МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА СПЕЦІАЛЬНОЇ ОСВІТИ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

магістра

на тему: **«ДІАГНОСТИКА ТА КОРЕКЦІЯ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗНМ»**

Виконала: студентка 2 курсу, групи 8.0163-з
спеціальності 016 «Спеціальна освіта»
освітньої програми «Логопедія»
А. Ю. Лінник

Керівник: доцент кафедри соціальної
педагогіки та спеціальної освіти, доцент,
к.пед.н. І. В. Кучерак

Рецензент: доцент кафедри соціальної
педагогіки та спеціальної освіти, доцент,
к.пед.н. О. Г. Лещенко

Запоріжжя 2024

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра соціальної педагогіки та спеціальної освіти
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 016 «Спеціальна освіта»
Освітня програма «Логопедія»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри _____
«____» _____20__року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТУ

Лінник Аліні Юріївні

1. Тема роботи «Діагностика та корекція диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ»
керівник роботи Кучерак Ірина Володимирівна, канд. пед. наук, доцент
затверджена наказом ЗНУ від «20» лютого 2024 р. № 316-с

2. Строк подання студентом роботи: 22.11.2024

3. Вихідні дані до роботи: матеріали педагогічної практики, курсових робіт

4.Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити): проаналізувати науково-методичну літературу із питань, що охоплюють сучасні уявлення про формування системи праксису у нормі та дизонтогенезі і прояви диспраксії у дошкільників, виокремити особливості ЗНМ як комплексного порушення мовленнєвого розвитку дошкільників, визначити притаманні їм види диспраксій, дослідити особливості різних видів праксису і стану сформованості мовленнєвих засобів у дітей дошкільного віку із ЗНМ, теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити методичні рекомендації щодо проведення діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

5. Перелік графічного матеріалу: 7 рисунків з результатами дослідження.

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Консультант	Підпис, дата	
		Завдання видав	Завдання прийняв
Вступ	Кучерак І. В.		
Розділ 1	Кучерак І. В.		
Розділ 2	Кучерак І. В.		
Висновки	Кучерак І. В.		

7. Дата видачі завдання _____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ п/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Строк виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	жовтень-листопад	виконано
2	Написання вступу	листопад	виконано
3	Написання першого розділу	грудень-квітень	виконано
4	Написання другого розділу	травень-вересень	виконано
5	Написання висновків	жовтень	виконано
6	Оформлення додатків	жовтень-листопад	виконано
7	Оформлення роботи, рецензування	листопад-грудень	виконано
8	Захист	грудень	

Студент _____ Лінник А. Ю.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Керівник роботи _____ Кучерак І. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Апухтіна В. В.
(підпис) (прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота: 66 с., 11 таблиць, 7 рисунків, 41 джерело.

Об’єкт дослідження: логопедична робота з корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

Предмет дослідження: методичне забезпечення логопедичної роботи із діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

Мета дослідження: розроблення методичних рекомендацій щодо проведення діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

Методи дослідження: в ході дослідження було використано комплекс теоретичних (аналіз, узагальнення та класифікація), емпіричних (анкетування, психодіагностичне опитування) та математико-статистичних (кореляційний аналіз) методи.

Теоретичне значення роботи полягає у систематизації та узагальненні наукових знань про диспраксію у дітей дошкільного віку із ЗНМ, розробці теоретичних моделей та психолого- педагогічних умов для ефективної діагностики та корекції мовленнєвих порушень.

Практичне значення роботи полягає у розробці та впровадженні методичних рекомендацій для діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ, призначені для дефектологів, логопедів та інших фахівців, батьків для покращення мовленнєвих навичок дітей у навчально-виховному процесі.

Галузь використання: державні та приватні дошкільні навчальні заклади, центри ранньої допомоги дитині, дефектологічні центри, логопедичні кабінети, заклади інклюзивного навчання, спеціальні школи-інтернати, навчально-виховні заклади, спеціальні класи для навчання дітей з особливими освітніми потребами.

