



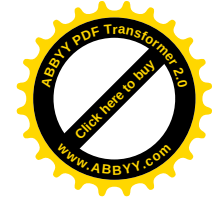
Міністерство освіти і науки України
Сумський державний педагогічний університет ім. А.С. Макаренка
Інститут фізичної культури
Управління освіти і науки Сумської облдержадміністрації
Управління освіти і науки Сумської міської ради
Управління охорони здоров'я Сумської міської ради

**Збірник присвячений 85-річчю університету та
30-річчю Інституту фізичної культури**

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ ЛОГОПЕДІЇ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ

**МАТЕРІАЛИ І ОБЛАСНОЇ
НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ**

Суми
Видавництво СумДПУ ім. А.С. Макаренка
2010



УДК [376.1-056.264+615.825] (082)

ББК [74.37+53.541] я43

С91

Друкується згідно з рішенням вченої ради
Сумського державного педагогічного університету ім. А.С. Макаренка

Редакційна колегія:

Лянной Ю.О. – кандидат педагогічних наук, професор;

Лянной М.О. – кандидат педагогічних наук, доцент;

Кравченко А.І. – кандидат педагогічних наук, доцент;

Мороз Л.В. – кандидат педагогічних наук, доцент;

Кукса Н.В. – кандидат педагогічних наук;

Звіряка О.М. – кандидат наук з фізичного виховання та спорту;

Феденко О.О. – спеціаліст управління освіти і науки
Сумської міської ради з питань дошкільної освіти;

Гасва Н.Ф. – завідувач обласної психолого-медико-педагогічної
комісії;

Скварча Н.В. – завідувач міської психолого-медико-педагогічної
комісії;

Гришанова В.П. – учитель-методист, спеціаліст вищої категорії,
міський логопед

Рецензент:

Шеремет М.К. – доктор педагогічних наук, професор, завідувач
кафедри логопедії Інституту корекційної педагогіки і психології
Національного педагогічного університету ім. М. П. Драгоманова

С91 Сучасні проблеми логопедії та реабілітації : матеріали І обл. наук.-
практ. конф. – Суми : Вид-во СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2010. –
244 с.

У збірнику подано наукові статті та матеріали викладачів, аспірантів,
логопедів, учителів-дефектологів, психологів, присвячені сучасним
проблемам логопедії та реабілітації.

УДК [376.1-056.264+615.825] (082)

ББК [74.37+53.541] я43

© Видавництво СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2010

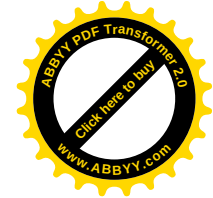


ЗМІСТ

СЕКЦІЯ 1

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ

Арешина Ю.Б. Аюрведична дієтотерапія у фізичній реабілітації дітей 4-6 років, які мають рецидивний бронхіт	9
Кравченко А.І., Мордвінова А.В. Методика точкового масажу при вегетосудинній дистонії	17
Крамінська Н.В. Особливості розвитку дошкільників з вадами слуху	26
Кукса Н.В. Формування навичок самообслуговування у дітей із церебральним паралічем	33
Ласточкіна О.В., Ласточкін В.М. Вплив засобів медіа на мовленнєвий розвиток дитини	40
Литвиненко В.А. Розвиток творчих здібностей у дошкільників із мовленнєвими порушеннями.....	47
Лянной М.О. Фізична реабілітація юнаків-інвалідів з наслідками дитячого церебрального паралічу в пізній резидуальній стадії.....	55
Мордвінова А.В., Бурла О.М. Організація занять з фізичної культури студентів спеціальних медичних груп хворих на вегетосудинну дистонію	66



Мороз Л.В. Характеристика рухливості у суглобах дітей молодшого шкільного віку з ДЦП.....	72
Полуляшенко М.С. Становлення викладання медико-біологічних дисциплін в процесі підготовки корекційних педагогів.....	78

СЕКЦІЯ 2

ПРОБЛЕМИ ЛОГОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ТА ДОРΟΣЛИМ

Андросова В.М. Використання монтессорівських сенсорних вправ для розвитку і корекції мовлення у дітей дошкільного віку	86
Боряк О.В. Особливості просодичної сторони мовлення дітей дошкільного віку із дизартрією.....	92
Бузинок Н.М., Міщенко А.М., Мимоход Я.В., Чавдар О.М. Масаж як один із методів корекції в логопедії	102
Головенко Н.М. Організація логопедичної допомоги в Україні та світі.....	107
Гурець О.П. Подолання ротацизму у дітей молодшого шкільного віку	122
Гусєва Н.О. Планування корекційно-відновлювальної роботи у групах компенсуючого типу для дітей з вадами мовлення крізь призму Базової програми розвитку дитини дошкільного віку «Я у Світі» (з досвіду роботи).....	127
Зелінська К.О. Розвиток мовлення у дітей з інтелектуальною недостатністю	135



Кравцова І.В., Стахова Л.Л. Підготовчий етап корекційної роботи як основа корекції фонетико-фонематичної системи мовлення дошкільника із ФФНМ.....	141
Кравченко А.І., Симбірська Н.В. Корекція вад мовлення у дітей з ДЦП.....	147
Лисиця Я.В., Самчина В.В., Омельченко Ю.В. Застосування логоритміки в логопедичній роботі з дітьми-дислаліками	154
Неліна С.П. Різноманітність та складність логопедичної допомоги дітям дошкільного віку.....	158
Стахова Л.Л. Рівень професійної компетентності вчителя-логопеда як необхідна передумова ефективної корекційної роботи.....	165
Феденко О.О. Робота вихователя дошкільного закладу з дітьми, які мають мовленнєві порушення.....	170

СЕКЦІЯ 3

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ, НАПРЯМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСІБ ІЗ ПСИХОФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ

Коштур Я.Є. Методичні особливості початкового навчання плавання розумово відсталих підлітків	176
---	-----



Кравченко А.І., Чхайло М.Б., Кравченко І.В. Реабілітаційні аспекти та фізіологічні засади фізичних навантажень осіб із вадами зору	188
Корж Ю.М. Методика фізичного виховання корекційної спрямованості з використанням гумово-поролонових тренажерів та еспандерів	198
Лоза Т.О., Картава Ю.А. Вивчення впливу різних фізичних вправ з метою корекції фізичного та психічного розвитку дітей з вадами зору.....	202

СЕКЦІЯ 4

СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОЗДОРОВЛЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Золотарьова Т.В. Прямі та обернені процеси між системами «особистість» і «дефект» у дітей із психофізичними порушеннями.....	210
Кійко Л.В. Актуальні питання реабілітаційної та корекційно-розвивальної роботи з дітьми з психофізичними вадами (з досвіду роботи)	222
Лянна О.В. Застосування точкового масажу для нормалізації психоемоційного стану осіб з післяінсультною афазією	227
Міхєєнко О.І. Головні причини недотримання правил і норм здорового способу життя.....	234
НАШІ АВТОРИ	240



***Шановні учасники I обласної
науково-практичної конференції
“Сучасні проблеми логопедії та
реабілітації”!***

З нагоди 85-річного ювілею Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка та 30-річчя створення Інституту фізичної культури дозвольте щиро сердно привітати всіх педагогічних працівників з цими визначними датами!

Історія Інституту фізичної культури бере свій початок з 1980 р., коли було створено факультет фізичної культури з метою підготовки вчителів фізичної культури для Сумського регіону.

Інститут фізичної культури був створений 1 вересня 2006 р. рішенням вченої ради університету і наказом ректора як структурний підрозділ СумДПУ ім. А. С. Макаренка на базі факультету фізичної культури.

Свій вагомий внесок у розбудову Інституту фізичної культури безпосередньо зробили попередні декани факультету: професор Кудренко А. І. (1982-1994 рр.), доценти Бріжаний О. В. (1994-2001 рр.), Томенко О. А. (2001-2006 рр.).

Сьогодні Інститут фізичної культури є науковим і навчально-методичним центром підготовки висококваліфікованих фахівців галузей фізичного виховання і спорту, педагогічної освіти та туризму: вчителів фізичної культури та валеології, організаторів туристичної роботи, тренерів-викладачів з різних видів спорту, фізичних реабілітологів, менеджерів з туризму, корекційних педагогів-логопедів.

Випускники Інституту фізичної культури працюють в освітніх, навчально-спортивних, лікувально-профілактичних, оздоровчо-рекреаційних закладах на посадах учителів фізичної культури та валеології, тренерів-викладачів, керівників відділів



фізичної культури та спорту, спортивних товариств, завідувачів реабілітаційних відділень, фізичних реабілітологів, інструкторів лікувальної фізичної культури та масажу, організаторів туристичної роботи тощо.

З 2006 року в Інституті фізичної культури здійснюється підготовка фахівців за напрямом "Корекційна освіта. Логопедія". За цей період було створено необхідні матеріально-технічні та науково-методичні умови для забезпечення підготовки майбутніх вчителів-логопедів на високому якісному рівні. Налагоджено зв'язки з управлінням освіти і науки Сумської облдержадміністрації, управлінням освіти і науки Сумської міської ради, управлінням охорони здоров'я Сумської міської ради, міською та обласною ПМПК, загальноосвітніми та спеціалізованими дошкільними, шкільними та соціально-реабілітаційними закладами міста та області.

Постійно підтримуються наукові зв'язки і наукова співпраця з провідними вищими навчальними закладами України: Національним педагогічним університетом ім. М. П. Драгоманова, Інститутом корекційної педагогіки і психології, Інститутом спеціальної педагогіки АПН України, Південноукраїнським державним педагогічним університетом імені К. Д. Ушинського. Налагоджені наукові зв'язки з Кам'янець-Подільським національним університетом ім. Івана Огієнка.

Отже, у цей визначальний для університету та інституту час хотілося б побажати освітянам, які плідно, старанно та наполегливо наближали ці ювілейні дати подальших успіхів у підготовці висококваліфікованих педагогічних кадрів для освітянських потреб держави, наснаги та здоров'я на нелегкій освітянській ниві.

Ю.О. Лянной,
кандидат педагогічних наук, професор,
директор Інституту фізичної культури



СЕКЦІЯ 1

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ

Арєшина Ю. Б.

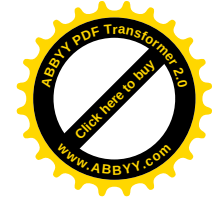
СумДПУ ім А. С. Макаренка

АЮРВЕДИЧНА ДІЄТОТЕРАПІЯ У ФІЗИЧНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДІТЕЙ 4 - 6 РОКІВ, ЯКІ МАЮТЬ РЕЦИДИВНИЙ БРОНІХТ

Постановка проблеми. У наш час існує багато модних дієт, кожна з яких обіцяє повернути людині здоров'я та позбавити всіх хвороб. Проте часто можна помітити різко протилежні точки зору щодо харчування в рекомендаціях різних авторів. Дане питання є надзвичайно важливим, адже харчування зумовлює будову нашого тіла, дає здоров'я або сприяє хворобі. Недаремно стародавні лікарі говорили: «Людина є тим, що вона їсть».

Як і всі інші засоби оздоровлення, дієтотерапія має бути цілком індивідуальною: що підходить одному, може бути отрутою для іншого. Тому не можна категорично стверджувати про абсолютну користь або шкоду певних харчових продуктів (звичайно, за винятком ненатуральних, тих, які містять штучні домішки: барвники, ароматизатори, консерванти тощо).

Цікаве розв'язання даної проблеми пропонує індійська система оздоровлення Аюрведа. Вона бере початок із глибини віків і збереглася до сьогодні. В Аюрведичних трактатах можна знайти записи про такі винаходи, які не втратили своєї значущості навіть у часи наукового і технічного прогресу. Багато медичних процедур і технік, які застосовуються у сучасній медицині, вже були описані в Аюрведі до початку нашої ери. Крім суто медичних, Аюрведа містить широкий арсенал знань у



сфері оздоровлення. На окремих аспектах цих знань базуються авторські оздоровчі системи, народна медицина різних країн світу. Цілісною системою вони залишаються лише в Аюрведі.

В Аюрведі виділяють 3 життєвих принципи, які регулюють усі процеси в нашому організмі: Вітер, Жовч та Слиз. Усі вони можуть знаходитися у тілі у різному співвідношенні, що є одним із факторів, які зумовлюють різноманітність людей: особливості протікання фізіологічних процесів, конституцію, схильність до певних хвороб та ін [1]. Проте у певні вікові періоди ці життєві принципи здатні проявлятися більшою мірою, ніж в інші: з народження до статевого дозрівання переважає принцип Слизу, він надзвичайно важливий, оскільки забезпечує ріст та розвиток дитини; від статевого дозрівання до середнього віку – принцип Жовчі; від середнього віку до кінця життя – принцип Вітру [2].

Важливо знати й те, що під час порушення рівноваги та за значної переваги життєві принципи можуть викликати пов'язані з ними хвороби. Уважається, що такі хвороби проявляються найбільше все у тих ділянках тіла, які вважаються вмістилищем того чи іншого життєвого принципу. Розглянемо далі докладніше принцип Слизу, який важливий для дитячого віку.

Вмістилищем Слизу є область на тілі від верхівки голови до діафрагми (тобто голова, шия, руки, грудна клітка). Відповідно і хвороби, які спричиняються надмірним вмістом Слизу, зосереджені у цій ділянці. Цю групу хвороб можна охарактеризувати, виходячи з властивостей слизу: Усі вони супроводжуються великим виділенням слизового секрету (мокротиння при бронхіті, слиз носової порожнини при нежиті), застійними явищами у місці хвороби, утрудненням проходження речовин по ділянці ураження (утруднення дихання при застуді, бронхіті, тобто утруднення току повітря по дихальних шляхах, накопичення мокротиння тощо) [2; 3].



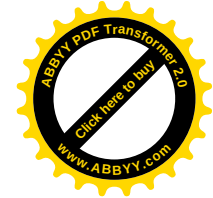
Цікаво, що всі харчові продукти також мають різні співвідношення Слизу, Жовчі та Вітру. Тож, уживаючи певну їжу, ми призводимо до посилення відповідних характеру продукту життєвих принципів. У дитячому віці дуже важливо не викликати надмірного збільшення вмісту Слизу в організмі, особливо якщо дитина схильна до захворювань, пов'язаних з ним (нежить, бронхіт, застуди) [1; 2].

Слиз має такі якості: холодний, білий, густий, крохмалистий, жирний, малорухомий. Йому відповідає солодкий смак. Отже, продукти, які мають подібні властивості, призводять до збільшення Слизу в організмі та підвищення схильності до захворювань, що пов'язані з ним.

Для того щоб урівноважити надмірну кількість Слизу, необхідно, по-перше, обмежити вживання слизуватих продуктів або, по змозі, зовсім відмовитися від деяких з них; по-друге, вживати урівноважуючі продукти, які відповідають Жовчі та Вітру. *Жовч має такі характеристики:* гаряча або тепла, рухлива, яскраво забарвлена. *Характеристики Вітру такі:* сухий, легкий, рухливий, темний, грубий. Тож відповідна їжа може збільшувати Жовч та Вітер та урівноважувати холод Слизу – теплом Жовчі, а нерухомість Слизу – рухливістю Вітру [2; 3].

Зв'язок з важливими науковими програмами та темами. Робота виконана за планом науково-дослідної роботи кафедри фізичної реабілітації Інституту фізичної культури СумДПУ ім. А.С. Макаренка на 2007 – 2011 рр. Міністерства освіти і науки України за темою «Теоретико-методологічні та організаційно-методичні проблеми здоров'я, фізичної реабілітації та корекційної педагогіки» (номер державної реєстрації 0107U002826).

Мета дослідження полягає у з'ясуванні харчових звичок та особливостей раціону дітей 4 – 6 років з рецидивним бронхітом



(РБ), а також у створенні рекомендацій щодо їх корекції.

Результати дослідження. З метою вивчення повсякденного раціону дітей, які страждають на РБ, а також обізнаності батьків зі сферою оздоровчого харчування дітей з РБ було проведено опитування та анкетування. Опитування проводилося на базі Сумської обласної дитячої клінічної лікарні серед батьків дітей 4 – 6 років з РБ, які перебували на стаціонарному лікуванні у пульмонологічному відділенні (усього 70 осіб). Анкетування проводилося на базі Сумського спеціального дошкільного навчального закладу (ясла-сад) № 20 «Посмішка» серед батьків дітей 5 – 6 років, які часто і тривало хворіють (серед них 23 дитини, які мають РБ). У процесі аналізу даних ми одержали такі результати.

Опитування дало змогу встановити, що до продуктів, які часто присутні у раціоні дитини (понад 4 рази на тиждень), відносяться: цукерки та інші солодощі на основі білого рафінованого цукру – у 67 родин (95,7%), молочні каші (манна, рисова) – у 56 родин (80%), ковбасні вироби – у 48 родин (68,6%). Більшість батьків не знали, що годування дитини «слизистими» продуктами (основні з них були перелічені) призводить до збільшення ймовірності появи хвороб, пов'язаних з життєвим принципом Слизу, зокрема РБ. Даний факт свідчить про низьку обізнаність батьків дітей з РБ щодо питань оздоровчого харчування.

За даними анкетування ми одержали такі результати. Серед проаналізованих анкет у списку оздоровчих заходів, які проводяться для дітей з РБ, раціональне харчування не було зазначене в жодній. Окремі аспекти дієтотерапії, такі, як вживання великої кількості овочів та фруктів було відзначено у 9 анкетах (39,1%). Отже, результати проведеного анкетування також засвідчують недостатню увагу батьків дітей з РБ до такого



потужного чинника оздоровлення, як нормалізація харчування.

Тож розглянемо докладно, які продукти слід виключити з раціону, які обмежити, а що вживати корисно. Крім того, наведемо конкретні рекомендації щодо побудови раціону.

Не слід вживати:

- *солодощі (цукерки, печива, торти, тістечка тощо – усі вони містять білий рафінований цукор, а мучні вироби – ще й біле борошно, яке є одним з головних умістилищ слизу, надмірне вживання дуже швидко призводить до накопичення мокротиння та застуди);*

- *продукти швидкого приготування (швидкі каші, супи швидке картопляне пюре тощо) – окрім властивостей збільшувати Слиз, містять багато штучних домішок, які вимагають від організму, а тим більше від ослабленого, багато життєвих сил для утилізації;*

- *холодні продукти (молоко, йогурти, банани з холодильника – оскільки холод збільшує Слиз, який сам по собі є холодним);*

- *молочні каші – більшість круп є білими, звільненими від зернових оболонок, а тому призводять до збільшення Слизу; крім того, молоко за властивостями біле, рідке, жирне, тобто також повторює властивості Слизу; тому молочна каша, якою більшість батьків через свою необізнаність так полюбляють годувати дітей, ніби це корисно, призводить до накопичення Слизу, частих застуд та бронхітів; звичайно, зовсім відмовлятися від цієї страви не варто, проте необхідно обмежити її вживання;*

- *солодкі йогурти, сирки – у них поєднуються слизисті властивості білого цукру, яким їх підсолоджують, зі слизистими властивостями молока, тому ці продукти мають подвійний ефект у збільшенні слизу в організмі;*

- *солодкі газовані напої – містять дуже багато цукру, про який уже йшлося вище; крім цукру, до їх складу входять ненатуральні домішки (барвники, консерванти тощо);*

- *ковбасні вироби – містять багато ненатуральних домішок*



(ароматизаторів, барвників тощо), а також крохмалю, який є вмістилищем Слизу.

Слід обмежити:

- *хліб* - найкраща альтернатива – хрусткі хлібці, які не мають у складі дріжджів та клітковини, а натомість містять багато харчових волокон і вітамінів групи В;
- *картопля* - звичайно, не відмовлятися зовсім, але вживати не частіше ніж 3 - 4 рази на тиждень;
- *білі крупи (манку, білий рис)* – вживати не частіше ніж 2 – 3 рази на тиждень;
- *макаронні вироби* – також відмовлятися від повністю не слід, але обирати макарони, які виготовляються з твердих сортів пшениці;
- *банани* – не варто відмовлятися зовсім, можна з'їсти 1 – 2 банани в день, оскільки це натуральні живі солодощі; надмірну кількість бананів вживати не слід, оскільки вони є крохмалистим продуктом, тобто також збільшують слиз;
- *молочні вироби (сир, сметану, кефір тощо)* можна вживати кожного дня, але один раз і у помірній кількості (не більше ніж 100 – 150 г) [3; 5].

Оскільки протягом дитячого віку організм природно перебуває у «періоді слизу», то дітям необхідна їжа на зразок Слизу, проте фахівці у сфері Аюрведи радять, щоб вона була натуральною та позбавленою рафінованих інгредієнтів (наприклад білого цукру) [4]. Незважаючи на численні обмеження, насправді існує багато варіантів побудови «антислизового» харчування для дитини, яке не спричинить надто високого вмісту Слизу в тілі і водночас забезпечить необхідну його кількість. Тож **корисно вживати такі страви і продукти:**

- якщо не обійтися без борошняного, то необхідно намагатися вживати чорний хліб, особливо корисним є хліб з висівками; домашні борошняні вироби краще готувати з борошна І та ІІ



сортів, воно містить зернові оболонки та має у своєму складі життєвий принцип Вітру, який урівноважує Слиз;

- якщо не обійтися без солодоців, то можна замінити їх сухофруктами, не варто вживати цукати (це підсолоджені сушені фрукти, які містять білий цукор);

- каші варити на воді, намагатися використовувати такі крупи, як перловка, вівсянка, пшоно, гречка, необідраний рис (містять енергії Вітру та Жовчі, урівноважують Слиз);

- якщо приготовано білу крупу (манку, білий рис), тим більше на молоці, то слід додати розігрівачі спеції, такі, як імбир, кардамон або корицю – вони містять енергію Жовчі, тобто Вогню, урівноважують Слиз;

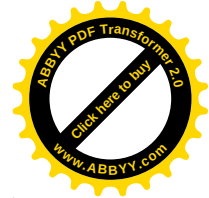
- замість картоплі, макаронів намагатися готувати побільше тушкованих овочів (улітку – кабачки, баклажани, болгарський перець, молоду картоплю, цвітну капусту, молоду білокачанну капусту; узимку – капусту, можна заморожувати кабачки, цвітну капусту, томати та інші); овочі багаті на рослинні волокна (сприяють нормалізації процесів травлення), вітаміни та мікроелементи;

- якщо дитина любить вживати кисломолочний сир, то бажано додати до нього сухофрукти: вони підсолодять, а також урівноважать Слиз енергією Вітру;

- у магазині купувати несолодкі йогурти, кисломолочний сир, удома самостійно підсолоджувати їх; це можна зробити успішно, додавши перемелені на м'ясорубку сухофрукти, наприклад ізюм;

- із напоїв, які можна придбати в магазині, корисно обирати соки у коробках, які не містять цукру (на особливу увагу заслуговують соки з червоного або білого винограду, яблучний, ананасовий, апельсиновий за умови, якщо вони не містять цукру);

- підсолоджувати їжу (каші, чай) можна медом, проте слід бути обережними, оскільки попервах, коли в організмі ще міститься багато Слизу, він може викликати алергічні реакції; під



час очищення організму та позбавлення його слизу алергічні реакції не виникають або вираженість їх зменшується;

- замість рафінованого білого цукру вживати нерафінований (коричневий);
- корисно вживати горіхи, виноград, які містять принцип Слизу, необхідний дитячому організму, а також є цілком натуральними продуктами; більшість горіхів разом з ростом принципу Слизу викликають збільшення Жовчі (Вогню), що має урівноважуючий ефект [2; 4; 5].

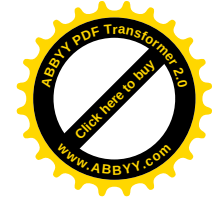
Як доводить практика, дотримуватися подібних рекомендацій з харчування не так важко, якщо батьки разом з дитиною перейдуть (хоча б частково) та подібну «антислизову» дієту.

Висновки. У статті подано результати вивчення харчових звичок та особливостей раціону дітей 4 – 6 років, які мають РБ. Так, більшість батьків цього контингенту дітей мають недостатню обізнаність з особливостями раціонального харчування своїх дітей.

На основі Аюрведичного вчення про три життєві принципи (Слиз, Жовч та Вітер) сформульовано рекомендації щодо виключення окремих страв та продуктів або їх обмеження з раціону певного контингенту дітей, наголошено на користі деяких продуктів за надлишку Слизу в організмі.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аюрведа – искусство и наука жить // Украинский пульмонологический журнал. – 2002., – № 4. – С. 69 – 72.
2. Лад, В. Аюрведа для начинающих / В. Лад. – М. : ФАИР-ПРЕСС, 2007. – 224 с. – ISBN 5-8183-1278-1, 0-914955-00-4.
3. Лад В. Домашние средства Аюрведы / В. Лад. – М. : Саттва, 2008. – 320 с. - ISBN 978-5903851-07-2.
4. Радж К. Аюрведа для детей / К. Радж. – СПб. : Святослав, 2007. – 336 с. - ISBN 5-98012-035-1.
5. Чойжинимаева С. Г. Болезни больших людей, или что



такое Слизь? Из практики тибетской медицины / С. Г. Чойжинимаева. – М. : РИПОЛ классик, 2007. – 160 с. – ISBN 978-5-7905-5199-4.

Кравченко А. І., Мордвінова А. В.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

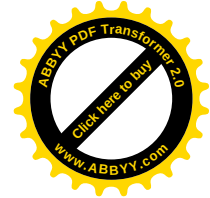
МЕТОДИКА ТОЧКОВОГО МАСАЖУ ПРИ ВЕГЕТОСУДИННІЙ ДИСТОНІЇ

Актуальність теми пов'язана з тим, що вегетосудинна дистонія (ВСД) є досить поширеною як серед дітей (12 – 25%), так і серед дорослих (до 70%). З-поміж інших чинників, що призводять до цієї недуги, варто виокремити високий темп сучасного життя, який вимагає повного використання внутрішніх резервів організму людини і докладання значних зусиль у процесі навчання і трудової діяльності.

Науковці (В. Вогралік, В. Жмуркін, В. Нікітін, М. Покальов, Н. Савицька) доводять, що ВСД не «безневинне» страждання, а недуга, яка спричиняє порушення ритму серцевої діяльності, коронарного і мозкового кровообігу, ускладнює перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду, призводить до виникнення емболії, тромбозів, кровотеч.

Клінічні спостереження свідчать також про те, що в окремих випадках ВСД може бути попередньою стадією гіпер- і гіпотонічної хвороби й атеросклерозу, тому її профілактика, раннє діагностування і своєчасне лікування певною мірою запобігатиме виникненню цих поширених і тяжких захворювань [1].

Прояви ВСД залежать від порушень діяльності певної системи органів. Їх поділяють на кілька груп, хоча ці симптоми можуть проявлятися як ізольовано, так і разом:



- кардіальні (серцеві) прояви – біль у серці, прискорене серцебиття (тахікардія), відчуття завмирання серця, перебої в роботі серця;

- респіраторні (дихальні) прояви – прискорене дихання (тахіпное), неможливість глибоко вдихнути або навпаки, відчуття браку повітря, важкість у грудях; різкі напади задухи, схожі на напади бронхіальної астми, але спровоковані іншими ситуаціями: хвилюванням, страхом, пробудженням, засинанням;

- динамічні прояви – коливання артеріального і венозного тиску; порушення циркуляції крові у тканинах;

- терморегуляторні прояви – непередбачувані коливання температури тіла: вона може зростати до 37 – 38°C або знижуватися до 35°C і нижче. Коливання можуть бути постійними, тривалими або короткочасними;

- диспептичні прояви – розлади роботи шлунково-кишкового тракту (біль у животі, нудота, блювота, відрижка, запори або проноси);

- психоневрологічні прояви – слабкість, млявість, знижена працездатність і підвищена стомлюваність за невеликого навантаження, плаксивість, дратівливість, головні болі, запаморочення, підвищена чутливість до зміни погоди, порушення циклу сон-неспанья, неспокій, здригання під час сну, який найчастіше буває поверхневим і нетривалим [1; 5].

До основних чинників, що спричиняють розвиток ВСД, належать: спадкова схильність, ендокринні перебудови організму, захворювання ендокринних залоз (щитоподібної залози, надниркових, статевих залоз), стреси, неврози, психоемоційне напруження; органічні ураження головного мозку (травми, пухлини, порушення мозкового кровообігу – інсульти).

На сьогодні не існує єдиної класифікації ВСД.



Залежно від змін з боку серцево-судинної системи та змін артеріального тиску ВСД поділяють на такі:

- нормотензивний, або кардіальний (серцевий), тип, що проявляється болями в серці або пов'язаний з різними порушеннями серцевого ритму;
- гіпертензивний тип, що характеризується підвищеним тиском у стані напруження або спокою;
- гіпотензивний тип, для якого характерно зниження артеріального тиску, що супроводжується слабкістю, стомлюваністю, схильністю до втрати свідомості.

Залежно від переваги активності симпатичного або парасимпатичного відділів вегетативної нервової системи виділяють симпатикотонічний, парасимпатикотонічний і змішаний типи ВСД [4].

За характером перебігу ВСД може бути перманентною (з постійно присутніми ознаками хвороби; розвивається частіше тоді, коли успадковане захворювання), нападopodobною (у вигляді так званих вегетативних нападів) або латентною (з прихованим перебігом).

У першу чергу ризикують захворіти на ВСД генетично схильні люди, а також ті, хто веде малорухливий спосіб життя.

Люди, схильні до ВСД, починають гостріше відчувати зміни погоди та згодом стають «метеопатами».

Вегетативні напади (вегетосудинний криз, панічні атаки) зазвичай починаються у 20–40 років, а характерний для дорослих перебіг вегетативної дисфункції найчастіше зустрічається у жінок.

Для лікування ВСД в основному використовують фізіотерапевтичні методи, гідромасаж, лікувальну фізкультуру, точковий масаж, іглорефлексотерапію, мануальну терапію, фітотерапію [4].



Точковий масаж – один із найдавніших методів лікування. Він виник на Сході, на території сучасних Китаю, Кореї, Монголії та Японії після того, як стародавні лікарі звернули увагу на те, що на тілі людини існують особливі «життєві» точки, пов'язані з внутрішніми органами і системами. Впливаючи на ці точки, можна було не тільки поліпшити загальний стан хворого, але й відновити порушені функції органів [2].

Провідними принципами точкового масажу є такі:

1. комплексний підхід до лікування кожного захворювання;
2. повільність, ґрунтовність використання всіх прийомів лікування;
3. індивідуальний підхід до лікування кожного хворого.

Прийоми і методи точкового масажу

Основними прийомами точкового масажу є:

- безперервне погладжування або легке торкання;
- натискання пальцем (пучкою великого або середнього пальця) або долонею;
- глибоке натискання (під час виконання цього прийому під пальцем масажиста повинно утворюватися невелике заглиблення).

Застосовуючи ці прийоми, треба дотримуватися таких рекомендацій:

1. Вплив на точку повинен бути обережним і спрямованим перпендикулярно до поверхні шкіри.
2. Погладжування повинно бути безперервним.
3. Прийоми можуть виконуватися за допомогою обертальних рухів або вібрації.
4. Обертання виконується в горизонтальній площині за годинниковою стрілкою.
5. Погладжування з обертанням може виконуватися з невеликим тиском.



6. Погладжування може виконуватися швидко або поволі, але впродовж усієї процедури заданий темп повинен зберігатися.

7. Глибоке натискання повинне бути нетривалим.

Залежно від тривалості та інтенсивності дії точковий масаж може справляти або тонізувальний, або заспокійливий вплив. Цим і пояснюється виокремлення двох методів цього масажу: тонізувального і заспокійливого.

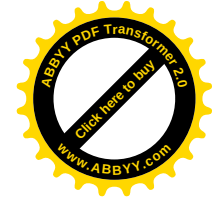
Основою тонізувального методу є нетривалі сильні натискання і переривчаста вібрація протягом 30 – 60 сек. Цей масаж не рекомендується проводити після заходу сонця [2; 3].

Заспокійливий метод ґрунтується на використанні плавного, повільного обертального погладжування (коли шкірний покрив не зрушується) і натискання пучками з поступовим збільшенням сили натискання і затримкою пальця в заглибленні. Кожен рух масажист повторює 3 – 4 рази, не відриваючи палець від точки. Тривалість дії на кожную точку – 3 – 5 хв.

Перед початком сеансу пацієнт повинен зручно розташуватися, максимально розслабитися, позбутися сторонніх думок, зосередити свою увагу на діях масажиста і своїх відчуттях.

Позитивний ефект після точкового масажу в різних людей спостерігається в різний час, але навіть якщо покращання відбулося вже на першому сеансі, не варто відмовлятися від подальшого лікування, а необхідно довести курс до кінця, дотримуючись визначеної послідовності процедур [3].

Точковий масаж протипоказаний у таких випадках: наявність злоякісних і доброякісних пухлин, захворювання – туберкульоз, виразка шлунку та дванадцятипалої кишки, хвороби крові; психічні розлади; гарячка, вагітність.



Під час усього курсу точкового масажу не можна вживати каву, міцний чай, спиртні напої, гострі та солоні страви, а замість ванни краще приймати нетривалий теплий душ.

Наводимо методику точкового масажу при ВСД

Якщо у хворого порушений кровообіг у нижніх кінцівках, то йому рекомендується виконувати масаж таких точок.

Точка 1. Симетрична, розташована практично у центрі підошовної поверхні стопи в заглибленні, що утворюється під час згинання пальців. Пацієнт під час масажу сидить. Точка масажується по черзі зліва і справа.

Точка 2. Симетрична, розташована на великому пальці стопи, на 3 мм від кута нігтьової лунки у бік сусіднього пальця. В. п. пацієнта – сидячи. Точка масажується одночасно з обох боків.

Точка 3. Симетрична, розташована на тильній поверхні стопи в найвужчому проміжку між I і II плесновими кістками. Точка масажується одночасно з обох боків.

Точка 4. Симетрична, розташована на гомілці, на 3 цуні вище за внутрішню кісточку. Точка масажується одночасно з обох боків.

Точка 5. Симетрична, розташована на передній поверхні гомілки, на 3 цуні нижче за колінну чашечку. Точка масажується одночасно з обох боків.

Точка 6. Симетрична, розташована на середині склепіння стопи. Точка масажується по черзі зліва і справа.

Точка 7. Симетрична, розташована на межі тильної поверхні та підошви стопи між I плесною кісткою й основною фалангою великого пальця. Пацієнт сидить. Точка масажується одночасно з обох боків.

Точка 8. Симетрична, розташована на тильній поверхні стопи між голівками I і II плеснових кісток. Точка масажується одночасно з обох боків.



Точка 9. Симетрична, розташована на гомілці, на 2 цуні вище за внутрішню кісточку. В. п. – пацієнта сидячи. Точка масажується одночасно з обох боків.

Точка 10. Симетрична, розташована на передній поверхні стегна, на 3 цуні вище за колінну чашечку. Точка масажується одночасно обабіч.

Точка 11. Симетрична, розташована на гомілці, на 6 цунів вище за зовнішню кісточку, між кісткою і м'язами. Масажується так само, як і точка 9.

Виконуючи масаж наведених вище точок, потрібно враховувати такі моменти:

1. Масаж точок 1, 2, 6, 7, 9 виконується за тонізувальною методикою з використанням глибокого натискання й обох видів погладження. Тривалість дії на кожну точку – 0,5 – 1 хв.

2. Масаж точок 3 – 5, 8, 10, 11 виконується за заспокійливою методикою з легким натисканням. Тривалість дії на кожну точку – 4 – 5 хв.

3. Курс масажу складається з 12 сеансів, що проводяться через день. Якщо треба, то курс можна повторити, але не раніше ніж за тиждень [2; 3].

Якщо у пацієнта порушене кровопостачання верхніх кінцівок, то допомогти йому може масаж таких точок.

Точка 1. Несиметрична, розташована на спині, на задній серединній лінії між остистими відростками VII шийного і I грудного хребців. В. п. пацієнта – сидячи, похиливши голову вперед.

Точка 2. Симетрична, розташована на великому пальці руки, на 3 мм назовні від кута нігтьової лунки. В. п. пацієнта – сидячи, поклавши руку на стіл. Точка масажується по черзі справа і зліва.



Точка 3. Симетрична, розташована на середньому пальці руки, на 3 мм від кута нігтьової лунки у бік вказівного пальця. Точка масажується по черзі справа і зліва.

Точка 4. Симетрична, розташована на мізинці руки, на 3 мм від кута нігтьової лунки у бік безіменного пальця. Точка масажується по черзі справа і зліва.

Точка 5. Симетрична, розташована на долоні, біля основи I п'ясткової кістки. Точка масажується по черзі справа і зліва.

Точка 6. Симетрична, розташована в середині долоні, між III і IV п'ястковими кістками. Точка масажується по черзі справа і зліва.

Точка 7. Симетрична, розташована на долоні, в найширшій частині проміжку між IV і V п'ястковими кістками. Точка масажується по черзі справа і зліва.

Точка 8. Симетрична, розташована на зовнішній поверхні передпліччя, на 1,5 цуні вище за середню складку зап'ястка, в заглибині біля шилоподібного відростка променевої кістки. Масажується так само, як і точка 2.

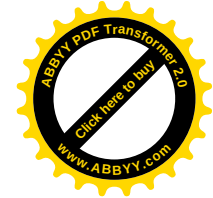
Під час таких сеансів масажист повинен узяти до уваги кілька настанов, а саме:

1. Масаж точок 1,5 – 7 виконується за тонізувальною методикою з глибоким натисканням й обома видами погладжування. Тривалість дії на кожну точку – 0,5 – 1 хв.

2. Масаж точок 2 – 4 виконується за заспокійливою методикою з легким натисканням й обертальним погладжуванням. Тривалість дії на кожну точку – 2 – 5 хв.

3. Курс лікування складається з 12 щоденних сеансів. Якщо треба, можна призначити повторний курс, але не раніше ніж за тиждень [3].

Якщо особа потерпає від печіння в підшвах, то рекомендується масаж нижченаведених точок.



Точка 1. Симетрична, розташована на підшві, в заглибленні, що утворюється під час згинання пальців. В. п. пацієнта – сидячи. Точка масажується по черзі справа і зліва.

Точка 2. Симетрична, розташована біля внутрішнього кінця підколінної складки між сухожиллями. В. п. пацієнта – сидячи, зігнувши ноги в колінах. Точка масажується одночасно з обох боків.

Точка 3. Симетрична, розташована під точкою 2. Точка масажується одночасно обабіч.

Точка 4. Симетрична, розташована на тильній поверхні стопи, між голівками II і III плеснових кісток. В. п. пацієнта – сидячи. Точка масажується одночасно з обох боків.

Точка 5. Симетрична, розташована на тильній поверхні стопи, між голівками IV і V плеснових кісток. В. п. пацієнта – сидячи. Точка масажується одночасно з обох боків.

Точка 6. Симетрична, розташована на тильній поверхні стопи, поряд із мізинцем. Точка масажується одночасно з обох боків.

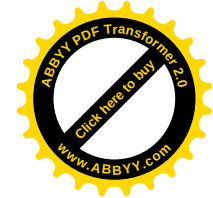
Точка 7. Симетрична, розташована на внутрішній поверхні гомілки, на 2 цуні нижче за колінну чашечку. В. п. пацієнта – сидячи, випроставши ноги. Точка масажується одночасно з обох боків.

Щодо перерахованих точок, зауважимо таке:

1. Виконується заспокійливий масаж із легким натисканням і повільним обертальним погладженням. Тривалість дії на кожну точку – 3 – 5 хв.

2. Курс лікування складається з 12 щоденних сеансів. За необхідності призначається повторний курс, але не раніше ніж за тиждень.

Метод дії – гальмівний або збудливий – обирають залежно від стану хворого: якщо він збуджений, дратівливий, погано



спить - гальмівний, якщо слабкий, апатичний, швидко стомлюється – збудливий [2; 3].

Отже, за допомогою точкового масажу можна покращити самопочуття хворого на ВСД, сприяти нормалізації артеріального тиску і запобігти ускладненням з боку інших органів і систем.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вегетативные расстройства : Клиника, диагностика, лечение / под ред. А. М. Вейна. – М. : Медицинское информационное агентство, 2003. – 749 с.

2. Дубровский В. И. Точечный массаж / В. И. Дубровский. – М. : Знание, 1988. – 96 с.

3. Ибрагимов В. С. Точечный массаж / В. С. Ибрагимов. – М. : Медицина, 1983 – 144 с.

4. Капралов С. Ю. Физическая реабилитация при нейрциркулярной дистонии : методическое пособие / С. Ю. Капралов. – К. : Олимпийская литература, 1998. – 33 с.

5. Маколкин В. И. Нейрциркуляторная дистония в терапевтической практике / В. И. Маколкин, С. А. Аббакумов. – М. : Медицина, 1985. – 192 с.

Крамінська Н. В.

ДНЗ № 21 «Волошка» м. Суми

ОСОБЛИВОСТІ РОЗВИТКУ ДОШКІЛЬНИКІВ З ВАДАМИ СЛУХУ

Дошкільне дитинство – перший і найвідповідальніший етап розвитку дитини, на якому закладаються основи її психічних якостей та пізнавальних процесів. Саме у цьому віці між дорослим і дитиною встановлюються близькі стосунки. Тож батьки і педагоги відіграють провідну роль в інтелектуальному розвитку малюка, в пізнанні ним світу та становленні його особистості.

Ще більше від дорослих залежить психічний розвиток



дитини з розладом слуху. Вже в перші дні свого життя такий малюк стикається з великими проблемами, головна з яких полягає у тому, що його слуховий аналізатор не може сприймати багатьох зовнішніх подразників (звуків) і, як наслідок, потік інформації звужується.

Значно ускладнюється процес адаптації дитини до навколишнього світу через обмежені можливості традиційного щоденного спілкування з найближчим оточенням. Л. Виготський наголошував, що більшість проблем, пов'язаних із глухотою, мають суто соціальну, а не фізіологічну природу. Тобто не порушення слуху, а соціальна ситуація розвитку дитини є визначальною у формуванні її пізнавальної діяльності та особистісних рис. Збереження інтелектуальних задатків дозволяє активізувати психічний розвиток малюка, ефективно використовувати «обхідні шляхи», щоб запобігти будь-якому відставанню пам'яті, мислення, уваги, навчити дитину розуміти мовлення і користуватися мовою у всіх її видах і формах (читання, письмо, говоріння, розуміння зверненого мовлення тощо).

Дуже важливо якомога раніше виявити розлад слуху, щоб уже в перші роки життя дитини розпочати цілеспрямовано працювати над її розвитком.

У багатьох випадках малюкові допомагає слухопротезування.

Однак не просто забезпечити дитину слуховим апаратом. Треба привчати її сприймати нові звуки, поступово збільшуючи час носіння апарата з тим, щоб перейти до його постійного використання. У період адаптації особливо важливо звертати увагу дитини на різні звуки, привчати порівнювати їх, визначати джерело звучання на слух (дудочка, барабан, гармошка тощо), місце звучання (близько – далеко, з якого боку звучить), розрізняти голоси (хто сказав на вушко – мама, тато чи бабуся), визначати



тривалість звучання (довго чи ні грала дудочка, співала мама), кількість звуків (скільки було ударів у барабан, скільки складів «та-та-та» вимовила мама). Педагоги проводять таку роботу у вигляді захоплюючої гри. Щоденні заняття допоможуть малюкові звикнути до слухових апаратів, навчитися дослухатися та здобувати з різноманітних звуків корисну для себе інформацію.

У вихованні дитини з розладом слуху ефективним може бути тільки цілісний підхід, провідним напрямом якого є спеціальне навчання. Від того, наскільки оптимально воно буде організоване, залежить, як дитина зуміє контактувати з навколишнім світом, якого рівня розвитку досягне.

Проте зауважимо, що маленькій дитині важко довго зосереджуватися на одному виді діяльності. На нашу думку доцільно урізноманітнювати пропонувані їй вправи, чергувати їх із грою, використовувати яскраві, цікаві іграшки, гарні малюнки, проводити перерви – фізкультхвилинки.

Здоровим дітям властива потреба в нових враженнях, яка в малюків з порушеним слухом дещо пригнічена. З цим не слід миритися: виникнення такої потреби можна стимулювати. Зацікавлений погляд, усмішка, зосередженість педагога в поєднанні з вказівним жестом спонукають дитину до розглядання об'єктів, людей та їхніх дій, викликають позитивні емоції. Так, виникає співробітництво між дитиною і педагогом. Ініціювати ці спільні дії, а отже, і спілкування повинен, звичайно, дорослий. Дитина з порушеним слухом потребує спонукання, заохочення до контакту, але сама рідко буває ініціатором спілкування, якщо її цього не навчити, не зацікавити. У такій ситуації педагог повинен бути організатором, учасником і помічником.

З часом до емоційного сприймання довкілля та спільного споглядання додаються спільні предмети дії дорослого і дитини. На цьому етапі крім намагання звернути увагу малюка на щось,



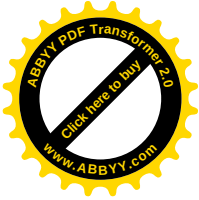
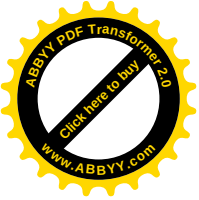
емоційно відреагувати на його слова та підтримати задоволення дитини дорослий має виконати ще одну функцію: зацікавити співпрацею та навчити практичної взаємодії. Така взаємодія корисна під час обстеження різних предметів з допомогою тактильних відчуттів (обмацування), зору (розглядання), залишків слуху (до слухання до звучання), смаку.

Малюк з вадами слуху ще не вміє самостійно обстежувати предмети, а отже, мало що може дізнатися про них самостійно, навіть якщо стикається з цими речами постійно. Він може не звернути уваги на важливі ознаки, а запам'ятати щось дріб'язкове і неістотне.

Щоб навчити дитину детально обстежувати якийсь об'єкт, треба разом з нею послідовно виконати такі дії: спочатку обвести предмет по контуру пальчиком дитини, потім допомогти обстежити його поверхню дитячою долонею. Під час обстеження слід указати на якусь важливу особливість предмета, зафіксувати на ній увагу малюка (наприклад, постукати предметом об стіл біля його вушка або проторохкотіти ним, якщо предмет може звучати; якщо це їстівна річ – дати покуштувати). Іншим разом дорослий може сам провести обстеження на очах у дитини, а потім запропонувати малюкові повторити його дії.

Якщо виконувати такі вправи регулярно, дитина поступово навчиться зосереджуватися, спочатку – на короткий час, а потім – на довше. Так ми навчаємо її елементарних способів пізнання, закладаємо основи аналізу, розвиваємо сприймання, формуємо перші уявлення про предмети.

Дитина також має усвідомити, що між предметами, діями і мовленнєвим актом (звучання, артикуляція таї емоція) існує зв'язок. Цьому можна допомогти чітко, голосно називаючи предмети, якими дитина грається, з якими стикається у побуті. Так само слід називати і дії (дорослих і самої дитини) спочатку



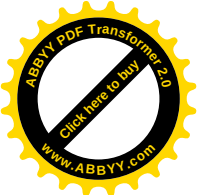
короткими, лепетними словами або словами-звуконаслідуваннями, але обов'язково так, щоб дитина бачила обличчя (губи) дорослого.

Дії педагога для малюків – це завжди приклад для наслідування. Щоправда, діти зі зниженим слухом менш схильні до цього, проте спроби повторити за дорослим те, що він робить, все одно спостерігаються. Вкрай важливо не залишити поза увагою такі намагання: підтримати дитину усмішкою, заохотити похвалою, запропонувати повторити дію ще раз.

Надзвичайно корисно присвятити відпрацюванню наслідування дитиною дій педагога спеціальне заняття. Цікаво зробити це у процесі гри, скажімо, перед дзеркалом. Дорослий виконує певну дію (переставляє кубик, усміхається або імітує дудочку, стискає долоню в кулак тощо), після чого пропонує дитині зробити так само; дитина повторює побачене.

Багаторазове повторення слова допоможе малюкові добре запам'ятати і образ, який воно позначає, і саме слово. Встановлення зв'язку «образ–слово» – це початок розуміння мовлення. Втім необхідно пам'ятати, що у великому мовленнєвому потоці дитина розгублюється. Педагогу варто щодня багато разів повторювати кілька однакових слів назв іграшок, одягу, посуду, звичайних побутових дій (коротким реченням, на зразок: «Підемо гуляти (будемо їсти, спати, ...)»). Наслідуючи дії педагога, дитина намагається наслідувати і рухи його органів артикуляції під час говоріння, голос. Треба заохочувати вимовляння дитиною різних звуків, проговорювати їх разом із нею. Діючи в такий спосіб, отримуємо від дитини перші голосові реакції, спроби артикуляції, а це свідчить про зародження комунікації. З часом дитина помітить, що вимова буває різна, почне розрізняти мовні одиниці за довжиною, іншими ознаками.

Спілкування, приурочене до предметних дій у певному місці



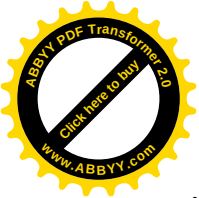
та часі, має велике значення для розвитку сприймання, мислення, образної пам'яті, допомагає накопичувати знання про довкілля, стимулює розвиток різних систем та аналізаторів, моторики, робить цікавим пізнання закономірностей та зв'язків предметного світу. У його надрах зароджуються перші спроби використати мовлення.

У процесі комунікації з дитиною зі зниженим слухом треба актуалізувати знання та уявлення, здобуті нею раніше, адже саме вони є підґрунтям для виникнення та вдосконалення мовлення. Образні уявлення наповнюють слова і речення відповідним змістом, тому вони мають бути чіткими та яскравими. Для цього варто час від часу пропонувати дитині пригадати, що вона колись бачила, намалювати згадане, продемонструвати те, що робила раніше.

Розвинути образну пам'ять можна і за допомогою спеціальних вправ. Для цього знадобляться іграшки, малюнки, невеликі побутові предмети. Послідовно розмістивши їх на столі або на килимку для гри, пропонуємо малюкові уважно на них подивитися і запам'ятати. Потім набір предметів забираємо (або накриваємо хусткою) і запитуємо у дитини, що тут було. Можна також поміняти предмети місцями і запитати, що змінилося, або забрати один з предметів і запитати, чого не вистачає.

Найскладнішим різновидом комунікації є спілкування, відірване у просторі та часі від безпосередніх предметних дій. Щоб воно здійснилося, потрібна насамперед зацікавленість дитини в отриманні інформації через дорослого. Виникненню такої зацікавленості сприяє регулярна робота з дитячими книжечками: розглядання малюнків у супроводі коментарів педагога, читання тексту. Такі книжечки виготовляються самостійно. В них використовуються знайомі дитині слова і речення.

Ще один ефективний спосіб зацікавити дитину в отриманні



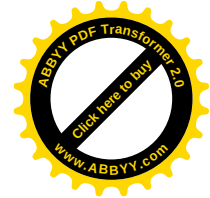
інформації від педагога – це емоційна розповідь про щось їй близьке. Тут дорослий може включити до розповіді і елементи інсценізації, виконуючи одночасно ролі різних персонажів, відповідно змінюючи міміку, інтонацію та рухи.

