

УДК 372.461:616.89-008.434.3

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕМПО-РИТМІЧНОЇ СТОРОНИ МОВЛЕННЯ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ДИЗАРТРІЄЮ

Боряк О.В.

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

У статті визначено основні напрями експериментальної методики дослідження темпо-ритмічної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією та дітей без порушень мовленнєвого розвитку. Наданий порівняльний аналіз результатів, отриманих під час проведення експерименту.

В статті определены основные направления экспериментальной методики исследования темпо-ритмической стороны речи детей старшего дошкольного возраста с дизартрией и без нарушений речевого развития. Предоставлен сравнительный анализ результатов, полученных во время проведения эксперимента.

In the article in clause the basic directions and ways of research of as component prosodic in structure of infringement are designated at the dizartriya. The analysis fulfils task by children with norm and close to the dizartriya speech infringements is lead.

Ключові слова: дизартрія, компоненти просодичної сторони мовлення, темпо-ритмічна сторона мовлення.

Ключевые слова: дизартрия, компоненты просодической стороны речи, темпо-ритмическая сторона речи.

Key words: dizartriya, component prosodic speech, infringements is lead.

Сучасні дослідження в галузях логопедії, психофізіології, нейропсихології, лінгвістики і психолінгвістики переконливо доводять складність структури мовленнєвої діяльності, її функціональних систем, рівнів та підрівнів. Відомо, що мовлення відбувається на внутрішньому і зовнішньому рівнях – у психологічному і фізіологічному планах вирішення мовленнєвих завдань. Внутрішній рівень мовленнєвої діяльності передбачає оперування смислами різної ієрархічності, а зовнішній – організацію і здійсненням мовленнєво-рухових актів шляхом координації функції дихального, голосового і артикуляційного апаратів та за участю мовленнєво-слухового контролю. Така складна система зв'язків між функціями різних рівнів можлива за умови нормального психофізичного розвитку суб'єкта мовленнєвої діяльності. Навпаки, порушення психофізичних функціональних структур призведе до порушення або неможливості здійснення мовлення [1, с.12].

Сучасний стан розвитку логопедії характеризується вдосконаленням науково-теоретичного й методичного апарату обстеження мовлення дітей, розробкою інтегрованих комплексних заходів і методик з метою створення єдиної комплексної методики яка б здійснювала всебічний мовленнєвий розвиток дітей. У зв'язку з цим перед нами постало завдання вивчити стан просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Тому метою даної статті є ознайомлення з результатами дослідження темпо-ритмічної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією та дітей без порушень мовленнєвого розвитку (далі БПМР) в контексті наукового дослідження «Корекція просодичної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією засобами логопедичної ритміки».

Мета нашого дослідження була втілена в наступних завданнях: по-перше, освітити методику обстеження таких компонентів просодичної сторони мовлення (далі ПСМ) як темп, ритм; по-друге, ознайомити з результатами дослідження; по-третє, скласти порівняльну таблицю стану темпо-ритмічної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією та БПМР.

Термін «дизартрія» походить з латинської і в перекладі означає розлад членороздільного мовлення [3, с.148]. У спеціальній педагогіці дизартрія визначається як порушення звуковимови, голосоутворення і просодики, що обумовлене недостатністю іннервації м'язів мовленнєвого апарату, дихального, голосового, артикуляції (О.Ф.Архипова, Л.В.Лопатіна, О.М.Правдіна-Вінарська, З.М.Серебрякова та ін.). При дизартрії порушується руховий механізм мовлення за рахунок органічного ураження центральної нервової системи. Структуру дефекту при дизартрії складає порушення всієї вимовної сторони мовлення і немовленнєвих процесів, загальної та дрібної моторики, просторових уявлень та ін. Структура дефекту в спеціальній літературі представлена достатньо широко [3].