ДИСПРАКСІЯ, ЗНМ, ДІТИ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ, ДІАГНОСТИКА, КОРЕКЦІЯ, МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

SUMMARY

L. Yu. Linnyk. Diagnosis and Correction of Dyspraxia in Preschool Children with SNM. Zaporizhzhia, 2024.

This qualification paper consists of an introduction, two sections, conclusions, and a bibliography of 41 sources, including 7 foreign language sources. The total volume of the paper is 66 pages, with 63 pages dedicated to the main text. There are 11 tables and 7 illustrations.

The paper presents a theoretical review and an experimental study of dyspraxia in preschool children with SLI (Specific Language Impairment). It systematizes and generalizes scientific knowledge about dyspraxia in preschool children with SLI and develops theoretical models and psychological and pedagogical conditions for the effective diagnosis and correction of speech disorders.

Object of research: Speech therapy work to correct dyspraxia in preschool children with SLI.

Subject of research: Methodological support of speech therapy work for the diagnosis and correction of dyspraxia in preschool children with SLI.

Purpose of the study: To develop methodological recommendations for the diagnosis and correction of dyspraxia in preschool children with SLI.

Tasks of the qualification work:

1. To analyze the scientific and methodological literature on the formation of the praxis system in normal and atypical development, as well as the manifestations of dyspraxia in preschoolers.

2. To identify the specific features of SLI as a complex speech development disorder in preschoolers and determine the types of dyspraxia associated with it.

3. To study the characteristics of different types of praxis and the level of development of speech means in preschool children with SLI.

4. To theoretically substantiate and experimentally verify methodological recommendations for the diagnosis and correction of dyspraxia in preschool children

with SLI.

To achieve these objectives and test the hypothesis, the study employed general scientific research methods: theoretical (analysis, generalization, and classification), empirical (questionnaires, psychodiagnostic survey), and mathematical-statistical (correlation analysis).

Section 1 «Theoretical aspects of the diagnosis and correction of dyspraxia in preschoolers with SLI» defines modern concepts of the formation of the praxis system in normal and atypical development and analyzes the manifestations of dyspraxia in preschool children and SLI as a complex speech development disorder.

Section 2 «Practical aspects of the diagnosis and correction of dyspraxia in preschool children with SLI» presents methods for diagnosing dyspraxia in preschoolers with SLI conducts a study, and provides methodological recommendations for the diagnosis and correction of dyspraxia in preschool children with SLI.

The analysis of the results confirmed the importance of developing and implementing methodological recommendations for the diagnosis and correction of dyspraxia in preschool children with SLI, intended for defectologists, speech therapists, and other specialists, as well as parents to improve the speech skills of children in the educational process.

Keywords: dyspraxia, specific language impairment, preschool children, diagnosis, correction, methodical recommendations.

ЗМІСТ

Вступ……... 8
Розділ 1. Теоретичні аспекти діагностики та корекції диспраксії у дошкільників із ЗНМ……. 11
1.1. Сучасні уявлення про формування системи праксису у нормі та дизонтогенезі…….. 11
1.2. Прояви диспраксії у дітей дошкільного віку……... 15
1.3. Загальне недорозвинення мовлення як комплексне порушення мовленнєвого розвитку…….. 20
Розділ 2. Практичні аспекти діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ……... 28
2.1. Методи діагностики диспраксії у дошкільників із ЗНМ……. 28
2.2. Зміст та організація дослідження…….. 33
2.3. Методичні рекомендації щодо проведення діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ……... 44
Висновки……. 54
Список використаних джерел……... 58

ВСТУП

Актуальність. Диспраксія – це порушення моторної сфери, яке проявляється у незграбності, невпевненості рухів, труднощах координації та виконання точних дій. У дітей дошкільного віку з загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ) диспраксія може бути одним із проявів цього мовленнєвого розладу.

Актуальність дослідження даної теми обумовлена широкою поширеністю диспраксії у дітей з ЗНМ, що робить її одним із найпоширеніших порушень, які супроводжують мовленнєві розлади у цій віковій групі (3-7 років), а також негативним впливом диспраксії на розвиток дитини. Диспраксія має широкий спектр наслідків: від труднощів з руховими навичками до проблем у навчанні, спілкуванні та емоційному розвитку дитини.