Виникнення в дитини запитань до педагога – добрий знак, який свідчить про зацікавленість, бажання про щось дізнатися. Такі запитання, навіть неправильно сформульовані або висловлені лише жестом, варті похвали дорослого. Готовність дитини пізнавати проявляється в інтересі до здобуття нових знань в усвідомленні того, що ці знання можна отримати безпосередньо від дорослого. У процесі такого спілкування збагачується та закріплюється мовленнєвий досвід, тренується словесна пам'ять. У дитини виникає потреба і бажання розуміти і запам'ятовувати нові слова, речення, а отже, навчання мовлення стає необхідним насамперед самій дитині, а не штучно нав'язаним з боку педагога.

Сучасна дефектологія стверджує, що навчання мовлення має ґрунтуватися на пізнавальних уміннях, знаннях світу предметів і людей, достатньому рівні образного мислення, пам'яті, уваги, сприймання. А таке підґрунтя формується у процесі розвитку найперших форм спілкування: емоційного сприймання довкілля, предметної взаємодії, спільної діяльності дитини і дорослого. Таким чином, надзвичайно важливо пройти ці щаблі, не пропустити найсприятливіших періодів для розвитку і становлення мовленнєвих навичок у дитини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Дошкільне виховання аномальних дітей : книга для учителя і вихователя / [під ред. Л. П. Носкової]. – М., 1993.
2. Корекційне навчання як основа особистісного розвитку аномальних дошкільників / [під ред. Л. П. Носкової]. – М., 1989.
3. Розвиток здібностей у глухих дітей у процесі навчання / [під ред. Т. В. Розанової]. – М., 1991.



4. Корсунська Б. Д. Виховання глухого дошкільника в сім'ї. / Б. Д. Корсунська – М., 1970.

Кукса Н. В.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ФОРМУВАННЯ НАВИЧОК САМООБСЛУГОВУВАННЯ У ДІТЕЙ ІЗ ЦЕРЕБРАЛЬНИМ ПАРАЛІЧЕМ

Актуальність. Важливою умовою соціальної адаптації й інтеграції дитини з особливостями психофізичного розвитку в суспільство є сформованість навичок самообслуговування і соціально-побутової орієнтації. Специфічні порушення рухової сфери в дітей із церебральним паралічем, що виявляються в затримці й викривленні моторного розвитку, ускладнюють оволодіння життєво важливими уміннями і навичками. Обмеження моторики рук при ДЦП негативно позначається на всіх видах діяльності дитини (предметно-практичній, ігровій, навчальній, трудовій) та позбавляє дитину можливості набуття практичного і соціального досвіду. Навіть за мінімальних порушень дітям із церебральним паралічем важко опанувати навички самообслуговування, які потребують складноорганізованих рухів кисті й пальців рук та вимагають узгоджених бімануальних маніпуляцій.

Окремі організаційно-методичні аспекти корекційно-педагогічної роботи з формування соціально-побутових навичок у дітей із церебральним паралічем відображено в наукових працях Д. Мостового, О. Наумова, О. Пашкова, Є. Постовойтова, Н. Фінні та ін. Так, О. Наумов розробив методику формування навичок самообслуговування у дітей із церебральним паралічем з позиції індивідуально-диференційованого підходу – відповідно до їх вікових, інтелектуальних, рухових особливостей і можливостей. Однак особливості навчального процесу з поетапного формування навичок самообслуговування у дітей



дошкільного і молодшого шкільного віку із церебральним паралічем не були предметом спеціального дослідження.

Мета дослідження – розробити та експериментально апробувати етапи методики формування навичок самообслуговування у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку із церебральним паралічем.

Результати дослідження. Несформованість навичок самообслуговування і графічної діяльності є основною перешкодою інтеграції дітей із церебральним паралічем у загальноосвітні заклади [1, 3]. Дитина, яка йде до школи, повинна володіти навичками дотримання особистої гігієни, самостійно вживати їжу, одягатися і роздягатися. Як доводить практика, найбільші труднощі у дітей із церебральним паралічем виникають під час дій, що потребують тонких складнокоординованих рухів за узгодженої взаємодії обох рук. Особливо це стосується використання різноманітних застібок, зав'язок тощо. З цього приводу фахівці рекомендують батькам під час перебування дитини в навчально-виховному закладі обмежити складні застібки в її одязі.

Для з'ясування рівня сформованості навичок самообслуговування у дітей 5–10 років із церебральним паралічем проведено констатувальний експеримент. Спостереження за дітьми в режимних моментах, під час вільної діяльності та у спеціально створених ситуаціях засвідчили, що 31% дітей потребують сторонньої допомоги під час уживання їжі; 63,7% – допомоги під час одягання і роздягання. У 43,1% дітей виявлено недостатній рівень володіння навичками особистої гігієни.

Зважаючи на те, що суттєву роль у мобілізації рухових можливостей цієї категорії дітей відіграє належний педагогічний супровід, який забезпечується єдністю позицій фахівців та ближнього соціального оточення дитини [2, 4], проведено



анкетування батьків. За результатами анкетування виявлено, що більшість батьків (79,3%) постійно проводять роботу з розвитку й удосконалення навичок самообслуговування у своїх дітей. Пасивну позицію займали лише 22,4% батьків. Домінуючим аргументом батьків щодо недостатньої уваги до розвитку навичок соціально-побутової орієнтації та самообслуговування у своїх дітей було обмеження часу через зайнятість на роботі. Троє батьків, які обрали позицію відчуження від корекційно-реабілітаційного процесу, вважали, що достатньо тієї роботи, яка проводиться з їхніми дітьми в реабілітаційному центрі та спеціалізованих навчально-виховних закладах. З метою активізації батьків, осмислення ними власної ролі в корекційно-реабілітаційному процесі, а також стабілізації позитивних результатів, досягнутих дітьми в умовах спеціальних навчальних закладів, батьки залучалися до корекційних занять з формування навичок самообслуговування в їхніх дітей.

Реалізація методики формування навичок самообслуговування у дітей старшого дошкільного і молодшого шкільного віку зі спастичними формами церебрального паралічу здійснювалася у три етапи. Перший етап був зорієнтований на формування загального уявлення про дію (пояснення, опис, показ), що забезпечувалося спеціальними прийомами навчання, які включали:

- пояснення сутності і призначення трудової дії;
- показ виконання цілісної дії;
- показ послідовного виконання окремих елементів (операцій) трудової дії з детальним описом кожної операції;
- спільне виконання послідовних операцій (елементів) трудової дії;
- виконання послідовних елементів рухової дії разом із педагогом: дитина діє за словесною інструкцією і за зразком,



наслідуючи рухи педагога, який за необхідності надає допомогу у відтворенні окремих елементів.

На другому етапі здійснювалося напівсамостійне виконання рухової дії: дитина виконувала послідовні елементи трудової дії за словесною інструкцією педагога з унесенням необхідних поправок.

На третьому етапі дитина самостійно виконувала рухову дію під контролем педагога, промовляючи вголос кожен операцію: «я беру», «я ставлю», «я розчісую», «я п'ю».

Формування навичок самообслуговування у дітей дошкільного віку із церебральним паралічем здійснювалося у вигляді тематичного ігрового заняття. Для дітей молодшого шкільного віку заняття з формування навичок самообслуговування містили навчальний компонент і проводилися із залученням різноманітного дидактичного матеріалу. З метою навчання дітей навичок соціально-побутової орієнтації було розроблено комплекс сюжетно-рольових ігор: «у магазині», «на пошті», «в аптеці» та ін. Розподіл ролей для кожної дитини здійснювався з урахуванням її побажань та інтересів. Нижче наводимо сюжетні ігри для формування навичок самообслуговування у дітей із церебральним паралічем.

«Причепуємо ляльку»

Матеріал: лялька або петрушка (для хлопчиків) довжиною 30–40 см, виготовлена з м'якого матеріалу або гуми, набір лялькового одягу з різними застібками – зав'язки, кнопки, липучки, блискавки, гудзики, крічки.

Дії: роздягнути ляльку й одягнути її в інший одяг, запропонований педагогом чи обраний дитиною; розчесати волосся ляльці; заплести чи зав'язати стрічки.

Відпрацювання навичок одягання – роздягання здійснюється спочатку на спеціальних рамках-трафаретах, а



потім на ляльках і на собі. На початкових заняттях доцільно використовувати рамки з різноманітними застібками, рамки-трафарети для шнурування. Розпочинати з використання найпростіших застібок (липучки, кнопки великого діаметра). Далі навчати дитину розстібати гудзики (спочатку великі, потім дрібні) і розшнуровувати трафарети. Поступово переходити до навчання застібати гудзики (великі, дрібні), шнурувати і зав'язувати шнурки на трафаретах. Після цього можна закріплювати набуті навички на ляльках, а згодом переносити їх у повсякденне життя дитини.

«Зустрічаємо гостей»

Матеріал: ляльковий посуд, серветки, скатертина, вазочка із квітами, пластикові пляшечки з водою тощо.

Дії: накрити стіл скатертиною, розставити посуд, розкласти серветки, поставити вазу із квітами, налити чаю з чайника чи води з пляшечки, насипати ложкою в тарілку «кашки», погодувати ляльку («ложечку тобі, ложечку мені»), витерти собі й ляльці ротика, прибрати зі столу, помити посуд з мочалкою коловими рухами і витерти його рушником, сортувати посуд за розміром, витерти стіл ганчіркою.

«Викупаємо ляльку»

Матеріал: лялька невеликого розміру, ванночка з теплою водою, мило, рушник, мочалка, гребінець, пелюшка.

Дії: вимити руки з милом, витерти рушником, роздягнути ляльку, покласти її у ванну, намити ляльку мочалкою, змити мило, витерти ляльку рушником, розчесати їй волосся, витерти собі й ляльці носика хустинкою, загорнути ляльку в пелюшку, вилити воду з ванни.



«Виперемо білизну»

Матеріал: лялькова білизна, носові хустинки, ванна з теплою водою, мило, мотузки для розвішування білизни, прищіпки.

Дії: намочити білизну, намити милом, потерти, прополоскати, віджати, розправити, скласти в тазик, вилити воду з ванни, натягнути на гачки мотузку, розвісити білизну, закріпити її прищіпками. Додатково можна випрасувати білизну ляльковою праскою.

«Господарчий стіл»

Матеріал: стіл-стенд із зафіксованими на ньому різними змішувачами, замками з відповідними до них ключами, різними дверними защіпками, вмикачами світла, різного діаметра болтами з відповідними гвинтиками, мотузками з кольоровими прищіпками, телефонними дисками тощо.

Завдання: навчати дитину користуватися різними побутовими засобами з подальшим закріпленням навичок у повсякденному житті.

Розроблена методика формування навичок самообслуговування забезпечила стійку тенденцію до покращання трудових і побутових рухів у дітей ЕГ (рис. 1.).

Кількість дітей ЕГ з високим рівнем розвитку навичок самообслуговування зросла на 14,2% , що вище на 7%, ніж у КГ. Достатній рівень сформованості навичок самообслуговування виявлено у 41,4% (КГ – 34,5%), середній – у 27,6% (КГ – 34,5%) дітей ЕГ. Нижчий за середній рівень сформованості навичок самообслуговування у дітей ЕГ не було зафіксовано, тоді як у КГ на цьому рівні залишалося 3,4% дітей. На нижчому за середній рівні розвитку залишилася лише одна дитина КГ зі спастичною диплегією середнього ступеня тяжкості.

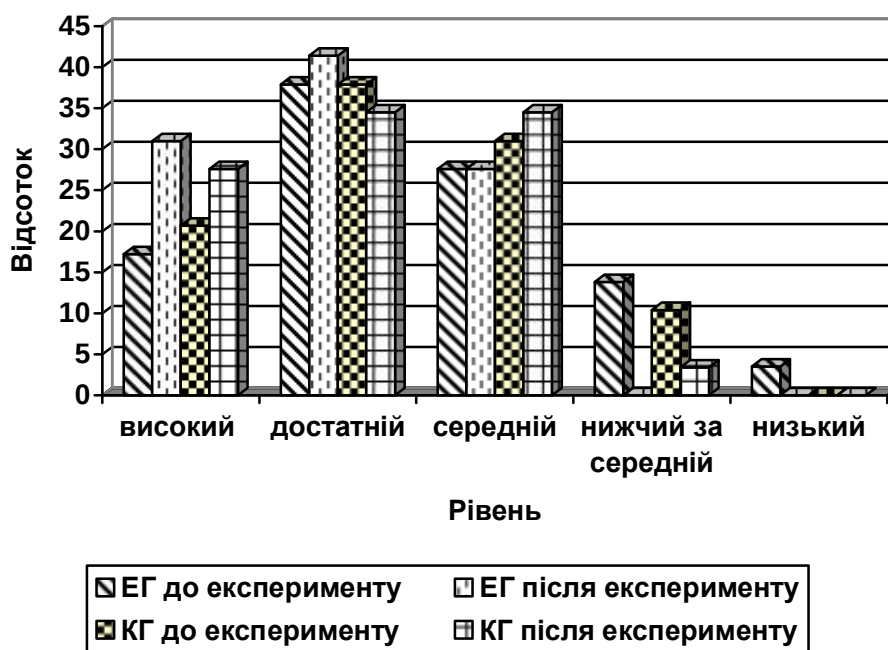


Рис. 1. Динаміка рівнів сформованості навичок самообслуговування у дітей 5 – 10 років зі спастичними формами церебрального паралічу

Значну роль в оптимізації корекційно-педагогічної роботи з формування навичок самообслуговування у дітей ЕГ відіграла розроблена система методів, засобів і прийомів розвитку позитивної мотиваційної установки та стимуляції дітей до рухової діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Левченко И. Ю. Технологии обучения и воспитания детей с нарушениями опорно-двигательного аппарата : учеб. пособ. [для студ. сред. пед. заведений] / И. Ю. Левченко, О. Г. Приходько. – М. : Академия, 2001. – 192 с.
2. Мастюкова Е. М. Семейное воспитание детей с отклонениями в развитии : учеб. пособие [для студ. высш. учеб. заведений] / Е. М. Мастюкова, А. Г. Московкина ; под ред. В.м И. Селиверстова. – М. : ВЛАДОС, 2003. – 408 с.
3. Павловская Н. Т. Коррекция нарушений функции верхних конечностей в системе реабилитации больных со спастической



диплегией / Н. Т. Павловская // Коррекционная педагогика. – 2005. – № 2 (8). – С. 61–66.

4. Финни Н. Р. Ребенок с церебральным параличом : помощь, уход, развитие : книга для родителей / Н. Р. Финни; пер. с англ. – М. : Теренвинф, 2001. – 336 с.

Ласточкина О. В., Ласточкин В. М.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ВПЛИВ ЗАСОБІВ МЕДІА НА МОВЛЕННЄВИЙ РОЗВИТОК ДИТИНИ

Постановка проблеми. Жодне із медіазасобів не втручалось у повсякденне життя людини так вагомо, як телебачення. З початку його всесвітнього тріумфу минуло вже шість десятиліть, але досі воно утримує позиції улюбленого та головного способу проведення вільного часу, незважаючи навіть на наявність таких конкурентів, як Інтернет та комп'ютер. Причина такої переваги полягає у тому, що телебачення, це «вікно у світ», пов'язує глядача з усіма подіями у світі так яскраво та реалістично, як жодне інше ЗМІ. Глядачу здається, що саме за допомогою телебачення можна розвинути широкий кругозір. Адже тут людина не просто чує або читає про події, а можна сказати, особисто присутня, спостерігає дійство «своїми очима».

На практиці з'ясовується, що понад тридцять телеканалів заповнені головним чином розвагами, спортом, рекламою, тоді як актуальній інформації та пізнавальним передачам присвячено максимум 26% ефірного часу. Хіба у такій ситуації важливе не зникає у морі неважливого? Хіба глобальний регрес не витісняє необхідного поглиблення інформаційної культури?

Більшість людей вважає, що телебачення – їх головна зброя у здобутті освіти та знань. Але це ілюзія. Журнал «Шпигель» у 1994 році протестував стан загальної освіти німців і зробив такий



загальний висновок: «Результат: чим довше людина дивиться телевизор, тим гірші її пізнання. Це відноситься до всіх сфер, за винятком спорту».

Питаннями неефективного засвоєння інформації через ЗМІ, зокрема телебачення, займаються протягом останнього десятиліття. Так, у 1999 році американський нейрофізіолог Кейт Баззл із превеликим подивом констатував, що про біохімічні, ендокринні, нейром'язеві та сенсорні процеси, що відбуваються в організмі людини під час перегляду телепередач, дослідникам майже нічого не відомо, як і про процеси, що відбуваються у цей час у центральній нервовій системі. [2]

Незважаючи на дуже малу кількість досліджень у цьому напрямку, потрібно повідомити суспільство про всі факти, що стосуються дитячого психофізичного розвитку, які могли б налаштувати нас на максимально критичне та усвідомлене ставлення до телебачення.

Сучасне індустріальне суспільство з його світовими економічними зв'язками потребує людей із новими інформаційними стандартами та можливостями. Але в дійсності склалася неоднозначна ситуація: з одного боку, медійна та комп'ютерна техніка йдуть уперед такими кроками, що йде мова про нову форму суспільства – *відкрите інформаційне суспільство*, де у кожного буде вільний доступ до всіх банків даних у світі, тобто до всіх знань, що накопичені людством. З другого боку не встигло суспільство зробити перші кроки, як з'ясувалося, що підірвано сам фундамент, на якому воно повинно стояти.

Світова статистика засвідчує, що, починаючи з 80-х років ХХ століття, люди втрачають здібності не тільки сприймати письмову інформацію. За втратою більшої частини населення письмового мовлення поступово втрачається володіння навичками усного мовлення. Як не страшно це чути, але



мовлення німіє... І відбувається це не у країнах третього світу, а у високорозвинених індустріальних країнах, які нібито ближче всіх підійшли до «інформаційного суспільства».

Мета статті – розглянути особливості впливу засобів медіа на мовленнєвий розвиток дітей дошкільного віку.

Виклад основного матеріалу. Дійсно, для батьків така метода, коли дитину «розважає» телевізор, відео, цифровий магнітофон або комп'ютер, є зручною, бо одночасно дитина зайнята ділом, не потребує уваги, а дорослі займаються іншими важливішими на цей момент справами. Але ця метода є дуже небезпечною і, як доводять дослідження вчених, такі телевізійні та комп'ютерні «розваги» є шкідливими для сенсорного, пізнавального та мовленнєвого розвитку дітей.

Дослідження німецького психолога та педагога Райнера Пацлафа, опубліковані у 2000 році у Штутгарті, свідчать про те, що під час телеперегляду виникає явище «паралічу зорової системи», наслідком якого є зниження візуальної уваги та пасивне сприйняття потоку інформації.

Крім того, низька візуальна увага та пасивне сприйняття призводять до швидкого забування інформаційного потоку під час телевізійного перегляду, відбувається ефект стійкого запам'ятовування емоційних переживань (виявлено та підтверджено Гертою Штрум, 1972 рік).[2] Тобто екран не тільки «веде» погляд, як маріонетку, а й спрямовує емоції у певному, керованому напрямку, який не завжди збігається з очікуваннями дорослих щодо щирості, привітності, доброти, сердечної любові та співчуття з боку їх дітей.

Обмеження рухової активності, яка є провідною діяльністю дитини та запорукою розвитку загальної та дрібної моторики, призводить до дефективного розвитку всіх функцій тіла та мозку [4].



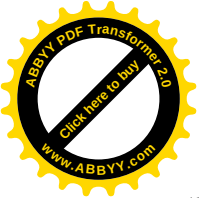
Не можна залишати поза увагою й один із наслідків такого умовного спілкування дитини із навколишнім світом, як порушення мовлення. Причиною мовленнєвих порушень, що виникають у результаті довготривалого перегляду телевізійних передач, є не стільки відсутність мовленнєвого процесу, скільки швидка зміна кадрів, що не дає можливості стежити за логічно пов'язаним перебігом подій і відповідно швидко та якісно їх запам'ятовувати. Передачі як для дітей, так і для дорослих побудовані за стереотипом і тому не мотивують прояв та розвиток особистої фантазії і творчого мислення дитини. До того ж на телеканалах часто домінують фільми з бойовими діями та показами сцен насилля. Тому, під час ігор з однолітками діти використовують дуже обмежений словниковий запас [3].

Медіаперегляд блокує спонтанні, творчі ігри та природні рухи, тим самим зменшує стимул, необхідний для формування рухових навичок та органів чуття. У свою чергу, одноманітні рухи призводять до дефективного формування функцій головного мозку, а страждають при цьому творчі здібності, фантазія, інтелект.

Порушення мовлення – це лише одна складова комплексу проблем психофізичного розвитку, що може утворитися, як та снігова куля, що летить з гори вниз. Тому нам потрібно, життєво важливо скоригувати неправильний шлях розвитку.

Для цього необхідно докладати зусиль. Спочатку потрібно змінити склад нашого мислення. Його головна відмінна ознака – це звичка розглядати всі характеристики мовлення і його слухового сприйняття крізь призму суто технічної моделі відправника й отримувача, входу та виходу, ніби йдеться про обмін інформацією між двома комп'ютерами.

У 60-х – 70-х роках минулого століття такий підхід до навчання мовлення малюків був найпоширенішим у країнах



Західної Європи. Його теоретичною основою було встановлення правильного «входу» з боку оточуючих, а практичною основою слугувало використання телепристроїв. Тобто ідеальним засобом навчання мовлення малюків стало телебачення, що було своєрідним розмовляючим підручником із картинками [3].

Згідно з результатами досліджень американського логопеда Саллі Уорд, що проводилися у 90-х роках, встановлено, що у 20% досліджених дітей дев'ятимісячного віку виявили запізнювання фізичного розвитку, якщо батьки користувалися телевізором як нянею. Якщо діти продовжували довго дивитися телевізор, то більшість із них у три роки відставали у своєму розвитку на цілий рік, тобто розмовляли як дворічні, отже, під загрозою опинявся їх розвиток. Коли ж батьки замість телевізора починали користуватися прямими мовленнєвими контактами з дітьми, дев'ятимісячна дитина могла наздогнати втрачене за чотири місяці, ліками ж були живі слова батьків [3].

Перед ученими постало питання про те, чим мовлення динаміків відрізняється від живого мовлення? Чому технічно опосередковане мовлення не сприяє повноцінному формуванню функцій мозку, тоді як оригінал ці функції підтримує?

Для того щоб навчитися вимовляти одне маленьке речення, дитина повинна досконало оволодіти координацією понад ста артикуляційних м'язів, а це дуже складний процес, що є лише частиною тієї роботи, яку виконує дитина для оволодіння функціями свого організму.

Наскільки тісно у перші роки життя пов'язана мовна моторика із загальною моторикою тіла, з'ясували під час дослідження дітей дошкільного віку із тяжкими порушеннями мовлення (Массінгер, Нікіш, 1996). Встановлено, що у 70% дітей тяжкі порушення мовлення супроводжувалися додатковими



порушеннями як дрібної, так і загальної моторики. Порушення мовлення позначалися й на рухах очей [3].

Формування тактильного сприйняття (відповідно до тестів Кізе-Хіммель діти із вадами мовлення показали набагато нижчий ступінь тактильних відчуттів, ніж діти із нормальним мовленнєвим розвитком) пов'язано з моторними навичками та є передумовами оволодіння мовленням дітьми [2].

У 1924 році Р. Штайнер запропонував теорію про формотворчу функцію мовлення, яку у 1962 році І. Цинке продемонструвала на практиці, зафіксувавши за допомогою фотоапарата і тютюнового диму повітряні форми, що відповідають кожному вимовленому звуку. Пізніше було отримано інші способи візуалізації або більш повну картину повітряних форм звуку (прилад Теплера, високошвидкісна фотокамера) [5].

Тобто у процесі мовлення, що є формотворчим процесом, утворюються динамічні структури та існують у повітрі певний час після зникнення звуку. Одночасно у процесі мовлення все тіло виконує певні, недосяжні неозброєному оку рухи. Виявити ці рухи допомогла молода наука *кінезика*: дослідники виявили, що мікрорухи, які зафіксовано на плівку, виникають повністю синхронно з актом промовляння, при цьому залучаються всі м'язи тіла.

Спеціалісти з кінетики також з'ясували, що слухач «відповідає» точно такими самими мікрорухами, запізнюючись на 40 – 50 мілісекунд. Причому повторні тести засвідчили, що такі ритмічні рухи м'язів тіла супроводжують тільки мовлення, жодних шумів чи інших звуків це не стосується [1].

Такі ритмічні рухи м'язів тіла – це лише перший етап процесу слухання. На наступному етапі рухи переходять від суто м'язової активності у ритмічну діяльність серця і легень. І лише



на третьому етапі ці рухи досягають полюса нервової активності головного мозку, де перетворюється на розумові «рухи», які можна розпізнати як поняття чи уявлення.

Ці етапи опанування мовлення є цілком неусвідомлюваною, імпульсивною руховою активністю тіла. Але тривають вони одночасно із мовленнєвими рухами тіла співрозмовника, тому потрібно зауважити, що йдеться не про копіювання мовлення, а про вираження однакових почуттів [3].

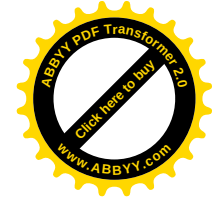
Висновок. Попри усі незрозумілі моменти, потрібно правильно допомагати розвитку мовлення дітей. Адже, навчаючись відтворювати форми звуків, дитина одночасно розвиває свій мозок, формує його. У цей час закладаються основи інтелекту: розуміємо ми, дорослі, чи ні, будь-яким вимовленим словом ми впливаємо на фізичний організм дитини, а отже, і на формування її душевних та розумових здібностей. Цей факт указує на велику відповідальність дорослих, у процесі розмови з дитиною. Таку відповідальність не можна перекладати на технічні пристрої передачі інформації тому, що їхнім звукам бракує живої присутності людини. На відміну від технічного, мовлення людини адресоване конкретному слухачеві (у цьому випадку – дитині).

ЛІТЕРАТУРА

1. Condon William. Neonate Movement in Synchronized with Adult Speech. Interactional Participation and Language Acquisition / William Condon, L. W. Sander. // Science. Vol. 183, 11. (1974). – P. 99–101.

2. Sturm Hertha. Die inneren Aktivitaten bei Horen, Sehen und Lesen. Ein Ansatz zur Klarung der Warum-Frage von Medienwirkungen / Sturm Hertha. // Franz-mannetal. (Hg.). – Auf den Schultern von Gutenberg, 1995. – S. 85.

3. Пацлаф Райнер. Застывший взгляд./ Райнер Пацлаф – М.:evidentis, 2003. – 224 с.



4. Специальная педагогика / [Аксенова Л. И., Архипов Б. А., Белякова Л. И. и др.]; под ред. Н.М. Назаровой. – М. : «Академия», 2004.

5. Цинке И. Зримые воздушные звуковые формы – речь как воздушное изваяние» / [под ред. Райнера Пацлафа.] – «Фрайес Гайстеслебен». – 2001 г.

Литвиненко В. А.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

РОЗВИТОК ТВОРЧИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

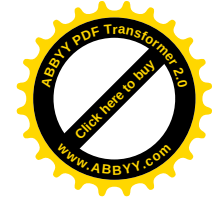
Діти повинні жити у світі
краси, гри, казки, музики,
малюнку, фантазії, творчості...

В.А. Сухомлинський

Актуальність проблеми. Останнім часом в системі спеціальної освіти стрімко посилюється інтерес до застосування мистецтва в корекційно-розвивальній роботі з дітьми з особливими потребами. Здійснений аналіз сучасних досліджень дозволяє стверджувати, що зацікавленість науковців проблемою розробки ефективних підходів до корекції та розвитку мовлення у дітей зростає.

Той факт, що в Україні з кожним роком спостерігається суттєве збільшення кількості дітей дошкільного віку, які мають порушення психофізичного розвитку, зокрема мовленнєвого (Р. Левіна, Є. Соботович, В. Тарасун, М. Шеремет та ін.), вимагає перегляду методів та форм виховання і навчання зазначеної категорії дітей [6, 7].

Як засвідчує аналіз спеціальної науково-методичної літератури, застосування елементів творчості суттєво підвищує ефективність корекційно-педагогічної роботи з дітьми з



мовленнєвими вадами (В. П. Глухов, Т. А. Добровольська, В. Г. Колягіна, Л. Н. Комісарова, І. Ю. Левченко, Є. А. Медведєва, О. Н. Овчар, О. С. Ушакова та ін.).

Підставою для такого твердження є активні наукові пошуки розв'язання проблеми щодо нових шляхів надання педагогічної допомоги дітям дошкільного віку з порушеннями мовленнєвого розвитку через застосування різноманітних засобів мистецтва у корекційно-розвивальній роботі.

Адже функції мистецтва полягають не лише в естетичному задоволенні, а й у відкритті безмежних можливостей для творчості, сприянні усвідомленню дитиною своїх творчих здібностей, розвитку комунікативних здібностей, збагаченні суб'єктивного досвіду. Це зумовлює розробку нових підходів до навчання та виховання дітей-логопатів, що ґрунтуються на ідеях природовідповідності та індивідуально-особистісного розвитку [1].

Усвідомлення дитини як унікального явища, утвердження пріоритету цілісності її внутрішнього світу, актуалізація сутнісних сил і творчого початку, створення оптимальних умов для розкриття її творчих здібностей, саморозвитку та самореалізації в гармонії із суспільством із раннього дитинства визначає сьогодні зміст корекційно-педагогічної діяльності.

Отже, звернення до теми особистісного розвитку дитини не є новим для вітчизняної науки, яка досягла певних результатів у цьому напрямку. У працях, присвячених розгляду мовленнєвого розвитку дітей, такими можна вважати: опис взаємозв'язку мислення та мовлення, створення моделі породження висловлювання, конкретизацію закономірностей виникнення мовленнєвих здібностей [2, 5, 7].

Водночас, як засвідчує аналіз науково-методичної літератури, проблемі розвитку творчих здібностей саме у дошкільників із мовленнєвими вадами приділено недостатньо



уваги. Таким чином, виникає потреба з'ясувати особливості застосування елементів творчості у корекційно-розвивальній роботі з дошкільниками з мовленнєвими порушеннями, особливості впливу їх творчої активності (креативності) на мовленнєві здібності.

Формування цілей роботи. Мета статті – проаналізувати існуючі на сьогодні підходи до вирішення проблеми розвитку творчих здібностей у дітей дошкільного віку із мовленнєвими порушеннями.

Результати дослідження. У працях, присвячених проблемі мовленнєвого розвитку, зазначається, що оволодіння рідною мовою як засобом спілкування та пізнання є одним із найважливіших досягнень дитини у дошкільному віці. Саме дошкільне дитинство є особливо сензетивним до засвоєння мовлення.

Беззаперечним є той факт, що якщо дитина не оволодіває певним рівнем рідної мови до 5–6 років, то цей шлях, як правило, не може бути успішно пройденим на більш пізніх вікових етапах. Отже, у цьому віці дитина повинна правильно вимовляти всі звуки та відтворювати звукоскладову структуру слів.

До 4,5 років дитина засвоює відмінкові закінчення та основні граматичні форми (О. Гвоздєв), до 5 років – звукову систему мови та усвідомлює звуковий склад слова (Д. Ельконін), оволодіває монологічним мовленням (С. Рубінштейн).

Дослідження А. Н. Гвоздєва за мовленням дітей доводять, що у 5 – 6 років дошкільники оволодівають синтаксичною будовою рідної мови у простих та складних формах. У мовленні старших дошкільників з'являються засоби вираження суб'єктивної оцінки, вставні слова, що відображають емоційне ставлення до змісту повідомлення, удосконалюється діалогічне та монологічне мовлення [3; 5; 6].



Отже, дошкільники паралельно зі здібностями до образотворчої діяльності, розповідей казок здатні переказувати літературні твори, самостійно розповідати про предмети за малюнками, планом. До завершення дошкільного віку формується культура мовленнєвого спілкування за допомогою засобів виразності, через які діти передають зміст літературних текстів, розповідають про себе, про свій досвід взаємодії з навколишнім світом, вигадують невеличкі казки та оповідання.

Зауважимо, що оволодіння словесною системою перебудовує всі основні психічні процеси у дитини, оскільки слово є потужним чинником, що формує психічну діяльність, удосконалює відображення дійсності та створює нові форми уваги, пам'яті, мислення, уяви. Для того щоб дитині зв'язно розповісти про що-небудь, їй слід чітко уявляти об'єкт розповіді (предмет, подію), уміти аналізувати, відбирати основні (для цієї ситуації спілкування) властивості та якості, установлювати причинно-наслідкові зв'язки, тимчасові та інші відносини між предметами та явищами.

Як засвідчує аналіз досліджень деяких психологів, педагогів, лінгвістів (Д.Н. Богоявленського, Д.Б. Ельконіна, А.Р. Лурія, Ф. А. Сохіна, А.Г. Тамбовцевої та ін.), елементарне усвідомлення фонетичних особливостей слова, що звучить, впливає як на загальний мовленнєвий розвиток, так і на засвоєння граматичної будови слова, словника, артикуляції, дикції тощо [2, 4].

Як зазначає В. Тарасун, фонематичний аналіз є складним процесом, для здійснення якого необхідно не тільки упізнавати та розрізняти слова, але й звертати увагу на звуковий склад слова. При цьому фонематичний аналіз залежить не тільки від стану гностико-праксичних функцій, але й від розвитку пізнавальної діяльності дитини, певним чином від її творчої активності.



Оскільки порушення мовлення утворюють цілий комплекс взаємообумовлених проявів, подолання яких можливо за умови систематичної комплексної корекції всіх її компонентів, то важливою дидактичною умовою побудови педагогічного процесу з дітьми з мовленнєвими вадами є забезпечення їх цілісного всебічного розвитку (Л. Вавіна, Г. Каше, Р. Левіна, Н. Нікашина, Є. Соботович, Л. Спірова, В. Тарасун, Т. Туманова, Т. Філічева, М. Шеремет та ін.) [6, 7].

Доцільно відзначити, що психологічним новоутворенням дошкільного віку є здатність дитини до творчого розв'язання проблем, що виникають у певній ситуації життя. До показників креативності дошкільника можна віднести: здатність до створення нового продукту, що відрізняється оригінальністю, варіативністю, гнучкістю, рухливістю.

Отже, робота щодо розвитку мовлення має враховувати не тільки вікові можливості, а й необхідність розкриття творчого потенціалу дитини у взаємозв'язку з її мовленнєвою практикою шляхом організації корекційного творчо-мовленнєвого середовища [2].

О. Леонтьєв у своїх дослідженнях указує на зв'язок мовленнєвих здібностей із творчою активністю, обґрунтовуючи особистісний аспект оволодіння мовою. Таким чином, на відміну від стереотипності мовленнєвих навичок, комунікативно-мовленнєві вміння мають творчий характер.

Проте деякі науковці наголошують на необхідності навчання творчості, тому що не всі діти можуть зберігати творчі здібності протягом тривалого часу (Н. Веракса, О. Дьяченко). В той же час, Л. С. Виготський зазначав, що навчання творчого акту є неможливим і що слід сприяти лише його виникненню.

На думку Н.Н. Подьякова, творчість є однією з найзмістовніших форм психічної активності дітей, яку слід



розглядати як універсальну здібність, що забезпечує успішне виконання різноманітних дитячих діяльностей. Творча дитина, творча особистість – це результат усього образу життя дошкільника, результат його спілкування та сумісної діяльності із дорослим, результат його власної активності.

На погляд Л.С. Виготського, творчість є нормою дитячого розвитку. Беручи участь у творчій діяльності, дитина може діяти, по-перше, за певним взірцем (пасивно-наслідувальна діяльність), по-друге, обирати із декількох запропонованих варіантів один (активно-наслідувальна діяльність), по-третє, може вигадувати, створювати дещо нове (творча діяльність) [4, 5].

Оскільки кожна дитина на певному етапі розвитку здатна до будь-якого з вищеперерахованих видів діяльності, то застосування елементів творчості у процесі корекційно-педагогічної роботи з дітьми-логопатами не тільки сприяє розширенню уявлень про навколишній світ, але й удосконалює психологічну базу мовлення, стимулює та розвиває словесну творчість.

Будь-яке нове враження, будь-яке нове знання усвідомлюється дошкільниками через їх унікальний внутрішній світ й отримує свій колорит. У дитини формуються все нові, невизначені проблемні знання, створюючи ті незрозумілі горизонти пізнавального розвитку дітей, що на тривалий час стають орієнтиром на шляху розвитку дитячого мислення та уяви [3].

Усебічне вивчення уяви є особливо актуальним у зв'язку з пошуком методів та засобів корекції та навчання, спрямованих на формування пізнавальної активності і творчо-мовленнєвих здібностей у дітей дошкільного віку. Проте питання щодо впливу уяви на мовленнєвий розвиток вивчено недостатньо.

З одного боку, уява тісно пов'язана з рівнем сформованості сприйняття, пам'яті, мислення, мовлення, а з другого – сприяє розвитку цих процесів, створюючи основу для образних дій.



Розвиток уяви як фундаментального базису креативності дошкільника визначається упорядкуванням словесних зв'язків.

Розвинена творча уява є обов'язковою ознакою творчого мислення дітей, початок якого пов'язаний із дошкільним періодом дитинства – сензитивним у формуванні творчої направленості особистості (Л. С. Виготський, В. В. Давидов, О. М. Дьяченко та ін.).

За О. М. Дьяченковим творча уява – це «ніби той чуттєвий музичний інструмент, володіння яким відкриває можливості для самовираження, вимагає від дитини знаходження та виконання власних задумів і бажань».

Як зазначає С. Русова, дитині треба давати якнайбільше естетичних відчуттів – як природних, так і штучно-мистецьких, які розвивають не лише її естетичний смак, а й фантазію, наповнюючи її свідомість чудовими образами.

На нашу думку, цікавим є той факт, що дитина, яка виразно фантазує в одному виді діяльності, легко переносить цю якість на інші види діяльності (у своїх уявленнях перевтілює побачене та почуте в іграх, казках, малюнках).

Водночас, розвиток уяви забезпечує не тільки високі творчі досягнення у різних видах діяльності (музичній, образотворчій), але й сприяє повноцінній підготовці до шкільного навчання, підвищенню ефективності корекційно-розвивальної роботи з дітьми з мовленнєвими порушеннями.

І. А. Медведєва описує специфічні особливості розвитку творчої уяви у процесі вивчення застосування казкових імпровізацій у роботі з дошкільниками. Така багаторівневість простежується у зверненні дітей спочатку до репродуктивної, а потім – до репродуктивно-творчої, після – до творчої уяви [1; 2; 4].

У дослідженні О. В. Солнцевої доведена можливість застосування гри-фантазування в роботі з дошкільниками із



мовленнєвими порушеннями. Спочатку активність педагога є домінантною, потім активність учасників гри-фантазування урівноважується і, нарешті, активність дітей у вигадуванні історій стає вираженою повною мірою.

Таким чином, старший дошкільний вік є сензитивним для розвитку креативності, до ознак які відносять побудову оригінальної моделі висловлювання, застосування синтаксичних конструкцій та різноманітних засобів мовного зв'язку [5].

Висновки. На основі одержаних результатів ми зробили висновок про те, що розвиток творчих здібностей у дошкільників із мовленнєвими вадами, з одного боку, тісно пов'язаний з рівнем сформованості їх мовлення, а з другого – сприяє розвитку цього процесу, створюючи основу для образних дій.

Підставою для реалізації цього твердження стануть подальші наукові пошуки щодо практичного впровадження елементів творчості у корекційно-педагогічну роботу з дітьми дошкільного віку з порушеннями мовленнєвого розвитку.

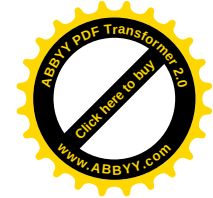
ЛІТЕРАТУРА

1. Артпедагогика та арттерапия в специальном образовании : учеб. [для студ. сред. и высш. учеб. заведений] / Е. А. Медведева, И. Ю. Левченко, Л. Н. Коммисарова, Т. А. Добровольская. – М., 2001.

2. Ильницкая И., Развитие творческого потенциала личности в процессе проблемного обучения / И. Ильницкая, Л. Остапенко // Дошкольное воспитание. – 2006. – № 12. – С. 82 – 85

3. Коррекционно-педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи / [под ред. Ю. Ф. Гаркуша В. Ю. Секачев] – М., 2000.

4. Сохин Ф. А., Связь развития речи с умственным, эстетическим и нравственным воспитанием в процессе обучения



родному языку / Ф. А. Сохин, О. С. Ушакова // Развитие речи дошкольника / под ред. О. С. Ушаковой. – М., 1990. – С.5–26

5. Специальная дошкольная педагогика: учебное пособие / [Стребелева Е. А., Венгер А. Л., Екжанова Е. К. и др.] ; под. ред. Е. А. Стребелевой. – М. : Академия, 2001. – 312 с.

6. Тарасун В. В. Логодидактика : навч. Посіб. для вищих навч. закладів. / В.В.Тарасун – К. : Вид-во Нац. пед. університету ім. М. П. Драгоманова, 2004. – 348 с.

7. Хрестоматія з логопедії: Навчальний посібник / М. К. Шеремет, І. В. Мартиненко – К. : КНТ, 2006– 360 с.

Лянной М. О.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ФІЗИЧНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЮНАКІВ-ІНВАЛІДІВ ІЗ НАСЛІДКАМИ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ В ПІЗНІЙ РЕЗИДУАЛЬНІЙ СТАДІЇ

Актуальність дослідження обумовлена значною поширеністю уражень опорно-рухового апарату й постійним збільшенням кількості дітей із порушеннями відповідних функцій. За статистичними даними Організації Об'єднаних Націй, інваліди становлять близько 10 % населення земної кулі, тобто 500 мільйонів осіб.

Останнім часом значно збільшилась кількість дітей, яким у перші місяці життя ставлять діагноз ДЦП, церебральна энцефалопатія. Різні вчені (Л. О. Бадалян, Г. И. Белова, Н. М. Махмудова, М. Н. Нікітіна, К. Л. Семенова й ін.) указують, що на 1000 дітей доводиться 1,5 – 2,5 дитини з наслідками ДЦП.

За даними досліджень В. В. Польських, К. А. Семенової, А. Е. Штеренгерц інвалідність у результаті ДЦП посідає перше місце у структурі дитячої інвалідності за неврологічним типом, а



й тяжкість її обумовлена як руховими, так і психічними та мовними порушеннями.

Н. Н. Ефименко, Е. М. Мастюкова, Е. И. Рогачова, Б. В. Сермеев та інші вчені вивчали профілактику, діагностику й лікування церебрального паралічу в дитячому віці, коли можна досягти максимально позитивних результатів.

Набагато менше праць розкривають проблеми юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП, вони переважно спрямовані на санаторно-курортне лікування, а також на психологічну і трудову адаптацію.

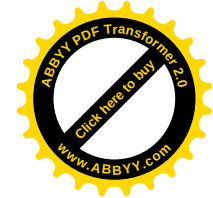
Практичний досвід і наукові дані, зокрема таких учених, як В. К. Бальсевич, М. М. Башкирова, Н. Б. Шабалина та ін., зазначають, що фізична культура і спорт значно розширюють сфери інтеграції інвалідів у громадське життя.

Використання систематичних занять фізичною культурою в системі реабілітаційних заходів підвищує ефективність процесу реабілітації, а це свідчить про можливість вирішення цієї проблеми фахівцями різного профілю, у тому числі й в галузі фізичної культури та спорту.

Однак деякі аспекти цієї проблеми не отримали належного висвітлення. Так, залишаються недостатньо розробленими методики навчання інвалідів із наслідками ДЦП на основі доступних видів спорту з наступною корекцією техніки виконання рухових дій і впливом спортивної діяльності на процес реабілітації.

Це спонукало нас провести відповідні дослідження й розробити програму фізичної реабілітації для юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП.

Мета дослідження – розробити й науково обґрунтувати методики використання засобів фізичної реабілітації для відновлення рухової активності юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП у пізній резидуальній стадії.



Об'єкт дослідження – процес фізичної реабілітації юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП у пізній резидуальній стадії.

Предмет дослідження – зміст програми фізичної реабілітації для юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП.

Завдання дослідження:

1. На основі аналізу вітчизняних і закордонних джерел вивчити досвід використання засобів фізичної реабілітації й виявити рівень фізичного розвитку юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП у пізній резидуальній стадії.

2. Провести порівняльний аналіз показників фізичного розвитку, функціонального стану та фізичної підготовленості юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП і здорових однолітків.

3. Розробити й експериментально обґрунтувати програму фізичної реабілітації для юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП у пізньої резидуальної стадії.

Організація дослідження. Дослідження проводилися на базі Інституту фізичної культури Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка, а також на базі Сумського медико-соціального реабілітаційного центру для хворих з ураженням нервової системи за участі Сумського обласного центру «Інваспорт».

Результати дослідження. Програма фізичної реабілітації для юнаків-інвалідів з наслідками ДЦП у пізній резидуальній стадії повинна базуватися на основі вибору ефективних засобів оздоровчої й корекційної спрямованості, причому таких, які будуть сприяти цілеспрямованій корекції біологів, найбільш слабких за показниками фізичної підготовленості й функціональних можливостей організму.

Нами було проведено визначення рівня рухових здібностей і морфофункціонального розвитку юнаків із наслідками ДЦП і здорових однолітків. Антропометричні результати – окружність передпліччя, плеча й грудної клітки свідчать про зменшення



м'язового обсягу в юнаків-інвалідів з наслідками ДЦП. Різниця показників окружності грудної клітки при виконанні вдиху знижена на 7,8%, а при виконанні видиху – на 11,7 %. Показники ваги юнаків із ДЦП 15 до 17 років, порівняно зі здоровими однолітками, більші на 13,3 кг. Динамометричні виміри вказують на зменшення сили м'язів кисті юнаків із ДЦП: правої руки на 49,2 %, лівої 34 %. Рівень рухових здібностей у юнаків-інвалідів значно нижчий, ніж у здорових однолітків. Координаційні та швидко-силові здібності знижені у 5 і 1,5 рази, а показники швидкісної реакції – у 2,8 рази. Результати кардіореспіраторної системи юнаків-інвалідів збільшені на 9,5 % за показниками ЧСС і на 8 – 12 % за артеріальним тиском. Показники дихальної системи були на 25 – 32 % нижче рівня здорових однолітків.

В інвалідів ЧД збільшена на 25 %, максимальна вентиляція легенів зменшена на 29 %, при цьому показники резерву вентиляції в інвалідів-юнаків були нижче на 32 %, порівняно зі здоровими школярами.

З метою покращання рухових здібностей і морфо-функціонального розвитку був зроблений аналіз видів спортивної діяльності для розробки спеціальних методик навчання інвалідів, які є основою розвитку загальних і спеціальних рухових здібностей.

Одним із способів збільшення рухової активності є спортивні й рухливі ігри. Так настільний теніс розвиває вольові якості, дає можливість спілкування, сприяє підвищенню життєвого тону, профілактиці ускладнень, формуванню рухових компенсацій. Настільний теніс як спортивна гра не вимагає складної організації й матеріально-технічного забезпечення, що дозволяє включити його у програму фізичної реабілітації.

Іншим резервом організації фізичної реабілітації є плавання – як оздоровче, так і спортивне. Воно виступає ефективним способом



покращання рухових можливостей, функціональних резервів кардіореспіраторної системи, а також загартування організму. Постійне подолання опору води зміцнює опорно-руховий апарат, перешкоджає розвитку деяких дефектів постави, активізує кровообіг і нормалізує м'язовий тонус, сприяє формуванню м'язового корсета, що має велике значення для інвалідів із наслідками ДЦП. Під час плавання спортивними стилями рухи виконуються з великою амплітудою, за участі великих м'язових груп, що сприяє розвитку координації рухів, гнучкості, сили, а в міру підготовленості – швидкості й витривалості.

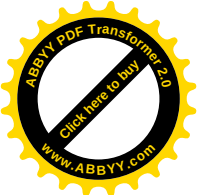
На основі попередньо проведеної роботи була розроблена програма фізичної реабілітації для юнаків-інвалідів з наслідками ДЦП у пізній резидуальній стадії, що включала методики навчання настільного тенісу й спортивно-оздоровчого плавання.

Залежно від характеру поставлених завдань етапів реабілітації, склалися програми навчальних, виховних і навчально-тренувальних занять, які давали можливість організувати і спланувати процес фізичної реабілітації.

Головним завданням фізичної реабілітації на першому етапі було зміцнення опорно-рухового апарату.

У комплекс уключалися фізичні вправи для м'язів плечового пояса, верхніх кінцівок, тулуба, що чергувалися з дихальними вправами.

На кожному етапі ми використовували методи контролю, основними з яких були: медико-біологічний, що здійснювали – за допомогою пульсометрії, тонометрії й спірометрії, а також біомеханічний за допомогою міотонометрії з визначенням показників тону́су й пружності м'язів скелета, антропометричний контроль із визначенням окружності верхнього пояса, а також контроль за розвитком рухових здібностей з використанням контрольних вправ для визначення швидкості



рухів, швидкісно-силових і координаційних здібностей, витривалості і гнучкості. Методи контролю дозволили визначити характер, інтенсивність і тривалість вправ, а також час, необхідний для відпочинку.

Контроль м'язової діяльності у програмі фізичної реабілітації дозволив дозувати фізичне навантаження і коректувати її з урахуванням індивідуальних особливостей.

На другому етапі реабілітації юнаків-інвалідів вирішували завдання навчання елементів техніки рухів за методикми настільного тенісу й плавання.

Для вирішення поставлених завдань був проведений попередній добір у групи початкової підготовки з настільного тенісу й плавання.

На третьому етапі фізичної реабілітації проводилися систематичні заняття в умовах початкової фізичної підготовки, а також удосконалювалася технічна підготовка юнаків-інвалідів. На цьому етапі центральне місце займали спеціальні-підготовчі вправи, які включали елементи змагальної діяльності.

Заняття проводили за розробленими нами методиками навчання настільного тенісу й спортивно-оздоровчого плавання.

Навчання інвалідів гри в настільний теніс уключало загальну і спеціальну фізичну, а також технічну, тактичну і психологічну підготовку. Загальна фізична підготовка передбачала виконання вправ для розвитку загальних фізичних якостей. Спеціальна фізична підготовка розвивала фізичні якості інваліда-тенісиста, основними з яких є координаційні та швидкісно-силові здібності, витривалість. В основі технічної підготовки інваліда-тенісиста покладена послідовність виконання вправ для вивчення основних ударів і переміщень. Тактична підготовка інвалідів, які займалися настільним тенісом, полягала в плануванні ігрових дій, що залежало від технічної, фізичної та



психологічної підготовки. Психологічна підготовка передбачала виховання в інвалідів у процесі тренувань морально-вольових якостей, необхідних для тенісиста.