Під час розробки методики дослідження мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку ми

керувалися положенням про те, що всебічне уявлення про стан і особливості формування в дитини мовлення як засобу комунікації з оточуючими людьми, можна отримати лише у процесі комплексного медико-психолого-педагогічного обстеження, лінгвістичного аналізу мовленнєвої діяльності дитини (Л.С.Виготський, Н.С.Жукова, Р.Є.Левіна, Т.В.Скрипник, Є.Ф.Соботович, Л.Ф.Спірова, В.В.Тарасун, М.К.Шеремет).

З урахуванням вищевикладеного методологія нашого дослідження базується на сучасних загально-лінгвістичних уявленнях про ПСМ; ґрунтується на вихідному положенні про розмежування мовленнєвих операцій сприйняття та породження мовленнєвих висловлювань як двох різних видів мовленнєвої діяльності, а також про випередження розвитку процесу сприйняття просодичної організації в онтогенезі по відношенню до процесу її народження; сучасних уявленнях про симптоматику та структуру мовленнєвого дефекту у дітей з дизартрією.

Констатувальний експеримент нашого дослідження складався з трьох етапів: перший – орієнтовний, метою якого було з'ясувати особливості мовленнєвого розвитку дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Другий етап констатувального експерименту – основний. Метою даного етапу було виявити особливості сприймання та відтворення КПСМ дітьми старшого дошкільного віку з порушеннями мовленнєвого розвитку (дизартрією) та дітьми БПМР. Третій етап – заключний. Метою даного етапу було провести порівняльний аналіз результатів обстеження рівнів (за шкалою балів) сформованості КПСМ у дітей старшого дошкільного віку з дизартрією та зіставлення їх з нормативними показниками розвитку.

У результаті науково-теоретичного аналізу вітчизняних та зарубіжних опрацьованих літературних джерел з даної проблеми дослідження ми вважаємо правильним визначити такі КПСМ, як частота основного тону (далі ЧОТ), мовленнєве дихання, ритм, темп, мелодика, фонетичні ознаки голосу (тембр, сила, гучність), розташування наголосу та пауз.

У вітчизняній науці відсутні цілісні методики дослідження КПСМ дітей старшого дошкільного віку, що висвітлювали би всі її сторони. У зв'язку з цим дану методику дослідження розроблено з використанням існуючих адаптованих діагностичних методик (автори О.Ф.Архипова, Г.А.Волкова, Р.Є.Лалаєва, Л.В.Лопатіна) й у відповідності до вимог програм загальноосвітніх дошкільних закладів та Базового компонента дошкільної освіти з розвитку мови і мовлення. Експериментальна діагностична методика, на відміну від існуючих, містить завдання на визначення рівня розвитку всіх складових компонентів мовлення, що в цілому дає уявлення про стан сформованості мовленнєвої діяльності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією та дітей БПМР.

Відтак, у залежності від способу виконання й оцінки завдань, такі КПСМ як ритм, темп ми ранжували за п'ятьма рівнями.

Оцінювання самостійності виконання:

- *високий рівень* (4 бали) – самостійна відповідь (діагностичний матеріал відтворений самостійно після першої демонстрації);
- *достатній рівень* (від 3 до 4 балів) – частково самостійна відповідь (діагностичний матеріал був відтворений після повторної демонстрації);
- *середній рівень* (від 2 до 3 балів) – несамостійна відповідь (діагностичний матеріал був відтворений після багаторазового повторення (4 – 5 разів));
- *низький рівень* (від 1 – 2 балів) – несамостійна відповідь (спроби відтворити діагностичний матеріал з допомогою експериментатора після багаторазового повторення та пояснення);
- *початковий рівень* (0 - 1 балу) – відмова від відповіді.

Оцінювання правильності виконання:

- *високий рівень* (4 бали) – правильна відповідь (усі запропоновані діагностичні завдання виконані точно);
- *достатній рівень* (від 3 до 4 балів) – частково правильне виконання (діагностичний матеріал був відтворений після повторної демонстрації) з незначною кількістю помилок;
- *середній рівень* (від 2 до 3 балів) – частково правильне виконання з великою кількістю помилок (діагностичний матеріал був відтворений після багаторазового повторення (4 – 5 разів) зі значною кількістю помилок);
- *низький рівень* (від 1 – 2 балів) – неправильне виконання (спроби відтворити діагностичний матеріал з великою кількістю помилок після багаторазового повторення, з допомогою експериментатора);
- *початковий рівень* (0 – 1 балу) – відмова від виконання, завдання залишається незрозумілим.