Саме тому необхідна своєчасна діагностика та корекція. Чим раніше буде виявлена диспраксія, тим ефективнішими будуть заходи з її корекції. Раннє втручання фахівців може допомогти дитині подолати багато труднощів, покращити її якість життя та створити умови для успішного розвитку. Тож, дослідження диспраксії у дітей з ЗНМ має не лише теоретичне, але й практичне значення.

Актуальність дослідження даної теми також обумовлюється недостатньою вивченістю проблеми диспраксії у дітей з ЗНМ, відсутністю єдиного підходу до діагностики та корекції диспраксії та необхідністю розробки нових, більш ефективних методів роботи з дітьми з даним порушенням.

Проблема вивчення праксису представлена в дослідженнях таких українських вчених: М. Шеремет, О. Боряк, В. Клименко, І. Мартиненко, А. Сімко.

Провідні симптоми диспраксії у дітей досліджувалися багатьма зарубіжними вченими, серед яких виділяють: Д. Блек, Н. Андреасен,

Дж. Айрес, С. Габбей, К. Гіллберг та інші.

Між станом мовлення й моторною сферою дитини дійсно існує тісний зв'язок. На думку авторів, які досліджували цю проблему (Ю. Рібцун, Н. Гаврилова та інші.), порушення артикуляційної моторики є одним із важливих факторів, які можуть призводити до порушення звуковимови.

Об'єктом дослідження є логопедична робота з корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

Предметом дослідження є методичне забезпечення логопедичної роботи із діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

Метою дослідження є розроблення методичних рекомендацій щодо проведення діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

Враховуючи поставлену мету, було визначено *основні завдання дослідження:*

1) Проаналізувати науково-методичну літературу із питань, що охоплюють сучасні уявлення про формування системи праксису у нормі та дизонтогенезі і прояви диспраксії у дошкільників.

2) Виокремити особливості ЗНМ як комплексного порушення мовленнєвого розвитку дошкільників, визначити притаманні їм види диспраксій.

3) Дослідити особливості різних видів праксисів і стану сформованості мовленнєвих засобів у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

4) Теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити методичні рекомендації щодо проведення діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

Теоретико-методологічною основою дослідження стали методики: наукові положення про психофізіологічні механізми та структуру мовленнєвої діяльності (Д. Ельконін, О. Лєонтьєв, О. Лурія); психолого-педагогічні концепції формування знань, умінь та навичок (В. Засенко, О. Лєонтьєв, Л. Фомічова,); дослідження про взаємозв'язок між станом мовленнєвої і моторної сфери дітей дошкільного віку (В. Бехтєрєв, М. Кольцова).

Методи дослідження. В ході дослідження було використано комплекс теоретичних (аналіз, узагальнення та класифікація), емпіричних (анкетування, психодіагностичне опитування) та математико-статистичних (кореляційний аналіз) методи.

Дослідження проводилось на базі дитячого садка ТОВ «Барбариски»

Структура роботи зумовлена логікою проведеного дослідження і складається із вступу, двох розділів, списку використаних джерел (41 найменування). У першому розділі зазначені результати теоретичного аналізу проблеми, проаналізовано суть диспраксії дітей дошкільного віку із ЗНМ. У другому розділі міститься опис процедури емпіричного дослідження діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ. Загальний обсяг роботи становить 66 сторінки.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДИСПРАКСІЇ У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗНМ

1.1 Сучасні уявлення про формування системи праксису у нормі та дизонтогенезі

Праксис є дійсно складною системою, що об’єднує довільні та предметні дії за заданим планом, маючи при цьому глибоке неврологічне та психологічне підґрунтя [29, с. 38].

