видиху потік повітря йде тільки через рот. Мовленнєвий вдих характеризується наявністю певного об'єму повітря, здатного забезпечити підтримку підзв'язкового тиску. Велике значення для озвучування висловлювання має раціональний спосіб витрачання повітряного струменя. Час видиху подовжується настільки, наскільки необхідно звучання голосу при безперервному проголошенні інтонаційно логічно завершеного відрізка висловлювання (тобто фрази), що полегшує сприйняття зв'язного мовлення. Під час нормальної фонації саме у ході промовляння всіх звуків мови, у людини відбувається відділення носоглоточної і носової порожнини від глоткової і ротової. При нормальному проголошенні назальних звуків [м], [м'], [н], [н'] повітряний струмінь вільно

проникає в простір носового резонатора [Фомичева, М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения / М.Ф.Фомичева. - М.: «Просвещение», 1989. – 166 с, с. 20-22].

Ще однією особливістю мовленнєвого дихання є те, що видих під час промови здійснюється за активної участі видихальних м'язів. Це виявляється необхідним для того, щоб, по-перше, забезпечити більш глибокий видих і, по-друге, щоб утворився достатній тиск повітряного струменя, без чого неможливе звучне мовлення.

Особливості мовленнєвого дихання подані в таблиці (табл. 1.1).

Таблиця 1.1.

Порівняльна характеристика показників фізіологічного та мовленнєвого дихання

Показники	Фізіологічне дихання	Мовленнєве дихання
Співвідношення тривалості вдиху до тривалості видиху	1:1,2	1:5 – 1:8
Кількість дихання за 1 хв.	16 – 20	8 – 10
Об'єм видихуваного повітря	500 см ³	1500 – 2000 см ³
Вдих відбувається	Через ніс	Через рот
Участь дихальних м'язів	Не приймають участь	Приймають участь

Під час мовленнєвого розвитку виробляється специфічний «мовленнєвий» механізм дихання, отже, виробляються і специфічні «мовленнєві» рухи діафрагми.

У дослідженнях З. Савкової висунуте положення про чотири провідні якості мовленнєвого дихання: глибину, висоту, частоту та близькість.

Глибина дихання. Мається на увазі нижньореберний – діафрагмальний тип дихання (нормований). Цей тип дихання дозволяє здійснити повний і глибокий вдих. Розсунуті ребра можуть зберегти положення «вдиху» під час промови, що дозволяє поповнити повітря рухами однієї діафрагми.

Високе дихання. Оволодіти високим диханням – виробити відчуття повітряного потоку по вертикалі – вгору в голову, а не по горизонталі – в рот. *Часте дихання* – це легкі, швидкі, непомітні «добори» повітря під час промови. Часте дихання дозволяє легко розпоряджатися виразними засобами мовлення (темпом, ритмом, паузами, інтонацією), робить звучання слова найбільш дієвими. *Близькість дихання* – виразність артикуляції. Таким чином, для мовоутворення необхідно виробити сильний, спрямований повітряний струмінь [Савкова, З.В. Техника звучащего слова / З.В. Савкова. – СПб: СПбГУКИ, 1997. – 95 с., с. 44-46].

Дослідженнями Е Арутюнян, В. Кожевникова, Л. Чистовіч, Р. Шейкина та ін. була виявлена залежність організації мовленнєвого дихання від змісту висловлювання і інтонаційного характеру мовлення.

За даними Р. Шейкина вдихи під час промови виробляються або після закінчення фрази, або між смисловими групами слів [Шейкин Р.Л. «Частотное положение "центра тяжести" формант как полезный признак при восприятии гласных» / Р.Л. Шейкин. – М.: Просвещение. - 480 с., с. 231].

Е. Арутюнян відзначала, що людина здатна відтворювати мовлення в різних темпах, нормальним голосом чи пошепки, здатна чітко виділяти позиції наголосів тощо. З цього випливає наявність у людини механізмів тонкої регуляції роботи легенів. В організації управління мовленнєвим диханням провідне значення мають складова і просодична структури мовленнєвого потоку [Арутюнян, Л.З. Мифы о рецидивах заикания / Л.З. Арутюнян // Логопедия. – 2006. – № 4. – С. 53 – 56., с. 53-54].

Розвиток мовленнєвого дихання у дитини починається паралельно з розвитком мовлення. Вже у віці 3-6 місяців йде підготовка дихальної системи до реалізації голосових реакцій, тобто на ранній стадії мовленнєвого онтогенезу йде дифузне відпрацювання координації фонаторно-дихальних механізмів, що покладені в основі усного мовлення.

У дошкільному віці у дітей в процесі мовленнєвого розвитку одночасно формується зв'язне мовлення і мовленнєве дихання. У дітей з нормо типовим розвитком, в 4-6-річному віці, грудинно-брюшне і мовленнєве дихання знаходяться в стадії інтенсивного формування. До п'яти років спостерігається в основному грудобрюшний тип дихання, хоча нерідко (після

бігу, при хвилюванні, в розмові з дорослим тощо) вони можуть дихати на всі груди, навіть піднімаючи плечі. Прості мовленнєві завдання реалізуються ними на тлі сформованого мовленнєвого видиху. У процесі одного мовленнєвого видиху вони вимовляють прості фрази з трьох – чотирьох слів загальноживаної лексики. Віршовані тексти з короткими рядками вимовляються дітьми в старшому дошкільному віці, як правило, з використанням мовленнєвого дихання. Ускладнення мовленнєві промови (з фраз, які складаються з чотирьох, п'яти, шести слів нової лексики) призводить до порушення мовленнєвого дихання. Ускладнення змісту висловлювання як в семантичному, так і в лексико-граматичному плані руйнує мовленнєвий видих: з'являються додаткові вдихи, затримки дихання, тощо. Висловлювання переривається і, відповідно, не має інтонаційної завершеності. До 10 років відбувається формування мовленнєвого дихання, яке починає відповідати синтагматичному поділу текстів, тобто становлення мовленнєвого дихання завершується [Нейман, Л.В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. заведений / Под ред. В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. – 224с., с. 210-213].

Таким чином, мовленнєве дихання являє собою систему довільних психомоторних реакцій, тісно пов'язаних з формуванням усного мовлення. Характер мовленнєвого дихання підпорядкований внутрішньому мовленнєвому програмуванню: семантичному, лексико-граматичному і інтонаційному наповненню висловлювання.

Мовленнєве дихання підпорядковується різноманітному перебігу мови, чергуванню мовленнєвих ланок (груп слів від паузи до паузи), які в залежності від змісту можуть бути довгими і короткими, повільними і швидкими, напруженими і епічно спокійними, тому моменти вдиху, об'єм повітря, інтенсивність його витрачання поєднується з одноманітною ритмічної послідовності один за одним. Дихання в мовлення має умовно рефлекторний характер.

1.2. Характеристика мовленнєвого дихання при тяжких порушеннях мовлення

Теоретичний аналіз вітчизняної та зарубіжної літератури з проблеми порушень мовлення дітей дошкільного віку свідчить про її складність і багатоаспектність. Порушення мовлення, є поширеним явищем серед мовленнєвих розладів центрального й периферичного характеру і виявляється неврологічною, психофізіологічною, психологічною та мовленнєвою симптоматикою (Л. Волкова, Є. Соботович, С. Шаховська, М. Шеремет та ін.).

Велике число дослідників вказують на несформованість і порушення мовленнєвого дихання у дітей з мовленнєвими розладами. Як зазначає Л. Белякова, фізіологічне дихання дітей з мовленнєвими порушеннями має свої особливості. Воно, як правило, поверхнєве, верхнереберне, ритм його недостатньо стійкий, легко порушується при фізичному і емоційному навантаженні. Обсяг легенів у таких дітей значно нижче вікової норми [Белякова, Л.И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи / Под ред. Л.И. Беляковой. - М.: Книголюб, 2005. – 56 с., с. 32].

Якщо мовленнєве дихання в онтогенезі формується у дітей без відхилень у розвитку спонтанно в міру становлення мовленнєвої функції, то у дітей з мовленнєвими порушеннями воно розвивається патологічно

У процесі мовленнєвого висловлювання у дітей з порушеннями мовлення відзначаються затримки дихання, судомні скорочення м'язів діафрагми і грудної клітини, додаткові вдихи.

Крім можливості появи судомної активності в м'язах дихального апарату і порушення мовленнєвого видиху, у таких дітей відзначається недостатній обсяг вдихуваного повітря перед початком мовленнєвого висловлювання, а також укорочений і нераціонально використовується мовленнєвий видих. Промовляння окремих слів відбувається в різні фази

дихання – як на вдиху, так і на видиху (А. Іпполітова, І. Максимов, М. Хватцев, В. Філімонова).

Фізіологічне дихання дітей дошкільного віку з порушеннями мовлення має свої особливості. Воно, як правило, аритмічне, поверхнєве, верхньореберного типу, характеризується нерівномірністю, переривчастістю і короткочасними зупинками. Дихальні рухи порушуються дуже помітно і багато таких дітей зазнають труднощів в голосоподачі.

Ці діти надмірно витрачають повітря. Деякі з них видихають частину повітря перед фонацією (голосоподачею), інші витрачають повітря під час подолання перешкод, що створюються в органах мовлення. Обсяг повітря, що видихається настільки зменшується, що його не вистачає на проголошення цілої фрази.

Особливе місце серед дітей з порушеннями мовлення займають діти з тяжкими порушеннями мовлення. У дослідженнях Л. Ткачук, зокрема, зазначається: поняття «тяжкі порушення мовлення» (ТПМ) використовується для позначення мовленнєвих порушень первинного характеру без відхилень у стані фізичного слуху та інтелекту, що характеризуються своєрідністю структури порушення (патогенезу) і особливостями клінічної симптоматики. Стосовно до тяжких форм порушення мовленнєвої діяльності, незважаючи на різне походження та структуру порушення, виявлена єдність проявів, які вказують на системне порушення всіх компонентів мовленнєвої діяльності [].

На основі застосування системного підходу до аналізу мовленнєвих порушень виділена певна категорія дітей із загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ) (Р. Левіна, 1951, 1959, 1961). У дошкільній ланці діти з ТПМ є контингентом логопедичних груп для дітей з ЗНМ, які мають порушення всіх компонентів мовленнєвої діяльності, обумовлені органічним ураженням центральної або периферичної нервової системи, або периферичного відділу мовленнєвого апарату (алалія, дизартрія, ринолалія та ін.) [Ткачук О.

<http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/10089/1/Tkachuk%202010.pdf>].

Вивченню дітей із ЗНМ присвячено ряд фундаментальних досліджень таких вчених як І. Мартиненко, Н. Новотворцева, Ю. Рібцун, Н. Савінова, В. Тищенко, Н. Пахомова, Т. Філічева, Г. Чіркiна, М. Шеремет та ін., у яких зазначається, що від рівня сформованості мовлення дитини, зокрема, фонетико-фонематичної й лексико-граматичної сторін, залежить рівень опанування навчальною діяльністю, шкільними знаннями, уміннями і навичками відповідно програмових вимог [112].

У межах психолого-педагогічної класифікації, що була розроблена Р. Левіної та співробітниками НДІ дефектології, виділяють три рівні мовленнєвого розвитку у дітей із ЗНМ.

Перший рівень характеризується відсутністю мовлення (так звані «безмовленнєві діти»). Діти цього рівня для спілкування користуються белькотінням, звуконаслідуванням, окремими іменниками і дієсловами побутового змісту, уривками слів, звуковимова порушена. Фонематичний слух грубо порушений. Нерідко свої промовляння дитина підкреслює мімікою та жестами. У дітей із нормальним інтелектом, на відміну від дітей-олігофренів, пасивний словник значно перевищує активний. Характерним для дітей цього рівня є використання у мовленні однослівних речень. Завдання позвукового аналізу слів дітям цього рівня незрозумілі.

Другий рівень мовленнєвого недорозвинення характеризується тим, що крім жестів і белькотіння з'являються хоч і перекручені, але постійні загальновживані слова. (*«Алязай. Діти алязай убиляют. Капутн, лідоме, лябаки.»* – Урожай. Діти урожай збирають. Капусту, помідори, яблука). Починається розрізнення деяких граматичних форм, але лише стосовно слів із наголошеними закінченнями. Форми числа, роду і відмінка не несуть для таких дітей смислорозрізнювальної функції. Словозміна носить випадковий характер. Слова нерідко вживаються у вузькому значенні, рівень мовленнєвого узагальнення дуже низький. При відтворенні слів грубо порушується звуконаповнюваність: спостерігаються перестановки складів, звуків, зміни і уподібнення складів, скорочення звуків при збігу приголосних.

Діти другого рівня із ЗНМ не підготовлені до оволодіння навичками звукового аналізу і синтезу.

Третій рівень мовленнєвого недорозвинення характеризується наявністю розгорнутого фразового мовлення з елементами лексико-граматичного і фонетико-фонематичного недорозвитку. Діти цього рівня вступають у контакт із оточенням, але лише у присутності батьків, які вносять певні пояснення («*Мамой їздила асьпак*» – 3 мамою їздила в зоопарк). Характерним є недиференційована вимова звуків (свистячих, шиплячих, африкатів і сонорних). Але ці діти уже користуються всіма частинами мови, правильно вживають прості граматичні форми, намагаються будувати складносурядні і складнопідрядні речення, не відчують утруднень у назві предметів, дій, ознак, якостей і станів, добре відомих їм із життєвого досвіду [89].

У кінці ХХ сторіччя виокремлюють ще четвертий рівень ЗНМ, оскільки збільшилася кількість дітей з порушеннями мовлення, які приходять до школи після загальноосвітніх дошкільних навчальних закладів. Цей рівень притаманний дітям після 5 років 6 місяців – 6 років. Усне мовлення дитини з IV рівнем ЗНМ у цілому максимально наближене до норми. Спостерігаються лише поодинокі помилки, пов'язані з неточностями вживання окремих слів, деяких відмінкових закінчень і прийменників, певні помилки словотвору. Проте ретельніше обстеження, проведене вчителем-логопедом, дає змогу виявити у дитини труднощі до засвоєння читання, письма. Недоліки мовлення при ЗНМ досить специфічні, тому виявити їх може лише фахівець [123].

Отже, ЗНМ – це різні багаточисельні мовленнєві розлади, при яких у дітей порушено формування всіх компонентів мовної системи, що відносяться до її звукової та смислової сторони, при нормальному слухові та інтелекті, що мають різну природу походження та виникають у різних категорій дітей молодшого та старшого дошкільного віку і молодшого шкільного віку [88].

Зазвичай, до дітей з ЗНМ належать діти, які за клініко-педагогічними висновками мають такі порушення мовлення як: дизартрії, алалії, ринолалії. Всі ці порушення окрім несформованості провідних компонентів мовленнєвої діяльності в структурі порушення мають порушення (несформованість) мовленнєвого дихання.

Як зазначає А. Іпполітова, порушення дихання майже завжди має місце у дітей з дизартрією. Вона пов'язує це з затримкою дозрівання дихальної функціональної системи. Для дітей з дизартрією характерна велика частота дихання, недостатня його глибина, укорочений мовленнєвий видих, спостерігаються порушення координації між диханням, фонацією і артикуляцією [Ипполитова, А.Г. Открытая ринолалия: Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов / Под ред. О. Н. Усановой. – М.: Наука. – 314 с., с. 90].

У дітей з ринолалією глибоко страждає фонаційне дихання у зв'язку з анатомічними порушеннями будови твердого піднебіння, що виявляється в відсутності диференціації носового і ротового дихання. У таких дітей дихання прискорене, поверхнєве, різко коротшає час фонаційного видиху [С. 93].

Як вказує ряд авторів, фонаційне дихання порушується також і при патології голосу, причому незалежно від природи порушення, мовленнєвий видих відрізняється нетривалістю, порушується синхронність функціонування всієї системи – дихання, голосу, артикуляції. У дітей з порушеннями голосу дихання слабке, поверхнєве, вдих і видих не координовані, нерідко спостерігається мовлення на вдиху.

Прояви порушень мовленнєвого дихання у дітей з алаліями на сьогодні в Україні ґрунтовно не досліджувалися. З огляду на те, що для цієї категорії дітей характерна несформованість мовленнєвої діяльності на всіх її рівнях, про наявність у них проявів неврологічної симптоматики, можемо стверджувати про необхідність розвитку мовленнєвого дихання, як невід'ємної складової корекційно-розвивальної роботи.

У дослідженнях Г. Волкової щодо застосування логоритміки в роботі з дітьми з алаліями, зазначається, що розвиток мовленнєвого дихання є обов'язковою складовою третього етапу корекційно-розвивальної роботи [Волков, логоритмика, с. 245].