У даній статті ми зупинимося тільки на методиці та результатах обстеження темпо-ритмічної сторони мовлення дітей старшого дошкільного віку з дизартрією та дітей БПМР.

У спеціальній літературі існують різноманітні підходи для вимірювання темпу мовлення. У нашому дослідженні ми вирішили визначити за одиницю вимірювання темпу кількість звуків за секунду, яку запропонувала Г.А.Волкова.

Під час дослідження був використаний метод аудиторської оцінки, до якого залучили вимірювальний механізм (секундомір). Під час виконання завдань темп мовлення дитини оцінювався за трьома критеріями:

- нормальний (природний для людини, яка говорить) – 10-12 звуків за секунду;

- швидкий (що перевищує нормальний) – більше, ніж 13-15 звуків за секунду;
- повільний (нижчий за нормальний, уповільнений) – менший, ніж 10 – 12 звуків за секунду.

Дослідження темпової організації мовлення дітей проводилося за двома напрямками:

1. Дослідження сприймання темпу дітьми (ігрові завдання «Гусинь та Мураха», «Комахи»). Мета завдань – визначити рівень сформованості сприйняття та слухової диференціації темпу за основними ознаками: повільний, швидкий, помірний.

2. Дослідження відтворення темпу дітьми («Повтори речення», «Розкажи вірш», «Відтвори склади в різному темпі», «Склади розповідь за малюнком» або проведення бесіди на задану тему «Моя родина»). Мета завдань – дослідити відносний, визначити абсолютний темп мовлення дитини, рівень сформованості вміння змінювати темп мовлення на основі зорового та слухового сприймання.

Перша серія завдань на дослідження темпової організації мовлення включала чотири фрази по одній синтагмі кожна. Ці фрази повторювалися дітьми за експериментатором і записувалися на диктофон. Під час прослуховування експериментатор секундоміром фіксував час, протягом якого були відтворені ці фрази. Після проведення дослідження підраховувалася кількість звуків за секунду, яку вимовила дитина. Визначався відносний темп мовлення без урахування пауз між фразами під час звучання.

За даними дослідження Seymour (1975), середній темп мовлення складає 119 сл./хв., дуже повільний – 58 сл./хв., дуже швидкий – 188 сл./хв. [4]. Ці дані ми враховували під час аналізу проб темпової організації мовлення дітей старшого дошкільного віку при проведенні бесіди на задану тему.

Результати дослідження темпової організації мовлення дітей старшого дошкільного віку фіксувалися в протоколі обстеження.

У спеціальній літературі, присвяченій дослідженню фонетичного компоненту мовлення дітей із дизартрією, наголошується на тому, що існує суттєва кореляція між порушеннями ПСМ, з однієї сторони, та рівнем виконання завдань на сприйняття та відтворення ритму, з іншої (Лопатіна Л.В., 1989; Копачевська Л.О., 2000).

Дослідження ритмічної здатності виявляють можливості слухового аналізу ритмів (особливо проби на виявлення кількості ударів). Їх виконання припускає свідому, довільну мовленнєву дію з визначення кількісної структури ритмічної групи. Успішне виконання завдань можливо лише при достатній сформованості суцесивного аналізу та синтезу, а також слухової пам'яті (І.В.Поварова). Завдання на трансформацію звукового ритму не припускають участі мовлення, усвідомлення кількісної структури і виконання завдань здійснюється на мимовільному рівні [2, с.168].