За типом передачі нервового імпульсу виділяють кінетичний тип праксису, що ґрунтується на зоровому сприйнятті та передбачає виконання дій, які можна чітко візуалізувати, а також кінестетичний тип праксису, який ґрунтується на м’язово-суглобовій чутливості та передбачає виконання дій, які відчуваються тілом [40, с. 57]. За іншою класифікацією виділяють також конструктивний тип праксису (включає дії, спрямовані на створення або складання предметів), пальцевий тип праксису (включає дрібні рухи рук, необхідні для виконання таких дій, як писання, малювання та гра на музичних інструментах), оральний тип праксису (включає рухи губ, язика та щелеп, необхідні для виконання таких дій, як їжа, пиття та мовлення) та артикуляційний тип праксису (включає рухи губ, язика та щелеп, необхідні для чіткої вимови звуків мови) [35, с. 57].

Важливо зазначити, що всі ці типи праксису тісно взаємопов’язані та не існують ізольовано один від одного. Тож, формування системи праксису – це складний процес, який відбувається протягом усього життя людини. Він тісно пов’язаний з розвитком психічних функцій, таких як моторика, сенсорні системи, когнітивні здібності та емоційно-вольова сфера.

Проблема вивчення праксису представлена в дослідженнях таких українських вчених: М. Шеремет, О. Боряк, В. Клименко, І. Мартиненко,

А. Сімко.

М. Шеремет, О. Боряк розглядали нейропсихологічні механізми праксису, описуючи мозкові структури, які відповідають за його формування та реалізацію, а також аналізували порушення праксису при різних неврологічних та психологічних розладах. Дослідники викладали методи діагностики та корекції порушень праксису [41, с. 214].

В. Клименко розкриває психофізіологічні аспекти людської діяльності, досліджуючи широкий спектр тем, пов’язаних з праксисом: шкала продуктивності дій, механізми психічного відображення, проектування образів майбутнього, механізми психомоторного втілення задуму, засоби та інструменти праксису, типологію характерів та особливості творчого процесу.

Автор описує мислення як інструмент для відображення невідчутного, почуття як засіб оцінки предметів та явищ і прийняття рішень, уяву як здатність до створення образів неіснуючого, психомоторику як рушійну силу праксису, а також енергопотенціал як системну якість психічного стану людини. В. Клименко пропонує типологію характерів людей, здатних до творчої чи рутинної роботи, розкриває особливості процесів відкриття, винаходів та створення художніх образів [19].

І. Мартиненко у своїх працях досліджує проблему диспраксії в контексті мовленнєвого дизонтогенезу у дітей. Автор робить значний внесок у цю сферу, пропонуючи ґрунтовний теоретичний огляд та практичні методи для роботи з дітьми, які мають подібні порушення.

Науковець описує теоретичні підвалини вивчення диспраксії, ґрунтуючись на сучасних наукових знаннях про психофізіологічні механізми мовлення та розвитку рухових функцій у дітей. Автор розглядає різні концепції диспраксії, аналізуючи її причини, симптоматику та прояви у мовленнєвій сфері. Одним з найважливіших аспектів досліджень І. Мартиненко є розробка методики комплексного логопедичного обстеження дітей з диспраксією. Ця методика дозволяє логопедам чітко й всебічно оцінити стан мовленнєвих функцій у дитини, визначити локалізацію та ступінь вираженості

диспраксичних розладів [27, с. 65].

А. Сімко у своїх працях стверджує, що рухова активність є потужним засобом корекції психомоторних розладів у розумово відсталих дітей. Вона сприяє покращенню координації рухів, розвитку м'язової сили та витривалості, формуванню правильної постави, покращенню вестибулярного апарату, позитивному впливу на емоційну сферу [34, с. 504].

У нормі система праксису формується поетапно: у ранньому дитинстві, дошкільному віці, шкільному та юнацькому віці. Кожний етап характеризується певними особливостями (табл.1.1) [30]; [20, с.10].

