

2. Ларіна Н. Б. Інноваційні моделі підвищення кваліфікації управлінських кадрів : навч.-метод. матеріали. К. : НАДУ, 2013. 52 с.
3. Національна доповідь про стан і перспективи розвитку освіти в Україні // НАПН України; за заг. ред. В. Г. Кременя. К.: Пед. думка, 2016. 448 с.
4. Пахомова М. В. Удосконалення механізмів державного управління професійним розвитком педагогічних працівників в системі неперервної освіти : дис. ... канд. наук з держ. упр.: 25.00.02 / Ін-т підгот. кадрів держ. служби зайнятості України. Київ, 2018. 244 с.
5. Пшенична Л. Післядипломна освіта – сучасні тенденції прогресу. Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології. 2016. № 3. С. 439–448.

Людмила Черніченко

ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ДІТЕЙ ІЗ ДИЗАРТРІЄЮ ТА ОСОБЛИВОСТІ ЛОГОПЕДИЧНОГО СУПРОВОДУ СІМЕЙ

У дослідженнях останніх років неухильно простежується тенденція зростання кількості дітей з відхиленнями фізичного та психічного здоров'я, що зумовлено біологічними, екологічними, соціально-психологічними та іншими чинниками, а також їх поєднанням.

Дизартрія є одним із самих розповсюджених розладів мовлення, її значення як проблеми на даний момент різко зростає, оскільки недостатність рухового відділу центральної нервової системи у ранньому дитячому віці стає все більш звичним явищем [1, с. 193].

Дизартрія розглядається як порушення вимовної сторони мовлення, яке виникає внаслідок органічного ураження центральної нервової системи. Порушення іннервації м'язового артикуляційного апарату, пов'язані з ураженням як периферичної, так і центральної нервової системи є причиною недоліків звуковимови, порушення голосоутворення, зміни темпу мовлення, ритму, інтонації, міміки, дикції, що призводить до важкого розладу усєї мовленнєвої діяльності.

Етіологія, симптоматика дизартрії, механізми її розвитку, форми, патогенез, клінічні прояви, діагностика, структура дефекту, психолого-педагогічна характеристика та методи корекції мовлення дітей з дизартрією досить повно розглядаються в дослідженнях Р. Бабенкової, О. Вінарської, Л. Волкової, М. Ейдінової, М. Іполітової, Н. Жукової, О. Мастюкової, І. Мамайчук, М. Поваляєвої, Т. Філічової, Г. Чиркіної та ін.

Діти з дизартрією за клініко-психологічної характеристики можуть бути умовно розділені на кілька груп залежно від їх загального психофізичного розвитку:

1. дизартрія у дітей з нормальним психофізичним розвитком;

2. дизартрія у дітей з церебральним паралічем;
3. дизартрія у дітей з олігофренією;
4. дизартрія у дітей з гідроцефалією;
5. дизартрія у дітей із затримкою психічного розвитку;
6. дизартрія у дітей з мінімальною мозковою дисфункцією [2].

Для більшості дітей з дизартрією характерна крайня збудливість, яка пов'язана з різною неврологічною симптоматикою, в зв'язку з чим гри, не контрольовані вихователем, знаходять часом досить неорганізовані форми. Часто діти даної категорії взагалі не можуть зайняти себе певним справою, що говорить у них про недостатню сформованість спільної діяльності.

Передбачуване прогнозування дизартрії можна спостерігати з самого народження дитини. Асиметрія положення тіла, фіксовані пози голови, кінцівок; надмірне вигинання або згинання дитини; наявність насильницьких рухів, судом; невідповідність розвитку дитини параметрам нормального моторного та психомовленнєвого розвитку; порушення його життєвого ритму; підвищена нервозність малюка або слабка його реакція на оточуючих людей, на звуки або на іграшки; швидко прогресуюче збільшення голови або її малі розміри, вибухання великого тім'ячка – все це є приводом звернутися до фахівців для більш детального обстеження і активного проведення регулярних програм відновного лікування.