Запропонована нами методика дослідження містила завдання на обстеження слухового, зорового сприймання, відтворення різних ритмічних структур, на обстеження слухомоторних диференціацій, трансформацію зорово-просторової схеми в звуковий ритм («Прослухати та визначити кількість та якість запропонованих ударів», «Відтворити ритмічну серію ударів», «Прослухати та відтворити ритмічні малюнки за допомогою складів ПІ – ТА», «Відтворити ритмічний малюнок з опорою на зображення ритмічної схеми», «Відтворити ритмічний малюнок знайомого вірша або пісні»).

Експериментальне дослідження було проведене на базі НВК – дошкільний заклад № 34 м. Суми, ДНЗ № 20 «Усмішка» для дітей з порушеннями опорно-рухового апарату м. Суми, ДНЗ № 26 «Ласкавушка» м. Суми, спеціальних ДНЗ №№193, 248, 174 м. Одеси. Нами було обстежено 102 дитини старшого дошкільного віку з дизартрією та 54 дитини того ж віку без порушень мовленнєвого розвитку.

Дослідження особливостей темпової організації мовлення дітей старшого дошкільного віку свідчать: дослідження темпу в дітей з дизартрією та БПМР на рівні сприймання не виявило значних розбіжностей у можливостях точного сприйняття. Діти з дизартрією практично безпомилково визначали темп музичних творів, диференціювали темп за основними ознаками: повільний, швидкий, помірний.

Аналіз результатів дослідження показав, що серед дітей з дизартрією змогли виконати завдання правильно (на високому та достатньому рівнях) 78,9% дітей з псевдобульбарною спастичною дизартрією; 61,66% дітей – з псевдобульбарною паретичною. Діти БПМР показали високий рівень виконання завдань: 88,3% дітей із задоволенням, самостійно і швидко виконали завдання після першого пред'явлення. Помилки носили випадковий характер, у ряді випадків самостійно виправлялися дітьми без повторного прослуховування музичних уривків. Темп мовлення дітей БПМР у 25% (13) був прискореним (125-130сл./хв.), у 15% (8) – уповільнений в легкому ступені (98 – 105 сл./хв.).

Дослідження темпової організації мовлення дітей свідчать: темп мовлення у дітей БПМР коливається від 9 до 13 звуків за секунду, що відповідає показникам нормованого мовлення.

У дітей з дизартрією спостерігаються незначні відхилення: 38% (39) від загальної кількості дітей з дизартрією мали оптимальний темп, при якому мовлення було зрозуміле для оточуючих (109 – 119 сл./хв.). У інших 62% (63) випадків темп мовлення був уповільненим (в межах 68 – 90 сл./хв.).

Завдання на визначення рівня сформованості вміння змінювати темп мовлення на основі зорового сприймання дітьми БПМР виконувалися швидко, самостійно. Високий рівень виконання продемонструвало 76,4% (41)

дітей, достатній – 14,7% (8) дітей, середній рівень виконання – 8,9% (5) дітей.

Для дітей з дизартрією аналогічні завдання викликали певні труднощі. Високий рівень виконання мали 24,6% (25) дітей з дизартрією, достатній – 46,4% (47) дітей, середній – 18,7% (19) дітей, низький – 10,3% (11) дітей старшого дошкільного віку з дизартрією. Дані результати, на нашу думку, пояснюються в першу чергу розгальмованістю (або навпаки загальмованістю) психічних процесів, високим рівнем відволікання дітей під час виконання завдань, низьким рівнем довільної уваги під час пояснення завдання експериментатором.

Дослідження особливостей ритмічної здатності виявило значні розбіжності у можливостях сприйняття та відтворення ритмічних структур між дітьми з дизартрією та БГМР.

У дітей старшого дошкільного віку з дизартрією відзначалися труднощі вже на рівні сприйняття ритмічних структур. Більшість з них виконували завдання тільки після додаткового прослуховування та пояснення (див. табл.1).