Таблиця 1.1 – Поетапне формування у нормі системи праксису

Етап розвитку	Вікові рамки	Особливості розвитку праксису
Раннє дитинство	0-3 роки	Розвиток хапальних рухів та координації рук і очей, формування елементарних моторних навичок: повзання, ходьба, біг, поява перших ігрових дій з предметами
Дошкільний вік	3-7 років	Удосконалення дрібної моторики: малювання, ліплення, конструювання, розвиток координації рухів рук і ніг, освоєння складніших ігрових дій та рухливих ігор
Шкільний вік	7-17 років	Формування тонких рухових навичок, необхідних для письма та інших видів діяльності, розвиток просторової координації та точності рухів, освоєння складних рухових навичок, пов'язаних зі спортом, танцями та іншими видами фізичної активності
Юнацький вік	17-21 рік	Досягнення піку розвитку рухових функцій, формування індивідуального моторного стилю, висока адаптивність до нових рухових завдань

Аналізуючи табл.1.1, можна сказати, що у ранньому дитинстві дитина розвиває базові моторні навички, у дошкільному віці - опановує більш складні рухи та розвиває дрібну моторику. У шкільному віці відбувається подальше вдосконалення системи праксису, а у юнацькому віці система праксису досягає свого розквіту.

Темпи та особливості розвитку праксису у дітей можуть відрізнятися залежно від індивідуальних особливостей, умов виховання та навчання. На

розвиток праксису можуть впливати такі фактори: спадковість (деякі діти народжуються з більшою схильністю до розвитку рухових навичок), стан здоров'я (різні захворювання, травми або неврологічні порушення можуть впливати на розвиток праксису), умови виховання та навчання (сприятливе середовище, яке стимулює рухову активність дитини, може прискорити розвиток праксису), педагогічний вплив (правильно підібрані фізичні вправи, ігри та заняття з розвитку дрібної моторики сприяють кращому розвитку праксису) [38, с. 198].

У дизонтогенезі формування системи праксису може бути порушено на будь-якому з етапів. Це може призвести до різних розладів праксису (табл. 1.2) [11].

Таблиця 1.2 – Поетапне формування у дизонтогенезі системи праксису

Етап розвитку	Приблизний вік виявлення	Можливі порушення
Раннє дитинство	0-3 роки	Затримка розвитку моторних навичок, незграбність рухів, порушення координації
Дошкільний вік	3-7 років	Моторна незграбність, апраксія (нездатність виконувати цілеспрямовані рухи), дислексія (порушення читання), дисграфія (порушення письма), диспраксія (порушення моторики мовленнєвого апарату)
Шкільний вік	7-17 років	Порушення письма, дискалькулія (порушення рахункових навичок), диспраксія (порушення моторики мовленнєвого апарату)
Юнацький вік	17-21 рік	Порушення координації рухів, тремтіння рук, дистонія (порушення м'язового тонусу)

Аналізуючи табл.1.2, варто зазначити, що дані розлади праксису можуть зустрічатися як у чистому вигляді, так і в поєднанні один з одним.

Причини порушень формування системи праксису можуть бути різними. Відносять генетичні фактори, адже деякі розлади праксису, такі як дислексія, можуть мати спадковий характер. Пошкодження мозку, що виникають внаслідок травми, інсульту або інфекції, можуть призвести до порушень праксису.

Деякі неврологічні розлади, такі як церебральний параліч, можуть призвести до порушень праксису, а також психічні розлади, такі як аутизм, можуть призвести до порушень праксису [28].

Наслідки порушень розвитку праксису проявляються у порушенні мовленні, труднощах у навчанні та соціальних проблемах. Діти з диспраксією можуть мати складнощі з вимовою звуків, що може негативно вплинути на їхнє спілкування. Діти з розладами праксису можуть мати проблеми з читанням, письмом, математикою та іншими видами навчальної діяльності, а також відчувати себе невпевненими та соціально ізольованими через свої труднощі з координацією рухів та мовленням.

Діагностика та лікування порушень формування системи праксису залежать від причини та конкретного розладу. Для корекції порушень розвитку системи праксису використовуються різні методи, такі як логопедична, дефектологічна допомога, фізіотерапія, психотерапія. Важливо зазначити, що чим раніше буде розпочата корекційна робота, тим вище шанси на успіх.

Формування системи праксису – це складний процес, який потребує комплексного підходу. При дизонтогенезі системи праксису важливо своєчасно розпочати корекційну роботу.