Методика навчання інвалідів оздоровчого плавання включала загально-розвиваючі й підготовчі вправи на суші, у воді, спеціальні вправи для вивчення дихання й освоєння положень лежачи на воді, ковзання на грудях і спині за допомогою рук, синхронізації роботи рук у поєднанні з диханням і наступним удосконаленням техніки адекватних способів плавання.

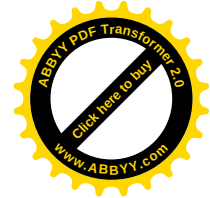
Експериментальна група займалася за запропонованою нами програмою фізичної реабілітації, а контрольна – за традиційною програмою реабілітаційних центрів. Початковий рівень рухової активності й показників фізичного розвитку юнаків-інвалідів двох груп був приблизно однаковим.

Порівняння змін, які відбулися за два роки в експериментальній і контрольній групах, дозволили визначити ефективність програми фізичної реабілітації, спрямованому на розвиток загальних і спеціальних рухових здібностей.

В експериментальній групі юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП вірогідно ($p < 0,01$) покращилися показники швидкості рухів, порівняно із початковими даними у 2,4 рази.

Аналіз результатів тестування швидко-силових здібностей в експериментальній групі свідчив про їх збільшення, порівняно із контрольною групою, що наприкінці дослідження склало 35%, швидко-силова витривалість (бігу на 200 м) покращилася на 58 %, точність рухів значно збільшилася на другому й третьому етапах реабілітації в середньому на 90 %.

Показники гнучкості в експериментальній групі під час тестування рухливості плечових суглобів у горизонтальній і вертикальній площинах і нахилу тулуба вперед у положенні сидячи покращилася відповідно на 38 %, 37 %, і 55 %. У контрольній групі



під час вимірювання гнучкості, порівняно з початковим рівнем, статистично достовірних змін показників не встановлено.

Під час дослідження м'язів юнаків-інвалідів із наслідками ДЦП тонус розслаблення двоголового м'яза плеча, великого грудного й дельтоподібного м'язів на першому етапі збільшився і становив 10%, 24%, 33%, у порівняно із вхідними даними. На другому етапі показники тонуру грудних м'язів в експериментальній групі збільшилися на 49,5% у порівнянні з контрольною групою, і становили $10,2 \pm 0,49$ (Гц). На третьому етапі реабілітації показники тонуру трьох м'язових груп були стабільними й свідчили про нормальне функціонування м'язів.

Під час реєстрації скорочувальної здатності м'язів спостерігалось їх активне збільшення на всіх етапах дослідження в експериментальній групі.

Показники в'язкості м'язів свідчать про найбільший їх приріст на першому етапі. Це пояснюється активним кровонаповненням, а внаслідок цього і перенапруженням м'язів, які, відповідно до теорії М. І. Арінчина, під час виконання діяльності працюють як «периферичні серця». У наших дослідженнях найбільший рівень в'язкості (на 43–45% більше, ніж у вихідних даних) був відзначений для м'язів двоголового згинача плеча й дельтоподібного м'яза на першому етапі реабілітації. Контроль рівня в'язкості попереджав виникнення м'язових болів, використання способів м'язового відновлення змінило рівень в'язкості на другому етапі до початкового, а на третьому етапі вдалося зменшити його на 60–65%. За показниками в'язкості ми дозували й навантаження на м'язи, на основі рівня їхнього перенапруження. При цьому змінювалися обсяг і інтенсивність рухів. У групі інвалідів-плавців рівень в'язкості в м'язах був найбільшим. Це дало можливість стверджувати, що заняття плаванням можна рекомендувати як



спосіб профілактики перенапруження м'язів, зменшення їхньої в'язкості у програмі фізичної реабілітації для інвалідів.

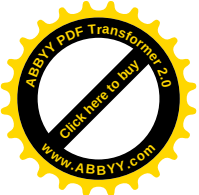
Під час дослідження адаптації кардіореспіраторної системи до м'язової діяльності показники ЧСС і АТ в експериментальній групі у спокійному положенні, порівняно з контрольною групою, статистично достовірну різницю мали лише на третьому етапі фізичної реабілітації. Яскраво виражена брадикардія була виявлена в інвалідів експериментальної групи на другому й третьому етапах фізичної реабілітації, де, порівняно з контрольною групою, ЧСС зменшилася відповідно на 13% і 29%.

У стані спокою АТ інвалідів із наслідками ДЦП експериментальної групи було на 12–20% нижче, порівняно із контрольною групою.

У процесі навчання настільного тенісу й плавання була проаналізована техніка основних рухів. Під час виконання технічних дій, маятникові коливання тулуба у фронтальній площині рухів інвалідів-тенісистів становлять від 0 до 15 градусів, що свідчить про малу амплітуду коливань верхнього відділу тулуба. Кругові рухи у плечових суглобах здійснюються в межах 60°, а коливальні рухи у плечовому суглобі – у діапазоні 120°.

Це свідчить про те, що інваліди з наслідками ДЦП, виконуючи ігрові технічні дії настільного тенісу, компенсують свою обмежену рухливість за рахунок збільшення амплітуди рухів верхніх кінцівок.

Під час аналізу стилів плавання були зафіксовані параметри кута в ліктьовому суглобі у фазі проносу руки над водою, амплітуда вертикального пересування окремих біоланцюгів тіла, відстань між центрами мас окремих біоланцюгів. Під час плавання на спині кут у ліктьовому суглобі змінювався у кваліфікованого спортсмена в середньому від 175°. до 179°, а в інвалідів – від 180° до 172° Амплітуда вертикального пересування



голови спортсмена між початком і кінцем фази проносу руки становила $4,4 \pm 0,23$ см, а в інвалідів із наслідками ДЦП – $0,5 \pm 0,02$ см. Для променезап'ясткового суглоба ця амплітуда становила відповідно $6,7 \pm 0,03$ см і $5,5 \pm 0,02$ см. Відстань між центрами мас голови при горизонтальному пересуванні в інвалідів із наслідками ДЦП було на 44,5% менше, ніж у кваліфікованих спортсменів. Загалом, техніка проносу руки в інвалідів з наслідками ДЦП у пізній резидуальній стадії відповідає параметрам техніки плавання кваліфікованих здорових спортсменів, за винятком кута в ліктьовому суглобі наприкінці проносу, що у середньому на 7% менше.

Особливістю техніки плавання кролем на грудях в інвалідів із наслідками ДЦП є кут згинання в ліктьовому суглобі, що збільшений на 7,4% на початку й на 32 % наприкінці фази. Це пояснюється наявністю м'язових контрактур, що встановлено нами за допомогою методики загасаючих коливань. Також особливістю техніки плавання інвалідів із наслідками ДЦП кролем на грудях є значна амплітуда вертикальних пересувань біолонок опорно-рухового апарату, порівняно з технікою кваліфікованих спортсменів. Під час плавання брасом особливістю лінійного переміщення полягає в показнику повного циклу рухів, що на 87,2 див більше у кваліфікованих спортсменів, ніж в інвалідів, що становило 57% і стало показником швидкості плавання. Також було відзначено, що кваліфіковані спортсмени використовують «силовий» варіант плавання брасом з активними робочими рухами рук і ніг, зі значним вертикальним переміщенням біолонок тіла і точок суглобів, що є недосяжним для інвалідів з наслідками ДЦП через слабку дієздатність їхніх нижніх кінцівок. Тому їм краще використовувати більш економічний і ефективний, але менш швидкісний варіант.



Висновки. Дослідження підтвердило ефективність програми фізичної реабілітації юнаків-інвалідів з наслідками ДЦП у пізній резидуальній стадії. Запропонована програма фізичної реабілітації дозволяє здійснювати активні тренувальні заняття у спеціальних реабілітаційних установах, у центрах інвалідного спорту, а також у домашніх умовах із застосуванням засобів контролю.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бортфельд С. А. Лечебная физкультура и массаж при детском церебральном параличе / С. А. Бортфельд, Е. И. Рогачева – Л. : Медицина, 1986. – 86 с.
2. Гординская Н. Э. Реабилитация детей с ДЦП / Н. Э. Гординская – М. : Медицина, 1980. – 240с.
3. Григоренко В. Г. Теория и методика физического воспитания инвалидов / В. Г. Григоренко, Б. В. Сермеев, Б. Г. Шеремет – Одесса. II часть, 1991. – 100 с.
4. Ефименко Н. Н. Содержание и методика занятий физкультурой с детьми, страдающими церебральным параличом / Н. Н. Ефименко, Б. В. Сермеев – М. : Советский спорт, 1991. – 55 с.
5. Исанова В. А. Коррекция двигательных нарушений в поздней резидуальной стадии детского церебрального паралича: дис. ... канд. мед. Наук / В. А. Исанова – Казань, 1993. – 175 с.
6. Сермеев Б. В. Индивидуально-дифференцированный подход в процессе коррекции двигательных нарушений у детей, страдающих церебральным параличом: Физическое воспитание детей в специальных школах /Б. В. Сермеев, Н. Н. Ефименко – Горький, 1990. – С.86 – 98.



Мордвінова А. В., Бурла О. М.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

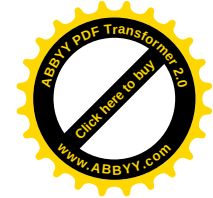
ОРГАНІЗАЦІЯ ЗАНЯТЬ ІЗ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ СТУДЕНТІВ СПЕЦІАЛЬНИХ МЕДИЧНИХ ГРУП, ХВОРИХ НА ВЕГЕТОСУДИННУ ДИСТОНІЮ

Актуальність цієї теми полягає у тому, що з кожним роком зростає кількість студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи, у тому числі із захворюванням серцево-судинної системи.

Аналіз літературних джерел свідчить про те, що фізична підготовленість, функціональні можливості і здоров'я студентів, які навчаються на першому курсі, знаходяться на низькому рівні. З кожним роком збільшується кількість студентів у спеціальних медичних групах.

Великі перспективи для оптимізації фізичного виховання у ВНЗ має комплексний підхід, що дає можливість кожному студенту працювати в оптимальному режимі і забезпечувати найкращий оздоровчий ефект.

Одним із поширених захворювань серед молоді є вегетосудинна дистонія. За даними деяких авторів (С.А. Аббакумов, 1992; Р. І. Покальов, 1994; С. В. Орлова, 2002), ця патологія виявляється у 50% випадків серед хворих із розладами серцево-судинної діяльності. Одним із специфічних проявів вегето-судинної дистонії є зниження фізіологічних резервів витривалості різних фізичних навантажень, зниження фізичної і розумової працездатності. У молодому віці ця хвороба часто супроводжується або підвищенням артеріального тиску, або зниженням як систолічного, так і діастолічного тиску, під час фізичного та емоціонального навантаження.



Мета статті – удосконалення навчального процесу оздоровчих занять у спеціальній медичній групі з використанням засобів фізичної реабілітації.

Об’єкт дослідження – навчальний процес з фізичного виховання зі студентами спеціальних медичних груп.

Предмет дослідження – стан здоров’я і фізичний розвиток студентів Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка, які віднесені до спеціальної медичної групи, хворих на вегетосудинну дистонію.

Завдання:

1. Проаналізувати науково-методичну літературу та існуючі методики проведення занять з фізичного виховання зі студентами спеціальних медичних груп хворими на вегетосудинну дистонію.

2. Визначити ефективність проведених занять з лікувальної фізичної культури зі студентами, хворими на вегетосудинну дистонію.

Результати дослідження та їх обговорення. У спеціальну медичну групу для занять з лікувальної фізичної культури направляються студенти після проходження медичної комісії на початку навчання на першому курсі.

Первинне медичне обстеження, яке проводиться перед початком занять із фізичної культури, дає змогу віднести студентів до спеціального медичного відділення з урахуванням характеру захворювання (нозоології).

За результатами аналізу медичних карток диспансерного обстеження студентів 1 – 4 курсів Сумського державного педагогічного університету ім. А.С. Макаренка, кількість студентів із захворюванням вегетосудинна дистонія (ВСД) у 2009 році становить 10% від загальної кількості студентів, віднесених до спеціальної медичної групи (СМГ).

У зв’язку з цим виникла необхідність розробити індивідуальні програми для студентів, хворих на ВСД як для організації



самостійних занять, так і для проведення і виконання навчального процесу. Навчально-виховний процес фізичного виховання СМГ зі студентами, хворими, на ВСД, спрямований на:

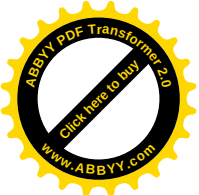
- зміцнення здоров'я і загартування організму;
- можливе усунення функціональних відхилень у фізичному розвитку;
- підвищення рівня фізичної підготовленості і працездатності;
- ліквідацію залишкових явищ після перенесених захворювань чи травм, досягнення стійкої ремісії;
- набуття необхідних для студентів професійно-прикладних умінь і навичок.

На практичних заняттях особлива увага приділялась питанням лікарського контролю, самоконтролю і методики виконання фізичних вправ з урахуванням протипоказань. Загальна і професійно-прикладна фізична підготовка проводиться з урахуванням функціональних можливостей студентів.

У навчально-виховному процесі фізичного виховання у СМГ велике значення має послідовність у навчанні, реалізація принципів систематичності і поступовості (від легкого до складного), чітко добираючи дозування навантаження.

Основною формою заняття у СМГ є лікувальна фізична культура, яка спрямована на вирішення таких завдань: нормалізація процесів збудження і гальмування в центральній нервовій системі, моторно-судинних рефлексів і судинного тону, порушеної регуляції артеріального тиску. Застосування форм ЛФК проводять відповідно до призначеного щадного, щадно-тренувального і тренувального рухових режимів.

Методика застосування фізичних вправ при ВСД у всіх рухових режимах передбачає використання спеціальних вправ: вправи на розслаблення м'язів, дихальні вправи та вправи для вестибулярного апарату; вправи для підвищення артеріального тиску – статичні, швидко-силові та силові. Вони сприяють



нормалізації артеріального тиску і порушеної функції вестибулярного апарату. Спеціальні вправи застосовуються для покращання діяльності окремих органів і систем організму. До них відносять вправи на виховання правильної постави, збільшення рухливості грудної клітки і ритмічності дихання, спеціальні вправи.

У щадному руховому режимі застосовують лікувальну і ранкову гігієнічну гімнастику, лікувальну ходьбу, теренкур, спортивно-прикладні вправи, ігри. Заняття триває 15–25 хв. Комплекси складаються із загальнорозвиваючих та спеціальних вправ. Рухи виконують вільно, з повною амплітудою, без напруження, затримки дихання, натужування. Включають вправи на розслаблення м'язів, рівновагу, координацію рухів, тренування вестибулярного апарату.

Щадно-тренувальний руховий режим призначають для стабілізації артеріального тиску. Комплекси лікувальної гімнастики доповнюють вправами з обтяженнями (гантелі 0,5–1 кг, медболи до 2-х кг). Обсяг силових, швидко-силових і статичних вправ у комплексах лікувальної гімнастики становить 60 – 65%. Дистанцію лікувальної ходьби збільшують до 3-5 км. Призначають теренкур із крутістю підйому 10 – 15°. Рекомендують рухливі ігри: волейбол, баскетбол, настільний теніс. Тривалість заняття 30 – 40 хв.

Тренувальний руховий режим передбачає посилення тренувального впливу фізичних вправ, що досягається за рахунок збільшення тривалості ранкової гігієнічної гімнастики до 20 хв, маси гантелей та медболів, дистанції лікувальної ходьби до 5 – 8 км. Тривалість лікувальної гімнастики – 40 – 60 хв.

У комплексі з лікувальною фізичною культурою доцільно застосовувати рухливі ігри, масаж та фізіотерапію.



Спортивні і рухливі ігри мають велике значення для розвитку таких фізичних якостей, як швидкість реакції на рухомі предмети, витривалість, сила, рівновага, точність та ін. Під час проведення ігрових вправ рухи безперервно змінювалися, напруження м'язів чергували з розслабленням. Рухливі ігри широко використовуються в основній і заключній частинах заняття, де на них відводиться 3 – 7 хвилин. До таких ігор відносять: «Третій зайвий», «Тягни в круг», «День і ніч» тощо. На заняттях у спеціальній медичній групі проводять ігри за спрощеними правилами. Гра продовжується не більше ніж 3 – 5 хвилини по 2 – 4 періоди між періодами – відпочинок.

Лікувальний масаж проводять для урівноваження процесів збудження і гальмування в корі головного мозку; нормалізації тону судин периферичних судин й артеріального тиску; відновлення психоемоційного стану хворого; нормалізації діяльності серцево-судинної системи. Використовують погладження, розтирання, розминання та вібрацію у вигляді вібраційного погладження, струшування, поплескування, рубання.

Фізіотерапія спрямована на відновлення порушеної рівноваги основних нервових процесів у центральній нервовій системі; нормалізацію тону судин периферичних судин й артеріального тиску; покращання обмінних процесів, підвищення загальної реактивності і загартування організму. Використовують обтирання, обливання, купання, повітряні і сонячні ванни, УФО загальної і поперекової ділянок; застосовують електрофорез ліків, що підвищують периферичний опір кровотоку, нормалізують тонус судин, електросон, гальванізацію, діадинамотерапію.

Висновки. Проаналізувавши науково-методичну літературу, ми дійшли висновку про те, що існуючі методики проведених занять із лікувальної фізичної культури справляли



найефективніший вплив у комплексному застосуванні фізичних вправ із масажем і фізіотерапією.

Ефективність під час комплексних занять із лікувальної фізичної культури відзначалася нормалізація артеріального тиску, покращання психоемоційного стану студентів, поліпшення діяльності всіх систем організму, посилення обміну речовин, зміцнення мускулатури, збереження правильної постави, виховання сили, спритності і витривалості.

Подальші дослідження передбачають вивчення інших проблем реабілітації студентів ВНЗ, віднесених до спеціальної медичної групи, хворих на вегетосудинну дистонію, засобами фізичної культури.

ЛІТЕРАТУРА

1. Булич Э. Г. Физическое воспитание в специальных медицинских группах : учеб. пособие для техникумов. / Э. Г. Булич – М. : Высш. шк, 1986. – 255 с.

2. Деякі аспекти національної системи фізичного виховання студентів спеціального навчального відділення : тези. доповідей Всеукр. наук. конф. [«Спорт і національне відродження»]. – Львів, 1993. – С. 36–39.

3. Дубогай О. Д. Методика фізичного виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи / О. Д. Дубогай, В. І. Завацький, Ю. О. Короп. – Луцьк : Надстир'я, 1995. – 220 с.

4. Захаров Л. С. Лечебная физическая культура при заболеваниях сердечно-сосудистой системы / Л. С. Захаров : метод. реком. для самостоятельных работ студ. ГЦОЛИФКа. – М.: ГЦОЛИФК, 1998 – 72 с.

5. Мухін В. М. Фізична реабілітація / В. М. Мухін. – К. : Олімпійська література, 2005. – 472 с.



6. Новітні технології у фізичному вихованні : фізичні навантаження для студентів з вадами серцево-судинної системи : // «Молода спортивна наука України» : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Анотація, зміст та допоміжні індекси. – Львів. : НВФ, «Українські технології», 2006 – Вип. 10. – С. 289 – 293.

Мороз Л. В.

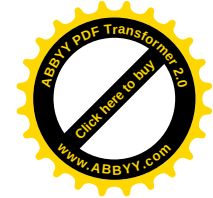
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ХАРАКТЕРИСТИКА РУХЛИВОСТІ У СУГЛОБАХ ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДЦП

Актуальність. Останнім часом у світі спостерігається посилення інтересу до проблем інвалідності та інвалідів, що є відображенням процесу загальної гуманізації світової спільноти та зумовлено переходом суспільної свідомості на якісно новий рівень. Однак, незважаючи на постійну увагу та значні науково-технічні досягнення, чисельність осіб з уродженими вадами психофізичного розвитку у світі залишається досить високою і становить близько 10% від усього народонаселення нашої планети [4]. Особливе занепокоєння викликає постійне зростання енцефалопатичних хвороб, пріоритетне місце серед яких займає дитячий церебральний параліч (ДЦП).

ДЦП є складним захворюванням, яке посідає одне з перших місць у структурі дитячої інвалідності за неврологічним профілем [2, 5]. Тяжкість цього захворювання обумовлена складністю рухових, психічних і мовленнєвих порушень [1, 6].

Серед основних порушень, які спостерігаються у клінічній картині ДЦП провідне місце займають порушення рухової сфери. Рухливість у суглобах є однією з найважливіших характеристик рухової сфери, оскільки від рівня її розвитку значною мірою залежить можливість та ступінь оволодіння будь-якою руховою



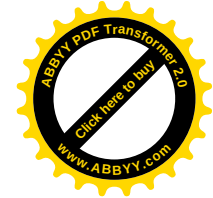
навичкою. Зниження рухливості в суглобах негативно впливає на організм дитини – обмежується рівень прояву м'язової сили, координаційних та швидкісних здібностей, знижується економічність роботи, збільшується вірогідність отримання травм у процесі виконання рухових дій [7].

Однією з головних причин низької рухової активності, обмеженості під час виконання різноманітних довільних рухових дій у дітей з ДЦП виступає обмеження рухів у суглобах нижніх кінцівок. Недостатня рухливість кульшового, колінного і гомілковостопного суглобів утруднює координацію рухів дитини під час ходьби та бігу. Зниження рухливості у суглобах верхніх кінцівок значно перешкоджає виконанню рухових дій у повсякденній навчальній, побутовій та оздоровчій діяльності.

Аналіз науково-методичної та спеціальної літератури виявив наявність розбіжностей думок щодо особливостей дослідження, нормування та характеристики рухливості у суглобах дитячого контингенту з наслідками дитячого церебрального паралічу.

Мета статті – виявити та проаналізувати особливості рухливості у суглобах дітей молодшого шкільного віку з ДЦП.

Роботу виконано згідно з планом науково-дослідної роботи Сумського державного педагогічного університету ім. А. С. Макаренка в межах теми науково-дослідної роботи кафедри логопедії та біологічних основ фізичної культури «Корекція психофізичного стану осіб з обмеженими можливостями». У дослідженні взяло участь 80 дітей молодшого шкільного віку (8–10 років). З них 37 школярів зі спастичними формами ДЦП (геміпарез, геміплегія, диплегія), які здатні до самостійного пересування (легкий ступінь), та 43 їхніх здорових однолітки. Рухливість у суглобах молодших школярів визначалася за методикою гоніометрії (за В. Г. Григоренком і Б. В. Сермеєвим) [3].



Результати дослідження. Для виконання рухових дій найбільше значення має активна рухливість суглобів, оскільки вона реалізується завдяки м'язовим і вольовим зусиллям дитини. Аналіз амплітуди активних рухів у суглобах верхніх і нижніх кінцівок виявив особливості відставання цих показників у дітей із ДЦП від вікових норм (табл. 1.). Так, найменше відставання відзначене у плечовому суглобі під час згинання (на $6,7^0$, або $4,2\%$) і в кульшовому суглобі під час згинання, приведення та пронації стегна (відповідно на $7,0^0$, або $5,6\%$; на $1,4^0$, або $4,6\%$; на $5,2^0$, або $11,5\%$). Показники розгинання в цих суглобах виявилися дещо гіршими та коливалися у середньому в межах 80% від установленної норми ($35,7 \pm 2,41^0$ – у плечовому; $11,3 \pm 1,73^0$ – у кульшовому), що, на нашу думку, має функціональний характер і в більшості випадків пов'язано швидше зі слабкістю відповідних м'язових груп, ніж із наявністю структурної патології суглобів.

Таблиця 1

Показники розвитку активної і пасивної рухливості у суглобах кінцівок дітей молодшого шкільного віку з ДЦП (у 0)

Види рухів	Вид рухливості М $\pm$ m		Вікова норма (у 0)		Відмінність від норми (0)	
	ПР	АР	ПР	АР	ПР	АР
<i>Плечовий суглоб</i>						
Згинання	$169,0 \pm 1,15^*$	$153,3 \pm 2,22^*$	175	160	6	6,7
Розгинання	$49,6 \pm 1,93^*$	$35,7 \pm 2,41^*$	60	45	10,4	9,3
<i>Ліктьовий суглоб</i>						
Згинання	$115,2 \pm 1,27^*$	$108,3 \pm 2,32^*$	135	130	19,8	21,7
<i>Променевозап'ястковий суглоб</i>						
Згинання	$56,7 \pm 3,01$	$45,2 \pm 2,76$	70	65	13,3	19,8
Розгинання	$50,4 \pm 2,57^*$	$39,7 \pm 4,85^*$	75	70	24,6	30,3

<i>Кульшовий суглоб</i>						
Згинання	140,3 ± 2,12*	118 ± 1,21*	150	125	9,7	7
Розгинання	22,1 ± 1,15*	11,1 ± 1,73*	25	15	2,9	3,9
Відведення	32,8 ± 2,84*	20,3 ± 2,22*	45	40	12,2	19,7
Приведення	40,3 ± 1,46*	28,6 ± 1,63*	40	30	0,3	1,4
Супінація	38,9 ± 2,67*	26,3 ± 2,87*	50	40	11,1	13,7
Пронація	49,1 ± 0,84*	39,8 ± 1,27*	55	45	5,9	5,2
<i>Колінний суглоб</i>						
Згинання	127,5 ± 3,46*	110,1 ± 2,23*	150	135	22,5	24,9
<i>Гомілковостопний суглоб</i>						
Згинання	38,7 ± 3,94	29,3 ± 1,82	50	40	11,3	10,7
Розгинання	17,3 ± 2,69	12,7 ± 1,93	25	20	7,7	7,3

Примітка: 1. ПР – пасивна рухливість, АР – активна рухливість.

2. * – вірогідна відмінність між активною і пасивною рухливістю відповідного суглоба ($p < 0,05$).

Найбільше відставання у розвитку активних рухів у кульшовому суглобі виявлено під час відведення (на 19,7⁰, або 49,2%) і супінації (на 13,7⁰, або 34,2%) унаслідок привідних контрактур цих суглобів, що є характерною ознакою всіх спастичних форм церебрального паралічу.

У процесі дослідження рухливості ліктьового і колінного суглобів спостерігалось значне її порушення під час виконання активного згинання, що, на наш погляд, пояснюється як наявністю, виразністю згинальних контрактур, так і слабкістю відповідних м'язів-згиначів. Середні показники для ліктьового суглоба $108,3 \pm 2,32^0$, для колінного суглобу $110,1 \pm 2,23^0$, що відповідно становило 83,3% і 81,6% норми.



Досліджуючи рухливість дистальних суглобів обох кінцівок, ми відзначили обмеженість активних рухів як під час згинання, так і під час розгинання. Проте в обох випадках діти виконували активне розгинання гірше, ніж згинання. Особливо яскраво обмеженість рухів спостерігалась під час розгинання кисті, середня величина ледь перевищувала половину встановленої вікової норми ($39,7 \pm 4,85^0$, або 56,7%).

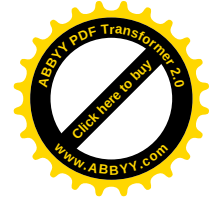
Найбільше обмеження активних рухів у променевозап'ястковому суглобі спостерігалось у дітей із геміпаретичною формою ДЦП, що значною мірою вплинуло на загальний середній показник розгинання кисті. Ці діти внаслідок значних згинальних контрактур і слабкості паретичних м'язів ураженої кінцівки були нездатні активно розгинати кисть.

Порівнюючи результати дослідження активної та пасивної рухливості суглобів (табл. 1.), ми виявили вірогідно вищу ($p < 0,05$) рухливість усіх суглобів, крім променевозап'ясткового і гомілковостопного, під час пасивного виконання рухів. Така відмінність дає змогу говорити про динамічний характер контрактур у цих суглобах, а також про функціональну недостатність відповідних м'язових груп.

Як і під час активних рухів, найменше обмеження пасивної рухливості в кульшовому суглобі спостерігалось під час згинання та пронації стегна. Показник пасивного приведення стегна відповідав установленій нормі.

Показники рухливості під час згинання плеча майже не відрізняються від норми, проте під час розгинання плеча амплітуда руху становила $49,6 \pm 1,93^0$, або 82,7%, від норми.

Найбільш виразне порушення пасивної рухливості спостерігалось, як і під час активних рухів у кульшовому суглобі, під час відведення стегна (на $12,2^0$, або 27,1%), а також у променевозап'ястковому і гомілковостопному суглобах під час



розгинання (відповідно на $24,6^0$, або 32,8%; на $7,7^0$, або 30,8% відповідно).

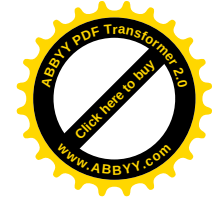
Висновки. Таким чином, аналіз результатів дослідження рухливості суглобів засвідчив, що в молодших школярів із ДЦП спостерігається відставання амплітуди рухів як під час активного, так і під час пасивного їх виконання. Величина рухових порушень у різних суглобах верхніх і нижніх кінцівок у процесі виконання різних рухів неоднакова. Серед основних причин обмеження пасивної рухливості можна назвати наявність фіксованих і динамічних контрактур, а також підвищення тону м'язів-антагоністів у процесі виконання рухів. На розвиток активної рухливості, поряд із першими двома причинами, істотно впливає слабкість і недостатня силова підготовка паретичних м'язів.

Отже, різниця між показниками активної та пасивної рухливості у суглобах та наявність запасу пасивної рухливості дають можливість для покращання здатності дітей з ДЦП виконувати активні рухові дії з оптимально можливою амплітудою за умови індивідуально зорієнтованого, адекватного та дієвого корекційного впливу.

ЛІТЕРАТУРА

1. Висковатова Т. П. Задержка психического развития у детей, обусловленная неблагоприятным влиянием природных и антропогенных факторов. / Т. П. Висковатова – Одесса : ЮГПУ, 1996. – 264 с.

2. Гойда Н. Г. Стан та основні напрямки реформування системи психіатричної допомоги дитячому населенню України / Н. Г. Гойда // Актуальні питання дитячої психіатрії : матеріали республік. Конф. дитячих психіатрів «Реформа психіатричної допомоги дитячому населенню України». – Харків, 1999. – Вип. II. – С. 3–7.



3. Григоренко В. С. Теория и методика физического воспитания инвалидов. Ч. 1. / В. С. Григоренко, Б. В. Сермеев – Одесса, 1991. – 88 с.

4. Камаева И. А. Медико-социальные аспекты детской инвалидности / И. А. Камаева, Н. И. Гурвич, Н. А. Иорданская [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 1997. – №5. – С. 45–48.

5. Козявкин В. И. Детские церебральные параличи. Медико-психологические проблемы. / В. И. Козявкин, Л. Ф. Шестопалова, В. С. Подкорытов – Львів: Українські технології, 1999. – 144 с.

6. Мастюкова Е. М. Физическое воспитание детей с церебральным параличом. / Е. М. Мастюкова – М., 1991. – 164 с.

7. Платонов В. Н. Подготовка юного спортсмена. / В. Н. Платонов, К. П. Сахновский – К. : Рад. шк., 1988. – 288 с.

Полуляшенко М. С.

СумДПУ ім А. С. Макаренка

ОСОБЛИВОСТІ ВИКЛАДАННЯ МЕДИКО-БІОЛОГІЧНИХ ДИСЦИПЛІН У ПРОЦЕСІ ПІДГОТОВКИ КОРЕКЦІЙНИХ ПЕДАГОГІВ

Постановка проблеми. На сьогодні система допомоги дітям з різними вадами розвитку охоплює широку мережу спеціальних закладів. Повсякчас відбувається збільшення кількості типових і створення нових типів закладів з більш посиленою диференціацією за формами патологій розвитку. У зв'язку з цим усе актуальнішими стають питання щодо чіткої диференціації етапів розвитку дітей, які мають вади. Виявлення таких етапів, класифікація і диференційна діагностика дуже необхідні для визначення особливостей психічного і мовленнєвого розвитку, визначення структури дефекту,



прогнозування можливої компенсації, а також адекватних шляхів навчання і виховання різних категорій дітей.

Володіння спеціалістом у галузі корекційної педагогіки глибокими знаннями з медичної та біологічної підготовки забезпечить базу для професійної діяльності в різних навчальних, лікувальних і реабілітаційних закладах з іншими спеціалістами [3].

Не випадково освітні програми з підготовки спеціалістів у галузі корекційної підготовки завжди передбачали відповідний обсяг медико-біологічних знань, оскільки їх професійна діяльність виходить за межі традиційної діяльності вчителя, щільно взаємодіє та переплітається з різними видами соціально-педагогічної, реабілітаційної, консультативно-діагностичної, психотерапевтичної діяльності.

На сучасному етапі розвитку вищої школи підготовка творчо мислячого висококваліфікованого спеціаліста потребує максимального орієнтування на викладання всіх медико-біологічних дисциплін на високому професійному рівні.

Аналіз сучасних досліджень (Л.В. Кондрашова, А.Ф. Линенко, Г.В.Троцько та ін.) засвідчує, що головною метою професійно-педагогічної підготовки є забезпечення готовності студентів вищих педагогічних закладів освіти до педагогічної діяльності з акцентом на їх моральну, психологічну готовність або ж підготовку до окремих видів професійної діяльності.

Підвищення статусу та ролі корекційного педагога як професіонала за сучасних умов багато в чому актуалізується і визначається заснованою на гуманістичних ціннісних орієнтаціях медичною компетентністю, яка дозволяє розпізнавати й осмислювати природу порушеного розвитку, причини його виникнення, установлювати складну структуру дефекту, диференціювати й індивідуалізувати особливості діяльності й



адаптації дітей з різними патологіями, проводити відповідну корекційну роботу і прогнозувати якість життя дитини.

Останнім часом через значне зближення медицини і дефектології посилився інтерес до психосоматичних розладів. Виявлено, що їх походження визначається не лише психотравмуючим, а й багатьма іншими факторами, симптоматика яких поліморфна, стійка, а успіх лікування можливий лише після вивчення лікарем, психотерапевтом і корекційним педагогом ставлення особистості до хвороби [1; 2].

Сьогодні гостро усвідомлюється соціальна потреба в розвитку ініціативних, творчих, ділових якостей педагогів-дефектологів, що передбачає посилення креативних компонентів освіти. Знання переходять у ранг вторинного продукту, стають засобом саморозвитку особистості, на перший план виходять творчі способи, схеми, моделі діяльності. Сучасному корекційному педагогу необхідно нове концептуальне мислення, яке приводить до об'ємного споглядання процесів освіти, руху в них дитини, спроможне забезпечити вищу якість професійної діяльності.

Мета дослідження полягає в теоретичному обґрунтуванні становлення викладання медико-біологічних дисциплін у процесі підготовки корекційного педагога.

Формування медико-біологічної готовності майбутнього корекційного педагога до дефектологічної діяльності забезпечує підготовку до творчої співпраці і творчого спілкування медичного та педагогічного персоналу, до клінічного розуміння складності дефекту різних категорій проблемних дітей, у процесі якого формуються науково обґрунтовані підходи до складання відповідних корекційних програм з урахуванням патологічних особливостей кожної дитини, що сьогодні недостатньо враховується у спеціальних закладах.

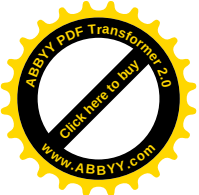


Водночас у дефектологічній освіті медико-біологічні та клінічні дисципліни функціонують диференційовано, що перешкоджає формуванню цілісного бачення структури дефекту, особливостей індивідуального розвитку дитини з вадами розвитку. Це обумовлено вузькопрофесійною спрямованістю випускників-дефектологів і формує фрагментарне уявлення про кожну окрему нозологію й невміння використовувати теоритичні знання і практичні навички в роботі з різними категоріями дітей із психофізичними порушеннями [4; 5].

Лише на основі комплексного підходу до навчально-виховного процесу на дефектологічному факультеті можна забезпечити більш оптимальний, взаємозв'язок змісту і послідовності вивчення психолого-педагогічного, медико-біологічного і спеціального блоків дисциплін. Усе це сприятиме адаптації майбутніх корекційних педагогів, виховуватиме в них високий рівень професійної майстерності і потребу постійно поглиблювати свої знання.

Зміст медико-біологічної освіти корекційних педагогів повинен насамперед бути спрямований на формування особистості, яка здатна обстежувати, робити діагностику дитини з вадами розвитку, планувати напрями та систему проведення корекційних, профілактичних і реабілітаційних заходів в умовах спеціальних шкіл і реабілітаційних центрів, а також шляхи прогнозування перспективи розвитку та компенсаційних можливостей у процесі подальшої соціальної адаптації.

Вивчення медичних і біологічних дисциплін передбачає визначення причин і механізмів порушення центральної нервової системи, структури дефекту, закономірностей та особливостей розвитку дитини. Усі ці дані необхідні для того, щоб корекційний педагог міг оптимально справляти корекційний вплив на дитину у процесі її навчання, виховання й адаптації. Без знань медичних



предметів дефектолог не зможе виявити провідні патологічні симптоми й спланувати шляхи цілеспрямованих корекційно-педагогічних заходів, розробити план диференційованого навчання та виховання з урахуванням особливостей дитини та її компенсаторних можливостей. Такі медико-біологічні дисципліни, як анатомія, фізіологія, генетика є основними й покликані розкрити суть будови і функції організму людини, показати на конкретному матеріалі єдність її органів і систем, взаємозв'язок та взаємообумовленість. Кінцева мета вивчення цих дисциплін – сформувати у студентів правильне наукове уявлення про організм людини як ціле, єдність і нерозривність його структури та функцій, безперервність розвитку, єдність та взаємодію організму із зовнішнім середовищем. Медико-біологічні дисципліни є основою для формування уявлень про сутність патології у майбутніх спеціалістів, дозволяють розкрити й обґрунтувати такі абстрактні поняття, як «хвороба», «аномалія», «затримка розвитку» тощо. Пізнаючи сутність хвороби, студент-дефектолог формує своє науково-морфофункціональне уявлення про основні закономірності етіопатогенезу (тобто причини та наслідки, їх взаємозв'язки і взаємообумовленість), основні патологічні тканинні процеси тощо. Усе це створює передумови для успішного засвоєння спеціальних медичних дисциплін, таких, як основи невропатології, психопатологія дитячого віку, фізіологія, патологія органів слуху та мови, клініка розумової відсталості [3; 6].

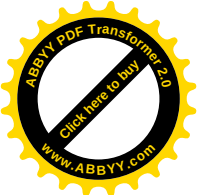
Отже, підготовка корекційного педагога, який відповідає сучасним вимогам і запитам, відповідно до змін, що відбуваються в суспільстві, вимагає перегляду складових підготовки цих спеціалістів, у тому числі блока медико-біологічних і клінічних дисциплін, які є наскрізною ланкою, що пронизує всі компоненти загальної професійно-педагогічної діяльності. Медична підготовка повинна містити потужний когнітивний



потенціал, формувати ціннісно-мотиваційні засади дефектологічної діяльності, суттєво збагачувати креативні аспекти корекційно-реабілітаційної освіти, впливаючи на майбутнього фахівця [3].

Розв'язання проблем удосконалення медичної підготовки шляхом її фундаменталізації та гуманізації повинно здійснюватися на основі системного підходу в дефектологічній освіті. З цих позицій були виокремлені напрями покращання медичної підготовки корекційного педагога. Перший зводиться до вдосконалення традиційних програм і курсів, другий передбачає розробку і впровадження нових навчальних програм і курсів, третій – пошук і реалізацію використання прогресивного досвіду організації навчально-виховного процесу. Саме під впливом цих чинників медична підготовка як системна цілісність саморозвивається, самоорганізується і самовдосконалюється. Аналіз вищезазначених функціональних напрямків розвитку медичної підготовки свідчить, що забезпечити її ефективність можуть такі внутрішньосистемні функції: педагогічно-перетворююча, виробничо-технологічна, педагогічно-відтворююча, розвивальна. З'ясування їх складових і зв'язків між ними дає можливість розкрити закономірності внутрішньої будови медичної підготовки як системи [1].

Система вищої дефектологічної освіти, як і інші системи освіти, складається із викладання сукупності окремих дисциплін. Тож проблеми викладання можна поділити на внутрішньодисциплінарні і міждисциплінарні. Вони надто різні за механізмом інтеграції. У свою чергу будь-яка навчальна дисципліна є цілісною, відносно самостійною системою викладання наукових знань, які об'єднані спільними організаційними та методологічними атрибутами. В успішній професійній підготовці дефектолога велике значення відіграють



не лише фахові знання, які отримують студенти, а також і спеціальні медичні. Останнім часом у викладанні фундаментальних дисциплін на дефектологічних факультетах відбуваються значні перебудови – профілізація викладання, залежно від спеціалізації. Перехід на нові навчальні плани суттєво змінив як викладання окремих дисциплін, так і координацію викладання медичних дисциплін.

Аналізуючи структуру медичної підготовки корекційного педагога, ми виявили на класифікацію педагогічних функцій, які значно впливають на педагогічну майстерність учителя-дефектолога, професійна діяльність якого на сучасному етапі розвитку набуває фундаментальної вагомості. Це пов'язано з тим, що відбувається збільшення кількості дітей, які потребують спеціальної педагогічної допомоги і підтримки, кількості учнів масової школи, у яких виникають труднощі в засвоєнні загальноосвітніх програм та відхилення у поведінці. Професійні функції педагога-дефектолога прямо чи опосередковано підпорядковані завданням корекційного впливу, спрямованого на розвиток особистості дитини з психічним недорозвиненням [4].

Оволодіння медичними знаннями і вміннями сприяє більш раціональному використанню новітніх здобутків як у сфері дефектології, так і у всіх видах реабілітації для надання всебічної і кваліфікованої допомоги дітям з особливими освітніми потребами.

Висновки. Необхідно зазначити, що використання запропонованої моделі медичної підготовки корекційних педагогів достатньо виправдане в розробці комплексної програми медичної та біологічної підготовки майбутніх дефектологів, перспективних планів інтегративної організації навчально-виховного процесу, міжпредметних систем регулювання викладання дисциплін медико-біологічної, клінічної, психолого-педагогічної та спеціально-предметної підготовки на



дефектологічних факультетах. Гуманістична особистісно орієнтована технологія, яка закладена в моделі процесу медичної підготовки корекційного педагога, покликана раціонально перевести теорію у практику через забезпечення механізмів її впровадження і створення педагогічних умов для формування медичної готовності майбутнього дефектолога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бабанский Ю. К. Избранные педагогические труды / Ю. К. Бабанский. – М. : Педагогика, 1989. – 331 с.

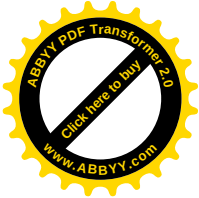
2. Верхола А. П. Дидактические основы оптимизации процесса обучения дисциплинам вуза : автореф. дисс. на соискание науч. степени доктора пед. наук / А. П. Верхола. – К., 1989. – 48 с.

3. Данильченко В. М. Педагогические условия индивидуально-творческой подготовки будущего учителя : дисс. ... канд. пед. наук : 13.00.01 / В. М. Данильченко. – М., 1993. – 236 с.

4. Кобыляцкий И. И. Основы педагогики высшей школы / И. И. Кобыляцкий. – К. – Одесса : Высш. Шк., 1987. – 288 с.

5. Линенко А. Ф. Теория и практика формирования готовности студентов педагогических вузов к профессиональной деятельности : дис. ... доктора пед. наук : 13.00.04 / А. Ф. Линенко. – К., 1996.

6. Нечепоренко Л. С. Совершенствование общепедагогической подготовки учителя в университете / Л. С. Нечепоренко. – Х. : Основа, 1990. – 136 с.



СЕКЦІЯ 2

ПРОБЛЕМИ ЛОГОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ТА ДОРΟΣЛИМ

Андросова В. М.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

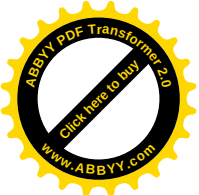
ВИКОРИСТАННЯ МОНТЕССОРІВСЬКИХ СЕНСОРНИХ ВПРАВ ДЛЯ РОЗВИТКУ І КОРЕКЦІЇ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Актуальність. Розвиток системи освіти вимагає від педагогічної науки й практики вивчення і впровадження нових методів навчання і виховання дітей. Значущою особливістю сучасної системи освіти є співіснування двох стратегій організації навчання традиційної та інноваційної. На сьогодні є реальністю взаємодія різних педагогічних систем і технологій навчання, опробування на практиці як нових форм, так і цілісних педагогічних систем минулого.

Майже століття ім'я Марії Монтессорі (1870–1952) привертає до себе увагу освітянської громадськості. Педагогіка видатної італійської гуманістки «завоювала весь світ». Засади монтессорівської педагогіки реалізують монтессорі-дитячі садки і монтессорі-школи. Вони функціонують в країнах Європи, США, Азії та Австралії. На початку ХХ століття такі навчально-виховні заклади діяли і в нашій країні, однак згодом були заборонені.

На початку 90-х років ХХ століття вітчизняну монтессорі-педагогіку відроджено. Нині в окремих дошкільних закладах України, як і в Росії та Білорусії, принципи Монтесорі-педагогіки інтегруються з традиційними виховними та освітніми програмами.

Мета статті: Обґрунтувати доцільність використання сенсомоторних вправ педагогічної технології Монтессорі для розвитку мовлення у дітей-логопатів дошкільного віку.



Розробляючи власну педагогічну систему, Марія Монтессорі спиралася на ідеї французьких психіатрів і педагогів: Жана-Гаспара Ітара (1775–1838) та Едуарда Сегена (1812–1880), які теоретично обґрунтували і практично довели неабиякі можливості виховання дітей з особливими потребами за допомогою спеціальних вправ.

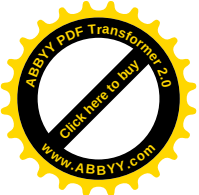
Відкривши в Римі школи для дітей зі слабкими розумовими здібностями, вона створила методику їх навчання, яка дала надзвичайно високі результати і в навчанні дітей із нормальним інтелектом.

Система М. Монтессорі охоплює концепцію і технологію навчання й виховання дітей віком від 2,5 до 12 років. Провідна ідея вчення М. Монтессорі полягає у необхідності створення педагогом предметно-просторового середовища, в якому дитина могла б найповніше розкрити свій внутрішній потенціал у процесі вільної самостійної діяльності, та надання дитині засобів для саморозвитку, розкриття правил їх використання. Такими засобами є автодидактичні (самонавчаючі) монтессорі-матеріали, з якими дитина працює, спочатку наслідуючи педагога, а потім самостійно виконуючи різноманітні вправи.

Особливий інтерес для корекційної роботи з дітьми-логопатами становлять монтессорівські матеріали для вправ на розвиток мовлення, навичок письма, читання, у тому числі і сенсорні вправи, які допомагають розвитку і корекції мовлення.

Головна мета цих матеріалів і вправ полягає не у накопиченні кількості знань, а реалізації проблеми вчитися, розвивати свої сили, а отже вдосконалювати, коригувати своє мовлення.

На думку М. Монтессорі мова є одночасно наслідком й основою соціального життя людей, засобом спільного мислення. Дитячий розум має унікальну властивість – всотувати – невпинно



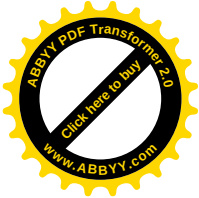
сприймати і фіксувати в мозку навколишню дійсність, зокрема й мову.

Велике значення в розвитку мовлення дитини має зрілість, готовність її сенсомоторики, особливо її руки. Уже давно доведено, що рівень розвитку мовлення у дитини постійно співвідноситься зі ступенем розвитку рухів пальців рук. Учені наголошують на тому, що у новонародженої дитини будова півкуль (гомосфер) головного є мають ідентичну будову і переваги розвитку мовленнєвих зон у правій і лівій півкулях, ще не спостерігаються. Унаслідок розвитку і вдосконалення функції руки у пов'язану з нею півкулю надходить усе більше керуючих імпульсів, а отже, відбувається інтенсивний розвиток відповідної півкулі. Тому особливу увагу необхідно звертати на створення умов для розвитку сенсомоторики дитини, особливо мускулатури руки і дрібних рухів пальців.

Спостерігаючи за діяльністю дітей від 2 до 6 років, можна зробити висновок про те, що якраз цей період життя людини є сенситивним, найбільш найсприятливішим для спонтанного, природного розвитку руки, а також для активного розвитку її мовлення.

Активний послідовник монтессорівської технології російський педагог Юлія Фаусек указувала на те, що правильні і методичні вправи руки чи ноги, головним чином руки, позитивно впливають як на розвиток дитячого мовлення, так і на виправлення його дефектів.

Наводимо коротку характеристику деяких монтессорівських сенсорних вправ, що позитивно впливають на розвиток дитячого мовлення і які доцільно використовувати в навчально-корекційній діяльності дітей з різними мовленнєвими порушеннями.



«Прищіпки в кошик». Дитина ставить на стіл кошик, до країв якого прикріплені прищіпки для білизни. Пропонуємо дитині брати кожен прищіпку трьома пальцями, відщеплювати і складати в кошик.

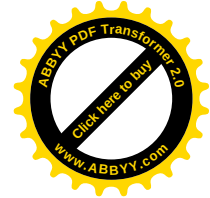
Багаторазове повторення рухів стискання і розтискання із зусиллям прищіпки гарно тренує кінчики пальців лівої або правої руки. (Мал. 1)

«Перекладання намистинок» (гороху, квасолі) пінцетом. Дитина ставить перед собою коробку з ячейками для намистинок, пінцет і ємність з намистинами. Потім бере в руку пінцет і, акуратно захоплюючи кінцями пінцета намистину (горох, квасолю), кладе її в ячейку.

Ця вправа тренує координацію пальців руки, потребує значної концентрації уваги, точності в рухах. Крім того, цей матеріал сприяє тренуванню внутрішнього контролю. Якщо намистинка впала, дитина завжди може побачити це і виправити помилку. (Мал. 2)

«Котушка». У кошику лежать дерев'яні котушки різного розміру з намотаним на них товстим шнуром або товстою ниткою (довжина до 1 м.). Дитина тримає котушку однією рукою, а іншою розмотує коловими рухами від себе. Потім намотує нитку на котушку рухами до себе. Якщо нитка акуратно намотана на котушку, то вправа виконана правильно. Ця вправа розвиває координацію дрібних рухів кисті руки та концентрацію уваги. (Мал. 3)

«Коробочки і баночки». Перед дитиною стоїть кошик, в якому знаходяться різні баночки, коробочки, кошики, пляшечки, гаманці з різними способами відкривання і закривання. Дитина по черзі бере предмети, відкриває і ставить на стіл з правого боку, а кришки з лівого. Потім закриває і кладе в кошик.



Ця вправа розвиває дрібну мускулатуру, концентрацію уваги, координацію роботи руки та очей, тренує пальці і зап'ястки рук. (Мал. 4)

«Скріпки». Перед дитиною стоїть коробка зі скріпками різного розміру і кольору. Дитина тримає предмети різної форми трьома пальцями лівої руки, а трьома пальцями правої руки надягає скріпки, комбінує їх колір та розмір. Створює різні візерунки та орнаменти.