Таблиця 1

Назва напрямку дослід-я ритмічної здатності	Діти з дизартрією										Діти БГМР				
	Рівень виконання завдання										В.	Д.	С.	Н.	П.
	Висок. (%)		Достатн. (%)		Серед. (%)		Низьк. (%)		Початк(%)						
	Сп.	Пар.	Сп.	Пар.	С.	П.	С.	П.	С.	П.					
Сприймання та оцінка ритмічних структур	-	-	14,3	8,9	44,8	26,9	29,6	46,9	11,3	17,3	28,6	57,1	14,3	-	-
Слухове сприймання ритмів	-	-	14,3	5,5	38,9	15,1	25,9	67,3	20,9	12	28,6	57,1	14,3	-	-
Слухомоторне відтворення ритмів	-	-	10	3,9	14,3	5,5	56,8	57,4	18,9	33,2	28,6	71,4	-	-	-
Слухомовленнєве відтворення ритмів	-	-	16,4	6,3	23,8	9,1	39,6	48,9	20,2	35,7	28,6	42,8	14,3	14,3	-
Зорово-просторова трансформація ритмів	-	-	10,4	4	20,2	7,8	44,9	56,9	24,5	31,3	14,3	42,8	28,6	14,3	-

Під час виконання проб на дослідження ритмічної здатності у дітей з дизартрією відзначалися труднощі при відтворенні акцентованих серій ударів, починаючи вже з двоскладових. Характерними помилками при їх відтворенні було збільшення або зменшення числа серії (замість двох відтворювалися 1 або 3 серії ударів); структурні зміни у середині однієї або 2-х, 3-х стоп серії (число акцентованих або збільшувалося, або зменшувалося, всі удари характеризувалися як не акцентовані, або як акцентовані).

Аналіз результатів свідчить, що діти з дизартрією змогли виконати завдання на достатньому рівні (отримали від 3 до 4 балів) – 11,6%, на середньому (від 2 до 3 балів) – 35,9%, на низькому (від 1 до 2 балів) – 38,2%, на початковому (відмовилися від виконання або завдання залишилося незрозумілим) – 14,3%. Високого рівня виконання серед дітей даної нозології не відмічалось.

Діти БГМР під час виконання проб на сприймання та оцінку ритмічних структур продемонстрували: високий рівень виконання – 28,6%, достатній рівень – 57,1%, середній – 14,8%. Низького та початкового рівня виконання серії завдань серед дітей даної категорії не було. Розбіжність показників результативності серед дітей з дизартрією та БГМР насамперед пояснюється, на нашу думку тим, що дітям з дизартрією притаманна загальна інертність процесів сприйняття та відтворення.

Завдання на слухомоторне та слухомовленнєве відтворення показали наступні результати: значна кількість дітей з дизартрією здатні були відтворити ритмічні структури тільки після багаторазового повторного роз'яснення та демонстрації експериментатором (див. табл. 1). Під час виконання завдань діти сумнівалися, були невпевненими, демонстрували кілька варіантів відповідей, але після багаторазової допомоги та пояснення завдання виконували. Високого рівня виконання проб на слухомоторне та слухомовленнєве відтворення ритмів серед дітей старшого

дошкільного віку з дизартрією не продемонстрував ніхто. Достатній рівень виконання показали 9,1% дітей даної нозології, середній рівень – 13,17%, низький – 50,67%, початковий – 26,97%. Високий, на нашу думку, показник початкового рівня виконання (27 дітей) пояснюється не відмовою від виконання завдання, а неправильним його виконанням після багаторазового пояснення та демонстрації. В цілому дітям з дизартрією була притаманна зацікавленість виконанням завдань, що свідчить про збереженість процесів ритмічної здатності.

Труднощі виконання завдань на сприйняття та відтворення звукових ритмів дітьми старшого дошкільного віку з дизартрією насамперед були пов'язані з недостатністю рівня сформованості слухової диференціації запропонованих ритмічних структур, слухозорових та зорово-моторних координацій.

Аналіз результатів дослідження ритмічної здатності дітей старшого дошкільного віку відображено у діаграмі (рис.1).