1.2 Прояви диспраксії у дітей дошкільного віку

Розлад розвитку координації (РРК), також відомий як диспраксія (англ. Developmental coordination disorder, DCD) - це неврологічний розлад, який впливає на координацію рухів. Люди з РРК мають труднощі з виконанням фізичних завдань, які потребують координації, м’язової сили та планування рухів[9, с.105].

До поширених проявів РРК відносять: незграбність, труднощі з дрібною моторикою, порушення координації, повільність, незграбність, уникнення фізичної активності (табл. 1.3) [9].

Таблиця 1.3 – Поширені прояви диспраксії

№	Прояв	Характеристика
1	Незграбність	Люди з РРК часто здаються незграбними та незграбними. Їм може бути важко ходити, бігати, лазити, ловити м’яч або танцювати
2	Труднощі з дрібною моторикою	Їм може бути важко писати, малювати, застібати ґудзики, зав’язувати шнурки або користуватися інструментами
3	Порушення координації	Їм може бути важко координувати рухи рук і очей, через що їм може бути важко читати, писати або ловити м’яч
4	Повільність	Їм може бути потрібно більше часу, щоб виконати фізичні завдання, ніж іншим людям
5	Незграбність	Їм може бути важко планувати та виконувати послідовність рухів
6	Уникнення фізичної активності	Вони можуть уникати фізичної активності, тому що відчувають себе незграбними або невпевненими у своїх здібностях

Аналізуючи табл.1.3, варто зазначити, що не всі люди з РРК матимуть всі ці прояви. Деякі люди можуть мати лише кілька проявів, тоді як інші можуть мати багато.

РРК може мати значний вплив на життя людини. Це може призвести до труднощів у повсякденному житті, таких як одягання, їжа та письмо. Це також може призвести до проблем у навчанні та роботі. Люди з РРК можуть відчувати низьку самооцінку та соціальну ізоляцію.

За даними Американської психіатричної асоціації (робоча група DSM-5), виділяють такі основні діагностичні критерії РКР/диспраксії.

1. Оволодіння та виконання скоординованих рухових навичок. Значно нижче від очікуваного, враховуючи хронологічний вік та можливості для вивчення та використання навичок. Проявляється як незграбність, повільність та неточність виконання рухів.

2. Вплив на повсякденну діяльність. Дефіцит рухових навичок суттєво та стійко впливає на повсякденну діяльність, відповідну хронологічному віку. Це може призвести до певних труднощів, які стосуються самообслуговування, навчальної продуктивності, дозвілля та ігор.

3. Ранній прояв. Симптоми проявляються в ранньому періоді розвитку.

4. Виключення інших причин. Моторна недостатність не зумовлена інтелектуальною недостатністю, порушенням зору, неврологічним станом, що впливає на рух (ДЦП, м'язова дистрофія, дегенеративні розлади тощо) [2].

У психології диспраксію класифікують за декількома ключовими критеріями: за механізмом, за задумом, за видом діяльності, за локалізацією (табл.1.4). Це найпоширеніші види диспраксії, хоча й існують інші підвиди [13].

Таблиця 1.4 – Класифікація диспраксії

№	Критерій	Підвид	Коротка характеристика
1	За механізмом	Кінетична (рухова)	Проблеми з перемиканням з одного елемента руху на інший, виникає при залученні премоторної кори лівої півкулі
		Кінестетична (чутлива)	Складнощі з пошуком укладу, пози, вказує на ураження нижньої тім'яної кори зліва
2	За задумом	Ідеомоторна	Неможливе виконання дій за командою при збереженні спонтанних рухів
		Ідеаторна	Потерпає план реалізації дії, серія послідовних рухів при виконанні будь-якої складної операції
3	За видом діяльності	Конструктивна	Проблеми з процесами складання цілого з елементів (складання розрізної картинки, збирання конструктора)
		Просторова	Дезорганізація рухів у просторі, несформованість понять «спереду-ззаду», «ліворуч-праворуч», «вгорі-внизу»
		Графомоторна	Проблеми при накресленні графічних знаків (цифр, букв)
		Виразна	Нездатність відобразити спектр емоцій за допомогою мімічної мускулатури
4	За локалізацією	Пальцева	Складнощі з відтворенням рухів пальців рук
		Оральна	Складнощі з виконанням рухів губами та язиком
		Артикуляційна	Проблеми з відтворенням укладів органів мови, що супроводжуються вимовними порушеннями і т. д