В. Філімонова, досліджуючи стану голосу дошкільнят при ЗНМ, проаналізувала рівень сформованості їх мовленнєвого дихання у порівнянні з нормотиповим розвитком [Волкова, Л.С. Хрестоматия по логопедии - Учебное пособие: В 2тт. Т.1 /Под ред. Л.С. Волковой и В.И. Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 1997. – 486 с., С.86].

При спостереженні за спонтанної промовою дошкільнят із ЗНМ, нею зазначалося, що ці діти здатні вимовити в фазі видиху лише одне двускладове слово. Проголошення фрази, як правило, переривалося частими додатковими вдихами. Ці дані вказували на те, що мовленнєве дихання у дітей із ЗНМ знаходилося на низькому ступені свого розвитку. Мовленнєве дихання у дітей з фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення (ФФНМ) характеризувалося більш високим рівнем розвитку, в порівнянні із ЗНМ, але, проте, воно відставало в термінах свого розвитку від норми.

При спостереженні за промовою дітей із заїканням, під час спілкування з однолітками і дорослими, В. Філімоною відзначалися часті додаткові вдихи, які переривали промову. Все це свідчить про порушення регуляторних механізмів координації мовленнєвого дихання і голосоутворення [С.93-94].

Таким чином, при порушеннях мовлення у дітей поряд з порушенням засвоєння вербальної одиниці, їх граматичного структурування, інтонаційного оформлення, мовленнєве дихання розвивається патологічно. Тому дошкільнятам з порушеннями мовлення перш за все необхідно розвивати об'єм легенів, а в середньому і старшому дошкільньому віці формувати грудобрюшинний тип дихання. Наближення цих показників до норми дозволить в подальшому перейти до розвитку мовленнєвого дихання, оскільки грудобрюшинний тип дихання є базою для формування такої складної психофізіологічної функції, як мовленнєве дихання.

1.3. Дихальна гімнастика як невід’ємна складова корекційно-розвиткової роботи при порушеннях мовлення

Відповідно до аналізу спеціальної педагогічної літератури, практичного досвіду, можна стверджувати, що всі порушення мовлення – ФФНМ, ЗНМ, заїкання супроводжуються не сформованістю мовленнєвого дихання.

Р. Левіною були сформовані та обґрунтовані науково-методичні засади логокорекційної роботи для дітей дошкільного віку [], які є актуальними і для роботи з молодшими школярами. Невід’ємною складовою корекційно-розвивальної роботи на підготовчому та основному етапах визначено роботу з розвитку мовленнєвого дихання в обраній категорії дітей.

В основу роботи з формування як фізіологічного так і мовленнєвого дихання покладена дихальна гімнастика. Під дихальною гімнастикою розуміють спосіб рухової активності, який включає комплекс вправ, спрямованих на розвиток фізіологічного і мовленнєвого дихання.

Регулярні заняття дихальною гімнастикою сприяють вихованню правильного мовленнєвого дихання: подовженим поступовим вдихом, що тренує дихальну мускулатуру, покращує кровообіг.

Як зазначалося у пп.1.1., 1.2 правильне мовленнєве дихання – підґрунтя для нормальної звуковимови, зв’язного мовлення в цілому.

Схарактеризуємо основні види дихальної гімнастики, яка активно використовуються в дошкільній педагогіці (як загальній так і спеціальній).

Дихальна гімнастика за методом *О. Стрельнікової*. Була розроблена з метою становлення та розширення діапазону голосу у професійних співаків (30 – 40 рр. ХХ ст.). Відповідно до джерел, її автори випадково виявили, відновлювальний вплив дихальних вправ голосову функцію.

Дихальна релаксація *М. Лазарєва*. Її основа – правильне дихання. Широко використовується в роботі з дошкільниками звукова дихальна гімнастика, коли одночасно з дихальною гімнастикою відбувається

промовляння звуків. Наприклад, вимова звуку [а] стимулює роботу легенів, трахеї, гортані. Вимова звуку [і] стимулює роботу мозку, активізує судини вух, очей, поліпшує слух, стимулює роботу щитоподібної залози. Вимова звуку [е] сприяє засвоєнню заліза.

Метод К. Бутейко (метод вольової ліквідації глибокого дихання (ВЛГД) – методика дихальних вправ, пропонована для лікування бронхіальної астми, розроблена радянським ученим в 1960-х роках. Застосування методу вимагає часу і регулярних тренувань упродовж тижнів і місяців. В цілому метод К. Бутейко включає в себе виправлення дихання в сторону його зменшення за рахунок м'язового розслаблення. Дихання повинно бути плавним і повільним, без глибоких і частих вдихів [4].

Дихальна гімнастика М. Фролова. Використовується як дихальна гімнастика для лікування не тільки хвороб дихальної системи але й нервових розладів. Останнім часом вона поступово втрачає свою популярність, в основному з-за того, що для використання цього методу не вистачає кваліфікованих фахівців. Також вона рідко застосовується як саме суто дихальна гімнастика, але в результаті досліджень було доведено, що дана терапія покращує обмінні процеси в організмі, в тому числі тренує потужній вдих і плавний видих.

Домінуючими. При роботі з дітьми з порушеннями мовлення, є дихальна гімнастика О. Стрельнікової, яка покладена в основу розробки спеціальних фонопедичних вправ для формування мовленнєвого дихання у поєднанні з звуковимовою.

Традиційним є проведення дихальних вправ під час різних режимних моментів – під час ранкової гімнастики, на логопедичних заняттях, як групових, так і індивідуальних, з розвитку мовлення (під час фізкультхвилинок, при уточненні вимови ізольованих звуків), на музичних заняттях (під час співу), поза заняттями (ігри та тренувальні вправи) – в будь-який вільний час. Особливу увагу приділяти потрібно тим дітям, у яких дихання в стані спокою нерівне, поверхневе.

Дихальні вправи необхідно проводити в добре провітреній кімнаті не раніше, ніж через 1,5-2 години після вживання їжі. Стежити, щоб одяг не заважав дитині, щоб вдих був здійснений без напруги, плавно, не піднімаючи плечей, чи не втягуючи живіт при видиху.

Тривалість вправ – 3-5 хвилин. На музичних заняттях так само необхідно стежити за правильністю вдиху, щоб діти стояли прямо, не витягали ший під час дихання.

Підставою для роботи є положення про цілісність функціонування всього мовленнєвого апарату: дихання, голосоутворення і артикуляції; про їх тісну взаємодію і координованність цього процесу, взаємодію з корою головного мозку.

Потрібно враховувати провідні принципи:

Індивідуальний підхід в корекційно-розвивальній роботі виявляється, перед усім, в ретельному вивченні кожної дитини із порушеннями мовлення перед початком і в процесі роботи з нею. У виборі засобів корекційно-розвивальної роботи в залежності від її психологічних особливостей і мовленнєвих можливостей.

Дидактичний принцип систематичності і послідовності. Передбачається в процесі впровадження знань, розвитку навичок і умінь: робити це не відразу, не в один прийом, у всьому обсязі і з усіма деталями, а поступово, послідовно, що забезпечує можливість їх засвоєння дітьми.

У логопедичної роботи з розвитку мовленнєвого дихання з певними мовленнєвими порушенням реалізація дидактичного принципу свідомості і активності займає одне з провідних місць. На заняттях по корекції мовленнєвого дихання з дітьми із порушеннями мовлення необхідно використовувати різноманітні наочні посібники та технічні засоби навчання.

Дидактичний принцип міцності вимагає, щоб знання, вміння і навички, що здобуваються дітьми на заняттях, були міцними і мали властивість відтворення і застосування в різних ситуаціях.

Не менш суттєвим є принцип мотивованості до корекційно-розвивальної роботи. Відповідного до цього принципу дитину потрібно мотивувати, пояснити і сформулювати необхідність опанування тими чи іншими знаннями, вміннями, навичками [Бурлакіна, О.В. Комплексы упражнений для формирования правильного речевого дыхания / О.В. Бурлакіна. - СПб.: Детство-Пресс, 2012. - 76 с, с. 20].

Вправи дихальної гімнастики в групах компенсую чого типу (логопедичних групах ЗДО) проводяться щодня упродовж 5-10 хвилин з дітьми від 3 до 6 років, які мають різні порушення мовлення. Дихальна гімнастика починається з загальних дихальних вправ.

Вправи дихальної гімнастики спрямовані на закріплення навичок діафрагмально-мовленнєвого дихання (воно вважається найбільш правильним типом дихання). Паралельно ведеться робота над розвитком сили, плавності, тривалості видиху.

Додатково у дитини розвивається здатність спрямовувати повітряний струмінь в потрібному напрямку.

Дихальні вправи не тільки впливають на формування правильного мовленнєвого дихання, але й допомагають також навчити дитину правильно вимовляти звуки мови.

Дані вправи можна використовувати як фізкультхвилинки в процесі логопедичних занять або в домашніх умовах.

Мета дихальних вправ – збільшити об'єм дихання, нормалізувати його ритм, відпрацювати тривалий, плавний, економний видих.

Завдання дихальних вправ:

- Формувати у дітей поняття про здоровий спосіб життя і правильне дихання.
- Навчити дітей техніці діафрагмально-релаксаційного дихання.
- Закріпити у дітей навик диференціації носового і ротового дихання, ефективно використовувати мовленнєве дихання.
- Формувати силу, плавність і спрямованість повітряного струменя, який видихається.

- Підвищити компетенцію фахівців в даній галузі.
- Залучити увагу батьків до спільної роботи з розвитку правильного мовленнєвого дихання у дітей.

Формування мовленнєвого дихання передбачає вироблення повітряного струменя. Вироблення повітряного струменя вважається одним з необхідних і провідних умов постановки звуків.

Існують три основні *напрями повітряного струменя*:

- 1) повітряний струмінь спрямований прямо по центру язика. Це характерно для проголошення більшості звуків: губно-губних, задньоязикових, передньоязикових, свистячих;
- 2) повітряний струмінь спрямований по центру язика вгору. Це характерно для вимови шиплячих звуків і вібрантів;
- 3) повітряний струмінь спрямований на бічні краї язика. Це характерно для промовляння змично-прохідних звуків.

Параметри правильного ротового видиху:

- видиху передує сильний вдих через ніс – «набираємо повні груди повітря»;
- видих відбувається плавно, а не поштовхами;
- під час видиху губи складаються трубочкою, не слід стискати губи, надувати щоки;
- під час видиху повітря виходить через рот, не можна допускати виходу повітря через ніс (якщо дитина видихає через ніс, можна затиснути їй ніздрі, щоб вона відчувала, як повинно виходити повітря);
- видихати слід, поки не закінчиться повітря;
- під час співу або розмови не можна добирати повітря за допомогою частих чи коротких вдихів.

Вимоги до проведення дихальних вправ:

- 3-5 хвилин в провітрюваному приміщенні;
- вправа повторюється 3 - 5 разів;

- дуги можна не більше 10 секунд з паузами, щоб не закрутилася голова;
- обов'язково чергувати з іншими вправами.

На початкових етапах роботи з розвитку мовленнєвого дихання слід спочатку: навчити малюка здійснювати досить сильний, тривалий і, разом з цим, економний видих, використовуючи ігрові вправи.

Під час проведення ігор необхідний постійний контроль за правильністю дихання.

З метою розробки комплексу вправ дихальної гімнастики потрібно дослідити стан сформованості мовленнєвого дихання у середніх дошкільників із тяжкими порушеннями мовлення (ЗНМ II рівня), що буде подано в наступному розділі.

Висновки до розділу 1

На основі вивчення загальної та спеціальної літератури здійснений багатоаспектний аналіз теоретико-методичних основ анатомо-фізіологічних механізмів фізіологічного та мовленнєвого дихання.

З'ясовано, що під час мовленнєвого розвитку виробляється специфічний «мовленнєвий» механізм дихання, який представляє собою систему довільних психомоторних реакцій, тісно пов'язаних з формуванням усного мовлення.

Характер мовленнєвого дихання підпорядкований внутрішньому мовленнєвому програмуванню, а значить – семантичному, лексико-граматичному і інтонаційному наповненню висловлювання.

Якщо мовленнєве дихання в онтогенезі формується у дітей без відхилень у розвитку спонтанно в міру становлення мовленнєвої функції, то у дітей з мовленнєвими порушеннями воно розвивається порушено.

В процесі мовленнєвого висловлювання у них спостерігаються затримки дихання, судомні скорочення м'язів діафрагми і грудної клітини, додаткові вдихи, відзначається недостатній обсяг вдихуваного повітря перед початком мовленнєвого висловлювання, а також укорочено і нераціонально використовується мовленнєвий видих.

Промовляння окремих слів відбувається в різні фази дихання – як на вдиху, так і на видиху.

Відповідно, постає питання розробки та обґрунтування комплексу вправ дихальної гімнастики для дітей з ТПМ дошкільного віку, який можна використовувати не тільки під час проведення логопедичних занять, а й занять з фізичного виховання. Цей комплекс вправ дихальної гімнастики повинен сприяти розвитку, в першу чергу, фізіологічного дихання, а на його основі – мовленнєвого.

Для цього нам потрібно дослідити стан сформованості мовленнєвого дихання в обраній категорії дітей, про що буде подано в наступному розділі.

РОЗДІЛ 2

СТАН СФОРМОВАНOSTІ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У СЕРЕДНІХ ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ТЯЖКИМИ ПОРУШЕННЯМИ МОВЛЕННЯ

2.1. Обґрунтування експериментальної методики вивчення стану сформованості мовленнєвого дихання середніх дошкільників

За результатами проведеного аналізу було з'ясовано, що *мовленнєве дихання* є основою звучного мовлення, джерелом утворення звуків, голосу. Воно забезпечує нормальне голосоутворення, правильне засвоєння звуків, здатне змінювати силу їх звучання, допомагає правильно дотримуватися паузи, зберігає плавність мовлення, змінює силу, мовленнєву мелодику [Боряк, дис., с. 28].

Мовленнєве дихання формується на основі фізіологічного дихання, яке слугує засобом газообміну; воно створює енергетичну основу мовлення. Під час мовлення, різко збільшується функціональне значення фази видиху. Ця фаза перестає бути пасивною, у ній беруть участь внутрішні міжреберні м'язи, поперечні м'язи груднини, нижні задні зубчасті м'язи, квадратні м'язи попереку.

Правильне використання дихання під час мовлення залежить, по-перше, від економного та рівномірного розподілу повітря, по-друге, від своєчасного та непомітного наповнення його запасу (на паузах). У нормативному мовленні плавність органічно поєднується з паузами, які є необхідним компонентом мовленнєвого вислову. У цілому, на думку Kaplan (1960), «під час мовлення ритм дихання наслідує ритм мислення» [с.14].

1. Під час мовленнєвого акту видихуваний струмінь повітря, проходячи крізь верхні відділи мовленнєвого тракту, зустрічає на своєму шляху локальні перепони різного типу. Це створює шуми, специфічні для кожної фонетичної групи приголосних. Шумові компоненти голосних не

мають диференційованого значення. Під час падіння інтенсивності повітряного струменя артикуляційний апарат починає працювати даремно, подібно до апарату утворення голосу. Завдяки цьому механізм мовленнєвого дихання називають енергетичною основою мовленнєвого акту [Винарская Е. Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии / Е. Н. Винарская. – М. : Просвещение, 1987. – 157 с., с. 15].

Враховуючи результати аналізу спеціальної наукової літератури, науково-прикладних досліджень нами було визначено та обґрунтовано експериментальну методику вивчення стану сформованості мовленнєвого дихання у дошкільників середнього віку (від 4-х до 5 років) з нормотиповим та порушеним мовленнєвим розвитком.

На констатувальному етапі дослідження вивчення стану сформованості мовленнєвого дихання середніх дошкільників з ТПМ (ЗНМ II рівня) і їх однолітків з нормотиповим розвитком здійснювалося за наступними напрямками.

1. *Визначення типу дихання (завдання № 1)*

Вивчення дітей за цим напрямком здійснювалося в кабінеті логопеда з використанням кушетки (при наявності) або сидячи у зручній позі на стільчику. Оскільки горизонтальне положення випробуваного дозволяє зробити точніші висновки щодо типу його дихання, при дозволі керівництва ЗДО, дослідження можна було проводити в залі ЛФК або фізичної культури, на кариматах.

Домінуючий тип дихання визначався візуально і тактильно під час різних експериментальних ситуацій: в положенні лежачи з м'якою іграшкою, покладеної на живіт, в положенні сидячи і стоячи.

З кожною дитиною експериментальне вивчення проводилося тричі, і обирався найкращий результат.

Критерії оцінок цього завдання розподілялися від 1 бала (поверхнєве дихання) до 4 балів (грудинно-черевнєве дихання).

2. *Вивчення рівня сформованості у дітей ротового видиху (завдання № 2).*

Завдання № 2, спрямоване на дослідження вміння диференціювати ротове і носове дихання, показує, наскільки успішно діти розрізняють види дихання, чи вміють швидко перебудовуватися з одного дихання на інше.