При дизартрії присутня неврологічна симптоматика, яка виявляється в ході спеціального обстеження із застосуванням функціональних навантажень. Загальномоторна сфера дітей з дизартрією характеризується уповільненими, незграбними, скутими, недиференційованими рухами. Іноді рухливість надмірна, рухи є непродуктивними і безцільними. Також характерні порушення дрібної моторики, які проявляються переважно в порушенні точності, швидкості і координації рухів. Всі ці симптоми при дизартрії у дітей без порушень опорно-рухового апарату проявляються у менш вираженій формі [2].

Особливості мовленнєвої моторики у дошкільників з дизартрією обумовлені порушенням функціонування тих рухових нервів, які беруть участь в артикуляції. Особливо часто порушуються диференційовані рухи губ, кінчика і спинки язика. В одних випадках спостерігаються деяка скутість рухів, неможливість виконання складних рухів, в інших – рухове занепокоєння, гіперкінези язика і мускулатури обличчя, труднощі або неможливість знаходження та утримання заданих артикуляційних поз, синкінезія (рухи нижньої щелепи при підніманні язика вгору і т.д.).

У дітей з дизартрією страждає не тільки рухова ланка. Мають місце розлади кінестетичного сприйняття артикуляційних поз і рухів. Порушення зворотної кінестетичної афференції може затримувати інтеграцію різних функціональних систем, що мають безпосереднє відношення до мовленнєвого процесу (рухово-кінестетичної, слухової та зорової систем) [2].

Психічне життя кожного періоду вносить свої типові риси психологічних новоутворень у розвиток дитини. У всіх періодах психічне

життя дитини вплетене у соціальне життя оточуючих людей, а соціальне життя є водночас її психічним життям. Вся діяльність немовляти здійснюється через дорослого. Шлях через інших, через дорослих – основний шлях діяльності дитини в дошкільному віці. Тому саме сім'я має розглядатися як основний стабілізуючий та розвивальний фактор розвитку дитини [1, с. 194].

Логопедичний супровід сімей, що виховують дитину з дизартричними розладами, має особливості у всіх вікових періодах. Завданням цих періодів є адекватна оцінка батьками мовлення власної дитини, що досягається ознайомленням батьків з нормами мовленнєвого розвитку у даному віці, причинами та наслідками мовленнєвих порушень, основними напрямками корекційно-педагогічної роботи.

Завданням роботи логопеда є не тільки робота з корекції мовлення, а й вивчення особливостей кожної дитини і визначення оптимальних умов для нормалізації її емоційного та психічного стану.

Також необхідними є індивідуальні заняття логопеда з дитиною у присутності матері, консультування сім'ї та найближчих рідних. Якщо характер порушень дозволяє, дитину направляють до групи мовленнєвої корекції, де створюються спеціальні умови для формування у дитини вікових психологічних новоутворень, провідної та типових видів діяльності, проводиться корекція вторинних відхилень у розвитку, заняття з батьками. Спільне перебування з дитиною на заняттях дозволяє освоїти батькам практичні навички роботи з дитиною в домашніх умовах. Забезпечення надання відповідної ролі батькам у процесі нормалізації перебігу розвитку мовлення дитини за умови постійної взаємодії логопеда і родини реалізує сучасний сімейно-центрований підхід у практиці логопедичної роботи.

Отже, здійснення логопедичної роботи в межах тріади «дитина-логопед-сім'я» з раннього віку в організованому логоінформаційному просторі забезпечує підвищення ступеня обізнаності, підвищення мотиваційної потреби батьків у контролі мовленнєвого розвитку дитини та свідомого пошуку логопедичної допомоги у випадках наявності порушення мовлення, а також підвищення ефективності логопедичної допомоги.

Список використаних джерел

1. Тубичко Ю. О. Стан мовленнєвого розвитку у старших дошкільників зі стертою формою дизартрії як передумова оволодіння письмовим мовленням. *Наука і освіта*. 2010. № 6. С. 192–197;
2. Шеремет М. К., Ревуцька О. В. Логопедія (корекційна робота при дислалії): навчальний посібник. К. 2009. 244 с.;
3. Шеремет М. К. Логопедія: підручник. Вид. 3-тє, перер. та доповн. К.: Видавничий Дім «Слово», 2015. 776 с.