Провідні симптоми диспраксії у дітей досліджувалися багатьма зарубіжними вченими, серед яких виділяють: Д. Блек, Н. Андреасен, Дж. Айрес, С. Габбей, К. Гіллберг та інші.

Д. Блек та Н. Андреасен досліджували вплив диспраксії на моторний розвиток та координацію рухів у дітей, вивчали зв'язок між диспраксією та іншими розладами розвитку, такими як аутизм та синдром дефіциту уваги та гіперактивності [9].

Фокусом уваги Дж. Айрес була сенсорна інтеграція та диспраксія. Була розроблена сенсорно-інтеграційна терапію (СІТ), яка є одним із методів лікування диспраксії. Робота Дж. Айрес припускає, що діти з диспраксією можуть мати труднощі з обробкою сенсорної інформації, що впливає на їхню здатність планувати та виконувати рухи. СІТ використовує різні заняття для покращення сенсорної інтеграції та розвитку моторних навичок у дітей з диспраксією [3, с. 13].

Фокусом уваги С. Габбей був вплив диспраксії на успішність навчання та соціальну поведінку. Дослідження С. Габбея зосереджені на тому, як диспраксія впливає на дітей в цілому. Вона виявила, що діти з диспраксією можуть мати труднощі з навчанням, наприклад, з читанням, письмом та математикою. Крім того, вони можуть відчувати соціальні проблеми через почуття незграбності та невпевненості у своїх здібностях [5, с. 643].

Дослідник К. Гіллберг вивчав генетичні та нейробіологічні фактори, які можуть сприяти розвитку диспраксії. Його робота припускає, що цей розлад може мати як генетичну, так і нейробіологічну основу. Дослідження таких факторів допомагають краще зрозуміти, чому виникає диспраксія та розробити ефективні методи [4, с. 59].

Зарубіжні вчені одностайні у визначенні провідних симптомів диспраксії в дитячому віці (рис.1.1) [9], [4], [5], [3].