Ця вправа сприяє розвитку дрібної моторики, координації рухів, фантазії та уяви. (Мал. 5)

«Свиток». У кошику лежить циліндр (діаметр 5 см), резинки для волосся різного кольору, розміру і товщини. Дитина по черзі спочатку розтягує резинки і надягає на циліндр, потім скочує їх на кінець циліндра і знімає.

Ця вправа розвиває дрібну моторику, координацію рухів, концентрацію уваги. (Мал. 6)

Висновки. Таким чином, використання монтесорівських сенсомоторних вправ у процесі роботи з дітьми-логопатами дає змогу:

- а) саморозвитку, «самобудівництву», самокорекції, адже дитина може вільно і самостійно працювати з матеріалом без допомоги дорослого;
- б) створювати унікальні умови для розвитку сфери відчуттів, різних аналізаторних систем;
- в) відстежувати рівень розвитку сенсомоторних умінь і навичок та їх вплив на розвиток мовлення дитини;
- г) забезпечувати умови для розумового і мовленнєвого розвитку та корекції в мовлення у дитини.

ЛІТЕРАТУРА

1. Борисова З., Спадщину Марії Монтесорі – сучасним дошкільним закладам. / З. Борисова, Р. Смерникова // Дошкільне виховання. – 1996. – № 10. – С. 14–16.

2. Дичківська І. М. Інноваційні педагогічні технології. Навчальний посібник. / І. М. Дичківська – К. : Академвидав, 2004. – 352 с.

3. Земченкова М. Марія Монтесорі: педагог, психолог, гуманіст. / М. Земченкова. // Психолог – 2004. – №17. – 2004. – С. 31–32.

4. Хилтунен Е. А. Практическая Монтессори-педагогика. Кн. для педагогов и родителей. / Е. А. Хилтунен. – М. : Юнион-паблик, 2005. – 336 с.

Мал. 1. «Прищіпки»



Мал. 2. «Перекладання намистинок»



Мал. 3 «Котушка»



Мал. 4 «Коробочки і баночки»



Мал. 5 «Скріпки»



Мал. 6 «Свиток»



Боряк О. В.

Аспірант кафедри логопедії
Інституту корекційної педагогіки і психології
НПУ імені М. П. Драгоманова

ОСОБЛИВОСТІ ПРОСОДИЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ДИЗАРТРИЄЮ

Фізичне і психічне здоров'я дитини в Україні є одним із найважливіших державних питань. З актуалізацією питань щодо запровадження інклюзивного навчання у загальноосвітніх навчальних закладах ще більше загострюються проблеми комплексних досліджень порушень розвитку, соціально-психологічної та медичної реабілітації дітей, які народилися хворими, особливо якщо йдеться про дітей з порушеннями у розвитку.

Комплексне дослідження порушень розвитку стає загальнозначущою проблемою суспільства, з огляду на стрімке збільшення кількості дітей з проблемами фізичного, психічного та емоційного розвитку, спричиненого впливом негативних екологічних, соціально-економічних, демографічних та внутрішніх біологічних чинників, які ускладнюють або практично унеможливають їх соціально-психологічну



адаптацію, входження в освітній простір і майбутнє професійне самовизначення (А.П. Анохін, В.І. Бондар, Л.С. Виготський, В.В. Засенко, Л.В. Кузнецова, В.В. Лебединський, В.І. Лубовський, О.Р. Лурія, І.В. Мамайчук, В.Г. Петрова, Т.В. Сак, В.М. Синьов, О.П. Хохліна, М.К. Шеремет та ін.).

Актуальною ця проблема є для дошкільників з порушеннями мовлення, оскільки на сьогодні в Україні спостерігається тенденція до зростання кількості дітей з важкими порушеннями мовлення. До таких порушень відноситься і дизартрія, корекція якої має важливе медико-педагогічне та соціальне значення.

Тяжкість мовленнєвого дефекту при дизартрії визначається не тільки зовнішніми порушеннями, складними морфологічними й функціональними порушеннями (порушення мовлення, дихання, ковтання тощо), але й соціальною та психологічною напруженістю, комунікативним дискомфортом, труднощами особистісної та соціальної адаптації (Є.С. Алмазова, О.М. Винарська, М.С. Маргуліс, Є.М. Мастюкова, О.В. Правдіна, К.А. Семенова). Тому такі діти є об'єктами глибоких наукових досліджень у галузі логопедії, корекційної педагогіки, спеціальної та соціальної психології [4, 4].

На сучасному етапі негайного розв'язання потребує проблема ранньої діагностики відхилень у розвитку і корекції мовлення дітей із дизартричними порушеннями, створення індивідуальних логокорекційних програм і програм підтримуючої логотерапії й алгоритмів комплексного психолого-педагогічного впливу на дитину.

Різноманітні порушення (відхилення, дефекти, недорозвинення, недоліки, розлади, патологія) мови обов'язково передбачають їх порівняння з нормою мови (системи знаків) та мовленнєвої діяльності (використання системи мовних знаків у



різних видах діяльності). Отже, поняття про норму мови та мовленнєвої діяльності – це логічно обов'язкова точка відліку для визначення різних лінгвістичних проявів неправильної мови, її відхилень, порушень, недорозвинень. Постає необхідність, насамперед у вільному оперуванні основними лінгвістичними поняттями й термінами, що характеризують структури, категорії, форми, види, сторони, компоненти, частини мови та мовлення.

На лінгвістичних поняттях про правильність мови будується лінгвістична характеристика різних її порушень: імпресивної (сприймання) та експресивної (відтворення), усної та письмової; різних сторін (компонентів) мови: фонетичної, лексико-граматичної, мелодико-інтонаційної і темпо-ритмічної (просодичної). Звідси відповідно витікають уявлення та поняття:

- про недоліки звуковимови: відсутність, заміна, спотворення, змішування звуків, порушення фонематичного сприймання;
- недоліки слово- та формоутворення: обмежений словник, спотворення слів, не називання, перестановка морфем та слів у фразі, елізії, контамінації, персеверації, чисельні аграматизми;
- мелодико-інтонаційні недоліки мови, що характеризуються відхиленнями в голосоутворенні, порушенням сили, висоти, тембру голосу: голос тихий, хриплий, глухий, здавлений, млявий, невиразний;
- темпо-ритмічні недоліки: прискорений темп мови, уповільнений темп мови, зупинки, спотикання, необґрунтована паузація, скандування звуків, складів та слів;
- недоліки писемної мови: неправильне буквене сприймання (під час читання) та позначення мовних звуків (на письмі), недописки, пропуски та змішування графем, неузгодження та перестановка слів у реченнях, різні прояви письмового аграматизму і технічно-процесуальні недоліки читання та письма.



Таким чином, для позначення зовнішніх проявів мовленнєвих порушень широко і здебільшого використовуються лінгвістичні поняття і термінологія [3, 5–6].

Проблема вивчення складових просодичної сторони мовлення є предметом досліджень у лінгвістиці, психолінгвістиці (В. Артемов, Б. Бельтюков, Л. Блохіна, Л. Бондарко, Н. Черемісіна та ін.) та в логопедії (Є. Архіпова, І. Ермакова, Є. Лаврова, Л. Лопатіна, О. Орлова, Н. Серебрякова, А. Чернопольська, Г. Чиркіна, А. Ястребова та ін.). Актуальність цих досліджень зумовлена тим, що просодичні характеристики, які забезпечують інтонаційну виразність мовлення, відіграють важливу роль у відтворенні комунікативної функції мовлення, тому що саме за допомогою просодичних компонентів людина передає не тільки інформацію, а й свій емоційний стан.

Існує кілька визначень поняття «*просодика*». Термін «*просодика*» зазвичай застосовується у лінгвістиці під час вивчення фонаційних характеристик голосу і порівняльної акцентуації близьких мов. На думку М. І. Жинкіна, проседика є найвищим рівнем мови. Просодичне оформлення тексту забезпечує семантико-синтаксичні завдання мовленнєвого висловлювання. Під просодичною організацією мовлення (Н. Светозарова, 1983) розуміється сукупність звукових засобів, що оформлюють послідовність сегментних одиниць: слова, синтагми, висловлювання. Використання як просодичних характеристик мовлення таких обов'язкових ознак звука, як тривалість, інтенсивність і частота основного тону є однією з універсальних властивостей людського мовлення. У дослідженнях психологів просодика – це спільна назва таких ритміко-інтонаційних сторін бесіди, як висота, гучність голосового тону, тембру голосу, сили наголосу. В акторській та сценічній діяльності просодика визначається як сукупність яскраво відтворених засобів



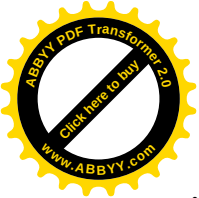
спілкування (інтонація, голос і наголос), які пов'язані з невербальними сигнальними механізмами у вигляді жесту, міміки (Т. Гаврилов). У логопедії просодичну сторону мовлення розглядають зазвичай у структурі дефекту при заїканні (Л. Белякова, О. Дьякова). Автори визначають, що просодика відноситься до акустичних характеристик усного мовлення і включає такі компоненти, як темп, ритм, темпо-ритмічну організацію, паузу, інтенсивність, тон мовлення.

На думку В. І. Галущенко, найбільш вдалим для дослідження складових компонентів просодики є визначення її як емоційної та інтонаційної виразності мовлення, висоти і сили мовленнєвого голосу, мелодійності, темпу, ритму, наголосу, виховання чіткої дикції [1, 286].

Порушення темпо-ритмічного оформлення мовлення входить до структури багатьох мовленнєвих порушень, серед яких дизартрії. На нашу думку, для того, щоб зрозуміти і правильно визначити особливості порушень просодики у дітей з мовленнєвими вадами, необхідно ретельно проаналізувати розвиток просодичної сторони мовлення в онтогенезі.

Мовлення – це один з найвагоміших чинників та стимулів розвитку дитини. Анатомічні та функціональні особливості центральної нервової системи та периферичного апарату не є дозрілими з народження дитини, досягають зрілого рівня лише у процесі загальносоматичного, полового та нервово-психічного розвитку дитини. Мовлення – це результат спільної діяльності багатьох частин головного мозку. Органи артикуляції лише виконують накази, які надходять з мозку (М. Поваляєва, 2003).

Багато авторів у своїх дослідженнях відзначають, що перший рік життя є дуже важливим для розвитку тих систем мозку та психічної діяльності, які пов'язані з формуванням мовлення (Л. Белякова, Є. Дьякова, 2001; Л. Давидович 2004 та



ін.). Засвоєння дитиною рідної мови відбувається у певній послідовності дозрівання нервово-м'язового апарату органів артикуляції. Дитина народжується з готовими до функціонування органами артикуляції, але проходить тривалий підготовчий період, перш ніж зможе вимовляти звуки мовлення (К. Семенова, 1978; Є. Мастюкава, М. Смуґлін, 1997).

С. Цейтлін (2000) наголошує на тому, що спочатку дитина контактує з оточуючими, використовуючи експресивно-мімічні засоби, які відображають її емоційний стан. Вони служать для передачі позитивного або негативного повідомлення. Експресивно-мімічний засіб спілкування дорівнює за значенням жестам. Окремо або у поєднанні з іншими засобами він присутній у спілкуванні будь-якого віку.

Усне мовлення передбачає наявність голосу, і крик дитини у перші тижні життя характеризує стан тих природжених нервових механізмів, які будуть використовуватимуться під час становлення мовлення. Крик здорової дитини характеризується дзвінким та подовженим голосом, коротким вдихом та подовженим видихом. Уже після народження крик відображає різну обертональну забарвленість залежно від стану дитини. Так, крик «голоду» відрізняється від крику, пов'язаного з охолодженням дитини або іншим станом дискомфорту. Крик є першою *інтонацією*, значущою за своїм комунікативним змістом, яка у подальшому оформляється як сигнал невдоволення. З двох місяців спілкування встановлюється за допомогою погляду та перших мімічних рухів, потім дитина починає усміхатися і махати руками. До двох–трьох місяців життя крик дитини значно збагачується *інтонаційно*. З цього віку дитина починає все більше реагувати криком на припинення спілкування з нею, вилучення яскравих предметів з поля зору тощо. Нерідко діти реагують криком на перезбудження, особливо перед сном.



Інтонаційне збагачення крику свідчить про те, що у дитини починається все більше формуватися функція спілкування.

У дошкільному віці за своєчасного розвитку мовлення діти правильно вимовляють у словах наголошені і ненаголошені склади але виділити їх за завданням дорослого поки не вміють. Інтуїтивна здатність вимовляти наголошені і ненаголошені склади є основою для розвитку вміння ставити логічний наголос у реченні, що, у свою чергу, зумовлює правильне інтонування. Оволодіння інтонацією відбувається одночасно з оволодінням мовленням, тому сприйняття інтонації звичайно випереджає сприйняття змісту. Неправильне інтонування може призвести до порушення комунікації і неадекватного розуміння висловлювання.

Підтвердження факту, що оволодіння просодикою у дітей відбувається на основі наслідування мови дорослого, можна знайти у працях О. Н. Гвоздева. Він указує на те, що на початку питання в дитячій мові висловлюється тільки інтонацією, подібної до інтонації оточуючих. Інтонація перерахування, яка з'являється також на ранньому етапі, спочатку здійснюється без сполучників. Сполучники перерахування з'являються приблизно у 2 роки 3 місяці. Фразовий наголос засвоюється дітьми дуже рано, приблизно з 1 року 11 місяців, відтоді, коли речення починають включати кілька слів. При цьому у всіх випадках вживання фразового наголосу нічим не відрізняється від його вживання дорослими, наголос змінює своє положення залежно від змісту фрази [2, 20].

В. І. Бельтюков (1977, 1981) вважає, що однією з причин більш раннього формування у дітей емоційно-інтонаційних конструкцій є випереджаючий розвиток слухової функції над мовноруховою, що обумовлює її провідну роль у процесі формування звукової системи мови. У працях дослідників (А. І. Бронштейна, І. П. Нечаєва, Н. Х. Швачкіна,) доведено, що



розвиток слухового аналізатора досягає значного ступеня вдосконалення вже на першому році життя, а у два роки в сенсорній мові дитини диференційовані всі звуки рідної мови, у тому числі акустично близькі.

В. В. Тонкова-Ямпольська (1970), яка вивчала фізіологічні механізми мови, дійшла важливого висновку про те, що інтонаційне поле мовнорухового аналізатора (сприймання інтонації) завершує своє становлення наприкінці періоду лепету, тоді як становлення інтонаційного поля в мовноруховому аналізаторі закінчується тільки в період оформлення усної мови, коли «індиферентна, виразна та настирлива інтонація періодів гуління та лепету ідентифікується з логічними інтонаціями розповіді, вдосконалення та ствердження». Підтвердження цього факту можна знайти в дослідженнях О. М. Вінарської (1987) та О. Н. Гвоздєва (1961). У праці О. І. Яровенко (1985), висловлюється думка про те, що у 2,5 роки використання інтонаційних типів значною мірою контролюється свідомістю, тому що ще не досягає автоматизму.

Аналіз даних засвідчує те, що до сьогодні періодизація основних етапів розвитку мовлення здійснена досить досконало. Щодо просодичної сторони мовлення, то у більшості праць основна увага приділяється часу появи певних її компонентів, але звертається недостатня увага на питання щодо точності їх виконання, хоча очевидно, що і дитина, і дорослий допускають при цьому помилки. Ступінь засвоєння певної інтонаційної моделі, «негативний мовленнєвий матеріал» (Л. Щербак), характер помилок, яких припускаються у різному віці, не можуть не викликати інтерес. Навіть у дітей молодшого та середнього шкільного віку нерідко відзначається неправильне використання просодичних компонентів та їх окремих елементів. Очевидно, що між появою їх у ранньому дитячому віці і твердому закріпленні в



дорослому житті є період, коли засвоєння і вживання цих компонентів може збільшуватися з певної причини або тимчасово послаблюватися.

Важливо відзначити, що деякі дослідники (Л. Т. Журба, І. М. Кононова, І. Максимова, О. М. Мастюкова, Р. В. Тонкова-Ямпольська та інші) вважають, що характеристика крику та розвиток голосових реакцій у дітей на першому році життя має важливе діагностичне та прогностичне значення. Так, О. М. Мастюкова (1988, 1997) наголошує на тому, що для ранньої діагностики мовленнєвих розладів велике значення має вивчення та оцінка голосових та інтонаційних реакцій у домовленнєвому періоді.

Є. Ф. Архіпова (1989) проводить порівняльну характеристику домовленнєвого розвитку дітей раннього віку в нормі та при церебральному паралічу. Весь домовленнєвий період автор поділяє на 4 етапи, в кожному етапі виділяє особливості розвитку, ґрунтуючись на медичній періодизації.

У дітей з церебральним паралічем звуки гуління тривалий час не є засобом спілкування з дорослими у зв'язку з бідністю їх інтонаційної виразності.

К. А. Семенова та Н. М. Махмудова (1979) наводять дані про те, що у дітей з патологією мови, а саме з дизартрією, крик – це монотонний, нетривалий, швидко виснажувальний: голос слабкий, низький. При порушеннях мови на етапі домовного розвитку просодія крику формується протягом тривалішого часу, звуки гуління відрізняються одноманітністю, лепет інтонаційно бідний. У подальшому в таких дітей спостерігаються порушення у просодичній стороні мови, вони не можуть регулювати голосність голосу і темп мови, не змінюють голос за висотою і тембром (О. М. Мастюкова та М. В. Іполітова, 1985).



Вплив просодики на розбірливість, емоційну виразність і семантичну структуру мови дитини з дизартрією відображено у працях Г. В. Бабіної (1979), І. І. Панченко (1974) та інших.

Отже, просодичні компоненти мовлення тренуються у дитини з народження, а їх розвиток є обов'язковою умовою розвитку мовлення дитини. Вивчення стану просодики та її складових компонентів у структурі порушення мовлення допоможуть окреслити шляхи вдосконалення логокорекційної роботи з дітьми з дизартрією.

ЛІТЕРАТУРА

1. Галущенко В. І. Особливості сприйняття мелодичних малюнків інтонації дітьми зі стертою формою дизартрії / В. І. Галущенко // Зб. Наук. праць Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка / За ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака. – Вип. XII. Серія : соціально-педагогічна. – Кам'янець-Подільський: Аксіома, 2009. – С. 286–289.

2. Орлова О. С. Нарушения голоса у детей : учеб.-метод. пособие / О. С. Орлова. – М. : АСТ : Астрель : Транзиткнига, 2005. – 125 с.

3. Понятийно-терминологический словарь логопеда / [под ред. В. И. Селиверстова.] – М. : Гуманитарный издательский центр «ВЛАДОС», 1997. – 400 с.

4. Шеремет М. К. Формування мовленнєвої готовності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією до навчання в школі : Навч.-метод. посіб. / М. К. Шеремет, Н. Г. Пахомова – К., 2009. – 137 с.



Бузинок Н. П., Міщенко А. І.,
Мимоход Я. В., Чавдар О. М.
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

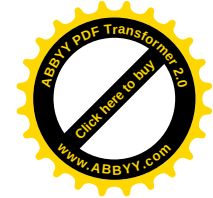
МАСАЖ ЯК ОДИН ІЗ МЕТОДІВ КОРЕКЦІЇ В ЛОГОПЕДІЇ

Актуальність. Масаж – це сукупність прийомів механічного дозованого впливу на тіло людини за допомогою різних прийомів і маніпуляцій, які проводяться руками чи з використанням спеціальних апаратів з лікувальною та профілактичною метою. Сьогодні масаж необхідно розглядати як альтернативу медикаментозного лікування багатьох захворювань [2, 4].

Можливість застосування масажу в логопедичній роботі у процесі комплексної корекції різних мовленнєвих порушень теоретично обґрунтована в наукових працях О. М. Мастюкової, О. В. Правдіної, К. А. Семенової та інших [1, 3]. Доцільність логопедичного масажу визнають усі спеціалісти-логопеди, які займаються такими тяжкими мовленнєвими порушеннями, як дизартрія, ринолалія, заїкання тощо. Останнім часом, з'являються публікації, які присвячені опису прийомів логопедичного масажу, але в логопедичній практиці вони застосовуються недостатньо.

Мета статті – з'ясувати можливості та особливості застосування масажу в логопедичній роботі.

Результати дослідження. Логопедичний масаж – це одна з логопедичних технологій, активний метод механічного впливу. Масаж застосовується в тих випадках, якщо є порушення тону артикуляційних м'язів. Масаж може проводитися на всіх етапах корекційно-логопедичного впливу, але особливо важливо його використовувати на початкових етапах роботи, коли в дитини немає можливості виконувати певні артикуляційні рухи. Деференційований логопедичний масаж можуть здійснювати логопеди, дефектологи, інструктори ЛФК, які пройшли спеціальну підготовку [5].



Логопедичний масаж позитивно впливає на організм уцілому, викликає якісні зміни у м'язовій і нервовій системах. Під впливом масажу підвищується еластичність м'язових волокон, сила та об'єм їх скорочень, працездатність м'язів.

Суть масажу полягає в нанесенні точних дозованих механічних подразнень, у процесі яких вирішуються певні завдання. Основні завдання логопедичного масажу полягають у такому: 1) нормалізація тону м'язів артикуляційного апарату; 2) активізація м'язів периферичного мовленнєвого апарату з недостатньою скорочувальною здатністю; 3) стимуляція пропріоцептивних відчуттів; 4) створення умов для формування мимовільних координованих рухів органів артикуляції; 5) зміцнення глоткового рефлексу; 6) посилення аферентації до мовленнєвих зон кори головного мозку.

Логопедичний масаж проводиться в теплом, добре провітреному приміщенні. Зазвичай циклами по 10 – 15 – 20 сеансів, бажано щодня чи через день. Після перерви на 1 – 2 місяці цикл можна повторити. Тривалість однієї процедури може змінюватися залежно від віку дитини, її індивідуальних особливостей, тяжкості мовленнєвого порушення тощо. Початкова тривалість сеансів від 1 – 2 до 5 – 6 хвилин, кінцева – 15 – 20 хв. У ранньому віці масаж не повинен перевищувати 10 хв, у молодшому шкільному – 15 хв, у старшому дошкільному і шкільному віці – 25 хв. Масаж доцільно проводити не раніше ніж через 2 години після вживання їжі (особливо у дітей з підвищеним глотковим рефлексом).

Логопедичний масаж протипоказаний при інфекційних хворобах, захворюваннях шкіри, герпесі на яснах, стоматиті, кон'юнктивіті. З великою обережністю застосовують масаж у процесі роботи з дітьми, які мають епісиндром (судоми), особливо якщо дитина плаче, кричить, виривається з рук, у неї



синіє носо-губний «трикутник» чи спостерігається тремор підборіддя.

Прийоми масажу варто добирати з урахуванням тону м'язів мовленнєвого апарату дитини. Деференційоване застосування різних прийомів масажу дозволяє понизити м'язовий тонус при спастичності м'язів і навпаки, підвищити його при гіпотонії артикуляційної мускулатури.

Сеанс масажу необхідно починати з прийомів загального розслаблення (релаксації). Дитина повинна прийняти положення, за якого м'язи дитини максимально розслаблені, фізіологічне дихання спокійне.

Погладжування – це основний прийом масажу, який залежно від методики застосування прийому і дозування сили дії може справляти заспокійливий або стимулюючий (збудливий) вплив на нервову систему. Наприклад, поверхнєве плоскісне погладжування заспокоює, охоплююче – збуджує. На думку досвідчених фахівців [3], погладжування шкіри обличчя покращує дихання, стимулюються обмінні процеси, підвищується шкірно-м'язовий тонус, посилюється циркуляція крові в капілярах, тонізуються і тренуються судини. Під час виконання цього прийому пальці рук ковзають по шкірі обличчя, не здвигаючи її у складки, трохи натискаючи. Погладжування необхідно виконувати тільки по ходу току лімфи в лімфатичних судинах – у напрямку найближчих лімфатичних вузлів. Прийом рекомендується виконувати повільно, плавно, ритмічно, з різним ступенем натискання на поверхню, що масажується.

Розтирання – це прийом, який рекомендується виконувати перед розминанням. Розтирання сприяє збільшенню рухливості м'язових тканин відносно нижчих шарів. При цьому посилюється приплив крові і лімфи до тканин, що масажуються, що значно активізує їх трофіку і стимулює обмінні процеси. Під час



виконання цього прийому у ділянці обличчя необхідно використовувати переступання. Рухи під час розтирання можна проводити в будь-якому напрямку, незалежно від напрямку току лімфи. Важливо не затримуватися на одній ділянці понад 8 – 10 секунд.

Для максимальної активізації роботи м'язів обличчя, рекомендується використовувати такий прийом, як розминання. У цьому прийомі можна виділити кілька фаз: фіксацію, захоплення, здавлення, стискання, відтягування і безпосередньо розминання тканин пальцями однієї руки або двох рук одночасно.

Розминання в основному впливає на м'язи обличчя, завдяки чому підвищується їх скоротлива активність. Цей прийом сприяє поліпшенню крово-і лімфообігу. Отже, покращується трофіка тканин, обмін речовин, зменшується або повністю усувається м'язове стомлення, підвищується працездатність м'язів, їх тонус. Розминання є своєрідною пасивною гімнастикою для м'язів. Масажні рухи під час розминання рекомендується проводити у подовжньому і поперечному напрямках. Подовжні рухи потрібно робити по ходу м'язових волокон. Випрямлені пальці необхідно розміщувати на поверхні, що масажується так, щоб перші пальці обох кистей знаходилися на передній поверхні м'яза, а інші – з боків від неї. Для проведення поперечних рухів руки необхідно встановити поперек м'язових волокон, щоб перші пальці знаходилися по одній бік ділянки, що масажується, а інші – по іншій.

У процесі проведення логопедичного масажу корисно використовувати такий допоміжний прийом масажу, як *зсування*. Зафіксувавши ділянку, що масажується, проводять короткі ритмічні рухи, зсовуючи тканини. Рухи у протилежних напрямках називаються *розтягуванням*. Розтягування можна виконувати двома–п'ятьма пальцями.



Ще один важливий прийом логопедичного масажу – *вібрація*. Під час вібрації рука передає м'язам обличчя, шиї, уст, язика коливальні рухи. Даний прийом викликає посилення рефлексів. Залежно від частоти та амплітуди вібрації відбувається розширення або звуження судин. Вібрація впливає на функції різних органів. Її можна здійснювати одним, двома або всіма пальцями. За безперервної вібрації слід проводити по тканинах кінцевими фалангами одного або кількох пальців. За переривчастій (ударної) вібрації потрібно ударяти кінчиками напівзігнутих пальців.

Близькі до вібрації допоміжні прийоми логопедичного масажу: *плескання* (легкі рухи вказівним пальцем) і *пунктирування*, або «*пальцевий душ*» (рухи, що здійснюються кінцевими фалангами другого–третього або другого–п'ятого пальців, що нагадує вибивання дробу на барабані). Вібрація не повинна викликати болісних відчуттів у дитини. Доведено, що тривала вібрація з малою амплітудою викликає заспокоєння, розслаблення, а нетривала вібрація з великою амплітудою – протилежний стан. Тривалість виконання ударних прийомів в одній ділянці не повинна перевищувати 10 секунд. Обов'язково потрібно комбінувати вібрацію з іншими прийомами. Переривчасту вібрацію не слід здійснювати на напружених групах м'язів, щоб не викликати біль. Вибір прийомів масажу повинен залежати від м'язового тону. Так, наприклад, погладжування, розтирання, розминання, плескання, легку вібрацію доцільно використовувати якщо знижений тонус мовленнєвої мускулатури. Якщо гіпертонус (спастичні стани), застосовується в основному поверхневе погладжування і сильна вібрація.

Висновки. Отже, масаж є дієвим засобом оздоровлення організму людини. За умови належної теоретичної та практичної підготовки логопедів логопедичний масаж може з успіхом



використовуватися для корекції різних мовленнєвих порушень. Правильний добір масажних комплексів сприяє нормалізації м'язового тону органів артикуляції, покращанню їх моторики, що, у свою чергу, сприяє корекції вимовної сторони мовлення, адже покращанню загального стану організму. Логопедичний масаж позитивно впливає на організм у цілому, викликає сприятливі зміни у м'язовій і нервовій системі. Під впливом масажу підвищується еластичність м'язових волокон, сила та об'єм їх скорочувальної функції, працездатність м'язів.

ЛІТЕРАТУРА

- 1.Архипова Е. Ф. Логопедический массаж при дизартрии / Е. Ф. Архипова. – М. : АСТ Астрель, 2008. – 240 с.
- 2.Бирюков А. А. Массаж в борьбе с недугами. / А. А. Бирюков. – М. : Советский спорт, 1991. – 78 с.
- 3.Блыскина И. В. Комплексный подход к коррекции речевой патологии у детей. Логопедический массаж : метод. пособ. [для педагогов дошкольных образовательных учреждений]. / И. В. Блыскина – СПб. : ДЕТСТВО-ПРЕСС, 2008. – 120 с.
- 4.Вербов А. Основы лечебного массажа / А. Вербов. – М. : Медицина, 1966.
- 5.Приходько О. Г. Логопедический массаж при коррекции дизартрических нарушений речи у детей раннего и дошкольного возраста. / О. Г. Приходько. – СПб. : КАРО, 2008.

Головенко Н. М.
ДНЗ №17 м. Суми

ОРГАНІЗАЦІЯ ЛОГОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ

Сьогодні майже всі відчують потребу у чіткому, граматично правильному, лексично багатому спілкуванні. Завжди приємно чути, коли говорить упевнена в собі людина і говорить



правильно. Як уважав А. Міцкевич: «Одного неточного, невдало сказаного або хоча б погано вимовленого слова іноді досить, щоб зіпсувати усе враження».

Формування мовлення у людини відбувається в дитинстві. На жаль, останні дослідження психологів у країнах ЄС показали, що кожна 3–4 дитина дошкільного віку страждає на затримку мовлення або його порушення незалежно від рівня освіти батьків, належності до певного соціального прошарку. Україна має ті самі проблеми.

Сьогодні за кордоном фактично відсутня науково обґрунтована статистика мовленнєвих порушень, подано лише окремі розгалужені звіти статистичного характеру. Наприклад, в Уельсі (Англія) 12 млн батьків, 13 млн дітей, 40 тис. лікарів, 600 практикуючих логопедів. За попередніми підрахунками, країні потрібно ще не менш ніж 400 спеціалістів, щоб забезпечити допомогу всім, хто має дефекти мовлення.

У США 2,5 млн дітей шкільного віку страждають на вади мовлення, 1% школярів заїкається, 0,6% мають уроджену або набуту афазію – алалію.

Є досить багато дітей, які не можуть навчитися правильно читати і писати. У Лондоні 1% школярів відчуває серйозні утруднення у правописі і читанні (порушення читання називається «сліпота до слів»).

Тому дуже важливо активно впроваджувати систему раннього виявлення дітей з мовленнєвою патологією, а отже постає проблема щодо організації корекційно-відновлювальної роботи з такими дітьми.

Зацікавленість вивченням удосконалення організації логопедичної допомоги обумовлена низкою чинників. Мовленнєві порушення залишаються однією з найпоширеніших проблем психофізичного розвитку дітей дошкільного та



шкільного віку, а це потребує охоплення більшої частини дитячого населення. Логопедичну допомогу дітям надають заклади різноманітного відомчого підпорядкування, але їх дії не завжди узгоджені в роботі. Це обґрунтовує необхідність у подальшому вдосконаленні логопедичної допомоги у напрямку єдиного корекційного простору.

Актуальною залишається і проблема підготовки кадрового складу логопедів, оскільки від цього залежить ефективність корекційного процесу.

Логопедична допомога в системі освіти України. У нашій державі згідно з «Концепцією спеціальної освіти осіб із психічними та фізичними вадами в Україні» (1996 р.) функціонує поширена мережа спеціальних закладів для дітей із вадами мовлення, яка включає:

1) дошкільні заклади:

- спеціальні дошкільні заклади для дітей із тяжкими вадами мовлення;
- спеціальні групи при масових загальноосвітніх дошкільних установах:
 - для дітей із загальним недорозвиненням мовлення;
 - для дітей із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення;
 - для дітей із заїканням;

2) спеціальні загальноосвітні школи-інтернати для дітей із тяжкими вадами мовлення;

3) логопедичні пункти при масових загальноосвітніх та спеціальних школах.

Принцип ранньої діагностики та ранньої педагогічної допомоги дітям із вадами мовлення повною мірою визначає специфіку логопедичної допомоги в Україні, про що свідчить переконлива більшість саме дошкільних установ для дітей із ТВМ.



За даними Міністерства освіти і науки України, у 2000 році в державі діяло 956 дошкільних установ для дітей із вадами мовлення, в яких налічувалося 2071 група з 30382 дітьми. Так у м. Києві налічувалося 40 дошкільних установ, в яких діяло 166 груп з 2065 дітьми.

Логопедична робота у спеціальних дошкільних закладах починається у вересні з 23-тижневого обстеження мовлення дітей, стану загальної та дрібної моторики, виявлення рівня їх психічного розвитку. Після обстеження логопедом складається план корекційної роботи, відповідно до якого у першій половині дня він проводить фронтальні, підгрупові та індивідуальні заняття. У другій половині дня, згідно із завданнями логопеда, заняття з дітьми проводить вихователь (як підгрупові, так й індивідуальні).

Відповідно до «Положення про спеціальну загальноосвітню школу-інтернат (школу, клас) України для дітей із вадами фізичного або розумового розвитку (13.05.93)» у нашій державі продовжує функціонувати школа для дітей із вадами мовлення, в якій навчаються діти з нормальним слухом та первинно збереженим інтелектом, які мають тяжкі системні мовленнєві порушення. В Україні на 2000 рік нараховувалося 14 шкіл для дітей із ТВМ, які охоплювали 3,2 тис. учнів.

Спеціальні школи цього типу мають два відділення:

- **перше відділення** для дітей із загальним недорозвиненням мовлення (алалією, афазією, дизартрією, ринолалією), яке значно ускладнює або робить неможливим їх навчання в масовій школі;
- **друге відділення** для дітей із тяжкою формою заїкання за нормально розвиненого мовлення.

Корекція порушень усного та писемного мовлення в учнів спеціальної школи для дітей із ТВМ передбачає систематичну роботу під час всього навчально-виховного процесу, але найбільше на уроках рідної мови.



Логопедична робота у школі для дітей із ТВМ проводиться шляхом поєднання фронтальних та індивідуальних форм роботи. Індивідуальні логопедичні заняття вчитель-логопед проводить у позаурочний час. Логопедична допомога у спеціальній школі передбачає залучення до корекційної роботи, крім логопеда, вчителя та вихователя.

З метою профілактики помилок читання та письма, виправлення мовленнєвих вад в учнів масової загальноосвітньої школи згідно із «Положенням про логопункти загальноосвітньої школи (31.05.93)» в Україні створено велику мережу логопунктів у масових школах.

Характерною особливістю роботи логопеда загальноосвітньої школи є те, що прийом учнів у логопункт він здійснює протягом навчального року, причому одночасно працює з 25–30 учнями. Логопед загальноосвітньої школи повинен обслуговувати не менш ніж 20 початкових класів та підготовчих груп.

Основною формою організації навчально-корекційної роботи у шкільному логопункті є групові заняття (4–5 чоловік), які проводяться через день з усіма категоріями учнів. Для учнів, в яких є дизартрія, ринолалія або інші мовленнєві вади, спричинені порушенням будови артикуляційного апарату, проводяться індивідуальні заняття 2–3 рази на тиждень.

Отже, в Україні створено велику розгалужену систему логопедичної допомоги населенню, засобами якої здійснюється попередження та виправлення мовленнєвих порушень у дітей та підлітків, що забезпечує їх повноцінне існування в суспільстві в майбутньому. Але вітчизняна система спеціальних закладів для осіб із вадами мовлення майже не охоплює категорію дорослого населення, серед якого велика кількість осіб потребує логопедичної допомоги, що визначає специфіку та пріоритетні



напрями в розширенні та вдосконаленні сучасної системи логопедичної допомоги в Україні в майбутньому.

Логопедична допомога в Англії та США. В Англії та США досить широка мережа спеціальних закладів, є клініки мовленнєвих порушень, школи для дітей із порушеннями слуху і мовлення, школи для дітей із тяжкими мовленнєвими порушеннями. Школи для дітей із порушеннями слуху і мовлення існують у США вже понад 30 років. Усе частіше порушується питання про націоналізацію всіх спеціальних закладів, тому що поряд із державними існують і приватні заклади. Підлітки і дорослі з дефектами мовлення забезпечені кращою спеціальною допомогою, ніж дошкільники. Потреби фахової освіти зводяться до перегляду наявних програм для закладів різних типів, їх уніфікації, поліпшення програм із загальноосвітньої і спеціальної підготовки; обґрунтовуються необхідність розширити мережу закладів, збільшити кількість фахівців із патології мовлення (в основному за рахунок курсової перепідготовки); планується створення закладів для дітей з комплексними порушеннями, із численними вадами.

Простежується тенденція до комплексного вивчення патології мовлення, відзначається значущість усебічного обстеження аномальних дітей, зусереджується увага на необхідності ранньої діагностики. У діагностуванні виділяють три етапи: диференційований анамнез, клінічні об'єктивні спостереження і спеціальне тестування. Основні принципи і перебіг обстеження дітей не відрізняються від нашої звичайної схеми, при цьому обґрунтовується необхідність попередньої підготовки помешкання; рекомендується попарне обстеження, що дає емоційний ефект змагання і повніше виявляє стан дитини; приділяється велика увага малюнкам дітей, що дають уявлення про моторні та інтелектуальні можливості.



В Англії вважають, що за сучасного рівня розвитку науки не повинен існувати термін «нездатна до навчання дитина», він має бути замінений терміном «нездатний до шкільного навчання», дитина не може одержувати освіту у школі, але вона повинна навчатися у спеціальних умовах.

Деякі провідні фахівці наголошують на тому, що успішність логопедичної роботи залежить від ранньої діагностики і методично правильно обраного шляху. Загальний план роботи з такими дітьми, особливо початкові етапи, принципово не мають розбіжностей з прийнятими у нас методичними установками. Робота починається зі стимуляції мовлення, потім розвивається загальна і мовленнєва імітація. Приділяється увага почуттєвим тренуванням, ігровій терапії, розвитку уваги та інтелекту. Широко поширені спеціальні вправи (тести), спрямовані на тренування мовленнєвого слуху, пам'яті, зв'язного мовлення. У процесі роботи використовуються вправи, спрямовані на компенсацію моторних утруднень.

Стаціонарних закладів для заїкуватих майже немає. Із заїкуватими дошкільниками в Англії і США звичайно займаються батьки, одержуючи консультації у спеціаліста, а учні починають займатися щодня (крім шкільних занять) із логопедом. Частіше проводиться групова робота. Групи формуються не за ступенем тяжкості, не за формою заїкуватості, а за віком.

В Англії і США видається низка часописів, в яких висвітлюються різні питання щодо проблем мовленнєвої патології. Так, створюється враження, що сьогодні приділяється значна увага проблемі мовленнєвих порушень, а інтерес до логопедії неухильно посилюється. Мовлення вивчається всебічно спеціалістами з різних галузей знань, при цьому доводиться необхідність у комплексному вивченні і корекції у випадках патології мовлення.



Добре технічно оснащена база дозволяє проводити різноманітні дослідження. Наприклад, лабораторія мовлення в Техаському університеті використовується рентгенокінематограф, що показує мовленнєвий апарат у динаміці під час акту мовлення; застосовується швидкісне кінематографування, кінофлюорографія. Ведуться електроміографічні дослідження, що реєструють біопотенціали м'язів артикуляційного апарату; застосовуються й інші прилади, що фіксують різноманітні параметри мовлення комплексно або ізольовано.

Незважаючи на досить диференційовану мережу спеціальних закладів, далеко не всі діти з мовленнєвими порушеннями охоплені в Англії та США спеціальним навчанням. Навчання дітей із мовленнєвими порушеннями має різноманітні організаційні форми і різну відомчу підпорядкованість. У цих країнах немає чіткої державної структури спеціального навчання дітей із порушеннями мовлення, немає стабільних навчальних планів, програм, що визначають зміст навчання. Обґрунтовується необхідність у створенні стаціонарних закладів, лікарень і центрів навчання при університетах, планується організація закладів для дітей з комбінацією порушень, з численними дефектами. Подальший розвиток спеціальної допомоги дітям, які страждають дефектами мовлення, буде спрямовано на вдосконалення методів навчання.

Логопедична допомога у країнах Європи

Естонія. Естонські логопеди виявляють дефекти мовлення (логопедична діагностика), намагаються їх попередити, подолати, пом'якшити або компенсувати, консультують людей з дефектами мовлення, їх близьких та фахівців з інших спеціальностей.

Естонські логопеди повинні володіти широкими знаннями і вміннями – спеціалізація на одному вузькому дефекті мови просто



не виправдала б себе. Крім виправлення дефектів звуковимови, логопеди розвивають вміння читати і розповідати у дітей.

Коли дитина або дорослий приходить до логопеда, то він насамперед з'ясовує, у чому полягає проблема. Якщо виникає припущення про те, що порушення обумовлено дефектом артикуляційного апарату, то логопед направляє пацієнта на додаткове медичне обстеження. Якщо ж за порушенням можуть приховуватися психологічні фактори (наприклад заїкання), то він пропонує порадитися з психологом. Таким чином, робота логопеда є роботою в команді, де важливу роль відіграють спеціалісти різних спеціальностей (лікарі, вчителі, вихователі дитячих садків, психологи й батьки). Коли проблема діагностована, логопед складає план роботи. Індивідуальний план діяльності дозволяє логопеду розв'язати проблему творчо й обрати найефективніший метод навчання. Для кожного сеансу логопед ставить мету, переглядає спеціальну літературу, готує допоміжні матеріали (картинки, тексти) і продумує конкретні дії.

Половину 7–8-годинного робочого дня логопед приймає клієнтів, а далі аналізує виконане і готується до наступного заняття. Заняття з одним клієнтом триває в середньому 1 годину, за день проводиться 3–4 заняття.

Логопеди працюють в основному у поліклініках, дитячих садках, школах та лікарнях, а також у реабілітаційних центрах, займаються приватною практикою. За домовленістю з клієнтом логопед може працювати також і як домашній учитель. Багато логопедів вважають перевагою своєї роботи можливість планувати робочий час – години прийому можна призначити як уранці, так і ввечері, а підготовчу роботу можна виконувати удома. Офіційний обсяг робочого часу логопеда становить 35 годин на тиждень.



Для того щоб працювати логопедом, потрібна спеціальна вища освіта. В Естонії її можна отримати лише в Тартуському університеті, пройшовши навчальну програму курсу бакалавра із спеціальної педагогіки (3 роки) і спеціалізуючись потім на логопедії в магістратурі (2 роки).

Щонайменше 1 раз на рік потрібно брати участь на курсах підвищення кваліфікації, які Союз логопедів Естонії (СЛЕ) проводить 2–4 рази на рік. Навчальні курси з логопедії проводять також Тартуський і Таллінський університети, рідше – інші навчальні фірми. Багато навчальних курсів для логопедів проводяться за кордоном; участь у них залежить від бажання і можливостей самого логопеда. Учасники закордонних навчальних курсів завжди можуть поділитися своїми знаннями з іншими логопедами на курсах СЛЕ.

Надання логопедичної допомоги у школах і дитячих дошкільних закладах організує система освіти; у поліклініках, лікарнях та реабілітаційних лікувальних закладах логопедична допомога надається через систему соціального забезпечення й охорони здоров'я. Логопеди, які практикують приватно, можуть укласти договір з державною лікарняною касою. Потреба в логопедичній допомозі в системі медицини є досить гострою – довгі черги, мало логопедів. Логопедична допомога є доступнішою в освітній системі і у великих містах.

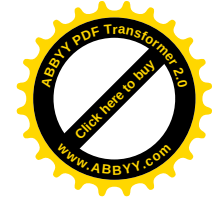
Доходи логопедів досить різні залежно від місця роботи – у системі освіти їх заробітна плата пов'язана зі ставкою вчителів, у медицині – із системою платні у лікувальному закладі. У приватній практиці логопед сам встановлює свій прейскурант і робоче навантаження. Середній місячний дохід приблизно дорівнює середній зарплаті в Естонії.



Логопедам, які працюють у системі освіти (також і у дитячих дошкільних закладах), надається 56 календарних днів відпустки на рік.

Швеція. Логопеди – це окрема організація або об'єднання, яке відноситься до системи охорони здоров'я (логопедична діяльність потребує ліцензії). Логопеди працюють у лікарнях, поліклініках та реабілітаційних центрах. Не існує ніяких шкіл чи дитячих садків: кому потрібна допомога, ті приходять на прийом до кабінету, виняток становлять люди з обмеженими можливостями у пересуванні. Логопедична допомога безкоштовна для дітей до 20 років, далі – за медичною страховкою. Приватних логопедів мало: ця справа не є прибутковою, та й пріоритет дошкільної і шкільної освіти не такий, як у нас... Логопед працює по 8 годин на день. Приймає 2–4 людини протягом дня, а потім – підготовка до занять, консультацій, аналіз занять, аналіз після діагностики. Найбільшою перевагою шведської логопедії є єдина стандартизована діагностика і бланки для ведення справи пацієнта. Шведська література з логопедії майже відсутня порівняно з відчизняним літературним простором. В основному всі джерела англійські. Бог для логопедів старшого покоління – Лурія. Молоді логопеди, особливо ті, хто працюють з дітьми, скаржаться на недостатню освіту у сфері різноманітних педагогічних методик. Тут логопеди в основному роблять висновки щодо мовного розвитку й займаються з дорослими. З дітьми дошкільного віку займаються так: 1 сесія – це 5–6 занять (заняття тільки індивідуальні), потім – перерва (мінімум 3 місяці), щоб усе засвоїлося. З дітьми шкільного віку займається вчитель-дефектолог у школі (в середньому 1 раз на тиждень).

Росія. У Росії здійснюється аналіз ефективності корекційного впливу на сучасному етапі розвитку логопедії



(В. І. Селіверстов, 1997, О. В. Преснова, 1998, Л. А. Граніна, 2000, С. Н. Сазонова, 2000, Н. А. Оскольська, 2002 та ін.). Відзначено недостатність логопедичної допомоги: вона не охоплює всіх дітей, які її потребують, а отже, існує необхідність її вдосконалення. Пропонуються різні шляхи підвищення ефективності логопедичної допомоги: О. А. Степанова (1996) пропонує збільшити кількість індивідуальних занять; О. В. Преснова (1998), Л. А. Граніна (2000), С. Н. Сазонова (2001) звертають увагу на реалізацію комплексного підходу в корекційній роботі. Н. А. Оскольська (2002) подала модель корекційно-розвивального процесу з подолання фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення у дітей, яка включає 3 модулі: вчитель-логопед, дошкільники з ФФНМ та їх спільна діяльність, і розкрила шляхи вдосконалення кожного з них. Л. С. Волкова, С. Н. Шаховська обґрунтовують роль кадрів у забезпеченні ефективності корекційного процесу, його залежності від рівня готовності спеціалістів до корекційної роботи. Дослідження доводять, що у багатьох регіонах Росії логоп. допомога надається вчителями-логопедами, які не мають спеціальної дефектологічної освіти, у дошкільних закладах більшість вихователів, які працюють у логогрупах, не володіють достатніми знаннями з корекційної педагогіки та спеціальної психології, що утруднює взаємодію спеціалістів у корекційній роботі.

Вивчався досвід організації спеціальної допомоги в Китаї, Чехії, Словаччині, Німеччині, США, на Кубі та в інших країнах.

Досвід підвищення ефективності спеціального навчання учнів підготовчих і початкових класів у Китаї описаний Хан Сентяном (1995). Він запропонував використати досвід російської логопедії у підготовці логопедів для дітей дошкільного віку в Китаї.



За даними І. Кучерової, у Чехії та Словаччині діти отримують логопедичну допомогу у дошкільних, шкільних закладах і в логопедичних кабінетах при поліклініках. Тут знайшли оригінальний шлях розв'язання кадрової проблеми: підготовка логопедів з учителів та вихователів.

С. Н. Шаховська виділяє **2 тенденції** в розвитку спеціальної освіти за кордоном: диференціація системи за ступенями і формами порушень та інтеграція дітей з різними видами порушень.

Хакасія (Росія). Про розвиток логопедії та відкриття логопедичних закладів у цій Республіці можна говорити з початку 90-х років ХХ ст. В Абакані у 1987 р. було 12 логогруп, а у 1994 р. їх відкрито вже 19. Відкриваються спеціалізовані дитячі садки для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату (1991), для дітей з порушеннями мови (1993). Процес відкриття логопедичних закладів продовжується і сьогодні. Останнім часом відкриваються приватні заклади, які надають логопедичну допомогу дітям.

1. Система логопедичної допомоги у Хакасії має особливості, обумовлені *екологічними* (перепади атмосферного тиску в гірських районах, що викликають судинні захворювання, і, як наслідок, тяжкі порушення мови); *культурними* (Республіка Хакасія – багатонаціональна республіка, в якій поширеність дефектів мовлення пояснюється двомовністю); *соціально-економічними* (протягом тривалого часу функціонування логопедичних закладів було нерівномірним, а також зниження рівня життя населення) *факторами* розвитку регіону.

2. Серед найпоширеніших мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку переважає ЗНМ, а у школярів – порушення письма та читання, що потребує комплексної логопедичної роботи. Надання логопедичної допомоги дітям утруднено з



різних причин, серед яких провідне місце посідає мала кількість закладів для дітей, які її потребують.

Проаналізувавши стан логопедичної допомоги в Україні та за кордоном, можна зробити такі **висновки**:

- безсумнівним досягненням є те, що на сучасному етапі розвитку спеціальної освіти в Україні та світі склалася розвинена система логопедичної допомоги дітям;

- є певні особливості в організації логопедичної допомоги в регіонах, у тому числі й збільшення кількості дітей із відхиленнями у мовленнєвому розвитку, ускладнення наявних порушень, двомовність. Це ускладнює диференціальну діагностику та потребує специфічних прийомів корекції, пошуку нових форм надання допомоги дітям;

- очевидно, що багато дітей із мовленнєвими порушеннями не мають можливості отримувати логопедичну допомогу через недостатність закладів. Допомога є недостатньо ефективною у зв'язку з наявністю кадрової проблеми (відсутність спеціальної освіти у логопедів деяких країн);

- потребує визначення, апробації та впровадження модель удосконаленої логопедичної допомоги. Її складовими компонентами могли б стати:

- удосконалення існуючої системи логопедичної допомоги дітям дошкільного віку;

- підвищення рівня діагностичної, корекційної та прогностичної роботи, впровадження інноваційних корекційно-логопедичних технологій;

- організація нових форм логопедичної допомоги дітям (групи з додатковими послугами, групи для дітей з ТВМ у літній період);

- організація логопунктів та мовних центрів у різноманітних закладах;

- підготовка кадрів (учителів-логопедів, вихователів логогруп) для роботи в освітніх закладах та підвищення їх кваліфікації.