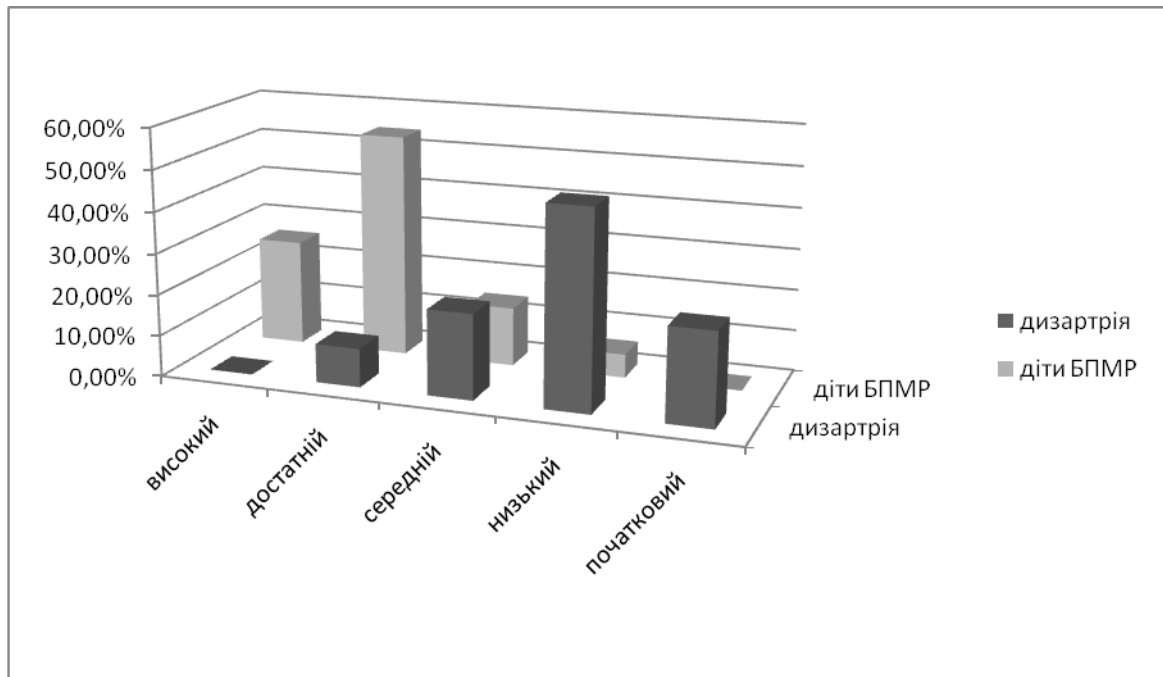


Рис.1. Аналіз результатів дослідження ритмічної здатності дітей старшого дошкільного віку з дизартрією та БПМР

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Бутакова Л.Г. Заняття ритмікою и логопедической ритмікою в детском саду и во вспомогательной школе. – М.: Просвещение, 1994. – 339 с.
2. Галущенко В.І. Дослідження ритмічної здатності у дітей зі стертою формою дизартрії // Збірник наукових праць Кам'янець-Подільського національного університету: Серія соціально-педагогічна. Випуск VIII / За ред. О.В.Гаврилова, В.І.Співака. – Кам'янець-Подільський: ПП Мошинський В.С., 2008. – Вип. VIII. – С. 166 - 171.
3. Логопедія. Підручник. За ред. М.К.Шеремет. – К.: Видавничий Дім «Слово», 2010. – 376 с.
4. Максимов И. Фониатрия: Пер. с болгар. В.Д.Сухарева – М.: Медицина, 1987, 288 с.: ил.

УДК [376 : 378. 046.4] (477)

ПСИХОЛОГО-МЕДИКО-ПЕДАГОГІЧНІ ЗНАННЯ ТА НАВИЧКИ, ЯКІ НАДАВАЛИ У КИЇВСЬКОМУ ФРЕБЕЛІВСЬКОМУ ПЕДІНСТИТУТІ

Гладуш В.А.

кандидат історичних наук, доцент
Інститут корекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

Розглянуто навчальні плани Фребелівського педагогічного інституту, за допомогою яких слухачів озброювали психологічними, медичними та педагогічними знаннями, що абілітувало їх до ефективної