Оцінки з цього завдання коливалися від 1 бала (не диференціює) до 4-х балів (без помилок диференціює).

3. *Вивчення рівня сформованості у дітей диференційованого вдиху та видиху ротом та носом (завдання № 3-4).*

Завдання № 3, спрямоване на визначення цілеспрямованості повітряного струменя, показує, наскільки точно діти підбирають ту чи іншу артикуляційну позицію для певної мети (задуй свічку, задуй кульку в ворота, задуй ватяну кульку, подуй у сопілку тощо).

Завдання № 4 – визначення сили повітряного струменя у дітей з нормотиповим розвитком та їх однолітків зТПМ (ЗНМ II рівня), направлено на здатність виявлення у дитини здатності регулювати силу видихуваного повітряного струменя за допомогою таких завдань, як «надуй велику мильну бульбашка» або «задуй свічку».

Так само як і в попередніх завданнях, результати оцінювалися за критеріями від 1 бала (повітряний струмінь слабкий, аритмічний) до 4-х балів (повітряний струмінь сильний).

4. *Вивчення рівня сформованості у дітей фонаційного дихання (завдання № 5).*

Завдання № 5. Це завдання спрямоване на вивчення особливостей фонаційного дихання у груп дошкільнят без мовленнєвих порушень та ТПМ (ЗНМ II рівня). Воно засвідчує, наскільки доцільно діти використовують видихуваний струмінь повітря, під час усного мовлення. Використовуються вправи на основі мовленнєвого матеріалу з нарощуванням слів. Спочатку дітям пропонується на одному видиху протягнути склад, слово, коротке речення. Потім, також на одному видиху, перерахувати дні тижня.

Експериментальна методика вивчення стану сформованості мовленнєвого дихання у середніх дошкільників подано на рис. (рис. 2.1).

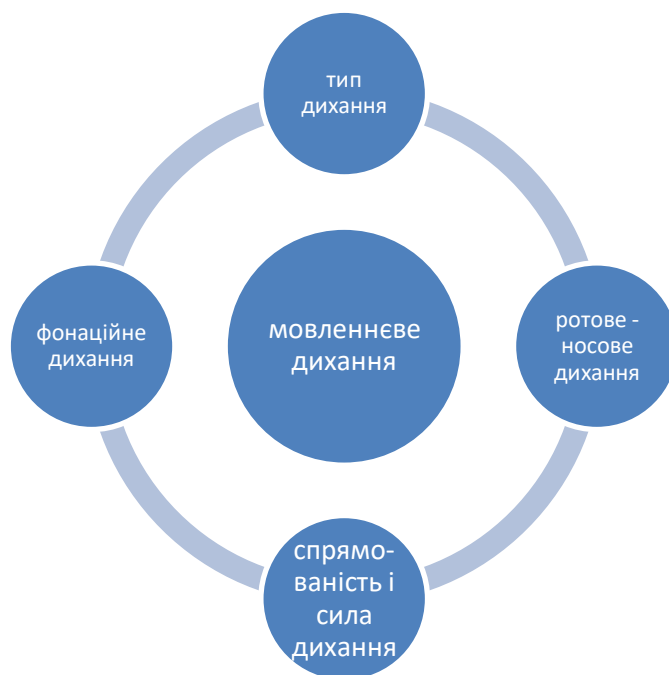


Рис. 2.1. Напрямки вивчення стану сформованості мовленнєвого дихання у середніх дошкільників

Критерії оцінок за даним завданням такі ж: від 1 (фонаційне дихання недостатньо сформовано) до 4 (фонаційне дихання сформовано в межах вікової норми) балів.

Після проведення вивчення за чотирма напрямками було зроблено загальний висновок на основі узагальнення середніх показників дітей.

У ході дослідження було визначено та обґрунтовано рівні сформованості мовленнєвого дихання: високий, достатній, середній і низький.

Високий рівень сформованості мовленнєвого дихання. Сформоване мовленнєве дихання, розвинута координованість вдиху та видиху. Правильно розподіляє силу струменя повітря, що видихається, під час мовлення. При вдиху не відзначається напруження м'язів шиї, рук, грудей. Плечі й ключиці не піднімаються під час вдиху, а під час видиху не опускаються. Дихають вільно, уникаючи судомності і поштовхів в диханні. Вдих під час мовлення короткий, легкий. Видих тривалий, плавний. На одному видиху дитина вимовляє 3-4 слова. Слова вимовляються разом. У довгих висловлюваннях

між смисловими відрізками спостерігається зупинка для добору повітря, фраза після вдиху продовжується.

Достатній рівень сформованості мовленнєвого дихання. Сформоване мовленнєве дихання, розвинута координованість вдиху та видиху. Правильно розподіляє силу струменя повітря, що видихається, під час мовлення. Дихання поверхнєве. Можливий диференційований вдих і видих через рот і ніс. Голосові модуляції по висоті і силі доступні, але фонація швидко виснажується. Переважає ключичний тип дихання, видих слабкий. Не завжди спостерігається диференціація носового і ротового дихання. Не завжди відзначається синхронність вдиху і видиху. Періодично відзначаються порушення неподільності слів. У довгих висловлюваннях між смисловими відрізками не завжди спостерігається зупинка для добору повітря і продовження фрази після вдиху.

Середній рівень сформованості мовленнєвого дихання. Несформоване мовленнєве дихання: домінує поверхневий тип, не розвинута координованість вдиху та видиху. Спостерігається тенденція до неправильного розподілу сили струменя повітря, що видихається під час мовлення, залежно від складності мовного матеріалу. Дихання поверхнєве. Диференційований вдих і видих через рот і ніс ускладнені. Голосові модуляції по висоті і силі не завжди доступні, фонація швидко виснажується. Переважає ключичний тип дихання, видих слабкий.

Низький рівень сформованості мовленнєвого дихання. Несформоване мовленнєве дихання: ритм дихання не регулюється смисловим змістом мови, під час мовлення зазвичай, прискорюється, після вимови окремих складів, слів наявні судомні вдихи, струмінь повітря під час видиху скорочений, відбувається, звичайно, через ніс. Наявна тенденція розмовляти під час вдиху. Помітне пожвавлення грудної клітини вгору і втягування живота на вдиху. Дихання поверхнєве. Можуть відзначатися занадто великий вдих, прискорене дихання. Відзначається дуже слабкий вдих і видих, що веде до тихого, ледь чутного мовлення. Немає диференціації носового і ротового

дихання. Має місце неекономний і нерівномірний розподіл повітря, яке видихається; несформований розподіл дихання по словам. Простежується покvapливе проголошення фраз без перерви і на вдиху, з «захлинанням». Відзначається нерівномірний толчкоподібний видих. Голосові модуляції по висоті і силі недоступні. Фонації швидко виснажуються. Слова вимовляються уривчасто. У довгих висловлюваннях між смисловими відрізками не спостерігаються зупинки для добору повітря.

Треба зазначити, що методом спостереження визначаються особливості дихання дитини в спокої і під час мовлення. Візуально визначається характер дихання в спокої: чи дихає дитина носом або ротом. Далі йде робота з вивчення здатності диференціювати ротовий і носовий видих, сили і цілеспрямованості повітряного струменя і визначення особливостей фонаційного дихання.

У процесі оцінювання дихання особливу увагу звертали на координованість вдиху та видиху, їх характер (носовий або ротовий, частоту вдихів), розподіл сили струменя повітря, який видихався під час мовлення. Спостерігаючи за дітьми під час спілкування, визначали тип дихання (верхньогрудинний (верхньоключичний), діафрагмальний (груднино–перетинковий), нижньореберний (черевний)).

Обстеження проводилося у підгруповій формі (2–3 дитини), або індивідуально. Характеристика мовленнєвого дихання визначалася за результатами вимови фрази, що складалася з 3–4 слів (для дітей 4 років), 4–5 слів (для дітей 5 років). Для більш щільного контролю за виконанням завдань експерименту дітям пропонувалися паперові фартушки, які одягалися на рот дитини (за рухами паперу експериментатор мав змогу простежити за струменем повітря, який видихала конкретна дитина під час фонації; за часом її початку та закінчення) (додаток А).

Якісні та кількісні результати вивчення стану сформованості мовленнєвого дихання у середніх дошкільників з норомотиповим розвитком та ТПМ (ЗНМ II рівня) ми розглянемо у наступному підрозділі.

2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження

До експериментальної роботи на констатувальному етапі дослідження було залучено 25 дітей середнього дошкільного віку (від 4-х до 5-ти років), які відвідували ЗДО (назва закладів). Серед дітей 12 дошкільнят – з нормотиповим розвитком, 13 – з ТПМ – ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку, які відвідували логопедичні групи (групи компенсуючого типу). Розподіл дітей із ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку за висновками вчителів-логопедів (за результатами аналізу мовленнєвих карт дітей) були наступними:

- ЗНМ II рівня. Дизартрія. – 3 дітей.
- ЗНМ II рівня. Алалія – 2 дітей.
- ЗНМ II рівня нез'ясованої генези – 8 дітей.

Розподіл дітей, залучених до дослідної роботи подано на рис. 2.2.

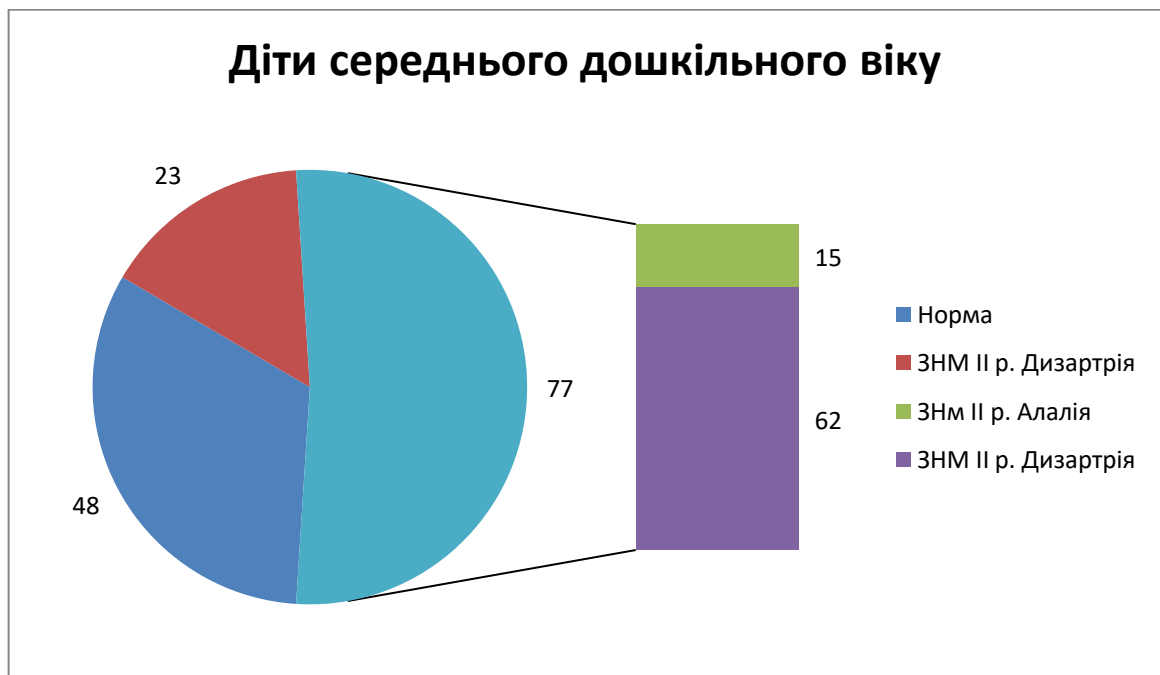


Рис. 2.2. Розподіл дітей середнього дошкільного віку за показниками мовленнєвого розвитку

Результати обстеження мовленнєвого дихання, а саме: типу, тривалості вдиху та видиху під час фонації, тривалості цілеспрямованого струменя повітря фіксуються у протоколі (додаток Б).

Розглянемо якісні і кількісні результати дослідження.

Характер і якість мовленнєвого дихання у дітей із ТПМ (ЗНМ II рівня) і їх однолітків з нормо типовим мовленнєвим розвитком визначалися в процесі спостереження за дітьми в різних ситуаціях мовленнєвого спілкування візуально, на слух і за допомогою тактильних відчуттів експериментатора.

Дослідження рівня сформованості у дітей фізіологічного дихання.

За результатами визначення типу дихання у дітей із ТПМ (ЗНМ II рівня) та їх однолітків отримані наступні результати, представлені в таблиці (табл. 2.1).

Таблиця 2.1

Рівні сформованості фізіологічного дихання у дітей середнього дошкільного віку

Контингент	Тип дихання		
	<i>поверхневий</i>	<i>грудинний</i>	<i>Нижньореберний (грудинно- черевний або діафрагмальний)</i>
Нормотип	0 %	35 %	65 %
ЗНМ II рівня. Дизартрія	63 %	27 %	0 %
ЗНМ II рівня. Алалія	50 %	50 %	0 %
ЗНМ II рівня	56 %	44 %	0 %

При порівнянні отриманих результатів в найбільшій кількості спостережень у дітей при нормотиповому розвитку мовлення в спокійному стані був виявлений переважно нижньореберний тип дихання – 65 %. У дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня) переважав поверхневий тип дихання – 56, 3 %: у середніх дошкільників з ЗНМ II рівня. Дизартріями – 63 %, ЗНМ II рівня. Алаліями – 50 %, ЗНМ II рівня нез'ясованої генези – 56 %. При цьому, тільки 40 % дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня) мали наближений до фізіологічної норми грудинний тип. За результатами цього завдання у дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня)

виявлено низький рівень – 79 % та середній – 21 % рівень розвитку фізіологічного дихання.

Виявлення рівня сформованості ротового видиху. Вивчення уміння диференціювати ротовий і носовий видих довело, що в 100 % випадків діти з ТПМ (ЗНМ II рівня) не можуть перебудовуватися з одного дихання на інше, вдих і видих здійснюють короткий і переривчастий. Діти з нормотиповим розвитком роблять плавні вдихи і видихи, вірно диференціюють ротовий і носовий видих. За результатами цього напрямку дослідження з'ясовано, що дітям з ТПМ (ЗНМ II рівня) також притаманні низький – 75 % та середній – 25 % рівні сформованості.

Дослідження рівня сформованості у дітей диференційованого вдиху та видиху ротом і носом.

Результати проведеного напрямку дослідження, що визначає цілеспрямованість повітряного струменя, засвідчили, що діти з ТПМ (ЗНМ II рівня) в 95 % мають малий обсяг видиху і не здатні диференціювати ротовий і носовий видих. З цієї категорії дітей тільки 5 % (1 дитина) виконала завдання правильно, з першої спроби.

Діти з нормо типовим розвитком показали 100 % позитивний результат, що свідчить про сформованість цілеспрямованого повітряного струменя. Відповідно, дітям з ТПМ (ЗНМ II рівня) притаманний низький рівень сформованості диференційованого вдиху і видиху носом і ротом.

За результатами завдання, відповідно до якого потрібно були визначити силу повітряного струменя у дітей середнього дошкільного віку отримані наступні результати (табл. 2.2).

Таблиця 2.2.

Результати вивчення сили повітряного струменя у дітей середнього дошкільного віку

Категорії дітей	Критерії (бали)				
	4	3	2	1	0
Діти з	79 %	11 %	11 %	0	0

нормо типовим розвитком					
ЗНМ II р. Дизартрія	0 %	0 %	22 %	44 %	34 %
ЗНМ II р. Алалія	0 %	0 %	34 %	56 %	10 %
ЗНМ II р.	0 %	0 %	38 %	41 %	21 %

Таким чином, більше половини досліджуваних дітей з нормотиповим розвитком середнього віку в ході виконання завдання показують діафрагмальний тип дихання, вміння диференціювати ротовий і носовий вдих і видих, сильний і цілеспрямований повітряний струмінь. Позитивний результат, але зі зниженим об'ємом і силою видиху, показують 79 % дітей даної групи. Тільки 22 % дітей середнього віку мають ознаки не сформованість вище зазначених характеристик.

Відзначимо, що більшість дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня) – 31,3 % дітей в ході виконання завдання показують верхньоключичний (поверхневий) тип дихання, аритмія вдиху і видиху, його малий обсяг і силу, нездатність диференціювати ротової і носової тип дихання; 21,7 % з групи з різних причин не впоралися із завданням. Аритмічність дихання і недостатню диференціацію ротового і носового вдиху і видиху при діафрагмальному типі дихання показали 45 % дітей цієї категорії. За підсумком даного завдання дітям притаманні рівні: низький – 78 %, середній – 22 %.