Упровадження моделі забезпечило б підвищення ефективності логопедичної допомоги дітям у світі та в майбутньому сприяло б її розвитку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Долгих Н. К. Актуальные вопросы повышения эффективности коррекционной помощи детям с отклонениями в развитии / Н. К. Долгих // Поиск; науч.-метод. журнал. – Изд-во МО и НРХ. ХРИПКиПРО, 2005 №2(11).

2. Долгих Н. К. Повышение эффективности коррекционной работы логопеда / Н. К. Долгих // Развитие образовательного процесса: опыт, проблемы. Перспективы : научно-методический сборник. Абакан: отдел издательской деятельности «Роса» ХРИПКиПРО, 2000

3. Долгих Н. К. Состояние логопедической помощи в городе Черногорске / Н. К. Долгих // Логопедия : методические традиции и новаторство / под ред. С. Н. Шаховской, Т. В. Волосовец. – М. : Издательство Московского психолого-социального института, 2003.

4. Педагогіка та методика : зб. Наук. статей НПУ ім. М. П. Драгоманова., К. : 2001. – випуск 2 – С. 81 – 83.

5. Шеремет М. К. Хрестоматія з логопедії. Навчальний посібник / М. К. Шеремет, І. В. Мартиненко. – К. : КНТ, 2006.

6. (Eesti Lgopeedide Uhing) www.elu.ee. – Союз логопедов Эстонии; (Eesti Eripedagoogide Liit) www.eripedaliit – Союз специальных педагогов Эстонии ; www.kutsekoda.ee – квалификационный стандарт логопеда.



Гурець О. П.

Глухівський міський відділ освіти

ПОДОЛАННЯ РОТАЦИЗМУ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

Своєчасний і правильний розвиток мови у дитини є основою для свідомішого сприйняття явищ навколишньої дійсності, запорукою повноцінного її спілкування з оточуючими людьми.

Оскільки звук [р] за способом творення – один із найскладніших, то порушення його вимови в сучасній логопедії налічує понад 30.

Найчастіше появу ротацизму спричиняє слабкість м'язів язика, невміння виконувати довільні цілеспрямовані рухи язиком.

Відомо, що довжина під'язикової вуздечки у дорослого становить приблизно 27–30 мм. Якщо вуздечка має 10–15 мм, то єдиний ефективний метод лікування – хірургічний. Дошкільникам чи молодшим школярам після тижневої перерви після оперативного втручання логопед назначає гімнастичні вправи для м'язів язика, які його піднімають угору і рухають.

Виправлення звука [р] проводять поетапно. Роботу слід починати з підготовки мовно-слухового і мовно-рухового аналізаторів до правильного сприймання і вимови звука. Дитину вчать виконувати вправи: «Гармошка», «Голка», «Грибок», «Конячка», завдяки яким кінчик язика зможе спокійно утримуватися біля верхніх зубів. Ці артикуляційні вправи необхідно виконувати доти, поки дитина не стане вільно утримувати широкий кінчик язика біля верхніх альвеол при відкритому роті. Крім того, дитина повинна навчитися направляти струмінь видихуваного повітря між кінчиком язика та альвеолами. Нерідко дитині достатньо показати правильну вимову [р] і вона може за наслідуванням повторити цей звук.



Можна спробувати такий спосіб: дитині пропонують імітувати цокіт конячок, а потім спробувати зупинити їх командою «тррррр». Повторюючи вправу, потрібно збільшити натиск повітря. Інший дієвий спосіб: дитині пропонують швидко на видиху промовляти «т-д-д», «т-д-д» і закінчувати ривком-видихом – «трррр». Інколи пропонують механічну допомогу, використовуючи кульковий зонд або соску, туго набиту ватою. Цими допоміжними засобами викликають вібрацію (тремтіння) кінчика язика, рухаючи вправо-уліво під широким кінчиком язика за верхніми зубами. Якщо утвориться вібрація кінчика язика з механічною допомогою, тривалість її збільшують і поступово переходять до того, що дитина починає вібрацію з механічною допомогою і закінчує без неї.

Для закріплення [р] можна використати таку гру: на аркуші цупкого паперу із намальованим полем прикріплюють вирізане зображення трактора, яке фіксують на нитці так, щоб дитина змогла «завести» мотор трактора та «проїхати» на ньому з початку до кінця поля, імітуючи гул трактора: р-р-р...

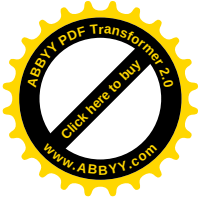
Завдання для автоматизації [р]:

1. Повторити речення.

У Бориса є сестра Лариса. Три зубри забрели у бір. Рано-вранці накрапав дрібний дощ. Березові дрова яскраво горіли в кострі. У зоопарку різні цікаві тварини: тигри, жирафи, крокодили, ягуари, пантери, рисі, борсуки.

2. Прослухати уважно слова і після паузи повторити їх, не пропустивши [р]: характер, трактор, репортер, перукар, рупор, барбарис, бордюр, рефрижератор, режисер, тротуар, аеродром, прапор, репертуар, дресирувальник, транспорт.

3. Читати тільки перший склад слів, зі складів скласти слова та прочитати приказку.



Робота, бита, добрий, розетка, добробут, родовід, й, будівельник, дерево.

(Роби добро, добро й буде).

4. Навчитися швидко читати, правильно повторювати скоромовки.

На озері у Юрася 4 коропи, 3 карасі.

Борис любить рис, а Лара – барбарис.

В барабани барабанили, барабанили, та й забарабанились.

На городі кріп дозрів. Зріс високий, аж до брів. Зривай більше кропу, вкидай до окропу.

У бобра добра багато: і в коморі, і в оборі, і на дворі.

5. Прочитати коротку розповідь, в якій у кожному слові чітко промовити [р]. Переказати так, щоб кожне слово в реченні мало звук р.

Рибалка Юрко рибалив рибу, повторював: «Потрібна здоровенна рибина!». Підбирався рибалка берегом, старався перехитрити різну рибу. Риба річкою прогулювалась, пірнала, виринала, потроху потрапляла Юркові. Мріяв рибалка про здоровенну рибину, проте прийшлося забрати три коропи, три карасі, чотири форелі. Гарний, вправний рибалка Юрко здорову торбіну риби приніс, пригостив друзів.

6. Відгадати загадки.

На сонці в річці виблискує, бо сріблясту луску має, яку ніколи не скидає. (Риба)

Не спішить, тихо повзе, закручену хатину на собі везе. (Равлик)

В річці проживає, ходів багато має.

Він поважний, працьовитий, часто річковою водичкою вмитий.

Гарні хатки для себе будує, малят корінцями годує.

Здогадалися тепер? Так, звичайно, це... (Бобер).



Повзає на дні ріки кусач. Як ущипне, то хоч плач. (Рак).

Очам своїм хоч вір – не вір, пливе по воді жук-... (Водомір).

Швидка та хижа ця річкова тварина.

Не втече від неї жодна рибина (Видра).

7. Прочитати слова, назвавши присутню назву цифри.

АкЗса, 4кутник, сЗжка, Ззуб, виЗмка, виЗбеньки, анЗкот, віЗла, віЗще, зіЗ, Зтон, Знадцять, Звога, Зкотаж, Збуна, Здцять, інЗга, віЗна, Зкутник, Зніжок, сЗж, косЗще.

8. Вивчити вірш.

Слухняний звук
Правила для язичка я знаю,
Р в словах не пропускаю:
рама, річка, рак, ракета,
зірка, мірка і карета,
світлофор, шахтар та вітер,
мухомор, ліхтар і світер.
Як трудитись відтепер
язичок вже знає.
І слухняно звуки р
в словах промовляє.

У випадку змішування або заміни [р] звуком л слід навчити дитину порівнювати артикуляцію [р] і [л], уточнити різне положення язика під час вимови кожного звука:

- під час артикуляції [р] кінчик язика, випускаючи струмінь видихуваного повітря, тремтить, вібрує, а під час артикуляції [л] кінчик язика притискується до верхніх зубів і повітря проходить у щілини між корінними зубами і боковими краями язика.

Диференціювання [р] – [л]:

1. Повторити склади.

ооол-ооор; ааар-ааал; іііл-ііір;

ууур-ууул; ееер-ееел; ииир-ииил.



Закріпити вимову, повторюючи: ор-мухомор, ол-футбол, ар-воротар, ур-снігур, ул-мул, ал-канал, іл-стіл, ір-звір, ир-командир, ил-пил.

2. Гра «Підбери звук [р] – [л]».

Регулює вуличний рух світлофо...р.

Летить угорі грізний оре...л.

У Марини на столі лежить гарний журна...л.

Пливе річкою сльозливий крокоди...л.

У приміщенні світлий коридо...р.

Галаслива юрба пасажирів поспішала на вокза...л.

У Дарини червоний пена...л.

До салату додали дозрілий помідо...р.

Біля дороги широкий бордю...р.

3. Повторити пари слів, скласти із кожним речення.

Рама–лама, Карина–калина, гірка–гілка, рис–лис, риба–липа, ром–лом, рак–лак, хол–гол, Рось–лось, парк–полк.

4. Промовити назви професій: електромонтер, сталевар, адмірал, балерина, балетмейстер, елеваторник, електрик.

5. Гра «Хто як пересувається?»

Крокодил (плаває, стрибає, ходить). Орел (летить, пливе, бігає). Білка (стрибає, бігає, ходить). Голуб (сидить, летить, плаває). Слон (скаче, бігає, ходить). Коник-стрибунець (літає, скаче, бігає). Журавель (ходить, летить, повзає).

6. Скласти з паличок силуети: ялинки з прапорцем, телевізора, кораблика, слоника з відром.

Якщо своєчасно не виявити у дитини патологічні зміни у будові органів мовлення, наявності дефектів звуковимови та не надати логопедичну допомогу дитині, то ці недоліки можуть стати перепорою у формуванні чіткої вимови деяких звуків. Язик у таких дітей розміщується між зубами під час розмови і навіть коли вони мовчать. А це, на жаль, призведе до неправильного



прикусу щелеп (так званої прогенії та прогнатії). Тож зволікати із наданням спеціальної якісної корекційно-розвиваючої допомоги не слід. Найефективнішою вважається та робота з подолання недоліків звуковимови, яка здійснюється в союзі трьох сторін: педагог-логопед-батьки.

Дитина, позбавлена мовних вад, матиме в подальшому можливість успішно навчатися, уникне можливих глузувань та насмішок з боку однолітків, появи негативних рис характеру, почуватиметься впевненою і вільною у всіх життєвих ситуаціях.

ЛІТЕРАТУРА

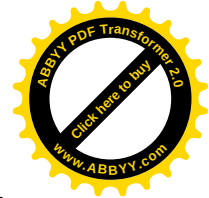
1. Весела абетка / [упорядкув. Л. Є. Яремко]. – Ч. : Десна, 1992.
2. Ефименкова Л. Н. Корекция устной речи учащихся начальных классов. / Л. Н. Ефименкова. – М. : Просвещение, 1991.
3. Малярчук А. Я. Дидактичний матеріал для виправлення мовних недоліків. / А. Я. Малярчук. – К.: Райдуга, 1995.
4. Рідна школа / [уклад. С. Черкасенко]. – К.: Веселка, 1993.
5. Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения. / М. Ф. Фомичева – М. Просвещение, 1989.

Гусєва Н. О.

ДНЗ (ясла-садок) №8 «Космічний» м. Суми

ПЛАНУВАННЯ КОРЕКЦІЙНО-ВІДНОВЛЮВАЛЬНОЇ РОБОТИ В ГРУПАХ КОМПЕНСУЮЧОГО ТИПУ ДЛЯ ДІТЕЙ З ВАДАМИ МОВЛЕННЯ КРІЗЬ ПРИЗМУ БАЗОВОЇ ПРОГРАМИ РОЗВИТКУ ДИТИНИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ «Я У СВІТІ» (З ДОСВІДУ РОБОТИ)

Актуальність. «Закон України про дошкільну освіту» – це перший крок до модернізації дошкільної освіти, який дав



можливість зробити відповідним освітньо-виховні технології вимогам життя сучасної епохи.

Базова програма розвитку дитини дошкільного віку «Я у Світі» Міністерства освіти і науки України висвітлює концептуальні позиції щодо реформування змісту дошкільної освіти в Україні. Програма розкриває ключові аспекти освіти сучасної людини – навчитися визнавати, навчитися діяти, навчитися діяти разом, навчитися жити, зберігаючи психічне і фізичне здоров'я через освоєння чотирьох основних сфер життєдіяльності: «Природа», «Культура», «Люди», «Я Сам». Програма реалізує розвивальні завдання через основні лінії розвитку: фізичний, емоційно-ціннісний, соціально-моральний, пізнавальний, мовленнєвий, художньо-естетичний, креативний.

Мета статті – створити корекційну програму розвитку мовлення у дітей груп компенсуючого типу з мовленнєвими вадами (з досвіду роботи) та показати сучасні підходи до планування.

Результати досліджень. Корекційна робота в групах компенсуючого типу є нерозривною ланкою загального педагогічного процесу. Засвоєння рідної мови, рідного слова починається з раннього дитинства в сім'ї і вдосконалюється у дошкільному закладі, школі та протягом життя. Достатній розвиток мовлення дитини не тільки забезпечує її спілкування з людьми, а є основою її повноцінного психічного розвитку. Останні дослідження у країнах ЄС доводять, що кожна четверта дитина дошкільного віку страждає на затримку мовлення, його порушення, незалежно від рівня освіти батьків або належності до певного соціального прошарку. Україна має ті самі проблеми. Тому дуже важливо активно впроваджувати систему раннього виявлення дітей з мовленнєвою патологією і надавати ранню комплексну допомогу. Науковці та практики вважають, що тільки



у групах компенсуючого типу можна максимально сконцентрувати зусилля спеціалістів на основній проблемі корекції мовлення.

Але успішні результати дає лише планомірна та систематична робота. Базова програма розвитку дітей дошкільного віку «Я у Світі» дає певний обсяг мовленнєвих знань, які повинна отримати дитина протягом дошкільного віку. Проте виникає багато питань у логопедів-початківців щодо відсутності програми навчання дітей у групах компенсуючого типу з вадами мовлення і вони зазнають труднощів в організації логопедичного процесу. Навіть кваліфіковані логопеди не завжди ознайомлені зі спеціальними програмами, які були розроблені свого часу, зокрема російських вчених: Г. А. Каше, Т. Б. Філічеєвої, Г. В. Чіркіної. Через відсутність методичної підтримки з питань розвитку мовлення робота у групах компенсуючого типу організовується за програмою масового дошкільного закладу. Правильна організація роботи з розвитку мовлення в групах визначає якість корекційної роботи, і має на меті повністю або частково усунути дефект та підготувати дитину до успішного навчання в загальноосвітній школі або у школі для дітей з тяжкими вадами мовлення.

Колективи логопедів з міст Біла Церква та Черкаси кілька разів у журналі «Палітра педагога» та часописі «Дитячий садок» друкували планування корекційно-відновлювальної роботи з дітьми старшого віку.

Увібравши краще з вищезгаданих рекомендацій, урахувавши особливості української орфоепії та орфографії, залучивши свої надбання та досвід, пропонуємо корекційну програму розвитку мовлення для дітей молодшого та старшого дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення (III рівня, першого року навчання) та фонетико-фонематичним



недорозвиненням мовлення. За цією програмою діти груп компенсуючого типу дошкільного навчального закладу № 8 «Космічний» навчаються з 2008 року, але з виходом Базової програми «Я у Світі» корекційна програма зазнала деяких змін і є її продовженням.

Курс навчання розрахований на 9 місяців за умов перебування дітей у групах компенсуючого типу. Навчання відповідно до запропонованої системи забезпечує, з одного боку, корекцію мовного дефекту, а з другого, підготовку до оволодіння грамотою та мовленнєвою компетенцією. Оскільки у процесі комплектування логопедичних груп, особливо в масових дошкільних закладах, не завжди вдається врахувати всі тонкості залежно від мовленнєвого дефекту і рівня загального розвитку дитини та, ураховуючи принцип інтеграції як один із провідних в організації освітнього процесу, розроблено тематичний підхід до планування. Під час добору лексичних тем та їх розміщення враховувалися сезонність, свята, нейтральні теми, розміщені довільно. Таке планування спирається на принцип групування матеріалу, щоб полегшити дітям осмислення сукупності, взаємозв'язку предметів, об'єктів, явищ навколишньої дійсності. Цей принцип було покладено в основу розробленого К. Ушинським навчального посібника «Рідне слово». Тематичне планування згідно з програмою також побудовано з урахуванням принципу групування навчального матеріалу, але разом з цим передбачена активна участь дітей в його систематизації, що спрямована на формування в них основ діалектичного світогляду та вміння активно пізнавати довкілля. Щотижня дітей ознайомлювали з новою лексичною темою (два блоки мають чотири лексичні теми). Це дозволяє забезпечити тісний взаємозв'язок у роботі всього педагогічного колективу групи,



систематизувати знання дітей і, як доводить досвід, такий підхід дає гарні результати.

Розглянемо змістові та структурні характеристики тематичного планування. Це 18 тем, взаємопов'язаних зі сферами життєдіяльності Базового компонента дошкільної освіти, розрахованих на 36 навчальних тижнів року, в яких визначено загальне спрямування змісту роботи на найближчий тиждень і має загальну мету. Назва кожного з них розкриває ключові поняття загального понятійного поля. Узгоджується з усіма формами освітньої роботи, видами занять вихователів, спостереженнями, екскурсіями тощо. Це такі лексичні теми як: «Познайомимося», «Овочі – вітаміни», «Зимові справи, ігри, забави», «Їдемо, пливемо, летимо», «Дівчинка, жінка, бабуся», «Рослинний калейдоскоп», «Краса порядку та вчинків», «Казка вигадка та в ній натяк...», «Краще немає рідного краю».

Кореційна програма складається з таких розділів: формування звукової культури мовлення; формування лексичної складової мовлення; формування граматичної складової мовлення; формування зв'язного мовлення.

Формування звукової культури мовлення. Звуковимовні порушення у дітей досить поширені. Це пов'язано з низкою різних причин: несформованістю рівня слухового сприймання, що забезпечує розрізнення звуків мовлення за акустичними ознаками та є основою для формування фонематичного слуху і стабілізації слухового сприймання, без чого не можливе нормальне засвоєння мовної семантики. У цьому розділі пропонується дати знання дітям про будову мовного апарату, звернена увага на відпрацювання сили голосу, типів дихання, на розвиток фонематичного слуху. Також подаються відомості про систему звуків для кожної вікової групи, здійснюється їх аналіз і синтез. Розроблена чітка послідовність оволодіння дітьми



різними формами фонемного аналізу, умінням складати схеми слів. Планується подання знань про терміни: «звук», «слово», «речення», «голосні» та «приголосні», «тверді» та «м'які», «глухі» та «дзвінкі» звуки, «склад».

Формування лексичної складової мовлення. Цей напрям – один із найголовніших, оскільки забезпечує розвиток словника дитини і повноцінне розуміння інформації, що надходить ззовні, та утворення власних мовленнєвих висловів, за допомогою яких дошкільник може повідомити свої думки і переживання. Саме достатній рівень розвитку цієї складової мовлення розкриває можливості для якісного засвоєння дитиною навчального матеріалу. Розділ розкриває зміст роботи зі збагачення словника дітей новою лексикою, а також його активізацію, уточнення знань окремих слів. Звернена увага на розвиток образного мовлення (з текстів художніх творів та казок), навчання розуміння багатозначності, синонімічності та переносного значення слів, засвоєння узагальнюючих понять. Виконання завдань словникової роботи сплановано за тематичним принципом.

Формування граматичної складової мовлення. Ця складова мовлення відображає закріплені в мові способи кодування інформації й систему складних відношень, що виникають між предметами, явищами, їх ознаками, діями, властивостями в навколишньому світі. Оволодіння граматичною складовою в нормі відбувається протягом усього дошкільного віку. Цей розділ передбачає практичне ознайомлення дітей з граматичними формами рідної мови, засвоєння правильної словозміни слів, вживання відмінкових закінчень, узгодження слів у реченні; форми основних способів словотворення (префіксальний та суфіксальний), формування орієнтації на звукову сторону мови, удосконалення синтаксичної сторони



мовлення. Звернена увага на формування граматичного чуття рідної мови, чуття помилок, самокорекцію, самоконтроль за мовленням. Головна мета у процесі формування граматично правильного мовлення практичне засвоєння граматичних засобів мови.

Формування зв'язного мовлення. Розвиток зв'язного мовлення – це найскладніше завдання корекційної роботи. Це пов'язано з тим, що у ньому дитина має використати всі свої знання з фонетики, лексики та граматики. Завдання розділу – це навчання дітей зв'язно відповідати на запитання за змістом картини чи тексту, описувати предмети, ситуації, розповідати про події з власного досвіду та на теми, запропоновані логопедом, переказувати зміст знайомих творів.

У програмі також подається перелік знань, якими повинні володіти діти в кінці навчального року.

До програми пропонується додаток з цікавими та змістовними іграми та вправами на корекцію вад мовлення у дітей. У ньому для роботи з дітьми із фонетико-фонематичним недорозвиненням мовлення пропонуються такі розділи: «Звук», «Звуко-складовий аналіз», «Граматична будова», «Лексика. Синтаксис», «Зв'язне мовлення», «Профілактика дисграфії та дислексії». А для дітей із загальним недорозвиненням мовлення передбачені розділи: «Орієнтація в просторі та часі», «Розвиток психічних процесів», «Розвиток дрібної моторики пальців».

До програми також додається планування корекційної роботи на логопедичних годинах, як додаткові завдання логопеда по закріпленню звуковимови, розширення та активізації словника, розвитку психічних процесів, зв'язного мовлення та формування граматичної складової мовлення.

Сучасна педагогічна культура батьків знаходиться сьогодні на низькому рівні. Часто батьки не знають, про що можна



поговорити зі своєю дитиною, а не те щоб цілеспрямовано навчати її. Активне залучення батьків до спільного проживання теми позитивно впливає на відносини батьків і дітей, батьків і педагогів. Тому до програми ще пропонується робочий зошит «Логопедичний устигайлик» для спільної роботи дітей та батьків удома.

Становлення особистості дитини з порушенням мовлення відбувається у соціальних відносинах, під час опанування предметного і природного світу. Вкрай важливо допомогти дитині повірити у власні сили, повноцінно реалізувати свою психічну і соціальну суть. Завдання логопедів і батьків полягає у забезпеченні умов для особистісного зростання дитини і розуміння своїх можливостей. Педагоги, які працюють творчо, ознайомившись з цими доробками, зможуть використати їх для підвищення ефективності корекційної роботи в дошкільних групах компенсуючого типу для дітей з вадами мовлення.

ЛІТЕРАТУРА

1. Базова програма розвитку дитини дошкільного віку «Я у Світі» Міністерство освіти і науки України [наук. ред. О. Л. Кононко]. – К. : Світоч, 2008.
2. Методичні аспекти реалізації Базової програми розвитку дитини дошкільного віку «Я у Світі» , [наук. ред. О. Л. Кононко] – К. : Світоч, 2009.
3. Нові погляди на проблему розвитку мовлення дітей дошкільного віку, // Дитячий садок, – 2006, грудень.
4. Підготовка дітей з вадами мовлення в компенсуючому дитячому садку (групі), // Дитячий садок. – 2005, вересень.



Зелінська К. О.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

РОЗВИТОК МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЮ НЕДОСТАТНІСТЮ

Актуальність дослідження. Мовлення є найпродуктивнішим засобом спілкування дітей з оточуючими. Завдяки комунікації маленька особистість набуває соціального досвіду, засвоює корисну інформацію, інтегрується в суспільство, стає більш активною та свідомою. Мовлення для дитини з вадами інтелектуального розвитку набуває ще більшого значення. Адже, в силу свого дефекту, їй важко засвоїти певні норми і правила, здобути потрібні знання і навички та застосовувати їх у житті. Тільки оволодівши навиками спілкування дитина з вадами розумового розвитку може соціалізуватися в суспільстві, відчувати себе його частиною, перейняти досвід минулих поколінь та передати його своїм нащадкам. Звісно в цьому дитині необхідна допомога дорослих. Зазвичай ними стають працівники освітніх закладів: вчителі і вихователі.

Серед популяції дітей з психофізичними вадами олігофрени за чисельністю займають одне з провідних місць. Олігофренопедагогіка як науковий напрям бере свій початок ще з середини XIX століття. Провідними фахівцями з питань діагностики, навчання виховання та корекції людей з розумовими вадами є такі дефектологи: Л. С. Виготський, І. Г. Єременко, М. С. Певзнер, В. М. Синьов та багато інших.

Вивчення мовлення дітей з інтелектуальною недостатністю дає можливість на фактичному матеріалі прослідкувати за тими глибокими і своєрідними порушеннями, що характерні для вербального розвитку дітей-олігофренів і точніше зрозуміти роль, яку відіграє інтелект у формуванні дитячого мовлення.



Стан мовленнєвого розвитку дитини багато в чому визначає загальний розвиток дошкільника. Оволодіваючи засобами спілкування, дитина розвивається, збагачує свої знання про довкілля. Відомо, що в процесі мовленнєвого розвитку формуються вищі рівні пізнавальної діяльності, здатність до понятійного мислення [3].

Зв'язне мовлення розвивається в дітей з вадами розумового розвитку досить ускладнено та з запізненням, адже воно являє собою найбільш складну форму мовної діяльності.

Навіть діти з вадами інтелекту, які не мають пошкоджень слуху та різких аномалій будови мовленнєвих органів, оволодівають мовленням значно пізніше своїх однолітків, які розвиваються нормально. За дослідженнями Л. С. Виготського та М. С. Певзнер перші слова розумово відсталі діти починають вимовляти лише на 3-му, 4-му і навіть 5-му році життя. Спираючись на теоретичний досвід, можна зробити висновок, що більше 40% дітей з олігофренією легкого ступеня починають говорити пізніше 3-х років. Ці діти не переходять до спонтанного белькотіння до 12–24 місяців; перші слова з'являються у них в 2,5 – 5 років. Діти з обмеженими інтелектуальними можливостями пізніше, ніж це буває при нормальному розвитку, переходять до вживання речень. Поява перших слів у них віддалена від використання речень значно більшим часовим інтервалом, ніж у нормі. Отже, запізнення становлення мовлення виявляється в усіх аспектах мовленнєвої діяльності олігофренів [1, 4].

При з'ясуванні причин, що зумовлюють уповільнене формування мовлення у дітей з порушеннями розумового розвитку, необхідно виходити передусім із характерного для них загального недорозвинення всієї психіки, який призводить до затримки розумового розвитку.



Значну роль в уповільненому розвитку мовлення відіграє також характерне для цієї категорії дітей загальне недорозвинення моторики. Воно порушує процес дієвого активного пізнання дитиною оточуючого світу і тим самим – накопичення уявлень і відомостей про нього. Порушення моторики позначається на довільності вимови звуків та слів, оскільки для цього потрібен високий рівень координованості рухів органів мовлення [6].

За даними В. М. Синьова словниковий запас школярів з обмеженими інтелектуальними можливостями характеризує особливості їхньої пізнавальної діяльності, вміння осмислювати і відобразити в мовленні оточуючу дійсність, а також своєрідність загального психічного розвитку дітей. Бідність словникового запасу в дітей-олігофренів зумовлена багатьма причинами, серед яких основною є низький рівень їх розумового розвитку. Діти часто не знають назв багатьох добре знайомих їм предметів (рукавиці, кухоль, будильник, сторінка і т.п.). Рідко зустрічаються в мовленні дебілів слова з абстрактним значенням. Якщо вони і використовуються деякими дітьми, то несвідомо, у вигляді механічно заучених сполучень.

Між словом і образом предмета учнів молодших класів з вадами інтелекту у ряді випадків немає необхідної відповідності. Діти називають предмет, але не можуть впізнати його серед інших.

Інколи з'являються в мовленні олігофренів слова, що характеризують властивості та якості предметів. Описуючи предмет, діти зазвичай називають лише його колір та розмір і не вказують на інші властивості (форму, якість поверхні тощо) [3].

Бідність словника створює труднощі спілкування розумово відсталого дитини з оточуючими її людьми. В одних випадках ускладнюється розуміння зверненого мовлення, в інших –



ускладнюється побудова власних висловлювань. Бідність словника призводить до неправомірно частого вживання однієї й тієї ж групи слів, що робить мовлення одноманітним, шаблонним і неточним.

Необхідно зазначити, що активна практична та пізнавальна діяльність дошкільників збагачує коло їхніх уявлень, стимулює виникнення нових потреб та інтересів, необхідність спілкування з дорослими. Спілкуючись з дорослими, дитина розширює свій словник, дізнається про нові значення слів, засвоює словосполучення.

Формування зв'язного мовлення базується на основі діалогічного мовлення в ході ситуативного спілкування.

Діалог рідко виникає з ініціативи дитини з обмеженими інтелектуальними можливостями. Ці діти зазвичай мало цікавляться навколишнім світом, тому у них немає причин задавати дорослим запитання, спілкуватись з ними. Частіше ініціатором розмови є дорослий. Далеко не всі учні початкових класів допоміжної школи вміють підтримати діалог [5].

Власлива розумово відсталим недостатність мислення ускладнює розуміння почутого. Це створює певну перешкоду для підтримки бесіди.

Учні початкових класів допоміжної школи з великими труднощами використовують наявні у них знання і не завжди можуть мобілізувати їх в необхідний момент, що також знижує активність їх участі в діалозі.

У ряді випадків діти, формально беручи участь в бесіді, фактично не підтримують її. Запитання викликають у них односкладні, стереотипні, навіть безглузді висловлювання. Вони повністю або частково повторюють запитання, замість того, щоб відповісти на нього.



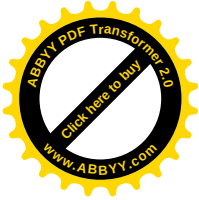
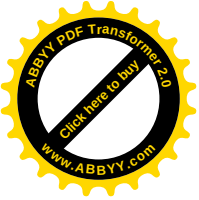
Обмежений життєвий досвід, знижений інтерес до оточуючого, вузьке коло знань перешкоджають розгортанню діалогічного мовлення.

Ще складніше дається дітям з розумовими вадами монологічне мовлення. Перехід від участі в розмові, яка підтримується і спрямовується співрозмовником, до самотійного монологічного більш або менш розгорненого висловлювання протікає у дітей-олігофренів дуже складно. Учні початкових класів тривалий час затримуються на такому етапі, коли їхнє мовлення вже не є тільки відповідями на питання, але ще й не являє собою цілої розповіді. У цей період для того, щоб висловити свої думки у словесній формі, школярі потребують постійної допомоги дорослого [5].

Труднощі оволодіння монологічним мовленням зумовлені рядом причин. Певне значення має недостатня сформованість діалогу. Не вміючи повно відповісти на запитання, недостатньо володіючи побудовою речень, учень не може перейти до висловлювання власних думок.

Крім того, розумово відсталі діти довго не розуміють необхідності словесного відтворення того що відбувалось. Замість зв'язної розповіді від учня часто можна почути лише дуже бідні деталями, малорозгорнуті, фрагментарні висловлювання, які складаються із логічно необ'єднаних частин. Ситуація не змінюється і в тих випадках, коли діти мають достатній словник, запас знань і уявлень, необхідних для розкриття нескладної, доступної їм теми. Розповідь дитини складається з окремих фрагментів, розташованих таким чином, що вони не складають єдиного цілого. Вербальне оформлення розповіді учня характеризується надмірною стислістю та бідністю [4].

Дослідження І. Г. Єременка показали, що основна маса учнів всіх класів допоміжної школи може сприймати монологічне

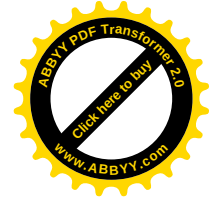


мовлення в першу половину уроку, протягом приблизно 20 хвилин, окремі школярі – не більше 5–10 хвилин. Більш того, мовленнєва активність може бути посилена або послаблена не лише характером завдання, наявністю чи відсутністю наочності, але й емоційними моментами. Мовлення учня на уроці стимулюється не його власними потребами, а вимогами вчителя. Завдання вчителя не викликають у дітей емоційного ставлення, а це ще більше знижує їхню мовленнєву активність [2].

Підсумовуючи вищесказане, можна зробити висновок, що розвиток мовлення у дітей з вадами розумового розвитку відбувається своєрідно і з великим запізненням. Але той факт, що діти-олігофрени знаходяться у постійному оточенні розмовляючих людей, ставить перед працівниками корекційних освітніх закладів завдання удосконалення комунікативних умінь своїх вихованців, шляхом правильно-організованого і корекційно спрямованого навчання та виховання. Не потрібно забувати, що мовлення – основний засіб спілкування людей, який так потрібен дитині з розумовими вадами для успішної соціалізації.

ЛІТЕРАТУРА

1. Выготский. Л. С. Собрание сочинений: В 6-ти т. Т. 5. Основы дефектологии / Под ред. Т. А. Власовой.–М. : Педагогика, 1983. – 368 с.
2. Єременко І. Г. Матеріали дослідження процесу навчання в допоміжній школі : Част. 2. / І. Г. Єременко – К. – 1972. – 82 с.
3. Коломинский Н. А. Розвиток особистості учня допоміжної школи. / Н. А. Коломинский – Київ : Радянська школа, 1978 г. – 132 с.
4. Певзнер М. С. Динамика развития детей-олигофренов / М. С. Певзнер, М. И. Лубовский – М. : Изд-во АПН , 1963 г. – 204 с.



5. Петрова В. Г. Розвиток мовлення учнів допоміжної школи // Спеціальна психологія. Тексти. Частина I / За ред. М. П. Матвєєвої, С. П. Миронової. – Кам'янець-Подільський: Кам'янець-Подільський державний педагогічний університет, інформаційно-видавничий відділ, 1999. – 158 с.

6. Синьов, В. М. Психологія розумово-відсталості дитини: підручник / В. М. Синьов, М. П. Матвєєва, О. П. Рохліна. – К. : Знання, 2008. – 359 с.

Кравцова І. В.

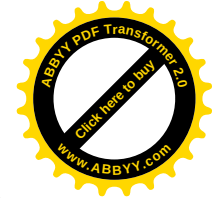
ДНЗ № 12 м. Суми

Стахова Л. Л.

НВК №9 м. Суми

ПІДГОТОВЧИЙ ЕТАП КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ ЯК ОСНОВА КОРЕКЦІЇ ФОНЕТИКО-ФОНЕМАТИЧНОЇ СИСТЕМИ МОВЛЕННЯ ДОШКІЛЬНИКА ІЗ ФФНМ

Актуальність дослідження. Важливим завданням дошкільної освіти є формування в дітей мовленнєвої компетентності, одним з основних критеріїв якої є сформованість фонетико-фонематичної системи мовлення. Широка розповсюдженість мовленнєвих порушень у дітей дошкільного віку, труднощі подолання цих вад спонукають логопедів-практиків до пошуку ефективних методів і прийомів логопедичного впливу. Вже на підготовчому етапі корекційної роботи важливо поєднувати заходи, які є основою для формування та корекції фонетико-фонематичної системи мовлення дошкільника. Складовими підготовчого етапу корекційної роботи є розвиток мовленнєвого дихання, артикуляційної моторики, просодичного боку мовлення, фонематичного сприймання.



Мета дослідження – висвітлити зміст основних напрямів корекційної роботи на підготовчому етапі подолання фонетико-фонематичних порушень.

Результати дослідження. Мовленнєве дихання є джерелом утворення звуку, голосу, здатністю людини під час висловлювання вчасно робити короткий, досить глибокий вдих і раціонально витрачати повітря при видиху, тому потрібно насамперед навчити дитину правильно дихати.

З цією метою проводяться спеціальні дихальні вправи, спрямовані на збільшення об'єму дихання, нормалізацію його ритму, відпрацьовування плавного, тривалого, економного видиху.

Існує спеціальна система, якої бажано дотримуватися під час роботи над диханням. При цьому необхідно розрізняти фізіологічне (життєве) і мовленнєве дихання, які значно відрізняють одне від одного. Основні відмінності наведені в таблиці.

Фізіологічне дихання	Мовленнєве дихання
Фази: вдих – видих – пауза.	Фази: вдих – пауза – видих.
Відбувається мимовільно, рефлекс-торно, поза нашим усвідомленням.	Відбувається усвідомлено, довільно, контрольовано, керовано.
Призначення: здійснення газового обміну.	Призначення: є основою голосоутворення, формування мовленнєвих звуків, мовленнєвої мелодики.
Вдих і видих через ніс.	Вдих і видих через рот
Час, витрачений на вдих і видих, приблизно однаковий (4:5).	Видих значно триваліший вдиху (1:2 або 1:3). Чим довша фраза, тим довший видих
Зміна фаз дихання одноманітно-ритмічна.	При зміні фаз дихання ритмічної послідовності немає



Починати заняття потрібно з розвитку фізіологічного дихання. Чудовим засобом для цього є загально розвиваючі та логоритмічні ігри і вправи. Найбільш важливими для розвитку фізіологічного дихання є так звані класичні вправи, метою яких є координація ротового та носового дихання, відпрацьовування нижньореберного типу дихання за активної участі діафрагми. Це такі вправи: вдих і видих через ніс; вдих через ніс, видих через рот; вдих через рот, видих через ніс; вдих і видих через рот; комбінований вдих. За умови систематичного повторення цих вправ дитина починає відчувати різницю в спрямуванні повітряного струму, навчається правильно його регулювати. Після цього починається робота з розвитку мовленнєвого дихання, яка проводиться в такій послідовності: без участі мовлення, на матеріалі голосних звуків, приголосних звуків, складів, слів, речень і фраз.

Важливе місце на шляху розвитку артикуляційної моторики займає артикуляційна гімнастика. Метою її є відпрацювання правильних, чітких рухів органів мовлення, необхідних для правильної вимови звуків. Процес формування артикуляційних рухів здійснюється як довільний та свідомий: дитина вчиться виконувати їх та контролювати правильність виконання. Необхідні рухи спочатку формуються за зоровим наслідуванням перед дзеркалом з поступовим переходом до виконання рухів за словесною інструкцією за участю зорового аналізатора, а в подальшому здійснення рухів контролюється лише на основі кінестетичних відчуттів. Під час проведення артикуляційної гімнастики відпрацьовуються вміння приймати потрібну позу, утримувати її, плавно переключатися з однієї артикуляційної пози на іншу. Система вправ з розвитку артикуляційної моторики повинна включати як статичні, так і динамічні вправи, вправи на поєднання рухів язика та губ для набуття природних рухів під час



говоріння. Всі артикуляційні вправи здійснюються послідовно, з паузами перед кожним наступним рухом, щоб логопед міг контролювати якість, а дитина відчувати, усвідомлювати, контролювати та запам'ятовувати свої дії.

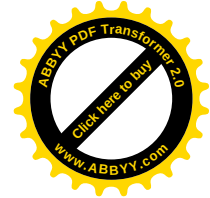
У структурі дефекту в дітей з фонетико-фонематичним порушенням мовлення відмічаються недостатні можливості у використанні інтонаційних засобів. Інтонація – це єдність взаємопов'язаних складових: мелодики, інтенсивності, тембру та темпу мовлення. Разом з наголосом інтонація утворює так звану просодичну систему мови.

Використання інтонаційних навичок, які сформовані в дошкільному віці, є важливою передумовою для успішного оволодіння письмовим мовленням, його граматичними структурами. Тому надзвичайно важливо допомогти дітям ще в дошкільному віці навчитися оформлювати своє мовлення інтонаційно правильно.

Ігрові вправи можуть бути включені в різну діяльність дітей впродовж дня, наприклад прогулянки, ранковий прийом дітей, самостійну діяльність у II половину дня. Корекційний вплив спрямований на формування фізіологічних механізмів оволодіння інтонацією (нормалізацію діяльності дихального та голосового апарату, формування координованої роботи мовленнєвих м'язів); забезпечення використання дітьми всього комплексу інтонаційних засобів (мелодики, інтенсивності, тривалості, тембру та паузації) для оформлення висловлювань у різних ситуаціях спілкування в процесі комунікації.

Основними напрямками логопедичної роботи є:

- розвиток мовленнєвого слуху (сприйняття зміни сили, висоти голосу, тембру і темпу мовлення);
- розвиток сприйняття і відтворення ритмічних структур, мовленнєвого ритму;
- розвиток фонаційного (мовленнєвого) дихання;



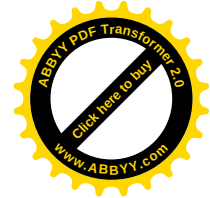
- координація дихання, голосоутворення та артикуляції;
- розвиток міміки та виразності рухів;
- розвиток здатності розуміти та передавати різні емоції;
- розвиток сили голосу, розширення висотного діапазону голосу;
- розвиток сприйняття та відтворення наголосу;
- вдосконалення темпо-ритмічної організації висловлювань;
- формування сприйняття та відтворення мелодики розповідних, питальних і окличних висловлювань.

Основним методом формування точного сприйняття інтонації є комунікативний метод, який реалізується через систему вправ, побудованих на основі створення та аналізу ситуацій, у яких використовуються невербальні та вербальні засоби спілкування. Використовуються такі прийоми:

- впізнання емоційного стану людини (персонажу казки, ілюстрації) за його позою, мімікою, жестом;
- співвіднесення інтонаційного оформлення висловлювання з різними сюжетними ілюстраціями;
- вибір інтонаційного оформлення висловлювання, яке відповідає смислу мовленнєвої ситуації, з двох запропонованих варіантів.

Формування правильної вимови звуків залежить від здатності дитини до аналізу та синтезу мовленнєвих звуків, тобто від певного рівня розвитку фонематичного сприймання. Ця робота починається з розвитку слухової уваги та слухової пам'яті на матеріалі немовленнєвих звуків та поступово охоплює всі звуки мовлення в такій послідовності:

- впізнавання немовленнєвих звуків;
- розрізнення висоти, сили, тембру голосу на матеріалі однакових звуків, слів, словосполучень, фраз;
- розрізнення слів, близьких за звуковим складом (спочатку на матеріалі звуків раннього онтогенезу, в подальшому – з використанням всіх звуків мовлення);



- диференціація складів (спочатку на матеріалі звуків раннього онтогенезу, в подальшому – з використанням всіх звуків мовлення);
- диференціація фонем (спочатку на матеріалі звуків раннього онтогенезу, в подальшому – з використанням всіх звуків мовлення);
- розвиток навичок звукового аналізу та синтезу.

Необхідно зазначити, що всі види роботи мають місце вже на підготовчому етапі корекційної роботи на матеріалі звуків, які правильно вимовляються.

Висновки. Як показує практика, правильна організація корекційної роботи на підготовчому етапі, поєднання заходів з розвитку мовленнєвого дихання, артикуляційної моторики, просодичного боку мовлення та фонематичного сприймання готують базу для успішного подолання фонетико-фонематичного недорозвинення мовлення, успішного навчання у школі, виховання комунікативної особистості.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богуш А. М. Мова ваших дітей. / А. М. Богуш – К. : Радянська школа, 1989
2. Волкова Л. С. Логопедия. / Л. С. Волкова – М.: Просвещение, 1989
3. Даниленко Н. І. Розвиток мовленнєвого дихання // Зростаємо разом. / Н. І. Даниленко – 2009. – № 4
4. Позднякова Л. А. Формирование общих речевых навыков у детей трех-четырёх лет с нарушениями речи // Логопед в детском саду. / Л. А. Позднякова, Г. Б. Османова – 2007. – №10
5. Полякова Р. А. Использование фонетической ритмики при формировании произносительной стороны устной речи у детей с нарушениями слуха // Логопед в детском саду. / Р. А. Полякова – 2008. – №8



Кравченко А. І., Симбірська Н. В.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

КОРЕКЦІЯ ВАД МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ З ДЦП

Актуальність дослідження. В Україні спостерігаються негативні тенденції в динаміці захворюваності дітей, відмічається зростання кількості хронічних та поліетіологічних хвороб, збільшення частоти анте- та інтранатальних ушкоджень і спадкової патології, зростання питомої ваги народжених з травмами та патологією центральної нервової системи. Ці та інші причини призвели до збільшення числа дітей-інвалідів [6].

Щорічно в Україні зростає кількість дітей, які страждають на дитячий церебральний параліч (ДЦП) та є інвалідами.

За даними наукової літератури, ДЦП становить 0,8 – 1,2 % усіх ортопедичних захворювань, або два випадки на 1000 дитячого населення. В класі хвороб нервової системи питома вага дітей з ДЦП, за даними різних авторів, коливається в межах 40 – 75 %. Цей показник у дошкільному віці дорівнює 88,6 %, а у шкільному – 76,7 % [6; 5].

Розповсюдження ДЦП в різних країнах коливається від 1,5 до 7,5 випадків на 1000 населення. Частота мовних розладів, за даними різних дослідників, при цьому захворюванні спостерігається у 45 – 85 % хворих. [2; 7; 4].

Згідно з даними різних авторів, при церебральних паралічах зустрічаються різноманітні мовні розлади, що проявляються у різних формах – від незначних порушень вимови до афазії.

Вважається, що основними клінічними проявами мовної патології при ДЦП, наряду з алаліями, дисграфіями, дислексіями, невротичними та неврозоподібними порушеннями (мутизмом та заїканням), являються дизартрії [1; 4].

За даними багатьох досліджень було доведено, що спастична диплегія в 70 – 80 % випадків супроводжується псевдобульбарною



дизартрією, при геміпарезах ця патологія супроводжує основні прояви захворювання в 30 – 35 % випадків [4].

Великою кількістю авторів було описано випадки затримки мовлення у дітей з ДЦП [4; 5; 1]. Також було доведено, що розповсюдження заїкання при цьому захворюванні значно перевищує його частоту в загальній популяції дітей та підлітків. Заїкання виникає на фоні порушень мовлення (стертих чи явних форм дизартрії, дислалії, зниження фонематичного слуху та ін.) [3].

Питаннями лікування та корекції вад мовлення при ДЦП займалися вітчизняні та зарубіжні автори (Л. А. Данілова, 1969, 1977; А. Г. Іполітова, 1979, 1981, 1986; Г. Н. Малофєєв, 1964; Е. М. Мастюкова, 1973, 1978, 1992; К. А. Семенова, 1972, 1978; та ін.; N. Botta, P. Botta, 1958; V. Tardien, 1966; та ін.).

Однак питання комплексного подолання вад мовлення при ДЦП потребує подальшого теоретичного, експериментального та практичного обґрунтування, що разом з тенденцією різкого зростання кількості хворих на ДЦП та розладами мовлення при цьому, обумовлює актуальність цієї проблеми.

Мета дослідження – теоретично обґрунтувати та експериментально довести ефективність комплексної програми подолання вад мовлення у дітей з ДЦП віком від 4 до 7 років.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати різні методики корекції вад мовлення в дітей з ДЦП.
2. Визначити ступень порушення мовного розвитку в дітей з ДЦП віком від 4 до 7 років.
3. Розробити та експериментально перевірити ефективність комплексної програми подолання вад мовлення в дітей з ДЦП віком від 4 до 7 років.

Для розв'язання поставлених завдань були використані такі методи дослідження:

1. Вивчення та аналіз науково-методичної літератури.



2. Педагогічні методи (бесіда, анкетування, педагогічне спостереження, психолого-логопедичне обстеження, педагогічний експеримент).

3. Функціональні проби для діагностики мовних розладів.

4. Математичні методи (реєстрація показників, занесення даних в таблиці, графічне зображення результатів дослідження, статистична обробка даних).

Організація дослідження. Дослідження проводилось на базі спеціалізованого дошкільного навчального закладу № 34, м. Суми з квітня по грудень 2009 року.

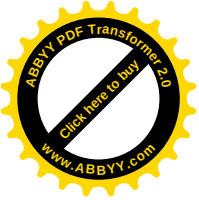
У дослідженні брали участь 30 дітей з вадами мовлення при ДЦП зі збереженим інтелектом віком від 4 до 7 років: по 15 осіб в контрольній та експериментальній групах.

Дослідження проводилось у три етапи. На першому етапі вивчались дані спеціальної науково-методичної літератури щодо подолання вад мовлення у дітей з ДЦП, були сформульовані мета, завдання, визначені методи дослідження, було розроблено комплексну програму подолання вад мовлення у дітей даної категорії.

На другому етапі сформовано контрольну та експериментальну групи, визначено вихідний рівень мовного розвитку дітей, занесені показники дослідження в таблиці.

На третьому етапі здійснено перевірку ефективності розробленої нами комплексної програми, відстежено динаміку змін показників мовного розвитку дітей з ДЦП, зображено їх графічно та проведено статистичну обробку даних методом середніх величин.

Учасники контрольної групи займалися з логопедом зазначеного закладу. Заняття включали: розвиток звуковимови, фонематичного слуху, артикуляції, дрібної моторики, розширення словарного та лексичного запасу у дітей.



В експериментальній групі застосовувалась розроблена нами комплексна програма, до якої входили:

- а) елементи логоритмики;
- б) релаксаційні вправи з елементами йоготерапії та аутотренінгу;
- г) вправи на розвиток артикуляції та дрібної моторики з елементами ігротерапії та Монтесорітерапії.

Результати дослідження. Після завершення експерименту показники дихання під час мовлення, голосоподачі, артикуляції, контролю над салівацією та синкінезіями та інші характеристики мовлення змінились на краще у значно більшій кількості учасників експериментальної групи порівняно з контрольною (таблиця 1).

Таблиця 1

**Показники мовного розвитку дітей з ДЦП до та після
проведення дослідження**

Показники мовного розвитку		Групи			
		контрольна		експериментальна	
		До експерименту (кількість чоловік)	Після експерименту (кількість чоловік)	До експерименту (кількість чоловік)	Після експерименту (кількість чоловік)
Дихання під час мовлення	Не порушено	1	4	1	5
	Частково порушено	5	7	6	9
	Різко порушено	9	4	8	1
Голосоутворення та	Не порушено	2	5	1	3
	Частково	4	7	3	9

голосоподача	порушено				
	Різко порушено	9	3	11	3
Рухова функція язика	Повний об'єм	1	4	1	4
	Частковий	6	8	7	10
	Різко обмежений	8	3	7	1
Контроль над салівацією	Самостійний	3	7	3	8
	За допомогою	8	8	9	7
	Відсутній	4	-	3	-
Рухова функція губ	Повний об'єм	1	4	1	5
	Частковий	7	10	8	10
	Різко обмежений	7	1	6	-
Контроль над синкінезіями	Самостійний	2	6	3	7
	За допомогою	5	5	4	6
	Відсутній	8	4	8	2
Звуковимова	Не порушена	3	8	3	8
	Частково порушена	5	4	6	5
	Різко порушена	7	3	6	2
Фонематичний слух	Не порушений	2	7	3	8
	Частково порушений	6	5	5	5

	Різко порушений	7	3	7	2
Характер мовлення: темп, ритм, інтонація	Не порушені	1	6	2	9
	Частково порушені	8	8	7	4
	Різко порушені	6	1	6	2
Словарний запас	У межах вікової норми	3	9	3	10
	Обмежений	8	5	9	5
	Різко обмежений	4	1	3	-
Граматичне оформлення мовлення	Не порушене	2	7	2	8
	Частково порушене	7	6	8	6
	Різко порушене	6	2	5	1

Висновки.

1. Розроблена нами комплексна програма подолання вад мовлення у дітей з ДЦП дозволила досягти покращення стану мовного розвитку в експериментальній групі:

1) показники дихання під час мовлення в експериментальній групі покращилися у 73,33 % всіх осіб, а в контрольній лише у 53,33 %;

2) голосоутворення та голосоподача в експериментальній групі змінились на краще у 66,67 %, в контрольній – у 60,0 %;

3) контроль над синкінезіями в експериментальній групі – у 66,67 %, в контрольній – у 53,33 %;

4) характер мовлення (темп, ритм, інтонація) в експериментальній групі – у 73,33 %, в контрольній – у 66,67 %.



2. Внаслідок застосування комплексної програми спостерігалось покращення загального стану організму дітей, емоційно-вольової сфери та дрібної моторики.

ЛІТЕРАТУРА

1. Данилова Л. А. Методы коррекции речевого и психического развития детей с ЦП. / Л. А. Данилова – Л. : Медицина, 1977. – 95 с.

2. Евтушенко С. К. Диагностика и лечение речевых нарушений у детей с психической и неврологической патологией // Журнал неврологи и психиатрии им.Корсакова. / С. К. Евтушенко, О. А.Дубовцева – 2001. – Т. 101.– №7.– с. 62–65.

3. Калижнюк Э. С. Психические нарушения при ДЦП. / Э. С. Калижнюк К. : Вища школа, 1987. – 271с.

4. Крайдуба Е. Т. Особенности клинических проявлений речевых нарушений у детей со спастической формой ДЦП, легкой и умеренной степенью умственной недостаточности // Актуальні питання дитячої психіатрії в Україні. / Е. Т. Крайдуба – 1999. – Вип. II.– С. 116 – 119.

5. Куравець Т. М. Особливості колекційної роботи при дизартрії. Методичні рекомендації // Дефектолог. / Т. М. Куравець – 2008. – № 6. – С. 18 – 23.

6. Слабкий Г. О. Деякі питання організації реабілітації дітям з церебральними паралічами (аналітичний огляд) / Г. О. Слабкий, О. В. Шевчук // Вісник соціальної гігієни та організація охорони здоров'я України. – 2007. – № 1. – С. 62 – 65.

7. Тохтиева Н. В. Комплексная методика реабилитации детей с нарушениями акта глотания и речи при ДЦП / Н. В. Тохтиева, О. А. Лайшева, Е. Н. Кротенко и др. // Лечебная физкультура и спортивная медицина. – 2009. – № 1. – С. 33 – 38.



Лисиця Я. В., Самчина В. В., Омельченко Ю. В.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

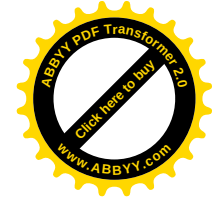
ЗАСТОСУВАННЯ ЛОГОРИТМІКИ В ЛОГОПЕДИЧНІЙ РОБОТІ З ДІТЬМИ-ДИСЛАЛІКАМИ

Актуальність. Розвиток мовлення посідає важливе місце в загальному розвитку дитини. На жаль, у багатьох дітей у 3–4 роки зустрічається затримка у формуванні словникового запасу та фразового мовлення, недоліки звуковимови. Активізація та корекція мовленнєвого розвитку будуть ефективними лише за умови комплексного та всебічного впливу на дитину. Це також стосується дітей з тяжкими дефектами: коли є дефект носоглотки, м'якого і твердого піднебіння, як при ринолалії; обмеження рухливості мовленнєвого апарату, як при дизартрії; ураження мовленнєвих зон великих півкуль головного мозку і, як наслідок, або відсутність, або недорозвиненість мовлення, що спостерігається при алалії. З цими дітьми потрібно проводити постійну наполегливу логопедичну роботу вже з раннього дитинства.

Отже, перед фахівцем-логопедом завжди постає питання щодо якісного та відповідного добору адекватних засобів, методів і форм логопедичного впливу, які б повністю відповідали віковим та психолого-фізіологічним можливостям дітей і разом з тим володіли б значним корекційно-розвивальним потенціалом та високою ефективністю. Серед таких засобів можна виокремити логопедичну ритміку [4].

Мета статті – з'ясувати можливості, переваги та особливості використання логоритміки в логопедичній роботі з дітьми-дислаліками.

Результати дослідження. Логопедична ритміка відіграє значну роль у процесі швидкого та ефективного усунення вад мовлення. Ритмічне виховання за В. М. Бехтерєвим [4] має такі

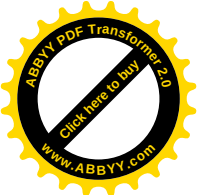


цілі: виявити ритмічні рефлекси, навчити дитину реагувати на слухові та рухові подразники, встановити рівновагу в діяльності нервової системи, заспокоїти надто збуджених дітей і розгальмувати загальмованих, врегулювати неправильні та зайві рухи.

А. В. Гіляровський [3] указував на те, що логопедична ритміка впливає на загальний тонус, моторику, настрій, сприяє активізації рухливості нервових процесів кори головного мозку. Є. В. Конорова, Є. В. Чанова [3] вважають, що логоритміка розвиває увагу та всі види пам'яті. Н. А. Власова, В. А. Гріне, Н. С. Самойленко, Ю. А. Флоренська та інші [3] обґрунтовують загальний педагогічний вплив ритму на різноманітні патологічні відхилення психофізичної сфери людини, а також те, що логопедична ритміка позитивно впливає на всебічний розвиток дитини, покращуючи його.

У дітей з дислалією не спостерігаються складні порушення загальної моторики, лише у частини зустрічаються незначні порушення дрібної довільної моторики рук і пальців. Частіше відбуваються деякі зміни в емоційно-вольовій сфері (дратівливість, плаксивість, розгальмованість, у деяких випадках – прояви афекту). Отже, дуже важливо займатися логопедичною ритмікою з дітьми-дислаліками.

Для всіх дітей-дислаліків рекомендовані загальнорозвиваючі вправи на координацію рухів та зміцнення м'язів, вправи для розвитку дрібної моторики, мімічні та артикуляційні вправи, вправи для розвитку уваги та пам'яті, ритмічні вправи, які узгоджують усі рухи з мовленням. Заняття з логопедичної ритміки краще проводити у вигляді нетривалих цікавих подорожей або пригод, в яких чергуються нескладні для виконання ігри та вправи. Під час кожного заняття необхідно обов'язково проводити принаймні одну улюблену рухливу гру



дітей для розвитку швидкості, спритності, сили і всебічного позитивного впливу на організм. Логоритмічні заняття можна використовувати під час роботи з дітьми старшого віку, якщо вони перебувають на низькому рівні мовленнєвого та психічного розвитку. Кожне заняття, яке заздалегідь майже не готується з дітьми, можна проводити кілька разів, відпрацьовуючи при цьому певні навички. Важливою є роль музичного керівника, який супроводжує більшість ігор та вправ відповідною за характером музикою, що емоційно збагачує заняття.

У процесі заняття в дітей виховується уважність, активність, ініціативність, витримка, бажання грати в колективі однолітків та зацікавленість мовленнєвою діяльністю.

Як відзначає у своїх роботах Г. А. Волкова [3], логоритмічне та музично-ритмічне виховання дуже важливе для корекції порушень звуковимови і використовується поетапно та диференційовано. На підготовчому етапі проводяться вправи та ігри для розвитку слухової уваги, фонематичного сприймання, артикуляційної моторики, мовленнєвого дихання як на логопедичних, так і на самостійних логоритмічних заняттях.

Як приклад наводимо гру на розвиток фонематичного сприймання «Жуки і комарики». На початку гри всіх дітей довільно та відносно рівномірно поділяють на «комашок» – «жуків» та «комариків».

Хід гри: діти крокують по колу під спокійну музику, мелодія змінюється на швидко і «жуки» з «комариками» летять на галявину. По сигналу: «ж-ж-ж» «жуки» лягають на спинки і починають швидко рухати «лапками», а «комарики» продовжують літати навколо «жуків». По сигналу: «з-з-з» – «комарики» лягають на підлогу і теж швидко рухають «лапками», а «жуки» в цей час літають довкола них. Зміна команд



відбувається кілька разів. Під музику «жуки» й «комарики» летять з гавлявини.

На етапі постановки звука логоритмічні заняття включають матеріал для розвитку міміки обличчя, орального праксису, загальної моторики. Як приклад наводимо фрагмент заняття логopedичної ритміки з розвитку міміки обличчя. Під відповідну музику педагог дає завдання на зразок «Ви їсте кислий лимон; Ви зустріли забіяку; Ви боляче вдарили ногу; Вам подарували гарну іграшку» тощо, потім уже без команд педагога діти під різну музику, сидячи перед дзеркалом, мімічно відтворюють різні відтінки почуттів. З розвитком цих умінь зоровий контроль знімається.

З метою розвитку орального праксису всі вправи для рухових артикуляційних органів виконуються ритмічно: під рахунок, метроном, музику з чітко вираженим ритмом й акцентом. Для розвитку загальної моторики використовують ходьбу під музику в різних напрямках і зі зміною напрямків та характеру руху; перешикування; рухливі ігри, які на підготовчому етапі проводяться без мовленнєвого супроводу, оскільки звуки ще не поставлені.

Під час автоматизації звуків відбувається розвиток артикуляції, інтонаційної виразності, темпу, ритму мовлення в поєднанні з різноманітними рухами. Мовленнєвий матеріал добирається відповідно до звука, який опрацьовується, крім того, він повинен бути цікавим.

Гра «Поїзд» для автоматизації звука «ш» у складах і словах.

Діти шикуються в колону – «поїзд». Попереду «потяг». Під відповідну музику поїзд рушає за командою: «Пі-шов, пі-шов, пі-шов». Темп мовлення зростає. Під'їжджаючи до станції, діти промовляють, уповільнюючи темп: «При-йшов, при-йшов, при-



йшов». У кінці промовляють протяжно: «Ш-ш-ш» – випускаючи пару. Знову дається дзвінок чи гудок і рух продовжується.

На етапі диференціації звуків корисні ігри-драматизації з музичним супроводом і без нього. Тексти необхідно насичувати різноманітними звуками [1; 4; 5].

Висновки. Отже, логопедична ритміка є адекватним та ефективним засобом розвитку та корекції мовлення у дітей-дислаліків. У процесі логоритмічної роботи в дітей з різними формами дислалії нормалізується загальна та дрібна моторика, мовленнєва та довільна поведінки в різних видах діяльності.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гайван Т. Я. Логопедична робота з дітьми. Комплекс матеріалів для логопедичних занять. / Т. Я. Гайван – Х. : Веста : Ранок, 2008. – 184 с.
2. Жива клітинка. Графічні диктанти для дошкільного віку / [упоряд. Н. Ф. Юрченко] – Х. : Основа, 2007. – 128 с.
3. Шеремет М. К. Логопедична робота при дислалії : матеріали до вивчення курсу «Логопедія» / М. К. Шеремет – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2004. – 47 с.
4. Школьник С. Я. Подорож до країни гра : Зб. мовних музично-ритмічних занять для дітей 3–4 років. / С. Я. Школьник – Х. : Світ дитинства, 2003. – 72 с.

Неліна С. П.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

РІЗНОМАНІТНІСТЬ ТА СКЛАДНІСТЬ ЛОГОПЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ДІТЯМ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ

Актуальність дослідження. Сучасні соціально-економічні умови в Україні визначають необхідність вдосконалення змісту спеціальної освіти з врахуванням потреб суспільства, спрямованих не тільки на всебічний розвиток особистості з



порушенням психофізичного розвитку, а й на своєчасне виявлення цих порушень у дітей.

На сучасному етапі в спеціальній освіті України особливе місце займає логопедична допомога дітям, що мають вади мовлення.

Основною метою логопедичної допомоги в дошкільних закладах є забезпечення ефективності навчально-виховного процесу та розвитку осіб із вадами мовлення, а також рання діагностика та попередження мовленнєвих порушень та шкільної неуспішності.

Згідно з метою були поставлені такі **завдання**:

1. Проаналізувати науково-методичну і спеціальну літературу з означеної проблеми.
2. Визначати та обґрунтувати види порушень під час різноманітних досліджень.
3. Дослідити розвиток граматичної будови мовлення в нормі та у дітей із загальним недорозвитком мовлення.
4. Розкрити зміст роботи логопеда за допомогою перманентного пошуку шляхів підвищення ефективності впливу на вихованця.

Для досягнення поставленої мети були використані **методи дослідження**:

- а) аналіз літературних джерел;
- б) педагогічні методи: анкетування, бесіда, педагогічне спостереження;
- в) інструментальні методи: ігрові прийоми, нетрадиційні методи, логопсихологія, психотерапія.

Організація дослідження. Дослідження проводилось на базі ДНЗ №12 протягом двох місяців (з жовтня по листопад 2009 р.). Для проведення дослідження відібрано дітей з логопедичних груп у кількості 24 чоловік віком від 4 до 6 років.



Предмет дослідження – характер недорозвитку мовлення та не мовленнєвих психічних функцій у дітей дошкільного віку у дітей в нормі та із ЗНМ. На основі психолінгвістичного аналізу отримані важливі дані про механізми найбільш складних форм мовленнєвих паталогій (афазії, алалії, дизартрії та ЗНМ). В логопедичній практиці використовуються сучасні нейрофізіологічні та нейропсихологічні методи досліджень. Досконало вивчені особливості домовленнєвого розвитку дітей з органічним ураженням ЦНС, визначені критерії дитячої діагностики та прогнозу мовленнєвих порушень.

Головною проблемою в розвитку мовлення дитини є розвиток граматичної будови мовлення дошкільників та подоланню ЗНМ. У дітей порушується як змістовна, так і вимовна сторони мовлення.

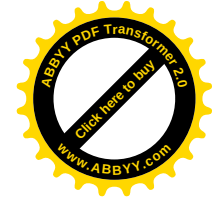
В процесі роботи було виділено 3 основні форми мовленнєвих реакцій у дітей:

1. Мовленнєві реакції у відсутності партнера.
2. Діалог.
3. Монолог.

При нормальному мовленнєвому розвитку діти до 5 років вільно користуються розгорнутим фразовим мовленням, різними конструкціями складних речень. Вони мають достатній словарний запас, володіють навичками словотворення та словозміни.

В процесі роботи важливо з'ясувати структуру мовленнєвої недостатності процеси компенсації та час, коли настало мозкове ураження. Необхідно враховувати генетичні фактори, умови виховання та навколишню дійсність. Етіологія та патогенез ЗНМ багато чисельні, але з клінічної точки зору найбільше значення має група ЗНМ, пов'язана з раннім ураженням ЦНС.

Протягом дослідження було виявлено 3 групи дітей з ЗНМ за Е. Н. Мастюковою:



- у дітей 1 групи – ознаки лише ЗНМ без інших виражених порушень нервово-психічної діяльності;
- у дітей 2 групи, ЗНМ поєднується з рядом неврологічних та психопатологічних синдромів;
- до 3 групи відносять дітей з найбільш стійким мовним недорозвитком.

Дітям, які були відібрані до логопедичних груп характерно: пізній розвиток мовлення (3–4р.), різке звуження словника, яскраво виражені аграматизми, дефекти звуковимови, порушення ритміко-слогової структури слова, забруднення в поширенні простих речень і побудові складних.

У дітей було виявлено недостатнє формування сенсорної, інтелектуальної та афективно-вольової сфери, відмічається нестійка увага, знижена вербальна пам'ять, страждає продуктивність запам'ятовування, помітні порушення в руховій сфері.

Дослідження включало в себе констатуючий експеримент, який складався з 3 етапів:

- вивчення анамнестичних даних;
- дослідження стану мовленнєвих функцій;
- дослідження психічних функцій дитини.

Під час експерименту зроблено висновок, в якому відобразився стан мовлення та немовленнєвих психічних функцій, розкрилась структура дефекту та визначився рівень мовленнєвого недорозвитку досліджуваних. Потім дані експерименту, який проводили з дошкільниками з ЗНМ, порівнювали з даними експерименту, який проводили з дітьми без будь-якого мовленнєвого порушення. Це дозволило встановити хід психічного розвитку дошкільників з ЗНМ та сформулювати основні положення корекції та компенсації пізнавальної діяльності цієї категорії дітей.



В експерименті брало участь 20 дітей у віці від 5 до 6 років, які були поділені на 2 групи: по 10 осіб в кожній (експериментальна та контрольна). В експериментальну групу входило 10 дітей – 7 хлопчиків та 3 дівчинки. Дослідження проведено на етапі констатуючого експерименту. Було виявлено у 4 дітей – ЗНМ 2 рівня, у 6 дітей – ЗНМ 3 рівня. Всі ці діти відвідували логопедичну групу 1 рік. В анамнезі відмічались: часті соматичні захворювання, патологія вагітності у матерів, у деяких дітей відхилення в розвитку почалися в пренатальний, натальний і постнатальний періоди. Паталогія родів відмічалась в анамнезі у 2-х дітей. Майже всі діти знаходяться на обліку у мікропсихоневролога з народження. П'ятеро дітей обстежується іншими спеціалістами. Оцінка результатів проводилась за методикою І. Ф. Маркової Враховувалися такі фактори: важкість та поширеність порушень психічних функцій, визначення ведучого фактору, який затримує виконання завдань, прийняття дитиною допомоги від експериментатора. У дітей 1-ї групи на перший план виступає безпосередній недорозвиток пізнавальної діяльності. Це пояснюється наявністю не благодійного анамнезу, енцефалопатії, не благодійних умов в навколишньому світі та вихованні.

Діти 2-ї групи характеризуються переважністю функціонально динамічних порушень мисленнєвої діяльності.

Результати досліджень визначили, що найбільш низькі показники дошкільники з ЗНМ обох груп віднайшли в сфері вербально-логічних здібностей. Після проведення тесту «Назви зайве слово» правильні відповіді дали лише 70% дошкільників з ЗНМ, в той час, як їх однолітки з нормальним мовленням – 100%. При цьому 30% дітей з ЗНМ частіше робили помилки, але активно використовували допомогу експериментатора.



Стан образного та понятійного мислення у дошкільників з ЗНМ не відрізняється від їх однолітків з нормальним мовленням. Відмічаються незначні індивідуальні коливання уваги. 20% дітей контрольної групи допустили не більше 2-х помилок. У дошкільників з ЗНМ винайдена продуктивність запам'ятовування наглядного матеріалу, але відмічено зниження слухомовленнєвої пам'яті. В деяких випадках у дітей виникають труднощі в орієнтуванні у просторі.

Результати проведених досліджень підтверджують гіпотезу констатуючого експерименту про те, що на протікання інтелектуальних процесів та на їх розвиток у дитини з ЗНМ негативно впливають слабка працездатність та порушення регуляції предметно-практичної діяльності, також недостатній розвиток пізнавальної діяльності.

Всі прогалини в мовленнєвому розвитку дітей повинен виправляти логопед. Виправлення мовлення – діяльність надзвичайно специфічна. На плечі дорослого лягає відповідальність за те, що він спрямовує дитину до поставленої мети, до досягнення результатів. Дорослі повинні створювати такий психологічний клімат та атмосферу комфорту, які б зняли з малюка напруження, полегшили недитячу в своїй основі діяльність. Один з таких шляхів – щільний психологічний супровід під час логопедичної роботи. Логопед повинен користуватися психологічними важелями впливу: старанністю, прагненням до успіху, бажанням доводити справу до кінця, суперництвом, любов'ю до мами, конформізмом у найкращому розумінні цього слова.

В процесі роботи варто використовувати ігрові прийоми: арттерапію (казки-загадки, заохочувальні казки, бувальщини, притчі), логопедичні етюди (етюд-вправляння), елементи логоритміки, ігротерапію, рухливі ігри з інтелектуальним



навантаженням. Ще один з прийомів підвищення ефективності логопедичного впливу – введення закріплювальної мовної інформації в пам'ять дитини під час засинання (природного денного сну). На допомогу дефектологу прийшла сучасна наука – логопсихологія, яка висвітлює деякі психологічні аспекти співпраці дефектолога та вихованця, вивчає психіку людей з первинним мовленнєвим дефектом, принципи психохокорекційної роботи з ними. Співпраця логопеда з лікарем надає змогу встановити контакт з дошкільнятами різного віку, добирати адекватні ефективні методи обстеження та корекції з урахуванням провідного для цієї дитини дефекту. Подекуди вади мовлення – тільки видима частина айсберга неврологічних, фізичних, психічних проблем. А буває навпаки, логопедичні проблеми породжують комплекси.

Корекція комунікативної дезадаптації – важливий засіб підвищення ефективності логопедичної роботи. Психологічна реабілітація супроводжує весь процес взаємодії дефектолога з вихованцем. Щільний психологічний супровід дитини під час колекційної роботи – один із шляхів підвищення ефективності діяльності педагога.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кривда І. Логопед – теж психолог. / І. Кривда // Дошкільне виховання. 2009. № 9. С. 18 – 20.
2. Блинова Л. Н. Диагностика и коррекция в образовании детей с ЗПР : Учеб. Пособие для студ. пед. вузов. / Л. Н. Блинова – М. : Изд-во НЦ ЄНАС, 2002. – 134с.
3. Грецева Е. В. Логопедический тренинг. / Е. В. Грецева – СПб. : СпецЛит, 2002.-144 с.
4. Датешидзе Т. А. Система коррекционной работы с детьми с ЗПР. / Т. А. Датешидзе – СПб : Речь, 2004. – 119с.



5.Фомичева М. Ф. Воспитание у детей правильного произношения:Практикум по логопеди: Учеб.пособие для учащихся пед. уч-щ по спец. №03.08 «Дошк. воспитание» – / М. Ф. Фомичева М. : Просвещение, 1989. – 239 с. : ил. ISBN 5-09-000901-5.

Стахова Л. Л.

Вчитель-логопед НВК № 9, м. Суми

РІВЕНЬ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ УЧИТЕЛЯ-ЛОГОПЕДА ЯК НЕОБХІДНА ПЕРЕДУМОВА ЕФЕКТИВНОЇ КОРЕКЦІЙНОЇ РОБОТИ

Актуальність дослідження. Процес тривалого реформування вітчизняної системи освіти обумовлений соціальними, економічними, політичними та культурними змінами, що відбуваються в країні. Оновлена освіта має відігравати важливу роль у збереженні нації, її генофонду, забезпеченні стійкого, динамічного розвитку суспільства. Однією з найважливіших передумов повноцінного розвитку дитини, процесу соціальної адаптації є правильне мовлення. Стрімкий ріст числа дітей з порушеннями мовлення обумовлює необхідність надання спеціальної педагогічної допомоги. У результативності корекційної роботи з дітьми, що мають мовленнєві порушення, вирішального значення набуває професійна компетентність вчителя-логопеда.

Мета статті – проаналізувати взаємозв'язок між рівнем професійної компетентності вчителя-логопеда та ефективністю корекційної роботи.

Результати дослідження. Враховуючи важливу роль мовлення та мови в житті людини, можна стверджувати, що для формування особистості у дітей велике значення має корекція мовленнєвих порушень. Завдяки цієї корекції, яку здійснює



вчитель-логопед, можливо попередити формування багатьох негативних рис особистості: комплексу неповноцінності, надмірної невротизації, скутості, тривожності, інактивності у спілкування тощо. Практика засвідчує, що своєчасний логопедичний вплив є одним з превентивних засобів стимуляції психічного розвитку дитини. У процесі логопедичної роботи передбачається розвиток сенсорних функцій; розвиток моторики, особливо артикуляційної й моторики пальців рук; розвиток пізнавальної діяльності, насамперед мислення, процесів пам'яті, сприйняття, уваги; формування особистості дитини з одночасною регуляцією, а також корекцією соціальних відносин; вплив на соціальне оточення. Логопедичний вплив має бути спрямований як на зовнішні, так і на внутрішні фактори, що викликають порушення мовлення. Він представляє собою складний педагогічний процес, спрямований, насамперед, на корекцію та компенсацію порушень мовної діяльності.

Вивчення ресурсів, які здатні забезпечити високу результативність корекційного процесу – подолання мовленнєвих порушень, дають можливість назвати якість підготовки кадрового потенціалу до професійної діяльності одним з найважливіших в цьому процесі. Логопедичний вплив має бути не тільки своєчасним, але й якісним, тобто логопедичні послуги має надавати професійально компетентний спеціаліст. Під педагогічною компетентністю вчителя-логопеда ми розуміємо інтегральну характеристику професійних й особистісних якостей педагога, гармонічне поєднання знань в області логопедії та суміжних дисциплін (медичних наук, лінгвістичних наук, психології), методики реалізації напрямів професійної діяльності, а також умінь і навичок педагогічного спілкування, розвитку й саморозвитку особистості в системі фахової освіти, що динамічно розвивається.



Державний освітній стандарт, який окреслює вимоги до сучасного вчителя-логопеда та змісту його професійної підготовки, визначає необхідний професійний рівень спеціаліста в галузі корекційної педагогіки. Професійна компетентність вчителя-логопеда на сучасному етапі розвитку освіти має фундаментальну важливість. До педагога системи спеціальної освіти пред'являються більш високі вимоги: для здійснення ефективного навчально-розвивального та корекційно-відновлювального процесу йому недостатньо знань специфіки освітніх програм та володіння методикою навчання. Для того, щоб успішно займатися корекцією та профілактикою різних мовленнєвих порушень, всебічно впливати на особистість, вчителю-логопеду необхідно знати симптоматику мовленнєвих порушень, їх етіологію, механізми, співвідношення мовленнєвих та не мовленнєвих симптомів в структурі порушень мовленнєвої діяльності. Знання лінгвістичних наук, законів та послідовності засвоєння дитиною норм мови сприяють уточненню логопедичного висновку, є необхідним для розробки системи логопедичного впливу. Психолінгвістичний підхід сприяє більшій ефективності логопедичної роботи з корекції мовленнєвих порушень, а також розумінню взаємодії мовної та мовленнєвої структур в рамках єдиної системи. Також логопеду важливо знати закономірності психічного розвитку дитини, володіти методами психолого-педагогічного обстеження дітей різного віку. Застосовуючи ці методи, логопед може диференціювати різні форми мовленнєвих розладів і відмежовувати їх від мовленнєвих порушень, пов'язаних з інтелектуальною недостатністю, емоційними та поведінковими розладами. Знання психології допомагає логопеду бачити не тільки сам мовний розлад, а насамперед, дитину, правильно розуміти взаємозв'язок його мовленнєвих порушень із



особливостями психічного розвитку в цілому. Ці знання допоможуть йому встановити контакт із дітьми різного віку, вибрати адекватні методи обстеження їхньої мови, сприйняття, пам'яті, уваги, інтелекту, емоційно-вольової сфери, а також проводити більш ефективну логопедичну роботу. Можна стверджувати, що від рівня та якості вищезазначених знань та вмінь залежить якість логопедичного впливу: неякісні знання та вміння знижують його результативність.

Структура професійної компетентності фахівця визначається не тільки професійними базовими знаннями й уміннями, але й ціннісними орієнтирами, мотивами його діяльності, розумінням себе й середовища, стилем відносин з людьми, з якими він працює, його загальною культурою, здатністю до розвитку свого творчого потенціалу. Пізнання себе, своєї особистості, професійно значимих якостей дозволить фахівцям ефективніше планувати власну професійну діяльність. Недостатнє знання цих якостей, відсутність тонкої диференціації власних емоційних станів ускладнює професійний та особистісний ріст.

Корекційному педагогу, який хоче досягти високої професійної культури, необхідні постійний самоаналіз, усвідомлення власних дій та вчинків, самоспостереження, здатність вести безперервний внутрішній діалог. Таке самоспілкування є основою професійного самовдосконалення, оскільки дає можливість коригувати власні недоліки.

Необхідно зазначити, що вчитель-логопед повинен вміти налагоджувати контакт з дитиною. Якщо дитина не приймає особистості вчителя-логопеда, то вона буде чинити опір й його діям. Справжнім педагогом стає той, хто робить позитивний етичний вплив на особистість дитини, а це можливо лише за умови постійного самовдосконалення вчителя-логопеда і його



роботи над своїм іміджем, що наочно забезпечує надійну єдність внутрішнього змісту й зовнішнього вигляду.

Ефективність роботи вчителя-логопеда багато в чому залежить від його впевненості в оптимістичній перспективі корекційно-розвивального впливу. Педагог, який не вірить у можливості дитини і бачить її лише через призму вад, не зможе виявити позитивних змін у розвитку дитини, а отже – не досягне позитивних результатів. Оптимізм корекційного педагога має бути непохитним, оскільки завдяки цьому він передасть свою впевненість батькам, і самій дитині, що, безумовно, сприятиме ефективності корекційно-розвивальних впливів і, як наслідок, розвитку особистості.

Особливість професії корекційного педагога полягає в тому, що по своїй суті вона орієнтована на допомогу людям. Тому вибір саме цієї професії передбачає яскраво виражену гуманістичну орієнтацію (орієнтацію на людину з її проблемами). Особистісний компонент відіграє значну роль у професійній діяльності корекційного педагога, який працює з дітьми з особливими потребами. Тільки особистісно зрілий професіонал, вільний від внутрішньо особистісних конфліктів, відкритий зовнішньому світу, здатний забезпечити гуманне відношення до дітей з мовленнєвими порушеннями. Незрілий професіонал не здатен надати кваліфіковану допомогу, тому що він обтяжений особистими сумнівами, проблемами, які призводять до його професійної неготовності.

Продуктивність педагогічної діяльності вчителя-логопеда багато в чому залежить від змісту професійної мотивації. Високомотивовані вчителі-логопеди краще бачать взаємозв'язок між зусиллям і результатом, що багато в чому впливає на сприйняття (емоційну оцінку) власної корекційно-педагогічної діяльності.



Висновки. Психолого-медико-педагогічний супровід дитини фахівцем-дефектологом, а саме вчителем-логопедом, стає обов'язковим у процесі навчання та виховання. Вчитель-логопед повинен мати знання, уміння та навички, що дозволяють ефективно взаємодіяти з іншими учасниками корекційно-розвиваючого процесу, тому підвищення його індивідуально-професійної компетентності необхідне.

ЛІТЕРАТУРА

1. Гавриш Н. В. Розвиток зв'язного мовлення дошкільників. / Н. В. Гавриш – Київ. : Шкільний світ, 2006.
2. Демченко С. О. Професійно-педагогічна компетентність викладача спеціальних дисциплін як ознака (риса характеру) особистості / С. О. Демченко // Вісник Черкаського університету. – Черкаси, 1998. – Вип. 8.
3. Козырева О. А. Концептуальная модель развития профессиональной компетентности педагога / Воспитание и обучение детей с нарушениями развития. / О. А. Козырева – 2004. – № 6.
4. Храпченкова Н. И. Непрерывное профессиональное образование / Н. И. Храпченкова / Международный сборник научных статей. – Новосибирск : САФБД, 2009.

Феденко О. О.

Управління освіти і науки Сумської міської ради

РОБОТА ВИХОВАТЕЛЯ ДОШКІЛЬНОГО ЗАКЛАДУ З ДІТЬМИ, ЯКІ МАЮТЬ МОВЛЕННЄВІ ПОРУШЕННЯ

Актуальність дослідження. Аналіз стану мовлення дітей масових дошкільних закладів свідчить про те, що велика кількість дошкільників мають недоліки мовленнєвого розвитку різної форми та ступеню складності. Більшість з них отримують кваліфіковану допомогу в умовах логопедичної групи. У тих



випадках, коли дошкільний навчальний заклад не має можливості працювати в безпосередньому контакті з вчителем-логопедом, мовленнєві порушення у дітей повинні стати об'єктом особливої уваги та адекватного впливу з боку педагогів у рамках спеціально спрямованого навчально-виховного процесу.

Мета статті – висвітлити зміст корекційно-мовленнєвого процесу, який організовує вихователь групи загального призначення, як однієї з можливих моделей логопедичної роботи з дітьми.

Результати дослідження. З різних причин (відсутність у спеціалістів дошкільного виховання достатнього об'єму корекційно-педагогічних знань та вмінь, достатнього усвідомлення та адекватної оцінки своєї ролі у подоланні недоліків у мовленнєвому розвитку дошкільників тощо) організувати логопедичну роботу не завжди вдається на достатньому рівні. Основною метою логопедичної роботи має стати створення такого виховного середовища, яке б сприяло максимально повному розкриттю потенційних мовленнєвих можливостей вихованців, попередженню в них труднощів у мовленнєвому розвитку, а в разі необхідності – їх своєчасне подолання.

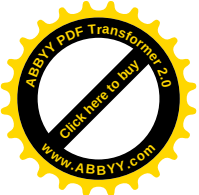
Для досягнення цієї мети має бути розв'язаний ряд взаємопов'язаних завдань:

1. Діагностичне – динамічне спостереження та педагогічний контроль за станом мовлення дітей, раннє виявлення затримок і недоліків мовленнєвого розвитку та їх правильна кваліфікація.

2. Профілактичне – створення належних педагогічних умов для нормального мовленнєвого розвитку дітей.

3. Корекційне – своєчасне повне або часткове подолання (покращення) мовленнєвих порушень.

Під час вирішення поставлених завдань принципово важливим є їх природна й органічна інтеграція в освітньо-



виховний процес, в якому ці вони трансформуються в діагностико-профілактичну та корекційно-мовленнєву спрямованість діяльності вихователя дошкільного закладу.

Для здійснення діагностико-профілактичної та корекційно-мовленнєвої діяльності першочерговим є вирішення діагностичних завдань. У рамках діагностичного блоку вихователь діє за таким алгоритмом:

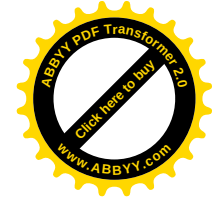
- вивчає рівень та динаміку мовленнєвого розвитку дошкільників;
- виявляє дітей з випереджальним і нормативним мовленнєвим розвитком, негативними тенденціями, затримками та недоліками;
- кваліфікує (самостійно або за допомогою спеціаліста) тип мовленнєвих недоліків, встановлює їх можливі причини;
- конструює групові та індивідуальні програми мовленнєвої роботи з дітьми.

Така робота потребує від педагога володіння відповідними діагностичними знаннями та вміннями, а її ефективність буде забезпечена в разі дотримання ряду умов:

- систематичність вивчення стану мовлення дошкільників;
- чітка вікова адресація та комплексний характер діагностичних процедур;
- різноманітність методів і засобів збору інформації;
- оптимізація процедури вивчення мовлення дітей, фіксація його результатів.

Профілактична діяльність педагога полягає в методичному сприянні дошкільникам у природному й своєчасному розвитку мовлення та забезпеченні цього розвитку і може бути визначена як попередження недоліків мовлення у дітей і проведення заходів психогігієнічного спрямування. Обов'язковою складовою частиною профілактичної діяльності вихователя є:

- охорона психічного та фізичного здоров'я вихованців;



- забезпечення спокійної атмосфери життєдіяльності дітей, психологічної комфортності середовища, в якому перебуває дитина, попередження негативних зовнішніх впливів;
- раннє виявлення факторів ризику в розвитку мовлення, а також захворювань, які позначаються на ньому;
- пропедевтика можливих труднощів на етапі шкільного старту, пов'язаних з мовленнєвою готовністю до навчання в школі.

Проте часто виявляється так, що звичайних профілактичних заходів буває недостатньо для забезпечення повноцінного розвитку мовлення дошкільників.

Відносно тих вихованців, які мають мовленнєві недоліки, необхідно використовувати інші, відмінні від пропедевтичних, форми та прийоми впливу.

Серед недоліків у мовленнєвому розвитку дітей найбільш розповсюдженими є такі:

- ізолювані недоліки фонетичної сторони мовлення;
- фонетико-фонематичне недорозвинення мовлення;
- загальні, системні (лексико-граматичні та фонетико-фонематичні) порушення мовлення – загальне недорозвинення мовлення;
- недоліки просодичної (мелодико-інтонаційної та темпоритмічної) організації мовлення.

Залежно від виявленого мовленнєвого порушення педагог обирає одну з можливих стратегій:

- самостійно здійснює корекційно-мовленнєву допомогу вихованцям;
- після консультації зі спеціалістом (логопедом, психологом, невропатологом, сурдопедагогом та ін.) та за його рекомендацією здійснює корекційно-мовленнєві заходи;
- рекомендує батькам систематичні заняття зі спеціалістом (логопедом, сурдопедагогом, психологом), здійснюючи



корекційно-мовленнєву підтримку дитини в період таких занять і закріплюючи їх результати;

- рекомендує батькам звернутися до психолого-медико-педагогічної консультації для визначення виду корекційної допомоги, адекватної можливостям і потребам розвитку дитини.

Використовуючи дані діагностичного блоку, вихователь визначає корекційно-мовленнєві завдання, а зокрема ті з них, які можуть бути вирішені:

- в ході спеціально-організованого навчання дітей;
- спільній діяльності дорослого з дітьми;
- вільній самостійній діяльності дітей.

Під час проведення занять необхідно прагнути до максимальної взаємодії з дітьми, які мають недоліки в мовленнєвому розвитку; до того, щоб вони постійно знаходилися в центрі уваги й отримували завдання, які б відповідали особливостям і потребам їх мовленнєвого та загального розвитку.

Великі можливості для мовленнєвої корекції має нерегламентована рамками занять діяльність дітей, під час якої можуть бути організовані індивідуальні та підгрупові корекційно-орієнтовані форми взаємодії педагога з дітьми: спеціальні дидактичні та розвивальні ігри, цікаві вправи, спільні практичні дії, спостереження, методично продумані доручення тощо.

Одним із суттєвих факторів підвищення результативності роботи педагога є залучення до неї батьків, інших членів родини.

Вчасне визначення мовленнєвих порушень, індивідуалізація завдань, змісту та прийомів роботи, персоналізація контактів з його близьким оточенням у сукупності забезпечують оптимальні умови для розгортання програм профілактичного та корекційного спрямування відносно вихованців груп загального типу, які мають деякі відхилення в мовленнєвому розвитку.



Проте дослідження неодноразово підтверджували неготовність педагогів дошкільних закладів до самостійного та якісного вирішення діагностико-профілактичних і корекційних завдань, відсутність у них необхідних і достатніх знань і вмінь для надання адекватної допомоги своїм вихованцям. Викладені вище підходи до змісту та організації такої допомоги є моделлю, яка може бути розвинена й конкретизована під час розробки методичного інструментарію, матеріалів і посібників на допомогу працівникам дошкільних закладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Богуш А. М. Мова ваших дітей. / А. М. Богуш – К. : Радянська школа, 1989
2. Волкова Л. С. Логопедия. / Л. С. Волкова – М. : Просвещение, 1989
3. Крутій К. Л. Діагностика мовленнєвого розвитку дітей дошкільного віку. / К. Л. Крутій – Запоріжжя, 2005
4. Макарова С. І. Щоб ротик був слухняний. / С. І. Макарова – Тернопіль, 2005
5. Тихеева Е. И. Развитие речи детей. / Е. И. Тихеева – М. : Просвещение, 1972



СЕКЦІЯ 3

СУЧАСНІ ТЕНДЕНЦІЇ, НАПРЯМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ АДАПТИВНОЇ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ ТА СПОРТИВНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ОСІБ ІЗ ПСИХОФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ

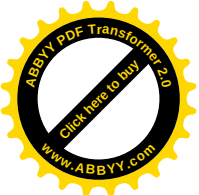
Коштур Я. Є.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

МЕТОДИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ПОЧАТКОВОГО НАВЧАННЯ ПЛАВАННЯ РОЗУМОВО ВІДСТАЛИХ ПІДЛІТКІВ

Актуальність дослідження. Розвиток української держави, демократичні перетворення, які відбуваються, супроводжуються трансформацією суспільного життя, змінами в соціальній сфері. Згідно з національною доктриною розвитку освіти України в ХХІ столітті, модернізація системи освіти відповідно до принципів гуманізації та індивідуалізації передбачає максимальне врахування особистісних і психофізичних особливостей дітей та створення таких умов, які б сприяли всебічному розвитку особистості, інтеграції в соціум. У цьому контексті актуальною проблемою теорії корекційної педагогіки та практики є психофізичний розвиток підлітків у процесі занять фізичною культурою.

Ситуація, що склалася, характеризується погіршенням не лише кількісних, а й якісних характеристик, зокрема загостренням проблем здоров'я. Лише за останні роки захворюваність серед дітей зросла майже на 20%. За оперативними даними Міністерства охорони здоров'я, 60% дітей, що приходять до школи, мають серйозні порушення фізичного розвитку, фізичної працездатності, фізичної підготовленості та



активності. А на період закінчення школи їх кількість становить близько 80%.

У фізичному розвитку дітей з порушеннями інтелекту, також, як і в психічному, мають місце загальні з розвитком дітей в нормі тенденції. Водночас, спостерігаються відхилення, в основі яких перебуває дифузне порушення головного мозку. Ці відхилення проявляються в ослабленості організму, у порушенні соматика, регуляції м'язової діяльності, у загальній фізичній недорозвиненості. Ці порушення у різних дітей мають різний характер, ступінь вираженості, виступають у різному поєднанні з психічним, інтелектуальним і духовним розвитком особистості. Це зумовлює актуальність обраної нами проблеми дослідження, її спрямування на створення спеціальних умов, які стимулюють фізичний розвиток розумово відсталих учнів та розробку і наукове обґрунтування системи корекційно-відновлювальних заходів, які забезпечують розвиток і удосконалення фізичних якостей та інтелектуальних компонентів їх навчальної діяльності, попереджують виникнення вторинних відхилень як у фізичному так і психічному розвитку.

Результати дослідження. Сьогодні в галузі теорії та практики спортивного плавання (Н. Ж. Булгакова, І. Л. Гончар, В. М. Платонов та ін.), оздоровчого плавання (Н. М. Кардамонова, Г. В. Полеся та ін.), адаптивної фізичної культури (С. П. Євсєєв, Р. В. Чудная, Л. В. Шапкова та ін.), гідрореабілітації (Д. Ф. Мосунов та ін.) відбувається активний пошук і розробка нових засобів та методів навчання руховим діям, удосконалення тих, що мають. Визначальним критерієм розробки ефективних засобів і методів є їх доступність та посилення освоєння у відповідності до вікових періодів розвитку та фізичної підготовленості дитини. Особливе врахування у виборі дидактичних засобів необхідне для вдалої організації та

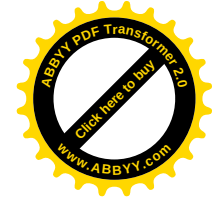


проведення занять із плавання з дітьми, які мають різноманітні відхилення у стані здоров'я.

Під час проведення експерименту нами була розроблена методика корекційно-розвивальних занять із плавання для розумово відсталих підлітків, яка пройшла апробацію впродовж 2005–2006 рр.

Для корекції психофізичного розвитку розумово відсталих підлітків нами було обрано плавання. Такий вибір обумовлений рядом важливих психофізичних факторів із якими пов'язані заняття плаванням, а саме:

- плавання – новий вид діяльності для розумово відсталих підлітків, які не мали подібного психомоторного та сенсомоторного досвіду. Плавання сприяє формуванню значної кількості нових умовно-рефлекторних зв'язків, що забезпечує активізацію всіх психічних функцій, зокрема мислення, а також психомоторної та емоційно-вольової сфер;
- виконання вправ у воді впливає на всі органи чуття та дає можливість задіяти майже всі групи м'язів, чого не можна досягти під час інших видів діяльності;
- під час занять у воді за умови оптимального фізичного навантаження негативні побічні дії відсутні;
- заняття у водному середовищі супроводжуються виявами позитивних емоцій, що сприяє стимулюванню інтересу до подальших занять із плавання;
- плавання справляє позитивний оздоровчий вплив, сприяючи загартуванню організму і підвищенню опірності до застудних захворювань;
- санітарно-гігієнічні вимоги до занять із плавання вимагають від розумово відсталих підлітків набуття широкого арсеналу навичок із самообслуговування;
- заняття із плавання передбачають формування елементів трудових дій, а саме: добору, підготовки та використання



навчального інвентарю (плавальних дощочок, кругів, м'ячів і ін.) за завданням викладача;

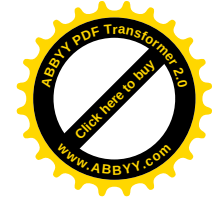
- організаційні заходи, які супроводжують заняття з плавання, сприяють формуванню засад культурної поведінки у громадських місцях: роздягальнях, медичному пункті, басейні;
- заняття із плавання сприяють розвитку в розумово відсталих підлітків здатності раціонально й ефективно організовувати свою діяльність відповідно до поставленої мети.

Експериментальна методика передбачала навчання розумово відсталих підлітків спортивним способам плавання – кроль на спині та кроль на грудях. Для супроводу розумово відсталих підлітків з експериментальних груп ми залучали помічників тренера, вихователів і батьків цих дітей. Заняття з розумово відсталими підлітками проводилися двічі на тиждень упродовж 45 хвилин, причому протягом 10-15 хвилин виконувались вправи на суші. Заняття з плавання відбувались як у дитячому, так і в спортивному басейнах із поступовим переходом від мілкої його частини до глибокої. Температура води у басейні становила 27-30°C. Під час заняття з плавання один викладач працював із 7-8 учнями. Якщо учнів ставало більше збільшувалась і кількість викладачів.

Хотілося б зупинитися на особливостях початкового навчання плаванню розумово відсталих підлітків.

Розділ початкового навчання плавання передбачав освоєння з водним середовищем. Завдяки використанню різноманітних засобів навчання плавання на даному етапі, розумово відсталі підлітки навчилися, як занурюватися під воду, дихати у воді та приймати правильне горизонтальне положення під час ковзання на воді.

В процесі початкового навчання плаванню розумово відсталих учнів тренер зіштовхується із значними труднощами не лише у водному середовищі, але й «на суші», а саме:



▪ спостереження за рухами учнів у процесі одягання і взування засвідчують, що багато хто з них не можуть правильно організувати рухові дії, не вміють правильно прийняти зручну позу, неспритно рухають руками тощо. Учням важко виконувати дії, пов'язані з ізольованими рухами пальців рук, а саме: застібати гудзики, зав'язувати шнурки, заплітати волосся, відкривати і закривати крани у душі, митися милом і мочалкою;

▪ учень не вміє плавати;
▪ учень боїться водного середовища;
▪ на перших заняттях в деяких випадках відмічається виконання вдиху над водою;

▪ учень не вміє затримувати дихання на вдиху;
▪ учень не вміє ритмічно дихати в умовах періодичного занурення під воду;

▪ під час перебування з учнями у приміщеннях басейну (роздягальня, душ) виникає потреба у наданні відповідної допомоги розумово відсталим підліткам в процесі виконання дій із самообслуговування;

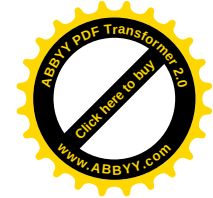
▪ під час просування у чаші басейна, на мокрій, слизькій підлозі необхідно дотримуватися максимальної обережності, особливо, якщо учня доведеться підтримувати на руках;

▪ на початковому етапі навчання плаванню викладач повинен перебувати у воді. Це дозволяє організувати заняття, допомагає учням прийняти правильне вихідне положення та своєчасно виправляти помилки, надає їм упевненості, сприяє подоланню скутості та напруження;

▪ відмова учня від початку або продовження занять у воді через надмірне емоційне збудження, тривалості дії водного середовища;

▪ вплив на організм учня не відповідної температури води.

Спостереження показали, що водне середовище, з яким розумово відсталі підлітки уперше контактували на початковому етапі впровадження нашої методики, викликало в них емоційне



напруження, що зумовило вияви водобоязні. До чинників, що викликають водобоязнь, належать:

- ✓ висока щільність водного середовища, завдяки якій тіло перебуває в стані, подібному до невагомості;
- ✓ в'язкість води, що досить своєрідно діє на органи чуття;
- ✓ необхідність узгоджувати рухи з диханням, затримуючи вдих і повільно видихаючи;
- ✓ незвичне положення тіла та його сегментів під час виконання основних плавальних рухів;
- ✓ дія додаткових зовнішніх сил, як за статичного положення тіла у воді, так і під час плавання, а саме: гідростатичної сили виштовхування, гідродинамічної підйомної сили, сили опору та реакції опору, сили тяжіння;
- ✓ неприємні та больові відчуття, які виникають внаслідок потрапляння води до рота, носу, очей, вух і на шкіру обличчя;
- ✓ негативний попередній досвід у водному середовищі.

Вищеперераховані чинники на перших корекційних заняттях із плавання викликали у розумово відсталих підлітків тривогу, розгубленість, невпевненість у власних силах.

Наша методика передбачала виконання в домашніх умовах під наглядом дорослого додаткових завдань, які дозволять згодом більш ефективно подолати, що виникли під час навчання плаванню.

Спостерігаючи за розумово відсталими підлітками під час занять із плавання, ми з'ясували низку психофізичних реакцій, пов'язаних із подоланням дії стресогенних чинників.

75% розумово відсталих учнів страждали на водобоязнь. Вони мали значні психологічні проблеми навіть під час простих переміщень дном басейну в опорному положенні з рухами рук, особливо на відстані від бортику. Решта підлітків без суттєвих зусиль виконували вправи на занурення в опорному положенні,



16,67% з них приймали безопорне положення у воді, а потім надовго зупинялися на цьому етапі.

З метою подолання синдрому водобоязні ми робили акцент на іграх та ігрових вправах, які допомагали підліткам подолати страх перед водою і звикнути до водного середовища, поступово переходячи від твердої опори до змішаної, а потім до нестійкої, рухливої, а згодом узагалі відмовляючись від опори та ковзаючи. У невимушеній обстановці підлітки швидше опанували складними руховими діями, менше боялися води. Так створювалися передумови для набуття важливих прикладних рухових навичок і вмінь. Застосування цього засобу корекційно-розвивальної роботи сприяло також підвищенню емоційності й урізноманітненню занять. Учні ставали більш впевненими у власних силах і отримували можливість самоствердитися. Організація занять із плавання на цьому етапі мала свої особливості, а саме: навчальний матеріал спочатку вивчався на суші, а потім у воді.

Ігри та ігрові вправи цього спрямування були об'єднані в кілька основних груп, які вивчалися у чіткій послідовності:

- ознайомлення зі специфічними властивостями води;
- занурення у воду з головою та відкривання очей під водою;
- видихи у воду;
- спливання і лежання на воді;
- ковзання.