Дослідження рівня сформованості фонаційного дихання. Завдання, метою якого є дослідження особливостей фонаційного дихання, зокрема встановлення обсягу мовленнєвого дихання, показує, що в групі дітей з нормо типовим розвитком 56 % дошкільнят мають злегка обмежений обсяг мовленнєвого дихання, але їх мовлення відбувається на видиху. Хороший обсяг мовленнєвого дихання мають 25 % піддослідних; 19 % дітей за результатом виконання завдання мають ослаблений мовленнєвий видих. Прості мовленнєві завдання реалізуються ними на тлі сформованого

мовленнєвого видиху. У процесі одного такого видиху вони здатні вимовити прості трьох-чотирех слівні фрази із загальноповжитою лексикою. Ускладнення мовленнєвого завдання у вигляді чотирьох-шести слівних фраз з новою лексикою призводить до деякого збою у використанні нижньореберного типу дихання.

За підсумками виконаного завдання 65 % випробовуваних з ТПМ допускають дискоординацію дихання і фонації, довгі висловлювання вимовляють переривчасто, добираючи повітря. Ослаблений мовленнєвий видих мають 48 % дітей цієї групи. Зовсім не впоралися із завданням 10 % дошкільнят. Дітям притаманні рівні: низький – 91 %, середній – 9 %.

Більш наочно розподіл рівнів сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого дошкільного віку подано на діаграмі (рис. 2.3).

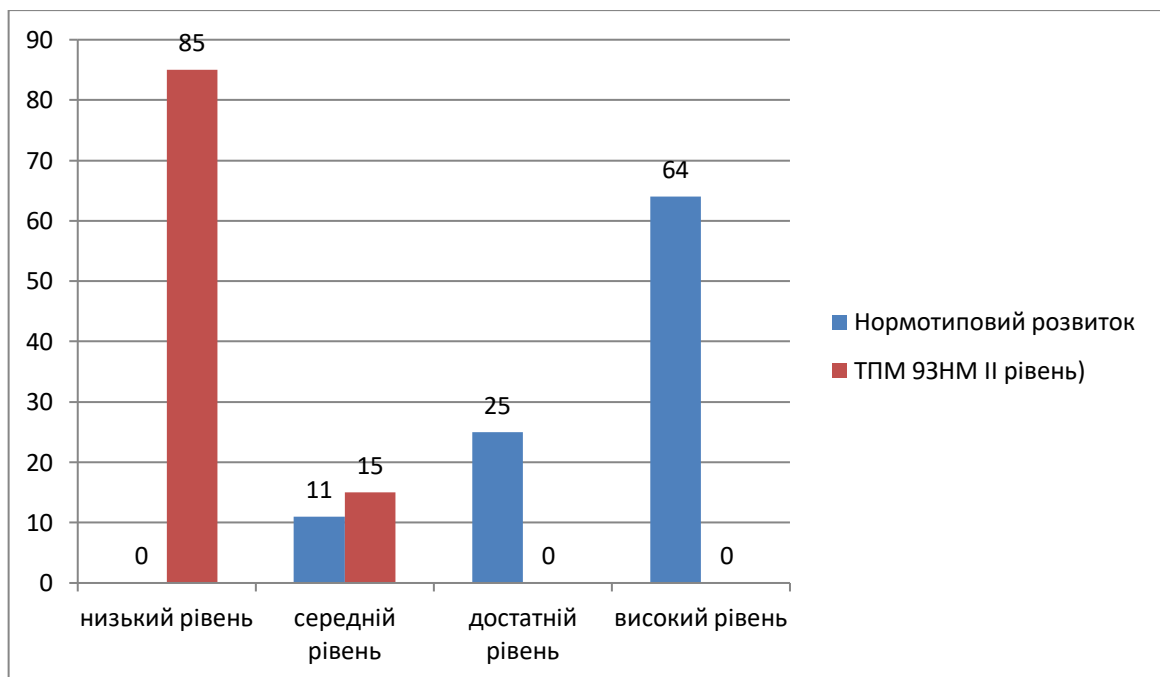


Рис. 2.3. Виявлення рівнів сформованості мовленнєвого дихання у середніх дошкільників на констатувальному етапі дослідження

Виходячи з отриманих результатів дослідження, поданих на діаграмі видно, що в меншій мірі у дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня) порушене фізіологічне (не мовленнєве) дихання. Найсильніше порушено мовленнєве (фонаційне) дихання.

Дослідження *мовленнєвого дихання* засвідчує, що більшості дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня) притаманний поверхневий тип дихання – 89,9% дітей: вдих дорівнюється видиху, триває в середньому 1–1,5 с., при цьому інтервал часу вдих – видих короткий, недостатній для вимови частини речення. Під час вдиху спостерігається підняття плечей, вдих – видих в більшості випадків здійснюється через ніс. Струмінь повітря під час видиху не цілеспрямований, а спрямований убік (спроба «забити м'яч у ворота» виконувалася з 3–4 разу).

Для дітей з ЗНМ II рівня. Дизартрією притаманні напруженість дихальних м'язів, тривалий період між диханням та голосоутворенням, видих слабкий, аритмічний.

Для дітей з ЗНМ II рівня. Алалією характерна асинхронність дихання та артикуляції: вдих – короткий, неповноцінний; видих – слабкий.

Крім того, у дітей з ЗНМ II рівня (включаючи ЗНМ нез'ясованої генези) ритм дихання не регулюється смисловим змістом мовлення: під час мовлення він зазвичай прискорюється; після вимови окремих складів або слів дитина робить поверхневий судомний вдих. На нашу думку, це порушення мовленнєвого дихання пояснюється порушеннями іннервації дихальної мускулатури. Активний видих скорочений і відбувається здебільшого через ніс, незважаючи на часто напіввідкритий рот. Розбіжність у роботі м'язів, які здійснюють вдих та видих, призводить до появи тенденції розмовляти під час вдиху.

За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про необхідність розробки, обґрунтування та експериментальної перевірки комплексу вправ дихальної гімнастики для розвитку як фізіологічного так і мовленнєвого (фонаційного) дихання у дітей з ТПМ не тільки на логопедичних заняттях, але й на заняттях лікувальної та фізичної культури. Це, на нашу думку, сприятиме пришвидшенню та підвищенню результативності корекційно-розвивального впливу.

Залучення додаткових фахівців ЗДО зумовлює розробки та обґрунтування універсального комплексу вправ дихальної гімнастики.

Висновок до розділу 2

Результати, отримані на констатувальному етапі дослідження, дозволяють зробити наступні висновки.

До експериментальної роботи було залучено дітей середнього дошкільного віку з нормо типовим розвитком (без порушення мовлення) у кількості 12 осіб і 13 дошкільників середнього віку з ТПМ – ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку серед яких: 3 – з дизартріями, 2 – з алаліями, 8 – не з'ясованої генези.

Було визначено напрями проведення виявлення рівня сформованості фізіологічного та мовленнєвого дихання в обраної категорії дітей: визначення типу дихання (поверхневий, грудинний, грудинно-черевний); визначення сформованості вміння диференціювати носовий та ротовий вдих і видих; визначення цілеспрямованості, об'єму та сили видихуваного повітря; виявлення особливості йфонаційного дихання.

За кожним з визначених напрямів було запропоновано виконання завдань.

Критерії оцінок за кожним завданням коливалися від 1 (фонаційне дихання недостатньо сформовано) до 4 (фонаційне дихання сформовано в межах вікової норми) балів.

У ході дослідження було визначено та обґрунтовано рівні сформованості мовленнєвого дихання: високий, достатній, середній і низький, кожному з яких відповідала певна кількість балів.

Методом спостереження визначалися особливості дихання дітей: в спокої і під час мовлення. Візуально визначався характер дихання в спокої: чи дихає дитина носом або ротом. Далі йде робота з вивчення здатності диференціювати ротовий і носовий видих, сили і цілеспрямованості повітряного струменя і визначення особливостей йфонаційного дихання.

У ході констатувального етапу дослідження було отримано наступні результати.

Дошкільнятам з ТПМ (ЗНМ II рівня) властива аритмічність дихання, розкоординація вдиху і видиху, слабка повітряний струмінь, в свою чергу, на тлі цих порушень страждає плавність мовлення. Через часті паузи, необхідні для добору повітря, втрачається розуміння сказаного. Іноді фразу вони починають вимовляти в момент повного видиху і в процесі вдиху. У ці моменти втрачається плавність мовлення.

Логопедичні заняття, на яких відбувається розвиток у дітей мовленнєвого дихання, структуровані наступним чином:

- Постановка діафрагмального типу дихання і формування тривалого ротового видиху;
- диференціація ротового і носового видиху;
- власне розвиток повноцінного мовленнєвого дихання.

Таким чином, проведені дослідження дозволяють виявити, що у дошкільнят з ТПМ (ЗНМ II рівня) середнього віку у порівнянні з їх однолітками з нормотиповим мовленнєвим розвитком знижений обсяг повітря в легенях, що ускладнює розвиток нижньо-грудинного типу дихання, мовленнєве дихання порушується при виконанні простих мовленнєвих завдань і характеризується нераціональним використанням видиху, перериванням мовленнєвого видиху для додаткового вдиху, відсутністю раціонального співвіднесення фази видиху і реалізації артикуляційної програми висловлювання.

Постає питання щодо продовження роботи з удосконалення комплексу вправ дихальної гімнастики, які можна застосовувати не тільки у ході логокорекційної роботи з обраною категорією дошкільників. Цей комплекс вправ повинен впливати в першу чергу на формування фізіологічного типу дихання, а на його основі сприяти розвитку мовленнєвого (фонаційного) дихання.

РОЗДІЛ 3

ДИХАЛЬНА ГІМНАСТИКА ЯК ЗАСІБ РОЗВИТКУ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ ОБРАНОЇ КАТЕГОРІЇ ДОШКІЛЬНИКІВ

3.1. Теоретичне обґрунтування комплексу вправ дихальної гімнастики для дошкільників з тяжкими порушеннями мовлення

Результати вивчення вікових особливостей розвитку функції фізіологічного (зовнішнього) і мовленнєвого дихання дошкільників з ТПМ дозволило нам визначити і обґрунтувати комплекс вправ дихальної гімнастики, спрямованого на вдосконалення функції зовнішнього дихання і підвищення рівня мовленнєвого дихання у обраної категорії дітей.

Унікальність цього комплексу вправ в тому, що він призначений для впровадження як в роботу вчителів-логопедів, дефектологів так і може бути використаний під час проведення музичних занять, занять з лікувальної та фізичної культури. Вправи підібрані таким чином, що першочергово відбувається розвиток фізіологічного типу дихання, а на його основі – мовленнєвого.

Методологічна основа і теоретичне обґрунтування формувального етапу дослідження ґрунтується на:

- теорії спільності законів розвитку нормотипового і порушеного розвитку дитини, вчення про зони актуального і найближчого розвитку (Л. Виготський);
- концепція відповідності характеру педагогічних впливів біологічного ритму вікового розвитку дихання (В. Бальсевич);
- теорія розвитку задатків і здібностей (О. Леонтьєв, С. Рубінштейн);
- досліджень в галузі спеціальної освіти (О. Лурія, Т. Власова, М. Певзнер, В. Синьов, В. Тарасун, М. Шеремет та ін.).

Розроблений нами комплекс вправ дихальної гімнастики для середніх дошкільників з ТПМ розрахований на 35 додаткових занять і проводився 2 рази на тиждень, тривалість одного заняття становила 20 хвилин. Запропонований комплекс впроваджувався під час:

- логопедичних занять (1 раз на тиждень, у ході індивідуальних та/або під групових занять вчителем логопедом);
- заняття з фізичної культури (1 раз на тиждень, під час факультативних занять з дітьми з ТПМ середнього дошкільного віку, у другу половину дня вихователем з фізичного виховання);
- заняття з лікувальної фізкультури (1 раз на тиждень, під час факультативного заняття з ЛФК, фахівцем з лікувальної фізичної культури).

Комплекс вправ не порушував традиційної структури заняття у середній групі ЗДО.

У *вступну частину* (приблизно 5-8 хв. від усього часу всього заняття) включали нескладні дихальні (статичного і динамічного характеру) і мовленнєві вправи, а також ходьбу і біг, що сприяють підготовці організму до збільшення навантаження.

В *основну частину* (10-15 хв. від усього часу) включали вправи та ігри спеціального характеру, що чергувалися з загальнозміцнюючими вправами.

У *заклучній частині* заняття (5 хв. часу) застосовували дихальні та інші гімнастичні вправи, ігри малої рухливості, елементи релаксаційної гімнастики і тим самим досягали зниження загального навантаження.

Мета запропонованого комплексу вправ дихальної гімнастики – формування у дошкільників з ТПМ середнього віку вмінь та навичок правильного фізіологічного і мовленнєвого дихання.

Комплекс вправ дихальної гімнастики для дошкільників середнього віку з ТПМ передбачав вирішення кола завдань.

1. Усунення дискоординації дихального акту: постановка правильного фізіологічного і фонаційного дихання (формування

нижньореберного (діафрагмального) типу дихання при активній участі діафрагми).

2. Розвиток координації ротового і носового дихання, формування спрямованого струменя повітря, відновлення ритму дихання, координація між диханням, фонацією і артикуляцією.

3. Удосконалення функції зовнішнього дихання (збільшення рухливості грудної клітки, діафрагми, зміцнення дихальної мускулатури, поєднання координації дихання з рухом).

4. Підвищення рівня фізичної підготовленості.

5. Формування навичок правильної постави.

6. Формування здатності до релаксації.

Як зазначалося вище (п. 1.1) існують певні методики, спрямовані на відновлення дихальної функції:

- диференціація ротового і носового видиху у дітей з ринолаліями А. Іпполітової;
- зняття напруги з м'язів всього тіла і органів артикуляції у заїкуватих дітей Н. Різдвяної, Л. Пеллінгер;
- оздоровлюючі і лікувальні методики К. Бутейко, А. Стрельникової;
- образна гімнастика за М. Норбековим тощо.

Суть цих методик полягає в усвідомленому управлінні всіма фазами акту дихання через тренування дихальних м'язів і регулювання роботи дихального центру, що впливає на оздоровлення організму [].

Як було з'ясовано, під час проведеної експериментальної роботи, мовленнєве дихання дошкільнят різко відрізняється від мовленнєвого дихання дорослих, воно характеризується:

- малим об'ємом легенів;
- слабкою дихальною мускулатурою;

- слабким вдихом і видихом, що веде до тихого, ледь чутного мовлення (це часто спостерігається у самотично слабких дітей, а також у боязких, сором'язливих);
- неекономним і нерівномірним розподілом повітря, що видихається (в результаті цього дошкільник іноді видихає весь запас повітря на першому складі і потім договориє фразу або слово пошепки). Нерідко через це він не договориє, кінець слова або фрази;
- невмілим розподілом дихання по словам: дитина вдихає в середині слова (*ми з татом майст – (вдох) – рували*);
- квапливим промовлянням фраз без перерви і на вдиху, з «захлинанням»;
- слабким видихом або неправильно спрямованим струменем повітря яке видихається, яке, в свою чергу, призводить до спотворення звуків.

Дихальна функція у дітей, які не мають відхилення у розвитку, формується спонтанно, а мовленнєве дихання – в процесі нормального розвитку мовленнєвої діяльності, будучи її невід'ємною складовою частиною.

У ході проведення аналітичного етапу дослідження було з'ясовано, що для кожного віку є свої показники промовляння певної кількості слів на видиху. Зазначені показники подано в таблиці (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Кількісні показники промовлення слів на видиху дітей дошкільного віку

Вік дитини	Кількість слів на видиху в нормі	Тривалість вправ з формування мовленнєвого дихання
2-3 роки	2-3 слова	2-3 хвилини
3-4 роки	3-5 слів	3-4 хвилини
4-6 років	4-6 слів	4-6 хвилин

З урахуванням того, що мовленнєве дихання є джерелом здоров'я, основою усного мовлення, формувати його необхідно в дошкільному віці, основним засобом обрано вправи дихальної гімнастики.

Основні правила проведення дихальної гімнастики:

1. Вдих-носом, рот закритий.
2. Дихати повільно для насичення організму киснем.
3. Концентрувати увагу на виконанні вправи.
4. Дихати з задоволенням: позитивні емоції самі по собі дають значний оздоровчий ефект.

✓ Для проведення дихальної гімнастики можливе використання різних пристосувань: свистків, повітряних кульок, трубочок для коктейлю, мильних бульбашок, можна дути на кульбаби, здувати пір'ячко з долоньки; всілякі вертушки (в тому числі млин для води і піску), легкі м'ячики з пінопласту, пластмаси, дерева і металу, ігри «Dusyma», комп'ютерні ігри.