Ігри з ознайомлення із специфічними властивостями води допомагали підліткам краще орієнтуватись у воді, розуміти різноспрямованість рухів; звикнути до нового незвичайного середовища, його температури, щільності, в'язкості й опору; вчитися спиратися на воду та відштовхуватися від неї. З цією метою ми пропонували підліткам виконувати комплекс загальнорозвивальних вправ у воді в русі, які передбачали



пересування у різних положеннях (грудьми, спиною, лівим і правим боками), з різною швидкістю та зі зміною напрямку руху (вперед, назад, убік тощо). Під час виконання вправ ми рекомендували прості способи пересування: кроком, бігом, стрибками. Також учасники експерименту виконували прості гребкові рухи руками у воді, що давало їм змогу навчитися спиратися на воду та відштовхуватися від неї.

Ігри із занурення у воду з головою та відкривання очей під водою. Ігри та вправи цієї групи сприяли подоланню боязні води, формуванню вміння відкривати очі у воді та краще орієнтуватися в ній, а також допомагали відчувати її підйомну силу.

Особливу увагу ми приділяли тому, щоб під час занурення у воду підлітки не закривали руками очі, ніс і вуха. Ми також стежили за тим, щоб підлітки не витирали руками очі та обличчя, виринаючи на поверхню. Це зайві рухи перешкоджають звикнути до води.

Ігрові вправи з вивчення видихів у воду мали на меті навчання основам дихання у воді, формування навички ритмічного дихання і його узгодження з плавальними рухами. Для цього ми пропонували таку послідовність дій: затримати дихання на вдиху, видихнути, вдихнути та знову затримати дихання на вдиху; видихнути у воду. Вправи на формування навички дихати у воді виконувалися спочатку на суші, а потім у воді.

Контроль за видихом у воду здійснювався шляхом підрахунку кількості бульбашок на її поверхні та широкому відкриванню рота після видиху для чергового вдиху.

Ігри із спливанням і лежанням у воді допомагають учням ознайомитися з незвичним для них станом невагомості, відчувати відштовхувальну підйомну силу води, набути навички лежати на її поверхні та утримувати рівновагу тіла в горизонтальному



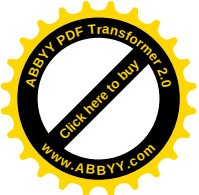
положенні на грудях і на спині. Формуванню цих навичок сприяло виконання ігрових вправ «поплавок», «зірочка» і «стріла» тощо на грудях та на спині.

Ігри з ковзання з різними положеннями рук на спині та на грудях допомагало утримувати рівновагу тіла у воді, набувати вміння тягнутися вперед у напрямку руху, приймаючи найбільш вигідне положення тіла.

Педагогічні дослідження засвідчили, що вправи для вивчення стрибків у воду необхідно включати ще на початку першого етапу навчання. Це допомагає підліткам швидше освоїтися з водним середовищем та сприяє вдалому опануванню плавальними рухами. Тому невід'ємною складовою кожного заняття із плавання були *стрибки у воду*, що мали за мету полегшення та прискорення процесу освоєння з водою, покращення орієнтування під водою в напрямках угору – вниз, підвищення емоційності занять, виховання сміливості, рішучості, впевненості у власних силах, дисциплінованості, що дуже важливо для розумово відсталих підлітків.

На заняттях із плавання ми використовували різноманітні стрибки у воду з низького бортику басейну та зі стартової тумбочки, які мали яскраві назви. Це допомагало розширити уявлення підлітків про навколишній світ, сприяло розвитку мислення та інтересу до занять.

Необхідно наголосити, що під час навчання плаванню розумово відсталих підлітків ми тренувалися зістрибувати вниз ногами з низького бортику басейна вже на перших заняттях, удаючись до допоміжних заходів, а саме використовуючи жердини для страховки та допомогу викладача. Цю вправу виконували, як правило, наприкінці основної частини заняття, дотримуючись дисципліни та правил безпеки. Учні стрибали у суворій послідовності, лише за командою викладача та після

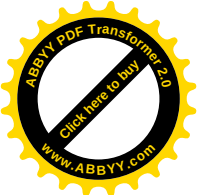


того, як попередній учень вийшов з води або відплив від місця пірнання. Дотримання цих правил дозволило учням швидше звикнути до води та стати більш дисциплінованими.

У ході експерименту ми спостерігали, що на перших заняттях через вимушені зупинки, невміння пересуватись у воді та підвищену тепловіддачу учні швидко мерзли. Тому ми чергували вправи, які виконуються на місці, з вправами у русі, наприклад: видихи у воду – робота ніг – ковзання – ковзання з роботою ніг. Ми також чергували вправи, які супроводжуються затримкою дихання, з активними видихами у воду, наприклад: ковзання – видихи у воду – ковзання з роботою ніг. Таке чергування вправ запобігає охолодженню учнів і підвищує щільність заняття.

Досвід упровадження розробленої нами методики корекційних занять із плавання засвідчив, що на цьому етапі позитивних результатів у роботі зі звикання підлітків до водного середовища можна досягти завдяки використанню простих образних висловів і порівнянь. Вони вможливили емоційне забарвлення корекційних занять, пробудження цікавості до них, прояви активності, дефіцит якої характерний для розумово відсталих підлітків. Спираючись на більш збережені функції, ми сприяли активізації процесів мислення, стимулювали психомоторний розвиток учнів. Це, в свою чергу, зацікавило підлітків до завдання, спонукало їх до проявів активності та охочого виконання вправи, а також позитивно вплинуло на їх подальший психофізичний розвиток. Наведемо приклади таких висловів: «Дмухни на гарячий чай» (під час опанування дихання у воді), «Виструнчись» (в процесі ковзання), «Носки ніг відтягни, як балерина» (під час вивчення рухів ногами, притаманних для стилю кроль) і ін.

З метою підвищення активності учнів і стимулювання їх



інтересу до корекційних занять, а також бажання й надалі опановувати новими плавальними рухами нами використовувались методи позитивної емоційної підтримки у вигляді схвалення та заохочення.

Ми встановили, що розумово відсталі підлітки, які не вміють плавати, потребують безпосередньої допомоги викладача, тому в процесі навчання плаванню викладач перебував у воді. Це дозволило організувати заняття, навчити учнів приймати правильне вихідне положення, виправляти помилки, а також додало їм упевненості у власних силах.

Важливо зауважити, що стороння допомога і педагогічні втручання в практичну діяльність розумово відсталих підлітків протягом корекційної роботи послідовно скорочувалися аж до повної відмови від них на тому етапі, коли конкретний учень був здатен самотійно правильно виконати конкретне завдання.

У процесі освоєння з водним середовищем ми широко використовували підтримуючі засоби й різноманітний інвентар у вигляді плавальних дощечок, надувних нарукавників та іграшок, м'ячів тощо. Застосування цього методичного прийому прискорило процес навчання, допомогло краще організувати групу, підвищило емоційність занять і додало розумово відсталим підліткам упевненості у власних силах.

Опанування вправами для освоєння з водою, адаптацію у водному середовищі, подолання стресового стану за допомогою спеціальних засобів та методичних прийомів сприяє поступовому зменшенню, а згодом і повному зникненню синдрому водобоязні. Синдром водобоязні повністю зник після 1,5–2 місяців упровадження методики. Цей термін, як бачимо, має суттєві індивідуальні розбіжності, що залежать від швидкості подолання стресового стану, пов'язаного з початком діяльності в новому середовищі.



Висновки. Отже, застосування в процесі початкового навчання плаванню розумово відсталих підлітків різноманітних засобів і методів навчання, з урахуванням їх індивідуальних і вікових особливостей, допоможе скоріше адаптуватися до умов басейну, скоротити час, необхідний для освоєння з водним середовищем, подолати психологічні бар'єри, які виникають під час освоєння з водою, емоційніше проводити заняття, підвищувати їхню моторну щільність, успішно формувати рухові навички, сприяти загартовуванню, зміцненню здоров'я.

ЛІТЕРАТУРА

1. Булгакова Н. Ж. Плавание. Первые шаги / Н. Ж. Булгакова. – М. : АСТ : Астрель, 2005. – 157 с.
2. Гончар И.Л. Плавание : Теория и методика преподавания / И. Л. Гончар. – Мн. : Экоперспектива, 1998. – 352 с.
3. Евсеев С. П. Адаптивная физическая культура / С. П. Евсеев, Л. В. Шапкова. – М. : Сов. спорт, 2000. – 240 с.
4. Кардамонова Н.Н. Плавание : лечение и спорт / Н.Н.Кардамонова. – Ростов н/Д. : Феникс, 2001. – 320 с. – (Серия «Панацея»).
5. Мосунов Д. Ф. Гидрореабилитация : [АФК] / Д.Ф.Мосунов // Адаптивная физическая культура. – 2000. – № 3–4. – С. 36–38.
6. Плавание / [под ред. В. Н. Платонова]. – К. : Олімп. лит., 2000. – 496 с.
7. Полеся Г. В. Лечебное плавание при нарушениях осанки и сколиозе у детей / Г. В. Полеся, Г. Г. Петренко. – К. : Здоров'я, 1980. – 144 с.
8. Чудная Р. В. Адаптивное физическое воспитание / Р. В. Чудная. – К. : Наук. думка, 2000. – 360 с.



Кравченко А. І., Чхайло М. Б., Кравченко І. В.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ АСПЕКТИ ТА ФІЗІОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФІЗИЧНИХ НАВАНТАЖЕНЬ ОСІБ ІЗ ВАДАМИ ЗОРУ

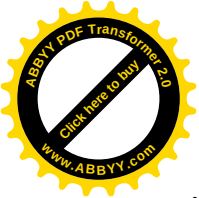
Постановка проблеми. Упродовж всього життя людина потребує фізичне навантаження. Це єдиний спосіб підтримати функції м'язів і суглобів у задовільному стані та, що більш важливо, за допомогою м'язової роботи зберегти резервні можливості всього організму, зокрема серцево-судинної, дихальної та інших систем. Фізичне навантаження повинне бути постійним складовою життя, головним регулятором усіх функцій організму людини, особливо в осіб, які мають порушення зору.

Реакція організму незрячої людини на фізичне навантаження не може повністю відповідати аналогічній реакції зрячої через перебудову різних систем, спрямовану на компенсацію зорової вади. Відомо, що фазові циклічні зміни активності всіх життєво важливих систем організму (добові, сезонні й інші біоритми) зрячих не цілком відповідають циклам зміни активності сліпих і слабозорих, у яких біоритми виражені слабо і мають загальну тенденцію до нівелювання [5].

Мета дослідження – вивчити фізіологічні засади та реабілітаційні аспекти фізичних навантажень осіб із вадами зору.

Робота виконана відповідно до плану науково-дослідної роботи Сумського державного педагогічного університету імені А. С. Макаренка.

Виклад матеріалів дослідження. Стан рухової системи людини значно впливає на її життя. Рухову систему необхідно розглядати як систему, що здатна до саморегуляції та включає прямі (аферентні) і зворотні (еферентні) канали, які забезпечують безперервну обробку та регуляцію потоку пропріорецептивної



інформації за принципом нервового кільця з рефлексивним взаємозв'язком.

Всі рухи нашого тіла здійснюються за рахунок сили, яку розвивають м'язи у процесі скорочення. Не випадково на мускулатуру припадає 36% ваги дорослої людини. У м'язах розташовуються судини, що живлять їх, і нерви, які забезпечують рухову та чутливу іннервацію [6].

Розробляючи вчення про руховий аналізатор, І. П. Павлов звертав увагу на доцентрову, аферентну його частину, визнавав, що так званій руховій ділянці кори головного мозку властиві не тільки еферентні, але, головним чином, аферентні функції. Тому рухова ділянка почала розглядатися як зовнішній кірковий відділ рухового пропріорецептивного аналізатора. Не викликає сумнівів виняткова складність систем, дотичних до рухового аналізатора, що визначається не тільки різноманіттям еферентних і аферентних шляхів, які забезпечують довільні рухи, але і значною мірою результатом діяльності всієї кори головного мозку, тобто складного комплексу аналізаторів [5].

Кірковий відділ рухової системи людини розташовується в лобовій ділянці, співпадаючи з ділянкою передньої центральної звивини. Рухова система в цілому забезпечується комплексною роботою рухового, вестибулярного, шкірно-кінестетичного і зорового аналізаторів. Разом з аналітичною діяльністю здійснюються різні форми синтезу, зокрема, утворення в корі головного мозку тимчасових зв'язків. Одним із проявів цього явища є залучення до процесу і другої сигнальної системи [3; 6].

Така складна система забезпечує життєдіяльність усього організму, а отже, живий організм є вищим проявом системи, здатної до саморегуляції – сама себе підтримує, відновлює і навіть удосконалює.



Вираженість гомеостатичних реакцій є оптимальною у віці від 21 до 23 років, вони компенсовані у віці 25–40 років, зворотні зміни відбуваються в 40–50 років, після 55 років виникають порушення реакції гомеостазу, що не компенсуються. Підтримання гомеостазу здійснюється за постійного контролю і координації ЦНС на тлі врівноваження стану симпатичної та парасимпатичної систем.

Як уже зазначалося, у системі гомеостазу велике значення має адекватне функціонування і взаємодія різних систем аналізаторів, зокрема зорового та рухового. Сліпота і слабкий зір спричиняють порушення цієї взаємодії, що не може не позначитися на формуванні та функціонуванні рухової системи. Звуження аферентації внаслідок випадання із системного комплексу такого важливого компоненту, як зір, компенсується за рахунок участі сукупності аналізаторів, що збереглися, і відтворення реакцій слідів у ЦНС у відповідь на вплив зовнішніх подразників.

Зорове сприйняття – це здатність інтерпретувати те, що ми бачимо, розуміти інформацію, отримувану зі світлом. Пошкодження сприйняття і зорових функцій позначається на розвитку просторового і психомоторного відчуттів у слабозорих. Психомоторне та просторове сприйняття у зрячих дітей і в дітей із порушеннями зору підпорядковується одному й тому самому закону, але у сліпих дітей воно розвивається більш повільно. У разі розвитку компенсаторних механізмів сила сигналу і швидкість від шкірного і слухового аналізаторів інша [6].

Шкірно-кінестетичний аналізатор – це цілісне функціональне утворення, що сформувалося у процесі філогенезу для сприйняття й аналізу різноманітних зовнішніх і внутрішніх подразників. Як і інші аналізатори, шкірно-кінестетичний характеризується специфічними рецепторами, провідними

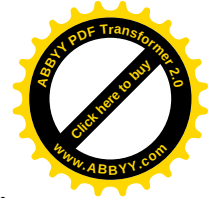


шляхами, перемикальними реле і центральним представництвом. Відчуття, що виникає у відповідь на подразнення шкіри, є результатом складної інтегральної діяльності всіх структур аналізатору. Воно є однією зі складових дотику, більш складною формою шкірного сприйняття (решту становлять відчуття тепла, холоду, вібрації, болю, свербіння тощо). Периферичний відділ шкірного аналізатора охоплює всю поверхню тіла і є посередником між організмом і зовнішнім середовищем.

Науковці з'ясували, що і в осіб із порушеннями зору механізми компенсації інші, ніж у сліпих [5; 6; 3; 4]. Особи із частковою втратою зору максимально використовують можливості зорового аналізатору, і навіть незначний залишок зору, що зберігся, запобігає тій радикальній перебудові внутрішньоцентральних зв'язків, яка спостерігається у сліпих.

Аналіз спеціальних досліджень засвідчує, що питання про шкірну чутливість рук сліпих досліджене недостатньо. Крім того, стислі відомості про стан деяких видів шкірної чутливості стосуються лише зрячого і сліпого контингенту, а стан чутливості рук слабозорих залишається маловивченим. Є лише загальні відомості про те, що шкірна чутливість рук осіб із вадами зору інша й набагато гірша, ніж у сліпих [5].

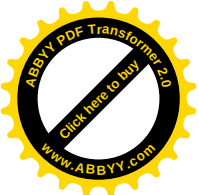
Підґрунтям компенсаторного пристосування шкірної чутливості незрячих є рухливість кіркових процесів, що забезпечують перебудову сформованих зв'язків, що вже склалися, і появу нових, які відповідають вимогам зовнішнього і внутрішнього середовищ. Можна припустити, що особливості функціонування шкірного аналізатора при сліпоті та слабозорості свідчать про участь усього організму в підтримці гомеостазу і наявність в осіб із різним ступенем вияву зорової вади компенсаторно-пристосувальних механізмів. Це дуже важливо з огляду на необхідність розробки програм реабілітації сліпих та



осіб зі значними порушеннями зору, у тому числі для організації спортивної діяльності цього контингенту [1; 2].

Виходячи з уявлень про гомеостас, взаємозв'язки різних його складових, наявність рівнів управління, потрібно визнати, що неповноцінне функціонування зорової системи людини призводить до виникнення певних особливостей рухової сфери, особливо в молодому віці, які у подальшому посилюються. Повна або часткова втрата зору знижує рухову активність людини та спричиняє відхилення в розвитку рухової сфери. Ці відхилення відбиваються на функціональній діяльності найбільш важливих систем організму: серцево-судинної, дихальної, м'язової тощо.

Нездатність незрячих вільно орієнтуватись у великому просторі також призводить до порушення постави, зниження м'язового тону, погіршення контролю за рухами. Найбільше незрячі поступаються за показниками силової витривалості м'язів, координації та швидкості рухів. Праці, присвячені дослідженню цих порушень у сліпих і в осіб із вадами зору, нечисленні. Виявлено зміни у фізичному розвитку, пропорційності антропометричних характеристик, наприклад, у випадку амбліопії та інших порушень зору. Зауважено, що внаслідок зниження моторної активності сліпих молодого віку, які не займаються фізичною працею, виникає передчасне обмеження різних сторін рухової сфери: зменшуються показники сили, швидкості, витривалості. За відсутності адекватного для м'язової тканини фізичного навантаження зміни рухової сфери у сліпих перебігають за тими самими законами, що і у зрячих, але більш глибоко та інтенсивно. Разом із тим доведено значний позитивний вплив фізичних вправ на стан рухової системи сліпих і осіб із порушеннями зору: помітне покращання постави, стійкості, рухливості та витривалості відзначалось уже через шість тижнів занять. Описано деякі особливості зорової функції



здорових спортсменів, які займаються кульовою стрільбою після розминки. Засвідчено підвищення гостроти зору на 5,4–8,2%, розширення периферичних меж поля зору найбільш тренованих атлетів, зменшення меж сліпої плями та покращання швидкості зорового сприйняття. Заняття спортом сприяють збільшенню стійкості акомодатції у школярів з міопічною рефракцією. Циклічні фізичні вправи помірної інтенсивності (пульс 100–140) справляють позитивний вплив на гемодинаміку й акомодатцію, а більш інтенсивні вправи (пульс 160) супроводжуються вираженими змінами, що зберігаються протягом тривалого часу, і зниженням працездатності циліарного м'яза. Тісний зв'язок між зоровою і руховою системами свідчить на користь позитивного впливу систематичних занять спортом на функціональний стан зорового аналізатора. Це вказує на наявність функціональної рухливості зорового аналізатору під впливом тренування [6].

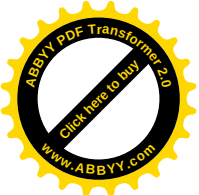
Розвиток моторики за допомогою спортивних занять є важливою передумовою функціонування організму сліпих і слабозорих. Якщо для зрячих велике значення мають сила, швидкість і витривалість (порівняно з координацією і рухливістю), то для осіб із вадами зору важливіша координація. Під координацією потрібно розуміти взаємний вплив центральної нервової системи та периферичної скелетної мускулатури в межах цілеспрямованого руху (у педагогіці застосовуються терміни «уміння», «вправність», «спритність»). Покращання координації досягається за допомогою цілеспрямованих повторюваних рухів. При цьому свідомий, спрямований у кору головного мозку сигнал започатковує несвідомий процес, який охоплює відповідний відділ мозку і сприяє виробленню навички оптимального типу руху, яку можна назвати руховим автоматизмом, або моторно-динамічним стереотипом.



Разом із моторикою фізична культура покращує сенсорну чутливість осіб із вадами зору. У разі повного або часткового випадання світлочутливості спорт мобілізує інші види чутливості особи, а отже, збагачує її уявлення про довкілля. Але сенсорика також відповідає за контроль і регуляцію моторики. Рецептори різних органів чуття можуть впливати на процеси руху за принципом відцентрово-доцентрової взаємодії. Рухові реакції виникають одночасно з появою у вищих відділах центральної нервової системи моторних команд про довільний рух. Для реєстрації моторної дії периферичних м'язів є рецептори різних органів чуття: м'язове волокно для контролю м'язового напруження, апарат Гольджі в сухожиллях для відчуття положення і руху частин тіла, рецептори суглобів для адаптації та контролю за їх положенням, рецептори глибоких тканин для інформації про положення кінцівок і всього тіла, рецептори поверхні шкіри для регуляції орієнтувальних рухів, вестибулярні рецептори внутрішнього вуха для рівноваги та положення тіла, рецептори слуху для просторового контролю за рухом, рецептори верхньої частини слизової оболонки носа для управління пошуком і орієнтування. Зоровий аналізатор осіб із порушеннями зору можуть здійснювати візуальний контроль за рухом [5].

Сукупність усіх рецепторів дозволяє порівняти аферентний образ руху з його еферентною копією. Порівняння аферентації з еферентною копією означає завершення дії. Коливання між цими двома процесами викликають регуляторні модифікації моторних команд, причому після надходження інформації про розбіжності у вищі відділи центральної нервової системи виникають імпульси для коригування дії [2].

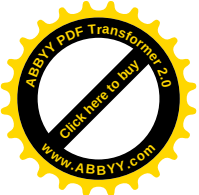
Отже, моторика перебуває під контролем органів чуття, розташованих у різних частинах тіла. У разі виключення світлочутливості управління довільними рухами та контроль за



ними беруть на себе інші аналізатори. Пластичність центральної нервової системи в перші роки життя за умови своєчасних тренувань уможливорює активізацію органів чуття, й у випадку порушень сприйняття світла можна максимально нівелювати цю ваду. При цьому задані нейронні зв'язки мають бути перемкнуті більш правильно для відповідної ситуації, залежно від подразників навколишнього середовища.

Спорт для осіб із вадами зору перешкоджає розвитку дефектів обміну речовин і порушенню вегетативних функцій або сприяє їх компенсації. Х. Холлівіш займався дослідженням порушення обміну речовин при частковому або повному виключенні зорових функцій. Існує не лише «оптична» частина зорового аналізатора, необхідна для отримання зорового образу, але й «енергетична» частина, що доставляє світловий подразник у вегетативні центри керування людського організму (гіпоталамо-гіпофізарна система), стимулюючи процеси обміну речовин між цією центральною системою і гормонопродукуючими периферичними ендокринними залозами. За повної відсутності світлового подразника цей шлях зникає, що призводить до зниження функцій системи гіпоталамус-гіпофіз і, відповідно, до зниження функції надниркових, щитовидної залози і гонад. При радіоімунологічному дослідженні слабозорих Х. Холлівіш знайшов, що при нестачі світлового подразника, наприклад, знижується кількість гормону гіпофіза АКТГ, гормонів щитовидної залози Т4 і Т3, гормону кори надниркових залоз кортизолу і гормону гонад тестостерона. Знижені показники змісту гормонів нормалізувалися при збільшенні світлового подразника і мали нормальні значення у зрячих.

Дослідження зі спортивної медицини дозволяють пояснити, чому в осіб із порушеннями зору при тривалому тренуванні редукуються вегетативні дисфункції. Так, фізичне навантаження



спричиняє збільшення гормонів Т3 і Т4, а отже, і стимуляцію ензимів, підвищення готовності до аеробного обміну речовин і покращання регенерації після навантаження. Зазначений під час випробування на витривалість підйом кортизолу активізує вивільнення «з депо» глюкози і збільшує енергію м'язового скорочення. Тестостерон, рівень якого збільшується під час спортивних тренувань, активізує синтез м'язового білка і покращує цим загальну і специфічну спортивну силову здатність. Регулярні тренування впливають на секрецію гормону кори надниркових залоз альдостерону, покращують адаптацію до порушень водно-мінерального обміну і дозволяють регулювати зміни сечовиділення (гальмування антидіуретичного гормону), що виникли внаслідок браку світлового подразника [6].

Завдяки тренуванням на витривалість концентрація катехоламінів знижується, симпатична активність зменшується, що сприяє покращенню самопочуття (зменшуються прояви страху, зникає нервозність, невпевненість, спостерігається розслаблення перистальтики кишечника і підвищення частоти пульсу). Подальший ефект тренувань пов'язаний з тим, що після фізичного і психічного навантаження концентрація катехоламінів збільшується досить повільно, а отже, ризик виникнення в осіб із вадами зору стресових реакцій зменшується.

Висновки. Заняття спортом є необхідною складовою превентивних, реабілітаційних і лікувальних заходів для осіб із вадами зору. Спорт для них навіть більш важливий і необхідний, ніж для осіб із нормальним зором.

1. При застосуванні фізичних вправ в осіб із вадами зору і сліпих осіб відзначається покращання постави, витривалості.

2. Циклічні фізичні вправи помірної інтенсивності здійснюють позитивний вплив на гемодинаміку й акомодацию.



3. Тісний зв'язок між зоровою і руховою системами свідчать про користь позитивного впливу систематичних занять спортом на функціональний стан зорового аналізатора.

ЛІТЕРАТУРА

1. Аветисов Э. С. Занятия физической культурой при близорукости / Э. С. Аветисов, Е. Н. Ливадо, Ю. И. Курпан. – Ташкент : Медицина, 1984. – 102 с.

2. Земцова М. И. Учителю о детях с нарушениями зрения / М. И. Земцова. – М. : Просвещение, 1973. – 158 с.

3. Кравченко А. І. Зміцнення здоров'я дітей дошкільного віку із застосуванням фізичних вправ і точкового масажу / А. І. Кравченко, М. Б. Чхайло // Гуманітарний вісник ДВНЗ „Переяслав-Хмельницький державний педагогічний університет імені Григорія Сковороди” : науково-теоретичний збірник. – Переяслав-Хмельницький. – 2008. – Вип. 14. – С. 120–123.

4. Кравченко А. І. Фізичні вправи і здоров'я дітей з вадами зору / А. І. Кравченко, М. Б. Чхайло // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського державного університету : серія соціально-педагогічна / за ред. О. В. Гаврилова, В. І. Співака, П. П. Мошинського. – Кам'янець-Подільський, 2008. – Вип. VIII. – С. 55–60.

5. Сермеев Б. В. Физвоспитание в школах слабовидящих / Б. В. Сермеев. – М. : Просвещение, 1982. – 98 с.

6. Толмачев Р. А. Адаптивная физическая культура и реабилитация слепых и слабовидящих / Р. А. Толмачев. – М. : Советский спорт, 2004. – 108 с.



Корж Ю. М.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

МЕТОДИКА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ КОРЕКЦІЙНОЇ СПРЯМОВАНOSTІ З ВИКОРИСТАННЯМ ГУМОВО- ПОРОЛОНОВИХ ТРЕНАЖЕРІВ І ЕСПАНДЕРІВ

Постановка проблеми. У наш час значно погіршився стан здоров'я всього населення України, а особливо дітей та молоді. Значно збільшилася кількість дітей з ортопедичною патологією, так у 17% дітей відзначається деформація нижніх кінцівок, порушення постави виявлено у 40% дошкільників, 64% учнів початкових класів і 70% дітей старшого шкільного віку. У 4 рази збільшилася кількість дітей шкільного віку, що відносяться до спеціальної медичної групи, 90% дошкільнят, учнів і студентів мають різноманітні відхилення здоров'я. Незадовільний стан фізичної підготовленості спостерігається у 56% дітей, 53% дітей мають психічні розлади [1]. Тож пріоритетним завданням системи освіти з урахуванням положень „Національної доктрини розвитку освіти у ХХІ столітті” є виховання у людини відповідального відношення до свого здоров'я та здоров'я оточуючих, як найвищої суспільної й індивідуальної цінності.

Загальні причини зазначеної проблеми починають формуватись у дошкільному віці, що зумовлено низкою об'єктивних і суб'єктивних причин.

До об'єктивних факторів відносяться особливості анатомо-фізіологічного розвитку дітей дошкільного віку, а саме: недостатня сформованість кісткової тканини, що призводить до її підвищеної гнучкості та деформації; фізіологічно недостатній розвиток м'язової системи та зв'язково-суглобового апарату, що не може достатньою мірою забезпечити формування правильної форми хребта й інших сегментів тіла; перший період скелетного витягання, коли більш інтенсивно збільшується



довжина і вага тіла, що значно збільшує навантаження на опорно-руховий апарат та інші функціональні системи дитячого організму [3; 4; 5].

До суб'єктивних причин, які поглиблюють цю проблему, відносять не раціональний руховий режим; недостатній розвиток сили і силовій витривалості основних м'язових груп тулуба і кінцівок; незбалансоване харчування, яке не забезпечує дитячий організм достатньою кількістю білків, вуглеводів, вітамінів і мікроелементів; недостатній рівень теоретично-методичної та практичної підготовки педагогічних працівників дошкільних закладів і батьків у забезпеченні оздоровчо-корекційної роботи з дітьми дошкільного віку [1; 2; 5].

Низка цих причин сприяє виникненню різних функціональних порушень ОРА, що у подальшому призводить до виникнення різних видів ортопедичної патології. Тому виникає необхідність пошуку і розробки нових засобів і методик фізичного виховання корекційної спрямованості з використанням спеціально розроблених різноманітних тренажерів і пристосувань, які можна використовувати під час реабілітації дітей дошкільного віку для розвитку сили та силовій витривалості основних м'язових груп тулуба та кінцівок.

Мета дослідження – розробити й експериментально перевірити ефективність новітньої методики фізичного виховання корекційної спрямованості з використанням спеціально розроблених поролонових тренажерів і гумових еспандерів для розвитку сили та силовій витривалості основних м'язових груп тулуба і кінцівок.

Результати дослідження та їх обговорення. Дослідження проводилось на базі Сумського спеціального дошкільного навчального закладу № 20 „Посмішка”. Було сформовано 2 групи – експериментальну та контрольну, загальною кількістю



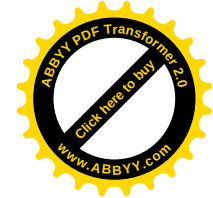
59 дітей старшого дошкільного віку з такими діагнозами: порушення постави, деформація грудної клітки і нижніх кінцівок, дисплазія кульшових суглобів.

На початку дослідження для визначення стану м'язової системи дошкільників було проведено тестування сили і силової витривалості основних м'язових груп тулуба і кінцівок. Аналіз отриманих результатів дослідження дітей довів, що показники сили і силової витривалості розгиначів тулуба і черевного пресу нижчі за норму відповідно на 48% і 23%.

Для покращання показників фізичного розвитку дітей старшого дошкільного віку та підвищення ефективності корекційної роботи було впроваджено новітню методику розвитку сили і силової витривалості основних м'язових груп із використанням розроблених і запатентованих гумово-поролонових тренажерів і еспандерів.

Запропонована методика фізичного виховання включала вправи з гумовими еспандерами, дія яких була спрямована на покращання тонусу основних м'язових груп тулуба, м'язів, що відводять і розгинають верхні і нижні кінцівки. Комплекс вправ із поролоновими тренажерами використовували з метою розвитку сили і силової витривалості м'язів-розгиначів спини, привідних м'язів і м'язів-згиначів верхніх і нижніх кінцівок. Використання гумових еспандерів і поролонових тренажерів дозволило гармонійно впливати на розвиток сили і силової витривалості м'язів-синергістів і м'язів-антагоністів, що забезпечило зменшення асиметрій м'язового тонусу і покращило процес корекції різних порушень ОРА.

На початку курсу занять методикою передбачалось виконувати кожен силову вправу по одному підходу (6–8 разів) із поступовим збільшенням їх кількості до двох підходів (12–15 повторень). Характер вправ відповідав поставленим



завданням, які передбачали виконання симетричних рухів у повільному темпі, збереження правильних вихідних положень, контроль амплітуди рухів, правильність техніки виконання вправ. Спеціальні силові вправи чергувались із вправами на формування стереотипу правильної постави, динамічними та статичними дихальними вправами. Ці види вправ покращували газообмін і сприяли відновленню фізичної працездатності. Розроблений комплекс було рекомендовано виконувати протягом навчального року на заняттях із фізичної культури, лікувальної гімнастики та включати під час самостійної рухової діяльності.

Аналіз результатів прикінцевого зрізу виявив, що показники силової витривалості м'язів черевного пресу за методикою Рейзман-Богрова у дітей експериментальної групи покращилися на 50,6% (у середньому на 9 разів), а м'язів-розгиначів тулуба збільшилися на 50,6% (у середньому на 20,2 с) від вихідного рівня. Показники сили м'язів нижніх кінцівок за тестом з максимальною кількістю присідань за 20 с в експериментальній групі збільшились на 18,4% (у середньому на 3,7 рази). Показники сили м'язів верхнього плечового поясу в експериментальній групі покращились на 30,8% (у середньому на 3,8 рази).

Під час аналізу соматометричних показників постави виявлено, що показники плечового індексу дали позитивну динаміку, що склало 31,3%. У процесі дослідження результатів вимірювання ромбу Машкова також виявлено покращення цього показника на 5,3%.

Отже, на основі отриманих результатів доведено покращання показників сили і силової витривалості основних м'язових груп у дітей із порушеннями функцій ОРА, що підтверджує ефективність розробленої і впровадженої новітньої



методики фізичного виховання з дітьми старшого дошкільного віку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Калуська Л.В. Дошкільне тіловиховання. Вплив рухової активності на здоров'я дитини дошкільного віку / Л. В. Калуська, З. В. Калуський, М. М. Гуменюк. – Тернопіль : Мандрівець, 2008. – 184 с.
2. Вавилова Е.И. Развивайте у дошкольников ловкость, силу, выносливость : пособие для воспитателя дет. сада / Е. И. Вавилова . – М. : Просвещение, 1981. – 96 с.
3. Вільчковський Є.С. Фізичне виховання дітей у дошкільному закладі / Є. С. Вільчковський, О. І. Курок. – К., 2001. – 218 с.
4. Красикова И. С. Осанка: Воспитание правильной осанки. Лечение нарушений осанки / И. С. Красикова . – СПб. : Корона принт, 2003. – 176 с.
5. Детский фитнес : учеб. пособие / В. Левицький, С. Колосова, Н. Мелашенко, О. Бабич. – М. : ООО «УИЦ «ВЕК», 2006. – 160 с.

Лоза Т. О., Картава Ю. А.
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ВИВЧЕННЯ ВПЛИВУ РІЗНИХ ФІЗИЧНИХ ВПРАВ З МЕТОЮ КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХІЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ВАДАМИ ЗОРУ

Актуальність дослідження. Безвідрадним соціальним фактом останнього часу в Україні є підвищення кількості дітей-інвалідів, а також дітей, що потребують соціального захисту. Причиною збільшення кількості аномальних дітей є негативний вплив різних екологічних, соціально-економічних, культурно-психологічних та інших факторів. Тому, одним із головних



завдань в роботі установ освіти є забезпечення розвитку психічних функцій, сенсорної системи, збереження фізичного здоров'я дітей. Ця проблема стосується і категорії дітей, з вадами зору. Кількість таких дітей зростає з кожним роком. Найбільш поширеними формами зорової патології у цих дітей є: амбліопія, астигматизм, косоокість, міопія, гіперметропія, що характеризується різним ступенем гостроти зору, бінокулярного зору, фіксації зору, кольоророзрізнення тощо. Ці дані свідчать про необхідність лікувально-відновлюючої та корекційно-розвиваючої роботи, мета якої, сприяти досягненню потенційно можливого рівня освіченості, формуванню компенсаторних способів діяльності одночасно з корекцією первинних і вторинних відхилень у розвитку для забезпечення оптимальної інтеграції в сучасні умови життя [1].

Природа первинних порушень та вторинних відхилень в розвитку дуже різноманітна і залежить від клінічних форм та етіології, а також від потенційних можливостей компенсаторного розвитку збережених у дитини функцій. У дітей з вадами зору розрізняють внутрішньосистемні вторинні відхилення, що обумовлені порушенням функцій самої зорової системи, та міжсистемні відхилення, що зачіпають діяльність багатьох функцій. Тому, однією з актуальних проблем виховання дітей з вадами зору є проблема знаходження шляхів активізації їх рухової діяльності, корекції фізичного та психічного розвитку, подолання вторинних недоліків.

Мета роботи – дослідження впливу різних фізичних вправ на корекцію фізичного та психічного розвитку дітей з вадами зору.

Завдання роботи:

1. Вивчення рівня розвитку рухової та чуттєвої сфери дітей з вадами зору.



2. Визначення вторинних відхилень у психічному та фізичному розвитку дітей з вадами зору.

3. Знаходження шляхів активізації рухової діяльності, корекції фізичного і психічного розвитку дітей з вадами зору.

Для реалізації поставленої мети використовувались такі **методи досліджень**: аналіз і синтез науково-методичної літератури, педагогічні спостереження, тестування рівня фізичного і психічного розвитку та підготовленості, аналіз документальних матеріалів.

Результати дослідження. Педагогічне спостереження в НВК № 37 показало, що у дітей з вадами зору (як первинного дефекту) з'являється ряд вторинних порушень як у психічному так і у фізичному розвитку, а саме: у розвитку сенсорних функцій, зокрема збідненість чуттєвих образів; уявлення про предмети і явища довкілля, при спонтанному їх формуванні, виявляються звуженими, фрагментарними, схематичними; спостерігається слабкий розвиток навичок обстеження предметів і просторових зв'язків; порівняно зі зрячими, слабозорі діти сприймають меншу кількість ознак предметів та явищ; порівняно повільно відбувається запам'ятовування наочного матеріалу, що обумовлено нечіткістю сприйняття; також ми відмітили наявність диспропорції між запасом слів та образами предметів тощо.

Вивчаючи рухову активність дітей з вадами зору, ми визначили, що характерною особливістю таких дітей є зниження їх рухової активності, обмеження орієнтування у просторі та часі. Тому великого значення на заняттях з фізичного виховання ми надавали фізичним вправам, корекційна цінність яких визначалась в подоланні наявних відхилень вторинного характеру та цілеспрямованому фізичному вдосконаленню дітей з вадами зору. Зміст фізичних вправ складають дії та основні процеси, що протікають в організмі дитини при їх виконанні. Ці процеси складні і можуть розглядатися в різних аспектах:



педагогічному, психологічному, фізіологічному, біохімічному, біомеханічному тощо.

Великий внесок в теорію виховання та навчання дітей з вадами зору, в тому числі й засобами фізичної культури, зробили Е. Аветісов, Л. С. Виготський, М. І. Земцова, Б. В. Сермеєв, Л. І. Солнцева, А. М. Щербіна та інші. Л. І. Солнцева наголошувала, що зоровий дефект негативно впливає на формування пізнавальних процесів, що забезпечують дітям адекватне відображення світу [5].

Чимало авторів визначали, що рухові функції успішніше розвиватимуться на полісенсорній основі, де поряд із зоровою чутливістю, прийматимуть участь слухове, тактильне, м'язове, вібраційні та інші види чуття. Л. С. Виготський відмічав, що порушення функцій зорового аналізатору суттєво змінює умови, в яких протікає життєдіяльність дитини. Саме оптимальна рухова активність забезпечить умови для нормального фізичного і психічного розвитку аномальної дитини [2].

Ряд авторів вказували, що фізичне виховання є одним із основних шляхів корекції внутрішньосистемних та міжсистемних порушень у дітей з вадами зору, досягнення ними рухової грамотності, вольових якостей, розвитку психомоторики. Саме фізичне виховання сприяє реабілітації аномальних дітей, їх соціальній адаптованості та інтеграції в навколишнє середовище.

Робота з фізичного виховання дітей з вадами зору повинна починатися з дошкільного віку, бо саме в цьому віці відбувається формування статичних функцій, складається сенсорно-руховий досвід, формується просторовий орієнтир.

Grossman Herbert J. підкреслював, що фізичні вправи є єдиним педагогічним засобом, що діє на всі три основні елементи порушень – психоемоційну сферу, психомоторику та фізичний стан [6].



Фізичні вправи для дітей з вадами зору ми групували за їх спрямованістю на корекцією чуттєвої та рухової сфери в залежності від віку, ступеню зорових, рухових порушень та індивідуальних особливостей, а саме, на корекцію: зорових функцій та зорово-моторної реакції; просторового орієнтування; вестибулярної чутливості; м'язево-рухової чуттєвості; на розвиток слухового, дотикового сприйняття та нюху.

Але це групування має умовний характер, тому що кожна вправа має не тільки пріоритетну мету, а й дозволяє розв'язати декілька інших завдань, тобто має комплексне наповнення.

На заняттях з дітьми, які мають вади зору, ми використовували такі вправи: шикування, перешикування; загальнорозвиваючі вправи без предметів та з предметами; на розвиток зорового аналізатора та зорових функцій; з використанням зорових та слухових орієнтирів; на орієнтування без зорового контролю; на розвиток шкірно-оптичного та вібраційного відчуття; на розвиток дрібної моторики рук; на координацію, точність, рівновагу; на гнучкість; на розвиток простої та складної реакції; на лазіння та перелазіння; на релаксацію; ходьба, біг у помірному темпі; метання малих м'ячів; прогулянки на свіжому повітрі у нормованому темпі; ритмічні заняття.

При проведенні фізичних вправ ми дотримувались таких умов: правильно обирали вихідне положення; виконували, при розучуванні вправи, окремі елементи; запропонували необхідну кількість повторів; слідували за темпом, ритмом, амплітудою рухів; слідували за точністю виконання вправ; переходили від простих вправ до більш складних; надавали необхідне значення емоційному фактору; виховували у дітей уміння контролювати себе.

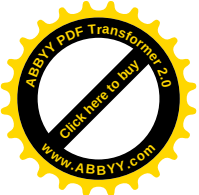


Більш складні вправи, що вимагали осмислення та регуляції, підлягали корекції. Ефективність корекційно-виховної роботи в руховій сфері дітей з вадами зору підвищується при словесній опосередкованості рухових дій. При цьому мають розвиток пізнавальна активність та особисті якості дитини.

З метою вдосконалення ручної спритності та здатності до письма, розвитку мови, ми використовували систематичні вправи з тренування рухів пальців ("Здрастуй, пальчик", "Коза-дереза", "Веселі чоловічки", "Щиглик" тощо). Саме, за думкою М. М. Кольцової, та дослідженнями вчених інституту фізіології дітей та підлітків АПН було підтверджено, що ці вправи є "міцним засобом для підвищення працездатності кори головного мозку" [4].

На заняттях ми використовували вправи з предметами, які сприяли розвитку дрібних та точних рухів пальців та кисті рук, що необхідно для раціональних рухових дій в трудовому процесі. Вправи з предметами виконували в такій послідовності: знайомство з основними якостями предмету; формування раціонального способу захвату предметів відповідно до їх ваги, об'єму, форми і в залежності від наступної дії; простеження поглядом руху, що вивчається; вивчення схеми рухів рук без предмету та в конкретній дії з ним; засвоєння елементів руху за фазами.

З метою корекції роботи м'язів очей, ми використовували вправи, які стимулювали їх повноцінну роботу і сприяли стабілізації відновлюючих процесів в роботі м'язів хворого ока. Це вправи у вигляді різних рухів очима, що активізують кровообіг в області очей та мозку і дають можливість справитись з великим зоровим та розумовим навантаженням, зберегти око дитини від зниження гостроти зору, допомогти більш повноцінному сприйняттю предметів і явищ довкілля. В основі



позитивного ефекту лежать функціональні зв'язки між окоруховими нервами та нервовими клітинами судин головного мозку [3].

Важливе місце на заняттях займали статичні пози (асани) на розслаблення організму та відновлення дихання. Вони активно допомагали залишатися психічно та фізично здоровими, переборювати стресові ситуації і зберігати життєрадісний настрій. Постійне виконання асан забезпечує гнучкість хребта, життєдіяльність спинного мозку, нервових розгалужень, активізує діяльність залоз внутрішньої секреції, стимулює імунну та серцево-судинну системи, сприяє роботі органів травлення. Асани створюють кращі умови для притоку крові до тих органів, які цього потребують, тобто для хворого ока.

З метою профілактики захворювань дихальної системи на кожному занятті використовували, також, вправи дихальної гімнастики (за методами К. П. Бутейка, Д. К. Стрельникової) та спеціальні вправи з йоги, що тренують м'язи дихальної системи. Вони допомагали оволодінню ритмом дихання, забезпечували високий рівень постачання кисню та сприяли повній релаксації.

Отже, за допомогою фізичних вправ ми розвивали не тільки рухові, а й зорові, слухові функції, формували навички макро- та мікроорієнтування у просторі, розвивали стереозір шляхом дистантного сприйняття, бінокулярний зір, фіксацію зору, формату кольоророзрізнення.

Висновки. В результаті досліджень виявлено, що використані нами фізичні вправи, як основний засіб фізичного виховання сприяли розвитку чуттєвої та рухової сфери, корекції відхилень у фізичному та психічному розвитку, формуванню компенсаторних способів діяльності, як передумови оптимальної соціальної інтеграції.



ЛІТЕРАТУРА

1. Вавіна Л. Структура та корекційна спрямованість стандарту освіти для осіб із порушенням зору(дошкільна та початкові ланки) / Л. Вавіна // Дефектологія. – 2000. – № 3. – С.2–6.
2. Виготский Л. С. Основы дефектологии / Л. С. Виготский // Собр.соч. Т.5.– М. : Педагогика, 1983.
3. Иванова Н. Н. Корекция зрительно-двигательной и моторной координации у старших дошкольников с нарушением зрения / Н. Н. Иванова // Дефектология. – 1998.–№ 4.– С. 72–79.
4. Кольцова М. М. Двигательная активность и развитие функций мозга ребенка / М. М. Кольцова – М., 1973. – С. 130.
5. Солнцева Л. И. Развитие компенсаторных процессов у слепых детей дошкольного возраста / Л. И.Солнцева –М. : Педагогика, 1980. – 120 с.
6. Grossman Herbert J : Manuai on Terminologu and Classification on Mental Retardation Washington DC american association on Mental Deficiency, 1977/



СЕКЦІЯ 4

СТАН І ПЕРСПЕКТИВИ ОПТИМІЗАЦІЇ ОЗДОРОВЛЕННЯ ТА РЕАБІЛІТАЦІЇ НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ

Золотарьова Т. В.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ПРЯМІ ТА ОБЕРНЕНІ ПРОЦЕСИ МІЖ СИСТЕМАМИ «ОСОБИСТІСТЬ» І «ДЕФЕКТ» У ДІТЕЙ ІЗ ПСИХОФІЗИЧНИМИ ПОРУШЕННЯМИ

Освітній процес дітей з психофізичними порушеннями проходить досить складно. На нашу думку, однією з найважливіших причин проблематичного формування знань, умінь, навичок та попередження і корекції вторинних відхилень є недостатнє теоретичне обґрунтування сутності процесів, що відбуваються між системами «особистість» і «дефект» цих дітей. Останнє зумовлює необхідність здійснювати абілітацію, реабілітацію, корекцію тощо як процес перебору можливих варіантів педагогічного впливу методом спроб і помилок, що негативно впливає на формування особистості дитини з психофізичними порушеннями, оскільки минає сенситивний період сприймання впливу. Попередити такі підходи до дітей дозволяє розуміння прямих та обернених процесів як нелінійних, стохастичних, коливальних, у зв'язку з чим виникає необхідність уточнити їх механізми.

Для досягнення поставленої мети розглянемо спочатку прямі, а потім обернені процеси (таблиці 1 і 2). Відсотки кількості елементів у підсистемах указані приблизно, й у кожному конкретному випадку вони змінюються індивідуально, але сутність співвідношення залишається.



Необхідно звернути увагу на те, що прямі процеси відбуваються за наявності самоорганізації в системі «особистість», а обернені – за наявності самоорганізації в системі «дефект». При самоорганізації в системі «особистість» виникає саморуйнування в системі «дефект» і навпаки, що також відображено в таблицях 1 і 2. Наведемо приклад. Якщо система «особистість» самоорганізується, то дефект не може повернути собі втрачені елементи, отже, він повинен компенсувати їх відсутність. Для цього система «дефект» приєднує елементи до підсистеми, яка є спорідненою тій, що втратила елементи внаслідок процесу прямої корекції. Тобто у підсистемі № 1 системи «особистість» проходить самоорганізація, а в підсистемі № 2 – саморуйнування або нічого не відбувається, оскільки відповідного елементу в системі «особистість» може й не існувати; у системі «дефект» – навпаки: в підсистемі № 1 іде саморуйнування, а в підсистемі №2 – самоорганізація. Корекція особистості дефектом відбувається тільки під час самоорганізації системи «дефект», і тоді вже система «особистість» повинна компенсувати відсутність необхідних їй елементів. При псевдопроцесах системні властивості особистості і дефекту не змінюються: дефект залишається системою, що самоорганізується, а особистість – системою, що саморуйнується, і навпаки: дефект залишається системою, що саморуйнується, а особистість – системою, що самоорганізується.

На нашу думку, псевдопроцес (у корекційній педагогіці) – це процес, результат якого проявляється тільки під час застосування будь-яких зовнішніх приладів, технічних пристосувань тощо. Після припинення взаємодії живої системи з технічним пристосуванням прояви (ефекти) псевдопроцесу зникають. Тобто псевдопроцес – це видимість процесу, заміна сутності процесу його явищем, проявом. Спробуємо дати



визначення прямим та оберненим псевдопроцесам. Псевдокорекція – процес видимого доповнення підсистеми особистості до норми чи до певної межі норми за допомогою технічного пристосування, після припинення взаємодії цієї підсистеми особистості з яким зникає ефект корекції, а відповідна підсистема дефекту залишається без змін. Псевдореабілітація – процес видимого доповнення підсистеми особистості до її вихідного, попереднього стану (який спостерігався до впливу патогенного для особистості фактору) за допомогою технічного пристосування, після припинення взаємодії цієї підсистеми особистості з яким зникає ефект реабілітації, а відповідна підсистема дефекту залишається без змін. Псевдокомпенсація – процес видимого заміщення ушкодженої підсистеми особистості (справжня компенсація якої неможлива на даному етапі розвитку дитини) технічним пристосуванням для спорідненої їй підсистеми особистості, після припинення взаємодії з яким зникає ефект компенсації, а відповідна підсистема дефекту залишається без змін. Обернена псевдокорекція – процес видимого доповнення підсистеми дефекту до певної його межі за допомогою технічного пристосування, після припинення взаємодії цієї підсистеми дефекту з яким зникає ефект оберненої корекції, а відповідна підсистема особистості залишається без змін. Обернена псевдореабілітація – процес видимого доповнення підсистеми дефекту до її вихідного, попереднього стану (який спостерігався до впливу патогенного для дефекту фактору) за допомогою технічного пристосування, після припинення взаємодії цієї підсистеми дефекту з яким зникає ефект оберненої реабілітації, а відповідна підсистема особистості залишається без змін. Обернена псевдокомпенсація – процес видимого заміщення ушкодженої підсистеми дефекту (яку система «дефект» не може



компенсувати на даному етапі розвитку дитини) технічним пристосуванням для спорідненої їй підсистеми дефекту, після припинення взаємодії з яким зникає ефект оберненої компенсації, а відповідна підсистема особистості залишається без змін. Отже, **псевдопроцес** – це видимість процесу, зміна його сутності явищем, яке виникає тільки під час взаємодії живої системи з будь-якими зовнішніми приладами, після припинення застосування яких ефекти псевдопроцесу зникають.

Необхідно зазначити, що донедавна під псевдокомпенсацією розуміли приєднання до системи «дефект» дитини з психофізичними порушеннями нових елементів у відповідь на негативний вплив оточуючого середовища на її особистість. Але при проведенні порівняльної характеристики прямих та обернених процесів ми встановили, що вказане визначення стосується оберненої корекції, а не прямої псевдокомпенсації.

Обернена абілітація полягає в тому, що дитину змалечку навчають палити, вживати алкоголь тощо, таким чином попереджаючи приєднання елементів до системи «особистість» дитини з психофізичними порушеннями, тобто виникнення у неї позитивних знань, умінь та навичок.

На нашу думку, прямі та обернені процеси є нелінійними, коливальними, стохастичними. Розглянемо детальніше ці властивості.

Зазначені процеси є коливальними, оскільки під час них системи «особистість» і «дефект» змінюють частоту й амплітуду власних коливань, тобто змінюється стан систем залежно від умов оточуючого середовища і зон розвитку систем. Особливе значення для здійснення фазових переходів систем мають флуктуації, які виникають у найближчій зоні прогресивного розвитку, коли елементи приєднуються до систем, й у найближчій зоні регресивного розвитку, коли елементи



від'єднуються від систем. В актуальних же зонах прогресивного та регресивного розвитку виникають некогерентні поодинокі незначні флуктуації, які не можуть істотно змінити властивостей системи, оскільки в ній працюють негативні обернені зв'язки, і вона знаходиться у рівноважному стані. Отже, здійснюючи топологічно правильні (відповідно до елементів та дрібних підсистем) резонансні (відповідно до їхніх зон розвитку та частоти коливань) впливи на системи «особистість» і «дефект» дітей з психофізичними порушеннями, ми прискорюємо прямі та обернені процеси, які приводять до зміни системних властивостей особистості та дефекту.

Прямі й обернені процеси є також стохастичними, оскільки лише з певною часткою імовірності можна:

1) передбачити:

а) тривалість протікання певного процесу та знаходження систем «особистість» і «дефект» у кожній із зон розвитку на кожному етапі процесу (на витку спіралі);

б) місце (умови оточуючого середовища і точка в системі, на яку впливають), час, тривалість і силу впливу на системи «особистість» і «дефект» у кожній із зон розвитку під час певного процесу;

в) в яких елементах і підсистемах виникнуть флуктуації під час кожного процесу;

2) передбачити і охарактеризувати:

а) якість змін, які відбудуться в системах «особистість» і «дефект» під впливом певних факторів під час різних процесів;

б) нові властивості систем «особистість» і «дефект», які проявляться у кожної з них при взаємодії з відомими і новими суб'єктами й об'єктами оточуючого світу під час певного процесу;

в) кількісно-якісні характеристики суб'єктів і об'єктів взаємодії, які зможуть викликати бажані зміни і системи



«особистість», і системи «дефект» під час здійснення певних процесів.

Отже, надзвичайно складно однозначно передбачити результати прямих та обернених процесів, тому необхідно якомога точніше визначати власні тенденції систем «особистість» і «дефект» у дітей з психофізичними порушеннями.

Нелінійність прямих та обернених процесів вимагає від корекційних педагогів дотримання правил нелінійного мислення. Розглянемо їх.

Педагоги зазвичай планують етапи здійснення кожного процесу, тобто передбачається цілеспрямований вплив на дитину. Але ніколи не можна точно сказати, як відреагує дитина на певні наші дії та слова, тому необхідно з обережністю використовувати систему методів і засобів, пам'ятати про індивідуальний підхід, допомагаючи дитині у становленні її особистості та подоланні дефектів. Зважаючи на те, що світ відкритий і нелінійний, і в ньому зростає можливість реалізації навіть малоімовірних подій, у процесі освіти необхідно пам'ятати про важливе правило нелінійного мислення «невідомо, як відгукнеться», бо існує багато можливих шляхів реалізації кожного процесу. Але «не все, що завгодно, можна здійснити», оскільки процес може піти не будь-яким шляхом, а тільки одним з можливих для теперішнього стану системи. Після зміни стану системи з'являється можливість реалізації нових шляхів, яких не існувало у системи в її попередньому стані. Наприклад, поки дитина ще не навчилась тримати ручку, неможливо навчити її писати. Крім того, «не вийде того, чого вийти не може», наприклад, окремо коригувати сприймання, увагу, пам'ять, мислення, мовлення тощо, адже вони одночасно беруть участь у процесі пізнання.

Система «особистість» є нерівноважною, що робить її чутливою до малих, але топологічно правильних впливів, які



здатні резонансно розкачати систему, пробудити приховані в ній потенції («малим викличеш велике»). На цьому правилі синергетичного мислення базується пробуджуюче навчання, яке набагато ефективніше за традиційне, основане на принципі чим більше в дитину вкладеш, тим більше від неї отримаєш. Та «великим не завжди досягнеш малого». Наприклад, у дитини задатки художника, а з неї ретельно готують перекладача, хоча такі здібності в дитини мінімальні. Врешті з'являється «середній» перекладач і зникає геніальний художник. Отже, для максимального розвитку здібностей дитини необхідно враховувати нерівноважність її особистості та в процесі індивідуального підходу здійснювати стимулюючі, топологічно правильні впливи, які викликають найбільш позитивні ефекти.

Правильні резонансні впливи, тобто впливи, які відповідають внутрішнім тенденціям розвитку складної системи (такими є особистість і дефект) та здійснені в потрібному місці і в потрібний час, можуть звільнити потужні внутрішні сили і можливості людини. Можна «малим резонансним впливом підштовхнути систему на один із її власних сприятливих шляхів розвитку, забезпечити самокерований і самопідтримуваний розвиток». А відгук системи на зовнішній вплив визначається відповідністю чи невідповідністю впливів її потенціям. «Мистецтво м'якого нелінійного управління полягає у способах самоуправління і самоконтролю». Тому «дозволь системі самій організувати себе», створивши необхідні для цього умови [3, 199]. Це правило нелінійного мислення лежить в основі самоосвіти як складової частини цілісного освітнього процесу. Але необхідно пам'ятати про те, що в дітей з психофізичними порушеннями дефект найчастіше є системою, що самоорганізується, а особистість – системою, що саморуйнується. Тому необхідно за допомогою синергетичних методів освіти



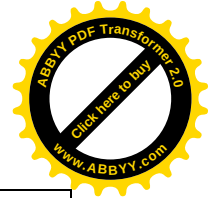
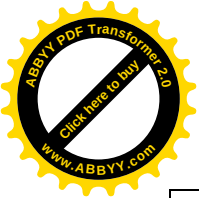
змінити системні властивості особистості та дефекту і далі підтримувати позитивні для дитини тенденції цих систем, а саме: в системі «особистість» тенденції самоорганізації, а у системі «дефект» – саморуйнування.

Отже, розуміння прямих та обернених процесів між системами «особистість» і «дефект» як нелінійних, коливальних, стохастичних дозволяє будувати освітній процес дітей з психофізичними порушеннями на основі правил нелінійного мислення, що допомагає досягати результатів прямих процесів у більш короткі строки, запобігати виникненню обернених процесів, прямих та обернених псевдопроцесів, а також сприяє уточненню механізмів зміни системних властивостей особистості і дефекту у дітей з психофізичними порушеннями.

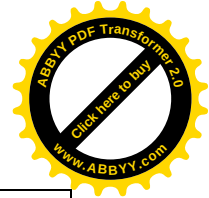
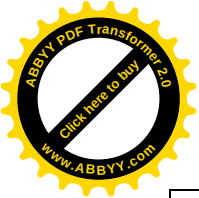
Таблиця 1

Порівняльна характеристика прямих процесів

Процеси	До впливу патогенного для особистості фактору		Після впливу патогенного для особистості фактору			
			До процесу		Після процесу	
	Елементи системи «особистість»	Елементи системи «дефект»	Елементи системи «особистість»	Елементи системи «дефект»	Елементи системи «особистість»	Елементи системи «дефект»
Корекція	Ніколи не було	Завжди був (раніше дитина цього не вміла робити, але одразу навчилась робити це неправильно)	Немає	Є	Є	Немає



Реабілітація	Завжди був (раніше дитина цього не вміла, але одразу навчилась робити це правильно)	Ніколи не було	Немає	Є	Є (бо є можливість знову приєднати такий же елемент до цієї ж підсистеми)	Немає
	Ніколи не було	Ніколи не було	Немає	Немає	Є	Немає
Компенсація	Підсистема № 1					
	Є	Немає	Немає	Є	Немає (бо немає можливості знову приєднати такий же елемент до цієї ж підсистеми)	Є
	Підсистема № 2 (споріднена підсистемі № 1)					
	Немає або він <u>неактивний</u> (людина ніколи не пробувала виконати цю дію і не знає, чи вміє це робити)	Немає	Немає або він неактивний	Немає	Є (не такий же, а схожий елемент приєднується до спорідненої підсистеми)	Немає
Псевдокорекція	Підсистема № 1					
	80 %	20 %	60 %	40 %	60 %	40 %
	Підсистема № 2 (технічне пристосування для підсистеми № 1, яке доповнює її до норми чи до певної межі норми, наприклад, лупи, лінзи, окуляри, слухові апарати, милиці тощо)					
	—	—	—	—	40 %	0 %

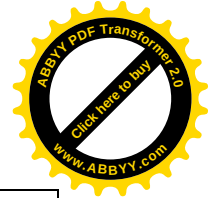
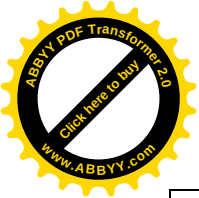


					60 % + 40 % = =100 %	40 %
Псевдореабілітація	Підсистема № 1					
	100 %	0 %	60 %	40 %	60 %	40 %
	Підсистема № 2 (технічне пристосування для підсистеми № 1, яке доповнює («відновлює») її до вихідного стану (норми), що спостерігався до впливу патогенного фактору, наприклад, лінзи, окуляри, слухові апарати тощо)					
	–	–	–	–	40 % 60 % + 40 % = =100%	0 % 40 %
Псевдокомпенсація	Підсистема № 1					
	Є	Немає	Немає	Є	Немає	Є
	Підсистема № 2 (технічне пристосування для підсистеми, яка споріднена підсистемі № 1, наприклад, тифлотехнічні прилади, які заміщують функцію ушкодженого зорового аналізатора функціями збережених аналізаторів з використанням акустичних, тактильних, пропріоцептивних засобів відображення інформації: палиця, ультразвуковий локатор тощо)					
	–	–	–	–	Є	Немає

Таблиця 2

Порівняльна характеристика обернених процесів

Процеси	До впливу патогенного для дефекту фактору		Після впливу патогенного для дефекту фактору			
			До процесу		Після процесу	
	Елементи системи «дефект»	Елементи системи «особистість»	Елементи системи «дефект»	Елементи системи «особистість»	Елементи системи «дефект»	Елементи системи «особистість»

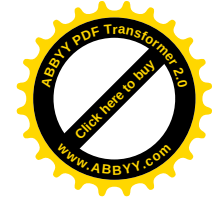


Обернена компенсація	Обернена корекція	Ніколи не було	Завжди був (раніше дитина цього не вміла робити, але одразу навчилась робити правильно	Немає	Є	Є	Немає
	Обернена реабілітація	Завжди був (раніше дитина цього не вміла робити, але одразу навчилась робити неправильно	Ніколи не було	Немає	Є	Є (бо є можливість знову приєднати такий же елемент до цієї ж підсистеми)	Немає
	Обернена абілітація	Ніколи не було	Ніколи не було	Немає	Немає	Є	Немає
	Підсистема № 1						
Обернена компенсація		Є	Немає	Немає	Є	Немає (бо немає можливості знову приєднати такий же елемент до цієї ж підсистеми)	Є
	Підсистема № 2 (споріднена підсистемі № 1)						
		Немає або він неактивний	Немає	Немає або він неактивний	Немає	Є (не такий же, а схожий елемент приєднується	Немає

					до спорідненої підсистеми)	
Обернена псевдокорекція	Підсистема № 1					
	80%	20 %	60 %	40 %	60 %	40 %
	Підсистема № 2 (технічне пристосування для підсистеми № 1, яке доповнює її до певної межі дефекту, наприклад, інвалідне крісло чи милиці для людини з порушенням опорно-рухового апарату, яка вже може ходити самостійно, але навмисне обмежує рухи нижніх кінцівок; окуляри для людини, яка вже бачить і без них; слуховий апарат для людини, яка вже чує і без нього тощо)					
	–	–	–	–	30 %	0 %
					60 % + 30 % = 90%	40 %
Обернена псевдореабілітація	Підсистема № 1					
	100 %	0 %	60 %	40 %	60 %	40 %
	Підсистема № 2 (технічне пристосування для підсистеми № 1, яке доповнює («відновлює») її до вихідного стану дефекту, що спостерігався до впливу патогенного для нього фактору), наприклад, інвалідне крісло чи милиці для людини з порушенням опорно-рухового апарату, яка вже може ходити самостійно, але навмисне обмежує рухи нижніх кінцівок; окуляри для людини, яка вже бачить і без них; слуховий апарат для людини, яка вже чує і без нього тощо)					
	–	–	–	–	40 %	0 %
					60% + 40% = =100%	40 %
Обернена псевдокомпенсація	Підсистема № 1					
	Є	Немає	Немає	Є	Немає	Є
	Підсистема № 2 (технічне пристосування для підсистеми, яка споріднена підсистемі № 1, наприклад, слабозора людина, яка ще недавно була сліпою, користується палицею чи ультразвуковим локатором, без яких вона вже здатна ходити)					
	–	–	–	–	Є	Немає

ЛІТЕРАТУРА

1. Выготский Л. С. Основы дефектологии. / Л. С. Выготский – СПб. : Изд-во «Лань», 2003. – 656 с.
2. Основы обучения и воспитания аномальных детей / Под ред. А. И. Дьячкова. – М. : Просвещение, 1965. – 343 с.



3. Князева Е. Н. Синергетика: нелинейность времени и ландшафты коэволюции. / Е. Н. Князева, С. П. Курдюмов – М. : КомКнига, 2007. – 272 с.

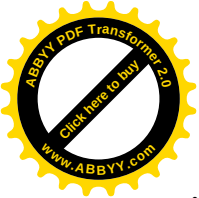
Кійко Л. В.

ЗОШ 1-го ступеня ДНЗ № 34 м. Суми

АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ТА КОРЕКЦІЙНО-РОЗВИВАЛЬНОЇ РОБОТИ З ДІТЬМИ З ПСИХОФІЗИЧНИМИ ВАДАМИ (З ДОСВІДУ РОБОТИ)

У роботі досліджується одна з проблем загальної та спеціальної сучасної педагогічної науки і практики – затримка психічного розвитку як педагогічна проблема. В останні роки в Україні відмічається стійка тенденція до збільшення кількості дітей зі складними порушеннями пізнавального і мовленнєвого розвитку, зокрема дітей із ЗПР. Рання діагностика та подання ЗПР є однією з актуальних проблем спеціальної педагогіки та психології. Для розв'язання цієї проблеми та розробки методів корекційно-педагогічної роботи з дітьми, що відстають у психічному розвитку, в останні десятиліття почали проводити психологічні та педагогічні, клінічні та фізіологічні дослідження. Це обумовлено, з одного боку, великим розповсюдженням цієї проблеми, з іншого – труднощами виховання, навчання, соціальної адаптації та реабілітації дітей із ЗПР.

Як відомо, причини відставання дітей різні. В одних випадках шкільне відставання може бути зумовлене недосконалістю педагогічного процесу чи несприятливими мікросоціальними умовами, в інших – різними порушеннями психічного і фізичного розвитку дитини (окремі прояви інтелектуальної, емоційно-вольової, мовленнєвої і рухової сфер, зорової і слухової функції). Ці відхилення, що виявляються як



ізолювано, так і в різних поєднаннях навіть легкого ступеня вираженості, можуть викликати утруднення в навчанні.

Вивчення та аналіз наукових літературних джерел (А. М. Гельтмант, В. П. Іполітової, В. А. Купецької, І. В. Ульяновської, Н. А. Ципінної та інших) дали змогу зробити такі висновки і узагальнення:

1. Існує неоднорідна група дітей, які відчують труднощі у засвоєнні навчальних знань в дитячому садку та шкільної програми при навчанні у масовій школі.

2. Клінічне виявлення невстигаючих учнів дозволило дослідникам (Т. О. Власовій, К. С. Лебединській, В. І. Любовському, М. С. Певзнер, М. Г. Редибойлу та інш.) визначити серед таких групу дітей з порушенням психічного розвитку та умовно об'єднати їх одним терміном – «діти із затримкою психічного розвитку».

3. Метою роботи вчителя-дефектолога, який працює з такою категорією дітей, є необхідність організації корекційної роботи в навчально-виховному процесі.

Контингент який виховується в ЗОШ І ступеня ДНЗ № 34 м. Суми становлять діти, які мають серйозні органічні, функціональні чи соціальні порушення. Захворювання тіла, як правило, тягне за собою цілу низку проблем. Перетинаючись ці проблеми не дають змоги дитині нормально розвиватись. Саме тому постає питання про необхідність комплексного підходу до реабілітації дитини з вадами психофізичного розвитку.

Комплексна реабілітація здійснюється за етапами (діагностика, корекція, профілактика). Де корекція є основою реабілітації.

Педагогічна корекція є однією з найважливіших складових реабілітації. У той час, коли медична корекція спрямована на усунення хвороби, психологічна на зняття стресів, неврозів,



підвищення самооцінки, педагогічна корекція скерована на усунення прогалин в знаннях про оточуюче, уміннях, навичках, виправлення поведінки, підвищення рівня адаптованості хворої дитини до існуючих життєвих умов і до соціального оточення. Педагогічна корекція має два аспекти: освітній та виховний. Вона здійснюється за двома напрямками:

1. Суто корекційний – виправлення психологічних, світоглядних, поведінкових особливостей розвитку які дитина вже має і які не задовольняють вимоги суспільства.

2. Розвиваючий – сприяє розвитку тих особливостей дитини, які їй необхідні і які не були до цього розвинуті з будь-яких причин.

Умовою ефективності педагогічної корекції є її одночасне узгоджене здійснення на всіх етапах навчання і виховання та її виконання всіма педагогами, які працюють з дитиною. Це вчителі-дефектологи, логопеди, вихователі, психологи, фізичні реабілітологи, працетерапевти, керівники ритміки та музики.

Дуже важливо побудувати заняття так, щоб діти були зайняті корисними для їх розвитку справами і ці справи (вправи, завдання) викликали в них інтерес. Чим збудити та підтримувати у пізнавально пасивних дітей інтерес до змістовних занять?

По-перше, зацікавлює тільки справа доступна дитині, така, яку вона, нехай і з допомогою дорослого, але свідомо і успішно може виконати. Тому навіть у грі треба враховувати індивідуальні можливості кожної дитини, нарошувати складність завдань поступово, вчасно допомагати, обов'язково забезпечуючи успіх.

По-друге, активність, здатність долати труднощі підтримується громадським визнанням успіху. У роботі з дітьми із затримкою психічного розвитку цей стимулюючий фактор має надзвичайно важливе значення. Необхідно мати на увазі, що пасивність цих дітей часто зумовлюється не тільки об'єктивною



складністю завдання, а й непевністю у власних можливостях. Справді, відстаючи в розвитку від своїх ровесників, вони вже встигли набути негативного досвіду невдач, бо завжди перебувають серед слабих, невмілих і в групі дитячого садка, і в масовій школі, де значна частина з них починала навчатися. Тому, яким би маленьким не був успіх учня, педагог повинен його визначити перед іншими дітьми. Таким чином у дитини розвивається і підтримується впевненість, повага до себе, яку вона будь що хоче зберегти, а отже намагатиметься утриматися на рівні зростаючих вимог до неї. Додатковим заохоченням до виконання завдання є змагання, можливість виграти, дістати приз. У тих хто програв треба підтримати впевненість у майбутньому успіху, дати можливість його здобути.

Щоб цілеспрямовано здійснювати корекцію у дітей із затримкою психічного розвитку, мало знати недоліки в розвитку їх окремих психічних функцій. Потрібно ще й усвідомлювати взаємозв'язок і взаємозалежність між ними. Практично неможливо розділити розвиток сприймання, мислення, мовлення, пам'яті та інших вищих психічних функцій, спочатку сформувавши одну, а потім іншу. Чим би ми не займалися з дитиною, ми розвиваємо її психіку в цілому, бо сприймаючи річ, дитина запам'ятовує її зовнішній вигляд, назву, свої дії з нею, осмислює її належність до певної групи відомих уже предметів. Разом з тим дуже важливо в певному недоліку психічної діяльності дитини розрізняти причини, що його зумовлюють, та наслідки, які лежать на поверхні явища і першими привертають увагу.

Так, батьки, вихователі та вчителі часто скаржаться на погану пам'ять дитини, її і вважають причиною неможливості засвоювати навчальний матеріал. Але даремно б ми займалися тренуванням запам'ятовування, бо воно саме залежить від



багатьох причин, передусім від недостатнього розуміння змісту того, що треба запам'ятати. В таких випадках запам'ятовування можливе тільки механічне, а воно виявляється непродуктивним там, де матеріал потребує осмислення, розуміння, яке є наслідком роботи мислення. Мислення у свою чергу спирається на чуттєве пізнання світу (відчуття, сприймання, уявлення), яке формується дуже рано і є основою розвитку всієї пізнавальної діяльності. Саме чуттєве пізнання навколишнього світу у дітей із затримкою психічного розвитку з раннього дитинства було збіднене і стало першопричиною вад у розвитку і різних видів мислення, і пам'яті, і уяви.

Отже, дбаючи про корекцію психічного розвитку дитини в цілому на заняттях необхідно проводити роботу в багатьох напрямках.

Розвивати в дитини всі види сприймання і передусім зорове, що виступає основою для розвитку вищих психічних функцій таких, як словесно-логічне (абстрактне) мислення, мовлення, смислове запам'ятовування.

В тісному взаємозв'язку з розвитком сприймання як чуттєвої основи пізнання світу збагачувати дітей різноманітними знаннями про навколишнє життя і про певні взаємозв'язки між предметами та явищами, і таким чином розвивати мислення та мовлення дітей.

Зміцнювати працездатність дітей, їх уміння зосереджувати увагу і цілеспрямовано працювати, тобто вміння ставити перед собою мету, усвідомлювати способи її досягнення і вміння адекватного оцінювання результату. Всі ці здібності дитини формуються в процесі виконання цікавих і доступних їй вправ під керівництвом кожного педагога, який на кожному етапі планує і організовує діяльність дитини.



Лянна О. В.

СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ЗАСТОСУВАННЯ ТОЧКОВОГО МАСАЖУ ДЛЯ НОРМАЛІЗАЦІЇ ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ОСІБ З ПІСЛЯІНСУЛЬТНОЮ АФАЗІЄЮ

Актуальність. Відновлення мовленнєвої функції при афазії є однією з актуальних проблем логопедії. Вона посідає провідне місце в системі реабілітації хворих, які перенесли інсульт. За статистичними даними, дві третини випадків афазії обумовлені перенесенням геморагічного або ішемічного інсульту, розвитку багато в чому сприяють особливості сучасного життя: психоемоційні перевантаження, погіршення екології навколишнього середовища, прискорення темпу життя.

Щорічно інсульт уражає від 5,6 до 7 млн та забирає життя 4,6 млн людей на планеті. На території України за останні 5 років захворюваність на мозковий інсульт зросла у 1,5 рази та коливається в межах 1,5–7,4 на 1000 населення. За даними літературних джерел, близько 60% хворих, які перенесли інсульт, стають тяжкими інвалідами, 30% мають стійкі резидуальні зміни і лише 10% повертаються до повноцінного життя [7]. Інвалідизація хворих обумовлюється наявністю потужної неврологічної симптоматики і дефектами психічних функцій (гнозису, праксису, пам'яті, уваги, рахунку, мовлення). Це призводить до побутової та соціальної дезадаптації хворого, психологічних проблем, виключення його зі звичайних умов життя тощо. Ця проблема вже давно набула не тільки медичної, але й соціальної значущості, адже у значної кількості осіб захворювання розвивається у період соціальної та професійної активності [6].



У зв'язку з цим великого значення набуває допомога хворим, які перенесли інсульт. Необхідно якомога раніше подолати або компенсувати наслідки захворювання шляхом відновлення пошкоджених функцій і прискорити повернення хворого до звичного темпу життя і діяльності або, якщо це неможливо, через прийняття і пристосування до певних обмежень. Завдання логопедії – якомога раніше провести комплекс спеціалізованих корекційно-логопедичних заходів для відновлення мовленнєвої функції в осіб післяінсультного стану з афазією [4].

Афазія – це одне з найбільш частих і виражених порушень у клініці інсультів. Це системне порушення мовлення, що виникає під час органічних уражень мозку, охоплює різні рівні його організації та реалізації, впливає на зв'язки з іншими психічними процесами і призводить до дезінтеграції всієї психічної сфери хворого. Подібні розлади насамперед спричиняють серйозні порушення комунікативної функції мовлення та ізолюють хворого від того соціального середовища, в якому він знаходився до захворювання [5].

Теоретичні і практичні аспекти проблеми афазії в осіб, які перенесли інсульт, досліджувалися у працях багатьох учених (Т. В. Ахутіної, Є. С. Бейн, Т. Г. Візель, А. Р. Лурії, В. В. Оппель, В. К. Орфінської, Л. Г. Стоярової, І. М. Тонконового, Л. С. Цветкової, М. К. Шохор-Троцької та ін.). Хоча й існує велику кількість досліджень у галузі вивчення і відновного навчання хворих з афазією, питання щодо корекційно-відновлювальної роботи при афазії у післяінсультних осіб із вираженими змінами психоемоційного стану й особистісними реакціями на захворювання залишається практично не вивченим.

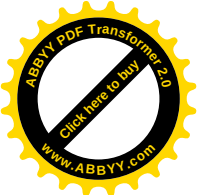
Порушення основної нейрофізіологічної та нейропсихологічної передумов при афазії виявляється не лише у



порушеннях мовленнєвої функції, але й у розладах інших вищих психічних функцій: порушеннях праксису, гнозису (зорового, сомато-сенсорного, акустичного), когнітивними порушеннях (зниження пам'яті, інтелекту, концентрації уваги), емоційно-вольових розладах. Унаслідок афазії часто виникає фобія мовлення і такі зміни особистості, як: замкненість на своїй хворобі, пригнічення, відсутність віри в можливість відновлення мовленнєвої функції, емоційна лабільність, тривожність. Ці зміни мають подвійний характер: з одного боку, зміна особистості внаслідок анатомічних змін, що відбулися в мозку, з другого боку, особистісна реакція на хворобу, обмеження всіх видів діяльності, зміну життєвого статусу [1]. Переживання через інвалідність, втрату фізичних сил; психічне здоров'я і практичні здібності; реакція на ставлення оточуючих можуть різко змінити преморбідний характер особистості, стати джерелом внутрішніх суперечностей, постійного внутрішнього напруження, підвищеного роздратування, агресивності, депресії та інших порушень особистості. У такому стані хворі не можуть використовувати навіть ті мовленнєві можливості для спілкування з оточуючими, які у них залишились, і результати, яких намагається досягти педагог на індивідуальних заняттях, часто не переносяться у сферу спілкування за межі занять [5].

За даними деяких дослідників, при афазії підвищується як реактивний, так і особистісний рівень тривожності. Розлад мовленнєвої функції викликає значні зміни самооцінки хворого, змінюється уявлення хворого про себе як особистість, емоційне ставлення до себе і до оточуючих. Особистісні реакції на свій стан залежать насамперед від індивідуальних особливостей хворого, а не від віку або тяжкості захворювання [7].

Зміни в емоційно-вольовій і психічній сферах хворого виявляються під час комплексних обстежень хворих у різні



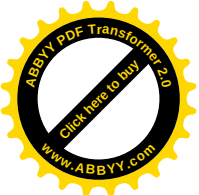
періоди захворювання, які проводяться різними спеціалістами: неврологами, нейропсихологами, логопедами. Постійно проводиться робота з удосконалення вже існуючих і роблять спроби щодо залучення новітніх засобів і методик, які б сприяли підвищенню ефективності логопедичної роботи при афазії, ураховуючи стан емоційно-вольової та психічної сфери хворих, які перенесли інсульт. Для успішного застосування вони повинні характеризуватися достатньою ефективністю, простотою використання та не потребувати спеціальних умов для їх проведення. Для підвищення ефективності відновлювального процесу доцільно застосувати точковий масаж.

Мета дослідження – розробити методику застосування точкового масажу при афазії в осіб післяінсультного стану з вираженими емоційно-вольовими змінами й особистісними реакціями на своє захворювання.

Рефлексотерапевтичні методи є чи не єдиними із групи традиційних методів лікування, що дійшли до нас з глибокої давнини в достатньо повному обсязі й успішно використовуються в сучасній лікувально-реабілітаційній практиці. Простота виконання точкового масажу та його ефективність сприяють широкому поширенню цього методу і дають можливість усувати дисрегуляцію центральної та вегетативної нервової системи, впливати на емоційний стан людини, знімати напруження, збудливість, тривожність, депресивні стани [2].

Під час точкового масажу в організмі людини виробляється ціла низка біологічно активних речовин, у тому числі й ендогенні опіати – ендорфіни й енкелафаліни, які відіграють істотну роль в усуненні порушень психоемоційної сфери післяінсультних хворих з афазією.

Сутність точкового масажу зводиться до механічного подразнення невеликих ділянок (2–10 мм) поверхні шкіри, які



названі біологічно активними точками (БАТ), оскільки в них розміщується велика кількість нервових закінчень. На сьогодні вчені і фахівці описали близько 700 БАТ, з них найчастіше використовуються 140–150.

Після чіткого вивчення розміщення БАТ й оволодіння вмінням регулювати силу натиску на них, залежно від місця їх розміщення, добирають точки дії. Вони визначаються насамперед характером захворювання й основними його симптомами. При цьому велике значення є стадія захворювання (гостра або хронічна), ступінь тяжкості розвитку патологічного процесу, його давність тощо. Перші процедури повинні бути короткими, щоб перевірити реакцію організму на дію точкового масажу. Якщо виникають які-небудь неприємні відчуття або якщо через 3–5 процедур не спостерігається позитивний ефект, масаж припиняють [3].

Точковий масаж при афазії проводиться в комплексі з логопедичними заняттями і психотерапією та спрямовується на нормалізацію функціонування центральної і вегетативної нервової системи, психоемоційного стану пацієнта, на підвищення його працездатності. На підставі теоретичного аналізу (В. І Дубровський, Ю. А. Ісаєв) ми встановили послідовність проведення сеансу точкового масажу. Передусім масажуються точки загальної дії: LI 4 хе-гу справляє загальнозміцнювальну дію, нормалізуючий вплив на весь організм; LI 11 цюй-чи справляє м'яку загальнозміцнювальну і нормалізуючу дію; TE 5 вай-гуань – досить важлива точка при астенічному стані, безсонні, порушеннях мовлення артикуляторно-голосового характеру; ST 36 цзу-сань-лі – одна з важливих точок з широким спектром дії, оскільки справляє нормалізуючу, регулюючу, загальнозміцнювальну дії на різні



органи і системи організму; SP 6 сань-інь-цзяо – знімає емоційну лабільність, ефективна при перевтомі, неврастенії, психастенії.

Після впливу на точки загальної дії масажують такі точки: НТ 7 шень-мень – справляє загальну седативну дію на організм, усуває відчуття неспокою, підвищену вразливість, коливання настрою, відчуття власної неповноцінності, невпевненість у собі, сенситивність, тривожну недовірливість, неподоланий страх мовлення; GV 11 шень-дао застосовується при неврастенії та дратівливості; GV 15 я-мень нормалізує розлад мовлення; GV 20 бай-хуень усуває напруження психоемоційної системи; РС 6 ней-гуань нормалізує судинний тонус, знімає тривожні й маніакальні стани; CV 17 тань-джун – на думку китайських лікарів, заряджає організм енергією, SP 1 інь-бань сприяє встановленню бадьорості і гарного настрою.

Зазначені точки масажують симетрично, седативним, заспокійливим методом по 5 хв кожен. Седативний метод передбачає прийом помірного натискання на точку з круговим обертанням за годинниковою стрілкою і з поступовим підвищенням сили тиску та затримкою пальця, яким масажують на глибині. Обертальні рухи повинні викликати відчуття оніміння, ломоти, приємного тепла, електричного струму. Прийом повторюють 3–4 рази з поверненням щоразу до початкового положення, не відриваючи палець від початкової точки.

У середньому загальна кількість процедур точкового масажу становить 10–12 щоденних сеансів. Повторний аналогічний курс проводиться через 2–3 тижні.

Висновки. Точковий масаж є дієвим і доступним методом впливу на психоемоційний стан хворих із постінсультною афазією. За умови правильного застосування не має побічних дій. Розроблена методика застосування точкового масажу при афазії в



осіб післяінсультного стану з вираженими емоційно-вольовими та особистістисними змінами у психічній сфері може успішно використовуватися фахівцями лікувально-профілактичних, педагогічно-реабілітаційних та інших спеціалізованих закладів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бурлакова М. К. Речь и афазия / М. К. Бурлакова – М. : Медицина, 1997. – 280 с.
2. Дубровский В. И. Точечный массаж / В. И. Дубровский. – М. : Знание, 1988. – 98 с.
3. Исаев Ю. А. Сегментарный и точечный массаж в клинической практике / Ю. А. Исаев. – К., 1993. – 318 с.
4. Обухівська А. Г. Соціальна роль логопеда в системі надання допомоги населенню / А. Г. Обухівська // Педагогіка та методика спеціальні : зб. Наук. статей НПУ ім. М. П. Драгоманова. – К. : НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2001. – Вип. 1. – С. 56–59.
5. Цветкова Л. С. Афазия и восстановительное обучение / Л. С. Цветкова – М. : МПСИ ; Воронеж : Модэк, 2001. – 256 с.
6. Чикало О. В. До проблеми реабілітації у відновний період інсульту / О. В. Чикало, Н. В. Атамась, Р. В. Данько [та ін.] // Лікарська справа. – 2002. – № 5–6. – С. 46–49.
7. Шкловский В. М. Социально-психологические аспекты реабилитации больных с афазией / В. М. Шкловский // Журнал невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – М. : Медицина, 1982. – С. 248–252.



Міхєєнко О. І.
СумДПУ ім. А. С. Макаренка

ГОЛОВНІ ПРИЧИНИ НЕДОТРИМАННЯ ПРАВИЛ І НОРМ ЗДОРОВОГО СПОСОБУ ЖИТТЯ

Ставлення до здоров'я є одним із центральних, але поки що недостатньо розробленим питанням психолого-педагогічних аспектів формування здорового способу життя людини. Конкретні різновиди ставлення до здоров'я віддзеркалюються у діях, вчинках, переживаннях, судженнях щодо факторів, які впливають на фізичне, психічне та соціальне благополуччя індивіда.

Як правило, людина, поки відчуває себе відносно здоровою, не витрачає сил і часу, необхідних для підтримання здоров'я, а позитивні устремління до зміцнення свого здоров'я часто залишаються мріями, які не реалізуються практично. Здоров'я набуває актуальної життєвої необхідності лише тоді, коли з ним вже почали виникати проблеми. У зв'язку з цим виникає необхідність відшукати причини негігієнічної поведінки з метою більш ефективного залучення населення до здорового способу життя.

Формуванню адекватного ставлення людини до власного здоров'я перешкоджає низка різноманітних факторів. Одним із таких факторів, з погляду психології, є так званий **феномен “нереалістичного оптимізму”**, на якому ґрунтується нездорова поведінка в цілому (недотримання режиму, нераціональне харчування, шкідливі звички і т. ін.). Формуванню даного феномену сприяють психологічні фактори, серед яких найбільш вагомими є відсутність особистого досвіду хвороби, невиправдана переконаність у тому, що якщо захворювання ще немає, то воно не виникне і в майбутньому, безпідставна впевненість, що у випадку виникнення хвороби з нею можна буде



легко впоратися без будь-яких власних зусиль, лише шляхом застосування лікарських засобів [3; 5].

Інертність і неочевидність зворотних зв'язків, коли результат праці над власним здоров'ям не відразу стає помітним, також є вагомою причиною негігієнічної поведінки людини. Відсутність миттєвого ефекту не сприяє стимуляції систематичної праці з удосконалення свого здоров'я і, навпаки, створює ілюзію безкарності. Проте тіло і розум не забувають досвіду минулого, а фундамент здорової старості закладається в молодості. Якщо людина палить по двадцять цигарок на день, вживає алкоголь, гнівається, не спить ночами і т. ін., вона деякий час може й не відчувати наслідків своєї поведінки. Проте нічого не проходить безслідно. Іноді потрібні роки і навіть десятиріччя, перш ніж стануть очевидними згубні наслідки неправильного способу життя. Неусвідомленість реальної небезпеки, яка здається надто далекою та малоймовірною, стає причиною байдужого ставлення до свого здоров'я, у той час як приємні відчуття від “гарної” цигарки чи надмірної трапези вмиль приносять насолоду. Здоров'я набуває актуальної життєвої необхідності лише тоді, коли з ним вже почали виникати проблеми.

Повільно реалізуються зворотні зв'язки не тільки на негативний, але й на позитивний вплив. Наприклад, процес адаптації до режиму регулярних оздоровчих тренувань на початкових етапах може тривати від кількох місяців до кількох років. Займаючись оздоровчими практиками, не слід розраховувати на швидкий, миттєвий результат [2].

Однією з вагомих причин нездорової поведінки населення є **брак необхідних знань про здоров'я, або невміння чи небажання реалізовувати їх практично**. Стосовно теоретичних знань, необхідно зазначити, що валеологія як наука – це ключ до



шляхів формування здоров'я, таємницю яких можна відкрити, але не скористатися ними. Володіння інформацією про загальні принципи здорового способу життя не дає гарантій зміцнення здоров'я, а ступінь змістовно-якісної досконалості підручників є необхідною, але не достатньою умовою для забезпечення здорового способу життя. Наука про здоров'я передбачає практичне застосування отриманих знань [2; 4].

Ставлення до здоров'я перебуває у прямій залежності від **рівня культури особистості**. Чим вищий рівень загальної культури і освіченості людини, тим більше в неї можливостей створити собі оптимальні умови життя. Довше живуть, як правило, ті люди, які здобули вищу освіту, добре заробляють і досягли помітного становища в суспільстві. Вплив соціальних факторів на тривалість життя людини нині суттєво зріс. Освіченість вважається однією з важливих передумов для досягнення глибокої старості. Кожний додатковий рік навчання, вважають вчені, подовжує життя, як мінімум, на кілька років.

Далеко не кожен здатен подолати властивий людині **“могутній рефлекс лінощів”** (М. М. Амосов) і знайти в собі силу волі для постійної та наполегливої праці на шляху оздоровлення. Лінощі можуть маскуватися і набувати найрізноманітніших форм. Завжди можна знайти вагомі аргументи, щоб, наприклад, не займатися фізичними вправами. Утім той, хто справді хоче чогось досягти, шукає можливість, а хто не хоче, обов'язково знайде причину [1].

Так званий **соціальний тиск** часто змушує людей вести нездоровий спосіб життя. Наприклад, роль референтних груп у підлітків як фактор залучення їх до паління, вживання алкоголю чи наркотиків. Діти часто бояться, що їх засудять однолітки. Реклама, дешеві та легкодоступні цигарки часто підштовхують молодь до тютюнопаління. У зв'язку з цим велике значення має



спрямованість державної політики на охорону здоров'я населення [6].

Схильність до наслідування прикладу батьків, поведінки інших дорослих або однолітків та копіювання їх дій, а також поведінки, яка схвалюється оточенням, може полегшувати або, навпаки, ускладнювати вирішення цієї проблеми. Життя дорослих є потужним чинником виховання дітей, адже батьки – авторитет і приклад для дітей у всьому. Так, у батьків, які палять, ризик того, що діти також будуть палити у 8–10 разів більший, ніж у батьків, які не мають такої звички. Особистий приклад завжди більш дієвий, ніж будь-яка лекція. Недаремно, на Сході говорять: щоб дати оцінку Вченню, треба поглянути на Вчителя. Гарні думки і правильні вчинки можуть з'являтися тільки від спілкування з гарними людьми, тому неабиякого значення набувають особливості кола спілкування. Звідси й приказки: “Скажи мені, хто твій друг, і я скажу, хто ти”, “З ким поведешся, того й наберешся”.

Отже, здоров'я вимагає певних знань і зусиль, але цього недостатньо. Ще треба мати щастя в житті. Серйозною причиною лінощів та небажання дбати про своє здоров'я є **відсутність задоволеності життям, втрата сенсу життя, духовний дискомфорт**. “Якщо немає щастя в житті, то де знайти стимул для зусиль, щоб напружуватися і голодувати?” (М. М. Амосов).

Є багато мудрих висловів, настанов, приказок, однак чи багато людей, які знають їх, такі мудрі в житті? Більшість із тих, хто висловлював надзвичайно глибокі істини, у житті далеко не завжди дотримувалися їх. І заважають не відсутність волі, не людські слабкості, а щось більше і потужніше, що лежить у глибині людської натури. Тобто, теоретично людина знає, як правильно треба діяти, а практично не може це втілити. Очевидно, те, що лежить в основі людської натури і не дозволяє



дотримуватися мудрих настанов, належить до особливостей свідомості та тісно пов'язане з **рівнем духовного розвитку людини**.

На відміну від матеріалістичної аксіоми “Буття визначає свідомість”, справедливою є і протилежна формула: свідомість визначає буття. Саме свідомість детермінує спосіб мислення, погляди на життя, критерії добра і зла, розуміння своєї життєвої мети й установки і, зрештою, визначає поведінку і життя індивіда. Таким чином, змінюючи свідомість, можна змінити буття.

У результаті тривалого і складного процесу еволюції свідомості і духовного зростання, відбуваються зміни інформаційно-енергетичних характеристик, що, у свою чергу, позначається на виборі відповідних уподобань, ідеалів, цінностей тощо. Очевидно, існує і зворотний зв'язок, коли, обираючи ту чи іншу інформацію, енергію і речовину, можна впливати на певні структури свідомості та сприяти своєму духовному зростанню.

Висновки. На спосіб життя людини впливає низка різноманітних чинників як суб'єктивного, так і об'єктивного характеру. Вирішення оздоровчих завдань вимагає комплексного підходу із залученням широкого спектру засобів освіти і виховання, а також соціальної, економічної, політичної та ін. галузей суспільства.

ЛІТЕРАТУРА

1. Амосов Н. М. Энциклопедия Амосова. Алгоритм здоровья. Человек и общество. / Н. М. Амосов – Донецк: Сталкер, 2002. – 464 с.
2. Белов В. И. Валеология: здоровье, молодость, красота, долголетие. / В. И. Белов, Ф. Ф. Михайлович – М.: Недра коммюникейшенс Лтд, 1999. – 664 с.



3. Лісова О. С. Психологія здоров'я: Навч.-метод. посібник. / О. С. Лісова – Чернівці: Рута, 2001. – 122 с.

4. Міхеєнко О. І. Валеологія: Основи індивідуального здоров'я людини: Курс лекцій. / О. І. Міхеєнко – Суми: СумДПУ ім. А.С.Макаренка, 2006. – 328 с.

5. Никифоров Г. С. Психология здоровья: Учеб. пособие. / Г. С. Никифоров – СПб.: Речь, 2002. – 256 с.

6. Чарлтон Э. Основные принципы обучения здоровому образу жизни // Вопросы психологии. / Э. Чарлтон – 1997. – № 2. – С. 3 – 14.



НАШІ АВТОРИ

1. *Андросова Валентина Миколаївна* – старший викладач кафедри логопедії та біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.

2. *Арєшина Юлія Борисівна* – викладач кафедри фізичної реабілітації СумДПУ імені А. С. Макаренка, аспірант.

3. *Боряк Оксана Володимирівна* – викладач кафедри корекційної педагогіки і спеціальної психології СумДПУ імені А. С. Макаренка, аспірант кафедри логопедії Інституту корекційної педагогіки і психології НПУ імені М. П. Драгоманова.

4. *Бузинок Наталія Петрівна* – студентка, спеціальність «Корекційна освіта. Логопедія», Інститут фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка

5. *Бурла Олександр Михайлович* – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри олімпійського та професійного спорту СумДПУ імені А. С. Макаренка.

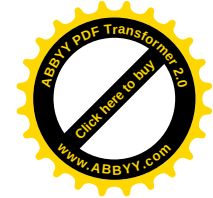
6. *Головенко Н. М.* – вчитель-логопед дошкільного навчального закладу № 17 м. Суми.

7. *Гурець Ольга Павлівна* – завідувач логопедичного пункту Глухівського міського відділу освіти.

8. *Гусєва Ніна Олександрівна* – вчитель-логопед першої категорії дошкільного навчального закладу (ясел-садка) № 8 «Космічний» м. Суми.

9. *Зелінська Катерина Олександрівна* – викладач кафедри логопедії та біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.

10. *Золотарьова Тетяна Вікторівна* – викладач кафедри корекційної педагогіки і спеціальної психології СумДПУ імені А. С. Макаренка, аспірант кафедри логопедії



Інституту корекційної педагогіки і психології НПУ імені М. П. Драгоманова.

11. *Картава Юлія Анатоліївна* – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри корекційної педагогіки і спеціальної психології СумДПУ імені А. С. Макаренка.

12. *Кійко Лариса Володимирівна* – вчитель-дефектолог загальноосвітньої школи I ступеня дитячого навчального закладу № 34 м. Суми.

13. *Корж Юрій Миколайович* – старший викладач кафедри фізичної реабілітації СумДПУ імені А. С. Макаренка.

14. *Коштур Яна Євгенівна* – кандидат педагогічних наук, викладач кафедри олімпійського та професійного спорту СумДПУ імені А. С. Макаренка.

15. *Кравцова Ірина Вадимівна* – спеціаліст вищої категорії, вчитель-логопед дошкільного навчального закладу № 12 м. Суми, член міської ПМПК.

16. *Кравченко Анатолій Іванович* – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач кафедри логопедії та біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.

17. *Кравченко Ірина Вікторівна* – викладач кафедри логопедії та біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.

18. *Крамінська Наталія Володимирівна* – вчитель-дефектолог дошкільного навчального закладу № 21 «Волошка» м. Суми.

19. *Кукса Наталія Вікторівна* – кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри фізичної реабілітації СумДПУ імені А. С. Макаренка.

20. *Ласточкін Віктор Миколайович* – викладач кафедри олімпійського спорту, аспірант кафедри теорії і методики фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.



21. *Ласточкина Олена Володимирівна* – викладач кафедри логопедії та біологічних основ фізичної культури, аспірант кафедри педагогіки СумДПУ імені А. С. Макаренка.

22. *Литвиненко Віталіна Анатоліївна* – викладач кафедри логопедії та біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка, аспірант кафедри фізичної реабілітації.

23. *Лисиця Яна Вікторівна* – студентка, спеціальність «Корекційна освіта. Логопедія», Інститут фізичної культури СумДПУ ім. А. С. Макаренка

24. *Лоза Тетяна Олександрівна* – кандидат педагогічних наук, професор, завідувач кафедри теорії і методики фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.

25. *Лянна Ольга Володимирівна* – викладач кафедри фізичної реабілітації СумДПУ імені А. С. Макаренка.

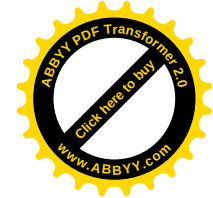
26. *Лянной Михайло Олегович* – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри теорії і методики фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.

27. *Мимоход Яна Володимирівна* – студентка, спеціальність «Корекційна освіта. Логопедія», Інститут фізичної культури СумДПУ імені А.С. Макаренка.

28. *Міхеєнко Олександр Іванович* – кандидат педагогічних наук, доцент кафедри фізичної реабілітації СумДПУ імені А. С. Макаренка.

29. *Міщенко Аліна Іванівна* – студентка, спеціальність «Корекційна освіта. Логопедія», Інститут фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.

30. *Мордвінова Аліна Віталіївна* – викладач кафедри фізичного виховання СумДПУ імені А. С. Макаренка.



31. *Мороз Людмила Василівна* – кандидат педагогічних наук, доцент, завідувач секції спеціальних освітніх методик кафедри логопедії та біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.

32. *Неліна Світлана Петрівна* – вихователь дитячого навчального закладу № 12 м. Суми.

33. *Омельченко Юлія Володимирівна* – студентка, спеціальність «Корекційна освіта. Логопедія», Інститут фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка

34. *Полуляшенко Михайло Сергійович* – викладач кафедри логопедії та біологічних основ фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка.

35. *Самчина Вікторія Василівна* – студентка, спеціальність «Корекційна освіта. Логопедія», Інститут фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка

36. *Симбірська Наталія Володимирівна* – студентка факультету історії та післядипломної освіти СумДПУ імені А. С. Макаренка.

37. *Стахова Лариса Львівна* – вчитель-логопед дитячого навчально-виховного комплексу № 9 м. Суми, керівник методичного об'єднання вчителів-логопедів дошкільних закладів м. Суми.

38. *Феденко Олена Олексіївна* – спеціаліст управління освіти і науки Сумської міської ради з питань дошкільної освіти.

39. *Чавдар Оксана Михайлівна* – студентка, спеціальність «Корекційна освіта. Логопедія», Інститут фізичної культури СумДПУ імені А. С. Макаренка

40. *Чхайло Микола Борисович* – заслужений тренер України, доцент кафедри олімпійського та професійного спорту СумДПУ імені А. С. Макаренка.



Наукове видання

Сучасні проблеми логопедії та реабілітації

Матеріали I обласної науково-практичної конференції

Суми: Вид-во СумДПУ ім. А.С. Макаренка, 2010 р.

Свідоцтво ДК № 231 від 02.11.2000 р.

Відповідальний за випуск *А.А. Сбруєва*

Комп'ютерний набір і верстка *К.О. Зелінська*

Здано в набір 04.01.10. Підписано до друку 03.02.10.

Формат 60x84/16. Гарн. Times. Друк ризограф. Папір офсет.

Умовн. друк. арк.14,1. Обл.-вид. арк. 11,1. Тираж 300. Вид. № 8.

Видавництво СумДПУ ім. А.С. Макаренка

40002, м. Суми, вул. Роменська, 87

Виготовлено у видавництві СумДПУ ім. А.С. Макаренка