Під час експериментальної роботи було доведено ефективне застосування ігрової дихальної гімнастики, після артикуляційної.

Серед різних методик, поширених сьогодні, нами було обрано систему дихальної гімнастики А. Стрельнікової. На думку провідних фахівців дана гімнастика найкраще підходить під час корекційної роботи. Оскільки, по-перше, короткі галасливі вдихи, які покладені в основі гімнастики, істотно поліпшують носове дихання, тренують всю дихальну мускулатуру, зміцнюючи її; по-друге, кількість кисню в артеріальній крові різко збільшується, кора головного мозку насичується киснем, внаслідок чого поліпшується робота всіх центрів, відбувається саморегуляція обмінних процесів; по-третє, при виконанні вправ дихальної гімнастики активно працює діафрагма і відбувається діафрагмовий масаж всіх органів черевної порожнини; по-четверте, поліпшується робота лімфатичної системи, а значить, зміцнюється імунітет.

Крім того, що дихальні вправи позитивно впливають на розвиток мовлення і звуковимову зокрема, вони також спрямовані на профілактику і

лікування захворювань пов'язаних з органами дихання, серцево-судинних хвороба, вегето-судинної дистонії.

У ході проведення дихальної гімнастики необхідно дотримуватися таких вимог:

- ✓ Виконувати вправи по 3-6 хвилин, в залежності від віку дітей.
- ✓ Проводити вправи в добре провітрюваних приміщеннях або при відкритій квартирі.
- ✓ Займатися до їжі.
- ✓ Займатися у вільному одязі, який не обмежує рухів.
- ✓ Дозувати кількість і темп проведення вправ.
- ✓ Вдихати повітря через рот і ніс, видихати через рот.
- ✓ Вдихати легко і коротко, а видихати довго і економно.
- ✓ В процесі мовленнєвого дихання не напружувати м'язи в області шиї, рук, живота, грудей; плечі не піднімати при вдиху і опускати при видиху.
- ✓ Після видиху перед новим вдихом зробити зупинку на 2-3 секунди.
- ✓ Повітря необхідно набирати через ніс, плечі не піднімати.
- ✓ Видих повинен бути тривалим, плавним.
- ✓ Необхідно стежити, щоб не напиналися щоки (на початковому етапі можна притискати їх долонями).
- ✓ Вправи можна виконувати як в положенні сидячи, так і стоячи.
- ✓ Достатньо 3-5 повторень. Багаторазове виконання дихальних вправ може привести до гіпервентиляції! Наступ гіпервентиляції можна визначити за такими ознаками: збліднення особи, скарги на запаморочення, відмова від занять.
- ✓ Дозувати кількість і темп проведення вправ.
- ✓ Після видиху перед новим вдихом зробити зупинку на 2-3 секунди.
- ✓ Види посібників для

✓ дихальної гімнастики:

✓ • Основним засобом для вирішення поставлених завдань було обрано дихальні вправи статичного і динамічного характеру (В. Єремєєв, 1964; О. Стрельцова, 1987).

У запропонованому комплексі вправ дихальної гімнастики ми використовували статичні дихальні вправи, спрямовані на оволодіння різними видами дихання: ключичним (поверхневим), нижньогрудинним (діафрагмальним), черевним і повним, а також їх різні поєднання.

Статичні дихальні вправи – це вправи які виконуються тільки за допомогою дихальної мускулатури (міжреберних м'язів, діафрагми, м'язів черевного пресу).

До комплексу вправ було включено спеціальні статичні дихальні вправи, які посилюють носове дихання і викликають подразнення слизових оболонок сильним струменем повітря. Зміна виду дихання швидко відбивається на розвитку організму дитини.

Багатьма дослідниками доведено велику перевагу носового дихання щодо ротового (Л. Апанасенко, 2005 та ін.). «Виключення» носового дихання або його розлади своїми наслідками може викликати значне порушення газообміну (кількість кисню в крові знижується на 25-30 %), зменшення кількісних обсягів повітря, що надходить в грудну клітку, зумовлює розлад пам'яті, фізичного розвитку, неправильний розвиток лицьового скелета, порушення нервової системи, швидке виснаження захисних здібностей дихальних шляхів від потрапляння інфекцій (Л. Апанасенко, 1985; А. Колчинська, 1973; С. Хрущов, 1980 та ін.). Слід підкреслити, що дитячий організм особливо чутливий до нестачі кисню. При перемиканні ротового дихання на носове вже через певний невеликий проміжок часу може «бути досягнуто зміна в бік підвищення об'єму кисню в артеріальній крові» (С. Іванов, 1968) [].

Ми поділяємо точку зору, що єдино правильним і повноцінним видом дихання є діафрагмальне дихання, при якому в акті дихання бере участь весь

дихальний апарат: грудна клітина і діафрагма. Однак, у всіх випадках порушень мовлення діафрагмальний тип дихання при активній участі діафрагми є кращим (О. Боряк, Н. Пахомова, В. Тищенко, Ю. Рібцун, О. Ревуцька, М. Шеремет та ін.).

Виходячи з вищевикладеного, в заняття включені спеціальні вправи, спрямовані на оволодіння різними видами дихання, формування діафрагмального типу дихання при активній участі діафрагми. Цей тип дихання за рахунок збільшення дихальної екскурсії ребер і при активній участі діафрагми призводить до кращої вентиляції нижніх відділів легень, а також сприяє плавності і тривалості видиху.

Найбільш відповідними вихідними положеннями для розв'язання поставлених завдань є положення лежачи, сидячи або стоячи.

Як зазначалося вище, запропоновані вправи включалися у вступну та основну частини заняття.

Треба зазначити, що до статичних дихальним вправам відносяться дихальні вправи, які змінюють різні фази дихального циклу, тривалість вдиху і видиху, спрямованість повітряного струменя.

Дослідники відзначають, що у дітей з ТПМ спостерігається вихід повітря через ніс, видих стає неекономічним (К. Беккер, М. Шофах, 1981; Л. Волкова, 1995 і ін.). У зв'язку з цим, нами пропонувалися спеціальні дихальні вправи статичного характеру, спрямовані на координацію ротового і носового дихання. Ці вправи включені в усі частини заняття. Наприклад:

1. Носове дихання ритмічне з закритим ротом у звичному темпі (тривалість 30-60 секунд).
2. Те ж з уявним підрахунком кількості вдихів і видихів через ніс за 10-15 с.
3. Ритмічне дихання через одну ніздрю під час затиснутої рукою іншої ніздрі, по чергово по 3-4 рази (30-60 с.).
4. Черевне дихання. Намагаючись тримати грудну клітину нерухомо, під час вдиху максимально випинати передню стінку живота, особливо її

нижню частину (надувати кульку в животі). Під час видиху черевну стінку енергійно втягувати. Для зорового контролю правильності рухів руки на грудях і животі (4-5 разів) можна покласти м'яку іграшку.

5. Грудне дихання. Намагаючись тримати нерухомо передню стінку живота, під час вдиху максимально розширити грудну клітину. Під час видиху грудну клітку енергійно стискати. Дихати через ніс. Для контролю руки знаходяться з боків грудної клітки (4-8 разів) [Дихальна гімнастика. <https://medium.com/way-to-yourself/health-air-d7336b96dde4>].

Статичні дихальні вправи, які було включено до експериментального комплексу вправ дихальної гімнастики подано в додатку (додаток В).

Після статичних було включені динамічні дихальні вправи.

Динамічні дихальні вправи – це вправи, коли дихальні рухи поєднуються з вправами для різних м'язових груп (кінцівок, плечового пояса, тулуба тощо).

Динамічні дихальні вправи виконуються лежачи на спині, сидячи або стоячи. Руки опущені, ноги разом.

1. Піднімання рук через сторони вгору – вдих, повернення у вихідне положення видих (3-6 разів).

2. Сидячи або стоячи. Руки в сторони. Довільне дихання при обертанні рук в плечових суглобах вперед і назад, поперемінно по 4 рази в кожную сторону (4-6 разів).

3. Сидячи або стоячи. Ноги на ширині плечей, руки зігнуті, кисті стиснуті в кулаки. Удари, що імітують удари в боксі. Дихання рівномірне (5-8 разів кожною рукою).

4. Лежачи на спині, сидячи або стоячи. Ноги разом, руки на талії. Відведення прямої ноги убік і повернення у вихідне положення – вдих, пауза - видих (6-8 разів в кожную сторону).

5. Лежачи на спині, сидячи або стоячи. Ноги витягнуті разом, руки опущені. Поперемінне згинання ніг в колінних суглобах. При виконанні

вправи – видих, при поверненні у вихідне положення – вдих (6-8 разів кожною ногою).

6. Сидячи або стоячи. Ноги на ширині плечей, руки вздовж тулуба. Нахили тулуба вперед – видих, повернення в вихідне положення – вдих (4-8 разів).

7. Лежачи, сидячи або стоячи. Ноги разом, руки в сторони. Нахили тулуба в сторони. При виконанні вправи – видих, при поверненні у вихідне положення – вдих (4-8 разів в кожную сторону) [Дихальна гімнастика. <https://medium.com/way-to-yourself/health-air-d7336b96dde4>].

Динамічні дихальні вправи, які було включено до експериментального комплексу вправ дихальної гімнастики подано в додатку (додаток В.1).

Експериментальний комплекс вправ дихальної гімнастики також представлено в додатку (додаток Г).

3.2. Результати експериментальної перевірки формувального етапу дослідження

До експериментальної роботи на формувальному етапі дослідження було залучено 13 дітей середнього дошкільного віку (від 4-х до 5-ти років), які відвідували ЗДО, з якими ми працювали на констатувальному етапі дослідження. Це були дошкільнати з ТПМ – ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку, які відвідували логопедичні групи (групи компенсуючого типу). Розподіл дітей із ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку було розподілено на контрольну групу (КГ) та експериментальну групу (ЕГ). Розподіл дітей з ТПМ відповідно до висновків вчителів-логопедів (за результатами аналізу мовленнєвих карт дітей) був наступним:

КГ – 6 дітей з ТПМ: ЗНМ II рівня. Дизартрія. – 1 дитина, ЗНМ II рівня. Алалія – 1 дитина, ЗНМ II рівня нез'ясованої генези – 4 дитини.

ЕГ – 7 дітей: ЗНМ II рівня. Дизартрія. – 2 дитини, ЗНМ II рівня. Алалія – 1 дитина, ЗНМ II рівня нез’ясованої генези – 4 дитини.

Розподіл дітей за рівнем мовленнєвого розвитку був однаковим, окрім цього, до ЕГ було залучена на одну дитину з дизартричним порушенням більше ніж у КГ.

Розподіл дітей, залучених до експериментальної роботи на формувальному етапі дослідження подано на рис. 3.1.

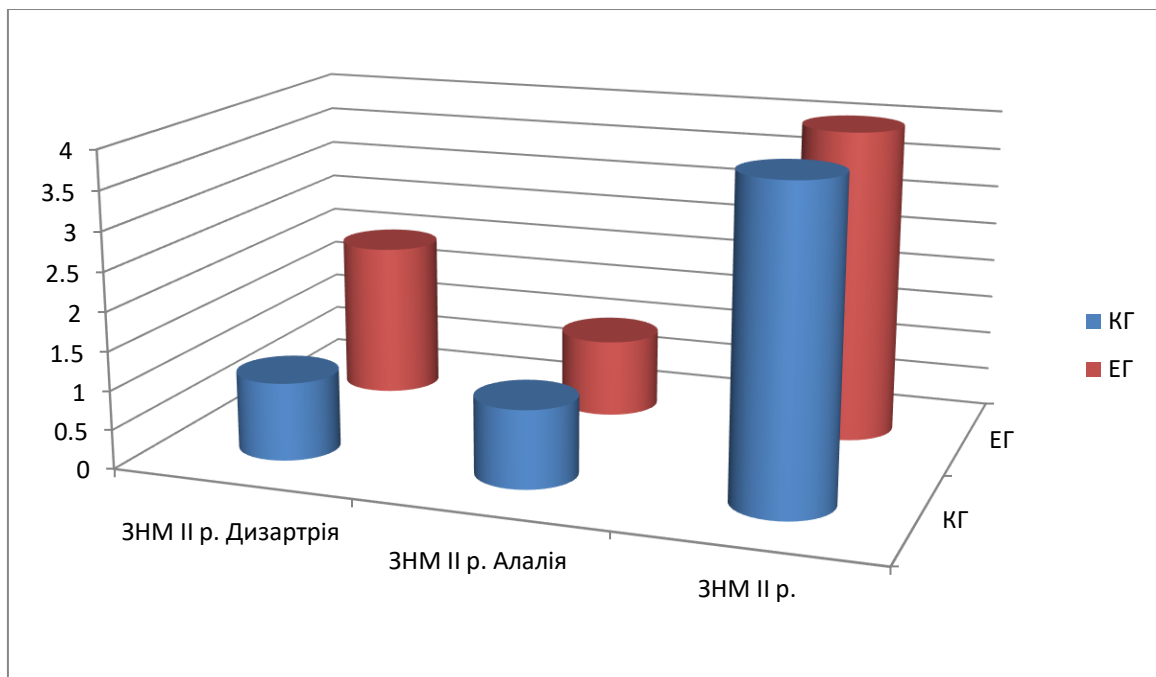


Рис. 3.1. Розподіл дітей середнього дошкільного віку за показниками мовленнєвого розвитку на формувальному етапі дослідження

На формувальному етапі дослідження, який тривав упродовж другого півріччя 2020-2021 н.р. (січень – травень місяці) до дітей ЕГ було запроваджене використання комплексу вправ дихальної гімнастики. Запропонований комплекс впроваджувався в роботу вчителя логопеда, фахівця з лікувальної фізичної культури і вихователя з фізичного виховання. Попередньо, з фахівцями були проведені консультації щодо умов та методичних вимог включення комплексу вправ дихальної гімнастики в корекційно-розвивальну роботу.

По відношенню до дітей КГ комплекс вправ дихальної гімнастики додатково не використовувався.

Результати обстеження мовленнєвого дихання, а саме: типу, тривалості вдиху та видиху під час фонації, тривалості цілеспрямованого струменя повітря фіксуються у протоколі, аналогічному протоколу констатувального етапу дослідження (додаток Б).

Розглянемо та порівняємо якісні і кількісні результати після впровадження експериментального комплексу вправ дихальної гімнастики з дітьми ЕГ у порівнянні з аналогічними результатами КГ.

Аналогічно констатувальному етапу дослідження, характер і якість мовленнєвого дихання у дітей із ТПМ (ЗНМ II рівня) ЕГ і їх однолітків з КГ визначалися в процесі спостереження за дітьми в різних ситуаціях мовленнєвого спілкування візуально, на слух і за допомогою тактильних відчуттів експериментатора.

Дослідження рівня сформованості у дітей фізіологічного дихання.

За результатами вивчення типу дихання у дітей із ТПМ (ЗНМ II рівня) ЕГ та КГ отримані наступні результати, до яких ми додали попередні результати констатувального етапу дослідження, які були отримані під час вивчення дітей з нормотиповим розвитком. Отримані результати представлені в таблиці (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Рівні сформованості фізіологічного дихання у дітей середнього дошкільного віку на формувальному етапі дослідження

Контингент	Тип дихання		
	<i>поверхневий</i>	<i>грудинний</i>	<i>Нижньореберний (грудинно- черевний або діафрагмальний)</i>
Нормотип	0 %	35 %	65 %
ТПМ – ЗНМ II рівня (ЕГ)	43 %	47 %	10 %
ТПМ – ЗНМ II	50 %	50 %	0 %

рівня (КГ)			
------------	--	--	--

У дітей з ТПМ – ЗНМ II рівня КГ поверхневий та грудинний тип дихання – 50 % і 50 %. Серед контингенту КГ дітей, які б мали наближений до фізіологічної норми грудинний тип дихання виявлено не було. У дітей ЕГ у 10 % було виявлено сформованість нижньореберного (діафрагмального) типу дихання, зменшення кількості дітей з поверхневим типом (43 %) та грудинним типом дихання – 47 %. Можна зазначити, що за результатами цього завдання у дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня) КГ виявлено низький рівень – 79 % та середній – 21 % рівень розвитку фізіологічного дихання; у дітей ЕГ – низький – 43 %, середній – 47 % і достатній – 10 % рівень сформованості фізіологічного дихання.

Виявлення рівня сформованості ротового видиху.

Вивчення уміння диференціювати ротовий і носовий видих на констатувальному етапі дослідження довело, що в 100 % випадків діти з ТПМ (ЗНМ II рівня) не можуть перебудовуватися з одного дихання на інше, вдих і видих здійснюють короткий і переривчастий. Діти з нормотиповим розвитком роблять плавні вдихи і видихи, вірно диференціюють ротовий і носовий видих. За результатами цього напрямку дослідження на формувальному етапі з'ясовано, що дітям з ТПМ (НМ II рівня) КГ притаманні низький – 75 % та середній – 25 % рівні сформованості ротового видиху. У дітей ЕГ рівні сформованості ротового видиху кращі: низький рівень – 55 %, середній – 30%, достатній – 15%.

Треба зазначити, що діти ЕГ опанували вміння диференціювати носовий вдих і ротовий видих. Струмінь видихуваного потрі у дітей ЕГ відрізнявся більшим об'ємом, цілеспрямованість, потужною силою.

Результати виявлення рівня сформованості у дошкільників середнього віку з ТПМ – ЗНМ II рівня подано на діаграмі (рис. 3.2).

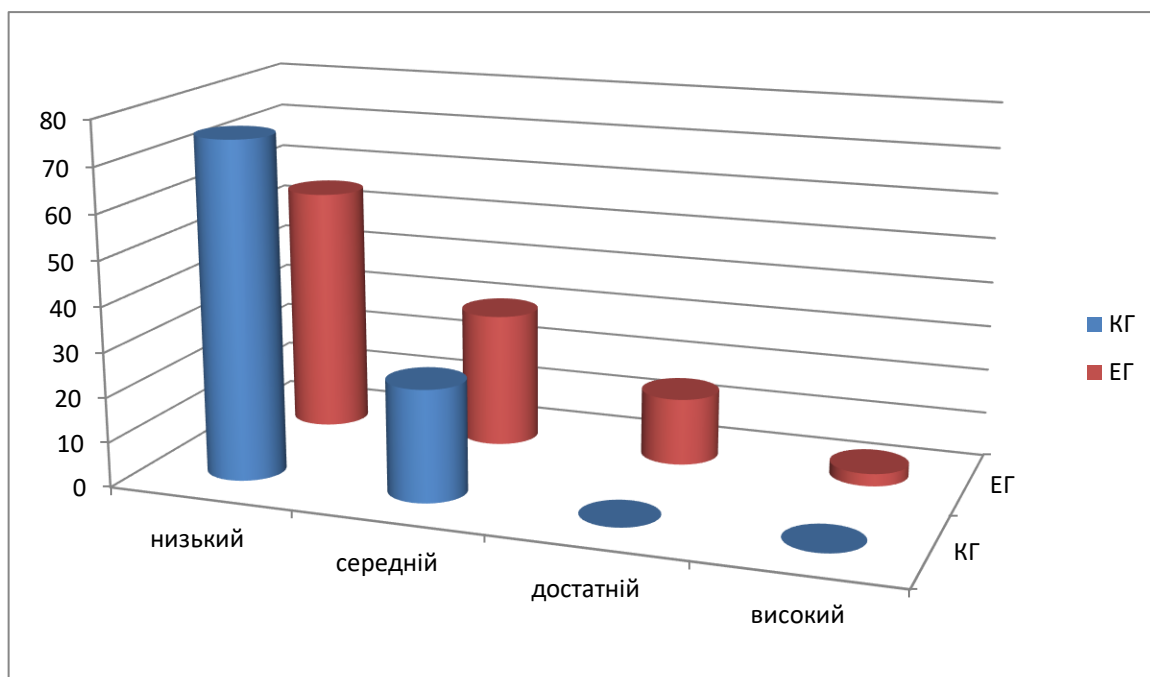


Рис. 3.2. Рівні сформованості ротового видиху у середніх дошкільників з ТПМ на формувальному етапі дослідження

Дослідження рівня сформованості у дітей диференційованого вдиху та видиху ротом і носом.

Результати проведеного напрямку дослідження, щодо визначення цілеспрямованість повітряного струменя на констатувальному етапі дослідження засвідчили, що діти з ТПМ (ЗНМ II рівня) в 95 % мають малий обсяг видиху і не здатні диференціювати ротовий і носовий видих. З цієї категорії дітей тільки 5 % (1 дитина) виконала завдання правильно, з першої спроби.

Діти з нормо типовим розвитком показали 100 % позитивний результат, що свідчить про сформованість цілеспрямованого повітряного струменя. Відповідно, дітям з ТПМ (ЗНМ II рівня) притаманний низький рівень сформованості диференційованого вдиху і видиху носом і ротом.

На формувальному етапі дослідження показники рівня сформованості диференційованого вдиху й видиху ротом і носом у дітей КГ залишилися без змін. У одноклітків з ТПМ ЕГ було виявлено суттєве покращення.

За результатами завдання, відповідно до якого потрібно були визначити силу повітряного струменя у дітей середнього дошкільного віку з ТПМ КГ і ЕГ отримані наступні результати (табл. 3.3).

Таблиця 3.3.

Результати дослідження рівня сформованості диференційованого вдиху та видиху ротом і носом на формувальному етапі дослідження

Категорії дітей	Критерії (бали)				
	4	3	2	1	0
Діти з нормо-типичним розвитком	79 %	11 %	11 %	0	0
ТПМ – ЗНМ II р. (ЕГ)	0 %	30 %	36 %	24 %	10 %
ТПМ – ЗНМ II р. (КГ)	0 %	0 %	34 %	56 %	10 %

Таким чином, 30% дошкільнят ЕГ показали вміння диференціювати ротовий і носовий вдих і видих, достатньо сильний і цілеспрямований повітряний струмінь. Позитивний результат, але зі зниженим об'ємом і силою видиху, показують 36 % дітей даної групи. Тільки 34 % дітей середнього віку мали ознаки несформованості вище зазначених характеристик.

Відзначимо, що більшість дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня) КГ – 56 % дітей в ході виконання завдання показують верхньоключичний (поверхневий) тип дихання, якому притаманні: аритмія вдиху і видиху, його малий обсяг і силу, нездатність диференціювати ротової і носової тип дихання; 10 % дітей з групи з різних причин не впоралися із завданням. Аритмічність дихання і недостатню диференціацію ротового і носового вдиху і видиху при діафрагмальному типі дихання показали 34 % дітей цієї групи. За підсумком виконання цього напрямку дослідження дітям КГ притаманні рівні: низький –

78 %, середній – 22 % на відміну від однолітків ЕГ: достатній – 10%, середній – 56%, низький – 34%.

Дослідження рівня сформованості фонаційного дихання.

Завдання, метою якого було виявлення особливостей фонаційного дихання, зокрема встановлення обсягу мовленнєвого дихання, показало, що в ЕГ 36 % дошкільнят мають обмежений обсяг мовленнєвого дихання, але їх мовлення відбувається на видиху. Хороший обсяг мовленнєвого дихання мають 15 % дітей; 49 % дітей за результатом виконання завдання мають ослаблений мовленнєвий видих. Прості мовленнєві завдання реалізуються ними на тлі сформованого мовленнєвого видиху. У процесі одного такого видиху вони здатні вимовити прості трьох-чотирьох слівні фрази із загальноповсякденною лексикою. Ускладнення мовленнєвого завдання у вигляді чотирьох-шести слівних фраз з новою лексикою призводить до деякого збою у використанні нижньореберного типу дихання.

За підсумками виконаного завдання 65 % випробовуваних з ТПМ КГ допускають дискоординацію дихання і фонації, довгі висловлювання вимовляють переривчасто, добираючи повітря. Ослаблений мовленнєвий видих мають 48 % дітей цієї групи. Зовсім не впоралися із завданням 10 % дошкільнят. Дітям притаманні рівні: низький – 91 %, середній – 9 %.

Більш наочно розподіл рівнів сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого дошкільного віку подано на діаграмі (рис. 3.3).

Виходячи з отриманих результатів вивчення, поданих на діаграмі видно, що в меншій мірі у дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня) ЕГ порушене фізіологічне (немовленнєве) дихання. Найсильніше порушено мовленнєве (фонаційне) дихання.

Вивчення особливостей мовленнєвого дихання на формувальному етапі дослідження засвідчує, що більшості дітей з ТПМ (ЗНМ II рівня) КГ притаманний поверхневий тип дихання – 89,9%: вдих дорівнюється видиху, триває в середньому 1–1,5 с., при цьому інтервал часу вдих – видих короткий, недостатній для вимови частини речення. Під час вдиху

спостерігається підняття плечей, вдих – видих в більшості випадків здійснюється через ніс. Струмінь повітря під час видиху не цілеспрямований, а спрямований убік (спроба «забити м'яч у ворота» виконувалася з 3–4 разу).

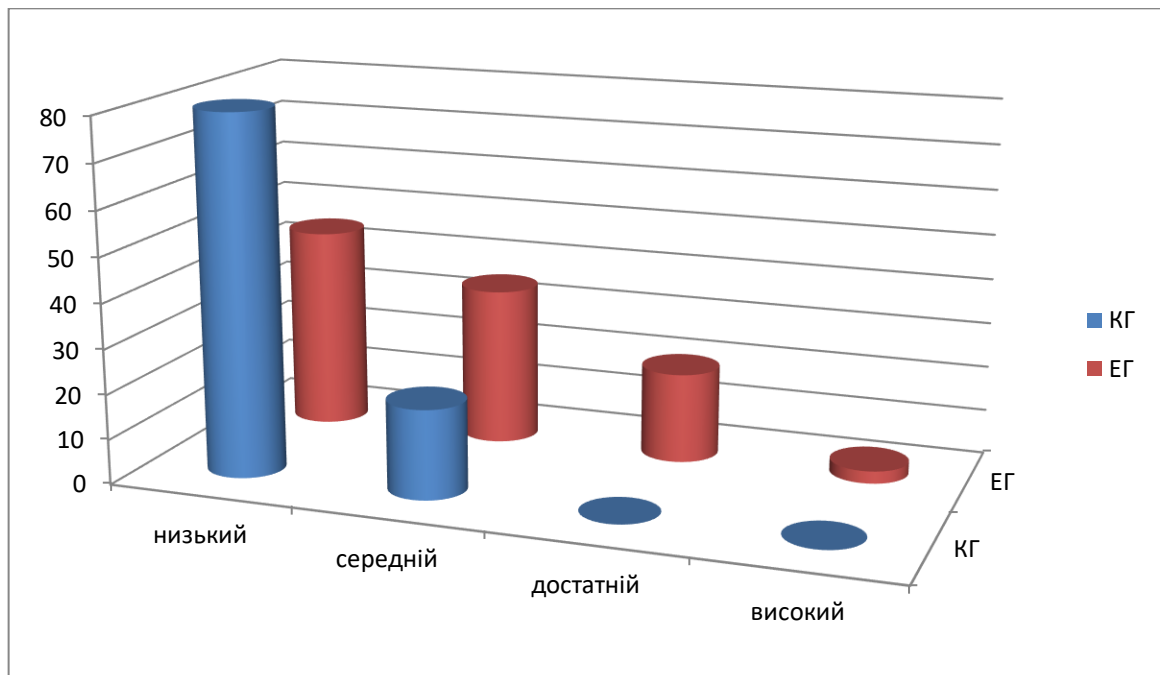


Рис. 3.3. Рівні сформованості мовленнєвого дихання у середніх дошкільників КГ та ЕГ на формувальному етапі дослідження

Аналогічно констатувального етапу дослідження, у дітей КГ ритм дихання не регулювався смисловим змістом мовлення: під час мовлення він зазвичай прискорюється; після вимови окремих складів або слів дитина робить поверхневий судомний вдих. Активний видих скорочений і відбувається здебільшого через ніс, незважаючи на часто напіввідкритий рот. Розбіжність у роботі м'язів, які здійснюють вдих та видих, призводить до появи тенденції розмовляти під час вдиху.

За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про ефективність використання експериментального комплексу вправ дихальної гімнастики на формувальному етапі дослідження: підвищення рівня сформованості як фізіологічного так і мовленнєвого (фонаційного) дихання у дітей з ТПМ ЕГ.

Додаткове залучення фахівців ЗДО до корекційно-розвивальної роботи з обраною категорією дітей сприяло збільшенню кількості дітей з достатнім

та середнім рівнем сформованості як фізіологічного так і мовленнєвого (фонаційного) типу дихання та одночасне зменшення кількісних показників з низьким рівнем сформованості. Серед дітей КГ показники рівнів сформованості зазначених типів дихання суттєво не відрізнялися від показників констатувального етапу дослідження.

3.3. Методичні рекомендації щодо використання комплексу вправ дихальної гімнастики з обраною категорією дошкільників

Комплекс вправ дихальної гімнастики на дихальну систему дошкільників з ТПМ – ЗНМ II рівня повинен здійснюватися в двох аспектах:

1. Участь в процесі корекційно-розвивальної роботи різних фахівців: логопеда, фахівця з лікувальної фізичної культури, вихователя з фізичної культури, при можливості – вихователів груп компенсуючого типу.

2. Використання дихальних вправ упродовж дня в різних режимних моментах (в тому числі і в домашніх умовах): в процесі освітньо-виховної діяльності, у спільній діяльності дорослого (педагога, батька) і дитини, на прогулянках [Лебедева, Н.В. Нетрадиционный подход к формированию речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи / Н.В. Лебедева. - М.: Союзпечать, 2000. - 122 с, с. 45].

Устаткування середовища для розвитку дихання є частиною предметно-розвиваючого середовища ЗДО.

Корекційна робота з розвитку мовленнєвого дихання у дітей середнього дошкільного віку із ТПМ ми рекомендуємо розділити на п'ять етапів, які повинні проходити в строгій послідовності:

Перший етап. Підготовка до розвитку діафрагмального типу дихання за традиційною методикою.

Цілями роботи на цьому етапі є розвиток функції зовнішнього дихання дитини, а також розвиток відчуттів рухів органів дихання, головним чином

діафрагми і передньої стінки живота, що відповідає діафрагмальному типу дихання.

Основні рекомендації з проведення комплексу вправ дихальної гімнастики:

- ✓ формувати у дітей знання про необхідність дихати носом, не піднімаючи плечей при вдиху, при активній участі в процесі дихання живота;
- ✓ розвивати у дітей навички носового дихання і первинних прийомів дихальної гімнастики, які є підготовкою до розвитку діафрагмального типу дихання;
- ✓ вчити дитину дихати при закритому роті, поперемінно затискаючи то одну, то іншу ніздрю, для посилення глибини вдиху перед ніздрями дитини створювати «віяло повітря»;
- ✓ вправи виконувати послідовно, спочатку лежачи, потім сидячи і стоячи;
- ✓ тривалість етапу регулюється результатами роботи (триває стільки, скільки необхідно для розвитку діафрагмального типу дихання);
- ✓ сформованість діафрагмального типу дихання визначається візуально і тактильно (за допомогою долоні, покладеної на область діафрагми дитини або м'якої іграшки);
- ✓ підтримувати активну увагу дошкільнят під час проведення занять, яке зосереджується на тривалості вдиху і видиху, на роботі діафрагми, тобто на відчуттях скорочень цієї групи м'язів;
- ✓ вправи можна проводити перед дзеркалом;
- ✓ дотримуватися регулярності і етапності роботи і поступового ускладнення запропонованих завдань;
- ✓ тривалість дихальних вправ на перших заняттях становить 30-45 секунд, поступово збільшуючи навантаження впродовж двох тижнів до 2-х хвилин. Вправи виконувати 5-6 разів. Надалі впродовж дня вправи необхідно повторювати 2-3 рази по 2 хвилини за прийом. Якщо вправа викликає запаморочення, то тривалість скорочується до 15-20 секунд [Лебедева, Н.В.

Нетрадиционный подход к формированию речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи / Н.В. Лебедева. - М.: Союзпечать, 2000. - 122 с, с. 67].

✓ На цьому ж етапі проводиться консультативно-просвітницька робота з батьками, рекомендації для розвитку мовленнєвого дихання батькам представлені в додатку Д.

Другий етап. Розвиток діафрагмального типу дихання з використанням елементів дихальної гімнастики О. Стрельникової.

Цілями роботи є подальший розвиток скорочувальної активності діафрагмальної м'язи, розвиток вміння здійснювати короткий, різкий вдих і плавний, тривалий видих, диференціація носового і ротового вдиху і видиху, а також розвиток скоординованих відносин між двома функціями: диханням і рухами тулуба або кінцівок.

На думку О. Стрельникової вдих необхідно здійснювати дуже коротко, миттєво, емоційно і активно:

- ✓ необхідно навчити дітей «таїти і ховати» дихання;
- ✓ при здійсненні «швидкого вдиху» проходження повітря через носові ходи супроводжується найбільшим шумом і примиканням ніздрів до носової перетинки;
- ✓ у вправі активно включати роботу всіх частин тіла (руки, ноги, голову, стегна, черевний прес, плечовий пояс тощо), що викликає загальну фізіологічну реакцію всього організму, підвищену потребу в кисні;
- ✓ для правильного розуміння і засвоєння дітьми дихальної вправи з формування досвіду здійснювати поспіль два «швидких вдихи» можна використовувати інструкцію: «Спробуємо нюхати повітря так, як це роблять тварини, наприклад: собачки – шумно і швидко. Їх вдихи нагадують хлопки в долоні – «нюх-нюх»;
- ✓ необхідно візуально і на слух (подвійний шум) контролювати виконання вдихів дітьми;
- ✓ привертати увагу дітей до руху ніздрів, тобто до скорочення м'язів, і наявності подвійного шуму;

- ✓ виконувати вправи за допомогою тактильного контролю: намотування нитки на клубок; піднесення тильного боку долоні до рота; рух руками по графічним схемам: гірки, доріжки, спіралі.

- ✓ видих здійснювати плавно, а не поштовхами;

- ✓ під час видиху губи складаються трубочкою, не слід стискати губи, надувати щоки;

- ✓ під час видиху повітря виходить через рот, не можна допускати виходу повітря через ніс (якщо дитина видихає через ніс, можна затиснути їй ніздрі, щоб вона відчувала, як повинно виходити повітря);

- ✓ видихати слід, поки не закінчиться повітря;

- ✓ розвивати здатність спрямовувати повітряний струмінь в потрібному напрямку [Кочеткова, И.Н. Парадоксальная гимнастика Стрельниковой / И.Н. Кочеткова. – М., 1989. – 142 с, с. 30-37].

Під час роботи за цим напрямком відбувається поступове ускладнення запропонованих завдань. Всі вправи на цьому етапі роботи ритмізовано. Кожна з них виконується по 7-8 разів, після 3-5 секундної перерви рекомендується переходити до наступної. Загальна тривалість гімнастики 5-6 хвилин.

На початку навчання засвоюється одна вправа. У кожен наступний раз додається по одній.

Третій етап. Розвиток фонаційного (мовленнєвого) видиху.

Метою роботи на цьому етапі є розвиток фонаційного (мовленнєвого) видиху. Увага дітей спрямовується не на «швидкий вдих», а на звучання голосу в процесі видиху. Особливістю роботи є поєднання дихальних вправ з роботою артикуляційного і голосового апаратів, що сприяє розвитку координації між диханням, голосом і артикуляцією.

Рекомендовані ігри та вправи подані в додатку.

Четвертий етап. Розвиток мовленнєвого дихання.

Метою роботи є розвиток безпосередньо мовленнєвого дихання –

правильного поєднання вдиху і видиху під час промовляння складів, слів і фраз: говорити необхідно на видиху, не можна добирати повітря під час промовлення слів і фраз, мовлення повинне бути плавним.

Цей етап є базовим в корекційно-розвивальній роботі з формування мовленнєвого висловлювання.

Кожна вправа триває не більше п'яти хвилин і повторюється 3-4 рази на кожному занятті (в день) з обов'язковою паузою між ними впродовж одного-двох тижнів.

П'ятий етап. Розвиток мовленнєвого дихання в процесі промовляння тексту.

Метою роботи є тренування мовленнєвого дихання під час промовляння розповідного і віршованого тексту.

Висновки до розділу 3

На формувальному етапі дослідження нами було розроблено, обґрунтовано та впроваджено комплекс вправ дихальної гімнастики.

Унікальність цього комплексу вправ в тому, що він призначений для корекційної роботи різними фахівцями: вчителя-логопеда, дефектолога, фахівця з лікувальної фізкультури, вихователя з фізичного виховання.

Вправи експериментального комплексу підібрані таким чином, що першочергово впливають на формування фізіологічного типу дихання, а на його основі – фонаційного і мовленнєвого.

У ході формувального етапу дослідження було визначено та обґрунтовано методологічну основу запропонованого експериментального комплексу вправ дихальної гімнастики, організацію його впровадження.

Було визначено п'ять етапів корекційно-розвивальної роботи. Надані методичні рекомендації фахівцям.

На формувальному етапі дослідження було визначено контрольну та експериментальну групи куди було залучено дошкільників з ТПМ (ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку), виявлення особливостей мовленнєвого дихання який здійснювалося на констатувальному етапі дослідження.

Це були дошкільната з ТПМ – ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку, які відвідували логопедичні групи (групи компенсу чого типу). Розподіл дітей із ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку було розподілено на контрольну групу (КГ) та експериментальну групу (ЕГ). Роподіл дітей з ТПМ відповідно до висновків вчителів-логопедів (за результатами аналізу мовленнєвих карт дітей) був наступним.

КГ – 6 дітей з ТПМ: ЗНМ II рівня. Дизартрія. – 1 дитина, ЗНМ II рівня. Алалія – 1 дитина, ЗНМ II рівня нез'ясованої генези – 4 дитини.

ЕГ – 7 дітей: ЗНМ II рівня. Дизартрія. – 2 дитини, ЗНМ II рівня. Алалія – 1 дитина, ЗНМ II рівня нез'ясованої генези – 4 дитини.

Розподіл дітей за рівнем мовленнєвого розвитку був однаковим, окрім цього, до ЕГ було залучена на одну дитину з дизартричним порушенням більше ніж у КГ.

На формувальному етапі дослідження, який тривав упродовж другого півріччя 2020-2021 н.р. (січень – травень місяці) до дітей ЕГ було запроваджене використання комплексу вправ дихальної гімнастики. Запропонований комплекс впроваджувався в роботу вчителя логопеда, фахівця з лікувальної фізичної культури і вихователя з фізичного виховання. Попередньо, з фахівцями були проведені консультації щодо умов та методичних вимог включення комплексу вправ дихальної гімнастики в корекційно-розвивальну роботу.

По відношенню до дітей КГ комплекс вправ дихальної гімнастики додатково не використовувався.

За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про ефективність використання експериментального комплексу вправ дихальної гімнастики на формувальному етапі дослідження: підвищення рівня

сформованості як фізіологічного так і мовленнєвого (фонаційного) дихання у дітей з ТПМ ЕГ.

Додаткове залучення фахівців ЗДО до корекційно-розвивальної роботи з обраною категорією дітей сприяло збільшенню кількості дітей з достатній та середнім рівнем сформованості як фізіологічного так і мовленнєвого (фонаційного) типу дихання та одночасне зменшення кількісних показників з низьким рівнем сформованості. Серед дітей КГ показники рівнів сформованості зазначених типів дихання суттєво не відрізнялися від показників констатувального етапу дослідження.

ВИСНОВКИ

У ході проведеного дослідження було зроблено наступні висновки.

1. У результаті ґрунтовного аналізу загальної та спеціальної психолого-педагогічної літератури було визначено та схарактеризовано типи дихання людини: фізіологічного та мовленнєвого, його анатомо-фізіологічні механізми. З'ясовано, що під час розвитку мовлення формується специфічний «мовленнєвий» механізм дихання, який складається з системи довільних психомоторних реакцій, тісно пов'язаних з опануванням усним мовленням.

Характер мовленнєвого дихання підпорядкований внутрішньому мовленнєвому програмуванню, а саме – семантичному, лексико-граматичному та інтонаційному наповненню мовленнєвого висловлювання.

За результатами опрацювання спеціальної логопедичної літератури схарактеризовано особливості мовленнєвого дихання при порушеннях мовлення. Визначено, що у всіх категорій дітей з порушеннями мовлення: фонетико-фонематичним недорозвитком, загальним недорозвитком мовлення, заїканням виявляється не сформованість мовленнєвого дихання. У дітей з тяжкими порушеннями мовлення – загальним недорозвитком мовлення різного рівня мовленнєвого розвитку окрім мовленнєвого, не сформованість фізіологічного типу дихання.

2. Ступінь розробки досліджуваної проблеми у загальній та спеціальній психолого-педагогічній літературі достатній. В зазначеній літературі ґрунтовно визначено прийоми розвитку мовленнєвого дихання у дітей з порушеннями мовлення. При цьому акцентуація зроблена, переважно, на логокорекційній роботі. Провідним прийомом роботи обрано дихальну гімнастику.

Найпоширенішими є методики, спрямовані на відновлення дихальної функції: диференціація ротового і носового видиху у дітей з ринолаліями А. Іпполітової; зняття напруги з м'язів всього тіла і органів артикуляції у

заїкуватих дітей Н. Різдваної, Л. Пеллінгер; оздоровлюючі і лікувальні методики К. Бутейко, О. Стрельнікової; образна гімнастика за М. Норбековим тощо.

3. На констатувальному етапі дослідження нами було визначено *показники* сформованості мовленнєвого дихання у дітей середнього дошкільного віку з ТПМ – ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку: визначення типу дихання, вивчення рівня сформованості у дітей ротового видиху, рівня сформованості диференційованого вдиху та видиху ротом та носом, рівень сформованості фонаційного дихання.

Та обґрунтовано *критерії* цих показників: кожен показник оцінювався від 1 до 4-х балів.

Окремо було розроблено та обґрунтовано рівні сформованості мовленнєвого дихання: високий, достатній, середній і низький.

4. На констатувальному етапі дослідження було отримано наступні результати вивчення рівня сформованості дихання у дошкільників середнього віку з ТПМ – ЗНМ II рівня та їх однолітками з нормо типовим розвитком.

Проведене дослідження дозволяло виявити, що у дошкільнят з ТПМ (ЗНМ II рівня) середнього віку у порівнянні з їх однолітками з нормотиповим мовленнєвим розвитком знижений обсяг повітря в легенях, що ускладнює розвиток нижньо-грудинного (діафрагмального) типу дихання, мовленнєве дихання порушується при виконанні простих мовленнєвих завдань і характеризується нераціональним використанням видиху, перериванням мовленнєвого видиху для додаткового вдиху, відсутністю раціонального співвіднесення фази видиху і реалізації артикуляційної програми висловлювання.

5. На формувальному етапі дослідження було розроблено, обґрунтовано та експериментально перевірено комплекс вправ дихальної гімнастики як засобу розвитку мовленнєвого дихання у дошкільників середнього віку з ТПМ (ЗНМ II рівня).

Унікальність цього комплексу вправ в тому, що він призначений для корекційної роботи різними фахівцями: вчителя-логопеда, дефектолога, фахівця з лікувальної фізкультури, вихователя з фізичного виховання.

Вправи експериментального комплексу підібрані таким чином, що першочергово впливають на формування фізіологічного типу дихання, а на його основі – фонаційного і мовленнєвого.

У ході формувального етапу дослідження було визначено та обґрунтовано методологічну основу запропонованого експериментального комплексу вправ дихальної гімнастики, організацію його впровадження.

Було визначено п'ять етапів корекційно-розвивальної роботи. Надані методичні рекомендації фахівцям.

6. На формувальному етапі дослідження було визначено контрольну та експериментальну групи куди було залучено дошкільників з ТПМ (ЗНМ II рівня мовленнєвого розвитку), виявлення особливостей мовленнєвого дихання який здійснювалося на констатувальному етапі дослідження.

За результатами проведеного дослідження можна зробити висновок про ефективність використання експериментального комплексу вправ дихальної гімнастики на формувальному етапі дослідження: підвищення рівня сформованості як фізіологічного так і мовленнєвого (фонаційного) дихання у дітей з ТПМ ЕГ.

Додаткове залучення фахівців ЗДО до корекційно-розвивальної роботи з обраною категорією дітей сприяло збільшенню кількості дітей з достатній та середнім рівнем сформованості як фізіологічного так і мовленнєвого (фонаційного) типу дихання та одночасне зменшення кількісних показників з низьким рівнем сформованості. Серед дітей КГ показники рівнів сформованості зазначених типів дихання суттєво не відрізнялися від показників констатувального етапу дослідження.

7. За результатами формувального етапу дослідження було розроблено та обґрунтовано методичні рекомендації щодо використання комплексу вправ дихальної гімнастики в комплексній корекційній роботі з

обраною категорією дітей призначені фахівцям: вчителям-логопедам, інструкторам з лікувальної та фізичної культури, вихователям, батькам.

Перспективу подальшого дослідження ми вбачаємо в розробці та експериментальній перевірці аналогічного комплексу вправ дихальної гімнастики для немовленнєвих дітей молодшого дошкільного віку (молодших дошкільників з затримкою психо-мовленнєвого розвитку).

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Акименко В. М. Новые логопедические технологии : учебно-метод. пособие. Ростов н/Д : Феникс, 2009. 105 с.
2. Анохин П. К. Избранные труды. Системные механизмы высшей нервной деятельности. М., 1979. 862 с.
3. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. М.: Медицина, 1975. 447 с.
4. Арутюнян Л. З. Мифы о рецидивах заикания. *Логопедия*. 2006. № 4. С. 53 – 56.
5. Архипова Е. Ф. Логопедическая работа с детьми раннего возраста : учебное пособие. М. : АСТ : Астрель, 2007. 224 с.
6. Бабушкина Р. Л. Логопедическая ритмика: Методика работы с дошкольниками, страдающими общим недоразвитием речи. СПб. : КАРО, 2005. 176 с.
7. Базовий компонент дошкільної освіти в Україні. *Дошкільне виховання*. 1999. № 1. С.6–19.
8. Белова О. Б. Характеристика особенностей розвитку психічних процесів у дітей з нормальним та порушеним мовленнєвим розвитком. *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*, Ч. II. 2010. № 10 (197). С. 92–99.
9. Белякова Л. И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи. М.: Книголюб, 2005. 56 с.
10. Богуш А. М. Мовленнєвий компонент дошкільної освіти. Х. : Вид-во «Ранок», 2011. 176 с. (Дошкільна освіта).
11. Боряк О. В. Корекція просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Суми : Вид-во Сум ДПУ імені А. С. Макаренка, 2013. 192 с.
12. Бурлакина О. В. Комплексы упражнений для формирования правильного речевого дыхания. СПб.: Детство-Пресс, 2012. 76 с.

13. Винарская Е. Н. Раннее речевое развитие ребенка и проблемы дефектологии. М. : Просвещение, 1987. 157 с.
14. Волкова Г. А. Логопедическая ритмика : Учеб. пособие для студентов пед. ин-тов по спец. № 2111 «Дефектология». М. : Просвещение, 1985. 191 с.
15. Волкова Л. С. Хрестоматия по логопеди. М.: Гуманит. изд. Центр ВЛАДОС, 1997. 486 с.
16. Галущенко В. І. Дослідження ритмічної здатності у дітей зі стертою формою дизартрії. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету : Серія соціально-педагогічна*. Випуск VIII. 2019. С. 166–171.
17. Гринер Вера Александровна. Логопедическая ритмика для дошкольников. Пособие для работников логопедических учреждений. М., Учпедгиз, 1951. 120 с.
18. Дихальна гімнастика. <https://medium.com/way-to-yourself/health-air-d7336b96dde4>
19. Жинкин Н. И. Механизмы речи. М.: Директ-Медиа. 2008. 1104 с.
20. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия: Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. М.: Наука. 314 с.
21. Качур
22. Качур
23. Конопляста С. Ю., Сак Т. В. Логопсихологія : навч. посіб. К.: Знання, 2010. 293 с.
24. Коррекция речевых и неречевых расстройств у дошкольников: диагностика, занятия, упражнения, игры. Волгоград : Учитель, 2010. 141 с.
25. Кочеткова И. Н. Парадоксальная гимнастика Стрельниковой. М., 1989. 142 с.
26. Купчак О. М. Корекція мовлення у дітей зі складними психофізичними розладами засобами логоритміки. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка*. 2009. Вип. XII. С. 304–307.

27. Лебедева Н. В. Нетрадиционный подход к формированию речевого дыхания у дошкольников с нарушением речи. М.: Союзпечать, 2000. 122 с.
28. Логопедія. Підручник, друге видання, перероблене та доповнене. К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. 672 с.
29. Логопедія. Підручник. К. : Видавничий Дім «Слово», 2010. 376 с.
30. Максимов И. В. Фониатрия. М.: Медицина, 1987. 288 с.
31. Методичний посібник по реабілітації мовнорухових, мімічних і вокальних аналізаторів людини та профільних хворих у період удосконалення та розвитку мови. Вінниця; Хмельницький : ЦНТЕТ, 2005. 32 с.
32. Нейман Л. В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи: Учеб. для студ. высш. пед. учеб. Заведений. М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001, 224 с.
33. Овчинникова Т. С. Музыка, ритм і співи в логопедичній роботі: методичний посібник для логопедів, учителів, вихователів і музичних керівників загальноосвітніх і спеціальних навчальних закладів. Кременчук : Християнська Зоря, 2009. 83 с.
34. Паров Ю. Азбука дыхания: пер. с нем. И.Н. Громыко. Мн.: Полымя, 1988. 47 с.
35. Пахомова Н. Г. Диагностика мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі: навчально-методичний посібник. Полтава : ТОВ «АСМІ», 2009. 107 с.
36. Пахомова Н. Г. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.03 «Корекційна педагогіка». К., 2006. 20 с.
37. Педагогическая диагностика и коррекция речи (из опыта работы). Ростов-н/Д, 1997. 296 с.

38. Педагогический основы логопедической помощи детям дошкольного возраста (из опыта работы). Ростов-н/Д. Изд-во : Ростов.гос.пед.ун-та, 1996. 74 с.
39. Пищалка Я. О. Конспекти логоритмічних занять для дітей дошкільного віку із фонетико-фонематичним недорозвитком мовлення. Запоріжжя : ТОВ «ЛПІС» ЛТД, 2009. 188 с.
40. Піроженко Тамара. Мовлення дитини : Психологія мовленнєвих досягнень дитини. К. : Главник, 2005. 112 с.
41. Плиска О. І. Фізіологія вищої нервової діяльності та сенсорних систем : Посібник. К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2009. 285 с.
42. Поваляева М. А. Поиск нетрадиционных методов в коррекционной педагогике. Ростов-н/Д : Изд-во : Ростов. гос. пед. ун-та, 1997. 70 с.
43. Поварова И. А. Особенности формирования просодики в онтогенезе и дизонтогенезе: (на примере заикания). *Логопедия*. 2016. № 1. С. 12–31.
44. Полежаева Л. В. Детская речь и ее развитие. «Педагогика раннего возраста». М., 1927. С. 19–24.
45. Притиковська С. Д., Шеремет Б. Г. Вплив координаційних рухів на корекцію мовленнєвих порушень в дітей з загальним недорозвитком мовлення. *Зб. наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка*. 2019. Вип. XII. С. 327 - 330.
46. Пушкар Л. В. Методичні засади формування музичних компетенцій студентів педагогічних університетів: автореферат дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : 13.00.02 «Педагогика». Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка. Київ, 2009, 20 с.
47. Расстройства речи у детей и подростков. Изд-во «Медицина», 2009. 288 с.
48. Ребенок. Раннее выявление отклонений в развитии речи и их преодоление: учеб.-метод. пособие. Москва; Воронеж, 2003. 287 с.

49. Речь. Артикуляция и восприятие. М.-Л. : Наука, 1965. 24 с.
50. Рібцун Ю. В. Барвистий килимок : дидакт.-мовлен. Гра. *Дошкіль. виховання*. 2005. № 5 С. 28.
51. Рібцун Ю. В. Дитина із порушенням мовленнєвого розвитку. Путівник для батьків дітей з особливими освітніми потребами : навч.-метод. посіб. К. : ТОВ ВПЦ «Літопис-ХХ». 2010. 36 с.
52. Рібцун Ю. В. Інноваційний підхід до організації та проведення артикуляційної гімнастики в логопедичній групі. *Дошкільна освіта*. 2011. № 3 (33). С. 31–43.
53. Рібцун Ю. В. Ігри для ротика : вправи на розвиток мовлен. Дихання. *Дошкіль. виховання*. 2007. № 4. С. 28–29.
54. Рібцун Ю. В. Ігри з кольором як засіб корекції ФФНМ у дітей середнього дошкільного віку. *Дефектологія*. 2008. № 4. С. 13–17.
55. Рібцун Ю. В. Концептуальні підходи до організації ігор-занять в умовах логопедичної групи спеціального ДНЗ компенсуючого типу. *Дефектологія. Особлива дитина: навч. та вихов.* 2011. № 4. С. 6–9.
56. Рібцун Ю. В. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей молодшого дошкільного віку із ЗНМ : програмно-методичний комплекс. К. : Освіта України, 2011. 292 с.
57. Руководство по фониатрии. Изд-во «Медицина», Ленинградское отделение, 1970. 271 с.
58. Савкова З. В. Техника звучащего слова. СПб: СПбГУКИ, 1997. 95 с.
59. Тарасун В. В. Нейропсихологічна діагностика мовленнєвих функцій дітей дошкільного віку: матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції [«Новітні медико-психолого-педагогічні технології діагностики, запобігання і подолання мовленнєвих розладів»]. Полтава, 2009. С. 192 - 200.
60. Теорія і практика сучасної логопедії : зб. наук. пр. Випуск 3. Київ : Актуальна освіта, 2006. 147 с.

61. Тихеева Е. И. Развитие речи детей раннего и дошкольного возраста. М., 1972. 176 с.
62. Ткаченко Б. И. Нормальная физиология человека. М.: Медицина, 2005, 928 с.
63. Ткачук О.
<http://dspace.pdpu.edu.ua/bitstream/123456789/10089/1/Tkachuk%202010.pdf>
64. Трофіменко Л. І. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із ЗНМ : Програмно-методичний комплекс. К. : Актуальна освіта, 2007. 120 с.
65. Филичева Т. Б. Дети с общим недоразвитием речи. Воспитание и обучение. Учебно-методическое пособие. М. : «Издательство ГНОМ и Д», 2000. 128 с.
66. Филичева Т. Б. Коррекционное обучение и воспитание детей 5-летнего возраста с общим недоразвитием речи. М., 1991. 44 с.
67. Филичева Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: практ. Пособие. Москва : Айрис пресс : Айрис Дидактика, 2007. 209 с.
68. Филичева Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста : Практическое пособие. М. : Айрис-пресс. 2004. 224 с.
69. Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения. М.: «Просвещение», 1989. 166 с.
70. Шашкина Г. Р. и др. Логопедическая работа с дошкольниками: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений. Издательский центр «Академия», 2003. 240 с.
71. Шашкина Г. Р. Логопедическая ритмика для дошкольников с нарушениями речи : Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений. М. : Издательский центр «Академия», 2005. 192 с.
72. Шейкин Р. Л. «Частотное положение "центра тяжести" формант как полезный признак при восприятии гласных». М.: Просвещение. 480 с.

73. Шеремет М. К. Основні закономірності засвоєння рідної мови дітьми раннього віку: нейрофізіологічний аспект / Матеріали II Міжнародної науково-практичної конференції «Новітні медико-психолого-педагогічні технології діагностики, запобігання і подолання мовленнєвих розладів», 1 – 2 жовт. 2009 р. [Текст]. Полтава : ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2009. 242 с.

74. Шеремет М. К., Манько М. Науково-теоретичні засади проблеми діагностики і корекції мовленнєвого розвитку в дітей раннього віку. *Науковий часопис НПУ імені М.П.Драгоманова. Серія 19. Корекційна педагогіка та психологія. Зб. наукових праць*. К., 2017. № 8. С. 88.

75. Шеремет М. К., Пахомова Н. Г. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі : Навчально-методичний посібник. К., 2009. 137 с.

ДОДАТКИ

Додаток А

Методика виявлення рівня сформованості фізіологічного та мовленнєвого дихання у дошкільників з ТПМ серенього віку

Методика дослідження мовленнєвого дихання

Завдання 1. Гра «Раз, два, три – замри»

Мета: визначити тип фізіологічного дихання і тривалість вдиху та видиху у спокійному стані як чинника впливу на плавність звучання мовлення.

Інструкція: «На рахунок три тобі потрібно завмерти: не рухатися і не розмовляти».

Під час гри експериментатор на основі тактильно-вібраційних відчуттів визначав тип дихання дитини (підняттям плечей, рухами грудної клітки); за допомогою секундоміра тривалість вдиху та видиху.

Завдання 2. Гра «Вітер та хмари»

Мета: визначити спрямованість струменя повітря під час видиху як необхідної умови для вимови звуків.

Інструкція: «Ось паперові хмаринки, які нікуди не рухаються, бо немає вітру. Я пропоную тобі бути Вітерцем і дути на ту хмаринку, яку я тобі запропоную, але дути на хмаринку потрібно якомога довше, щоб вона відлетіла якомога далі».

Для визначення тривалості та цілеспрямованості струменя повітря, який видихає дитина, їй пропонується гра «Вітер та хмари», під час якої дитина повинна спрямовувати струмінь повітря, який видихається, на запропоновану їй паперову хмаринку, яка гойдається на ниточці довжиною 20 см. Під час виконання завдання експериментатор фіксує напрям струменя та за допомогою секундоміра – тривалість.

Завдання 3. «Футбол»

Мета: визначити силу струменя повітря під час видиху як відносного показника об'єму повітря конкретної дитини.

Інструкція: «Ось паперовий м'ячик, який потрібно забити у ворота. Для цього на нього потрібно подути з усієї сили».

Шлях паперового м'яча, на який дує дитина, вимірюється лінійкою.

Завдання 4. Розкажи вірш, скоромовку

Мета: визначити тривалість вдиху та видиху під час фонації як показника рівня розвитку мовленнєвого дихання.

Інструкція: «Розкажи свій улюблений вірш або вірш, який ти підготував (ла) до свята». Наприклад: «Жук упав, встати не може, / може хтось і допоможе» (включає 9 слів – 16 складів), вірш: «Міла в мамі взяла мило, / Міла милом Маню мила» (включає 9 слів – 16 складів).

Для визначення тривалості вдиху та видиху під час фонації дітям пропонується розповісти найулюбленіший вірш або вірш, який пропонує експериментатор (за умови відсутності в ньому дефектних звуків). Перед початком розповіді дитині пропонується зробити попередній вдих. За секундоміром фіксується кількість звуків, яку дитина вимовляє під час видиху. Результати записуються у протокол і порівнюються.

Додаток Б

**Протокол вивчення особливостей фізіологічного та мовленнєвого
дихання дітей середнього дошкільного віку**

Прізвище, ім'я _____

Вік _____

Логопедичний діагноз _____

№ завдання	Тип дихання			Тривалість (секундах)	
	грудний	брюшний	мішаний	вдих	видих
№ 1. «Раз, два, три – завмири»					
№ 2 «Вітер та хмари»	Напрямок струму повітря				
	Цілеспрямований	Нецілеспрямований	Невизначений напрям струму		
№ 2. «Футбол»				Довжина	
№ 3 Вірш	Час фонації			Час пауз	Кількість звуків
№ 3 Скоромовка					
Домінуючий тип дихання	Аналіз виконання завдання				
Тривалість фізіологічного видиха та його сили	Фізіологічний видих: Сила видиху:				
Тривалість фонаційного видиху	Аналіз виконання завдання				
Характер мовленнєвого дихання	Висновки				

Додаток В**Статичні дихальні вправи, які було включено до експериментального комплексу вправ дихальної гімнастики****«Гойдалки»**

Мета: поліпшити функцію фізіологічного дихання, освоїти первинні прийоми дихальної гімнастики.

Обладнання: м'які іграшки невеликого розміру.

Дитині, що знаходиться в положенні лежачи, кладуть на живіт в області діафрагми легку іграшку.

Інструкція: «Покладемо іграшку на живіт і подивимося, як вона піднімається, коли ти робиш вдих, і опускається, коли ти робиш видих. Вдих і видих робимо через ніс ».

Відповідно до інструкції педагога дитина стежить очима за підніманням і опусканням іграшки слідом за скороченням і розслабленням діафрагми. Увага дитини звертається на те, що іграшка стає «живою», якщо вона дихає животом.

Вправу можна супроводжувати римуванням, яке промовляє фахівець:

Гойдаю рибку на хвилі,

Те вгору (вдих),

Те вниз (видих)

Пливе по мені.

або

Гойдалки вгору (вдих),

Гойдалки вниз (видих),

Міцніше ти, друже, тримайся.

«Бегемотик»

Мета: поліпшити функцію фізіологічного дихання, освоїти первинні прийоми дихальної гімнастики.

Дитина, яка перебуває в положенні лежачи, кладе долоню на область діафрагми, тобто робота діафрагми сприймається нею не тільки візуально, а й тактильно (відчувається долонею).

Інструкція: «Поклади долоню на те місце, де раніше лежала іграшка, і відчуй, як живіт піднімається, коли ти робиш вдих, і опускається, коли ти робиш видих».

Вправа супроводжується римуванням:

Бегемотики лежали,

Бегемотики дихали.

То животик піднімається (вдих),

То животик опускається (видих).

«Дзеркало»

Мета: поліпшити функцію фізіологічного дихання, освоїти первинні прийоми дихальної гімнастики.

Дитина, яка перебуває в положенні стоячи, кладе долоню на область діафрагми. Вправа виконується перед великим дзеркалом.

Інструкція: «Встань перед дзеркалом, поклади долоню на живіт, подивися, як він рухається, якщо ти дихаєш правильно».

«Водолази за перлами»

Мета: поліпшити функцію зовнішнього дихання, збільшити силу дихальних м'язів.

Інструкція: «На морському дні лежить красива перлина. Дістати її зможе той, хто вміє затримувати дихання ».

Дитина в положенні стоячи робить два спокійних вдиху і два спокійних видиху через ніс, а з третім глибоким вдихом закриває рот, затискає пальцями ніс і присідає до бажання зробити видих.

Додаток В.1

**Динамічні дихальні вправи, які було включено до експериментального
комплексу вправ дихальної гімнастики**

«Собачки» (базова вправа)

Мета: навчання дітей виконанню подвійних «швидких вдихів» через ніс в положенні стоячи.

Дитина стоїть перед педагогом, підборіддя злегка піднятий, плечі розправлені, руки на поясі, ноги на ширині плечей.

Інструкція з поетапною демонстрацією вправи: «Нюхаємо повітря шумно, швидко, як собачки. Нюхаємо по два рази: «нюх-нюх» і відпочиваємо. Дивіться на мене і слухайте, як я буду нюхати повітря ».

Педагог демонструє вдихи, при яких чути шум повітря і видно, як ніздрі зближуються з носовою перетинкою.

Вправа виконується педагогом разом з дітьми, а потім діти виконують «швидкі вдихи» перед дзеркалом. Необхідно звернути увагу дітей на те, щоб вдихи не супроводжувалися рухами плечей, а видих був довільним, що не затримувався.

«Мишки»

Мета: навчання дітей виконанню подвійних «швидких вдихів» через ніс в положенні стоячи. Дитина стоїть, підборіддя злегка піднятий, плечі розправлені, руки на поясі, ноги на ширині плечей.

Інструкція: «За моїм сигналом – швидкого руху руки вгору – виконуємо швидкі вдихи ».

Якщо хтось із дітей не може зрозуміти, коли треба робити «швидкі вдихи», то педагог супроводжує рухи руки словами «нюх-нюх».

Вправа супроводжується римуванням:

Мишки водять хоровод,

На дивані спить кіт.

І мишачий хоровод

Раптом побачив сірий кіт

(два коротких «швидких вдиху» за сигналом педагога).

«Кіт понюхав нас! Ура!

розбігайся дівчата!»

або

За скляними деревами

Жде ведмедик з пирогами.

Здрастуй, Мішенька – дружок,

Дай-но з'їсти пиріжок (два коротких «швидких вдиху» за сигналом педагога).

Марширування з поворотами голови

Мета: розвиток діафрагмального типу дихання під час ходьби.

Дитина стоїть, голова прямо, підборіддя злегка підняте, плечі розправлені. Можна виконувати з групою дітей, що стоять в колоні по одному. Педагог показує вправу цілком.

Інструкція з поетапною демонстрацією вправи: «На перший крок повертаємо голову направо і нюхаємо повітря: «нюх-нюх». Потім дивимося прямо, робимо поспіль три кроки і відпочиваємо. А тепер робимо крок і повертаємо голову наліво, нюхаємо повітря: «нюх-нюх». Знову дивимося прямо, робимо три кроки і відпочиваємо. Всі рухи виконуємо під мої хлопки в долоні. Вам плескати не треба. Подивіться, як я буду крокувати, повертати голову і нюхати повітря ».

Схема: діти стоять один за одним; на рахунок «раз» - крок з поворотом голови направо і два «швидких вдихи»; щодо «два», «три», «чотири» - повернення голови в початкове положення, ходьба в такт, вільний видих; щодо «раз» - крок з поворотом голови наліво і два «швидких вдихи»; на рахунок «два», «три», «чотири» - повернення голови в початкове положення, ходьба в такт, вільний видих.

Насос

Мета: подальша тренування діафрагмального дихання і збільшення обсягу легень.

Дитина стоїть, ноги на ширині плечей, руки опущені, кисті зведені, долоні стискають паличку («рукоятку насоса»).

Інструкція з поетапною демонстрацією вправи: «Будемо накачувати шину і нюхати повітря. Взяли насос в руки, робимо невеликий нахил вперед - «нюх» - раз. Трохи випростались. Ще нахил - «нюх» - два. Тепер випростались, відпочиваємо - три, чотири, п'ять».

Педагог показує вправу цілком і задає ритм і темп рухів за допомогою рахунку або ударів в долоні.

З дітьми, які не можуть з'єднати «швидкі вдихи» з рухами, проводиться індивідуальна робота.

Схема: «раз» - нахил вперед, «швидкий вдих», злегка випрямитися; «два» - нахил вперед, «швидкий вдих»; «три», «чотири», «п'ять» - вихідне положення, видих.