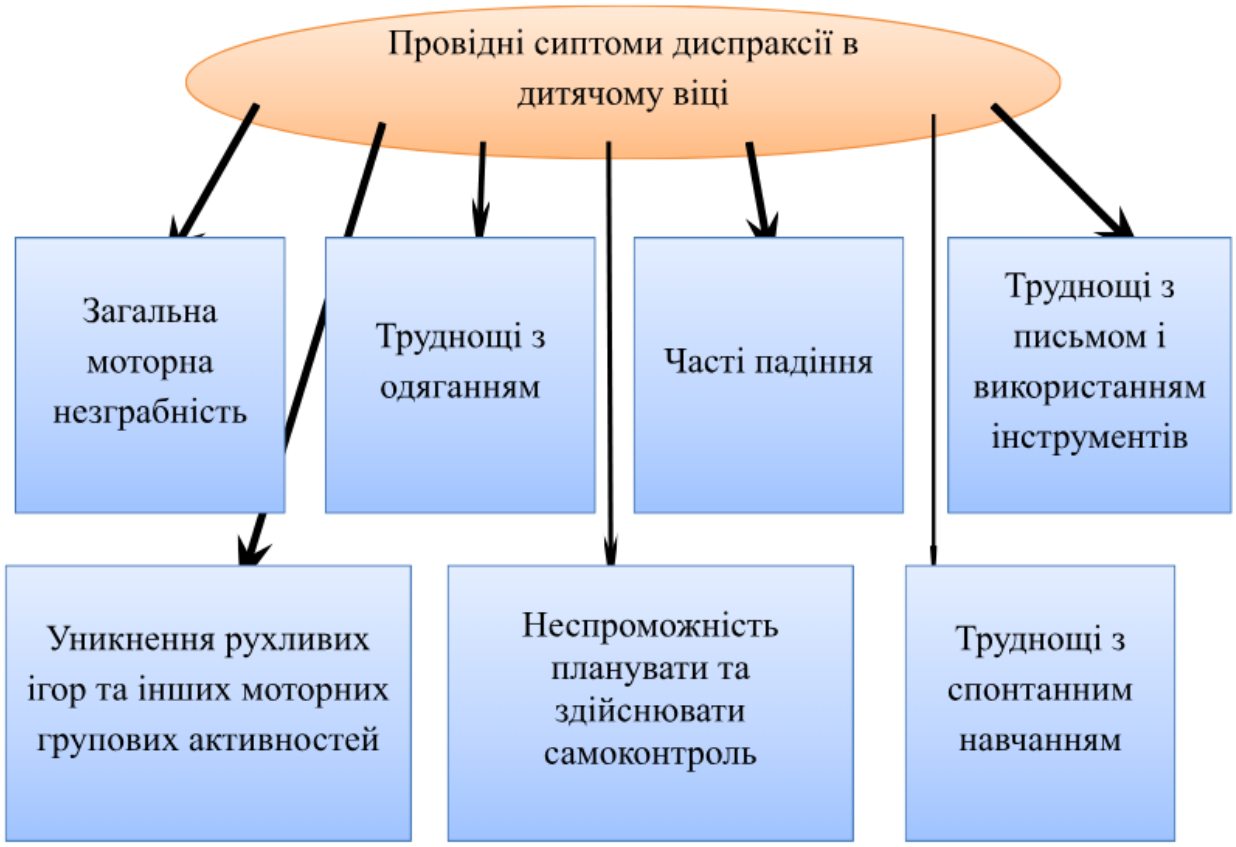


Рисунок 1.1 – Провідні симптоми диспраксії в дитячому віці

Аналізуючи рис. 1.1, варто відзначити наступне. Загальна моторна незграбність проявляється у тому, що дітям з диспраксією може бути складно координувати свої рухи, через що вони можуть здаватися незграбними та незграбними, їм може бути важко ходити, бігати, лазити, ловити м’яч або танцювати.

Труднощі з одяганням проявляються у тому, що дитині складно застібати ґудзики, зав’язувати шнурки або застібати блискавки. Дітям з диспраксією складно підтримувати рівновагу, через що вони можуть частіше падати, ніж інші діти.

Труднощі з письмом і використанням інструментів проявляються у тому, що дітям може бути важко тримати ручку або олівець, писати чітко або використовувати ножиці чи інші інструменти.

Дітям з диспраксією може не подобатися брати участь у фізичній активності, тому що вони відчувають себе незграбними або невпевненими у

своїх здібностях.

Неспроможність планувати та здійснювати самоконтроль проявляється у тому, що дітям може бути важко виконувати завдання, які потребують кількох кроків, або дотримуватися інструкцій. Дітям може бути важко контролювати свої імпульси або сидіти тихенько протягом тривалого часу.

Дітям з диспраксією може бути важко вчитися новим речам самостійно, без чітких інструкцій та практики.

1.3 Загальне недорозвинення мовлення як комплексне порушення мовленнєвого розвитку

Загальне недорозвинення мовлення (ЗНМ) – це складний мовленнєвий розлад, який характеризується порушенням всіх компонентів мовленнєвої системи: фонетики, лексики, граматики і зв'язного мовлення. ЗНМ може мати різні рівні тяжкості.

І рівень: відсутність мовлення, дитина не володіє ні активним, ні пасивним мовленням.

ІІ рівень: початковий розвиток мовлення, дитина володіє лише короткими фразами з аграматичною будовою.

ІІІ рівень: середній рівень розвитку мовлення, дитина володіє фразовим мовленням з численними аграматизмами, її мовлення не завжди зрозуміле для оточуючих.

IV рівень: складний рівень розвитку мовлення, дитина володіє розгорнутим мовленням, але воно рясніє помилками, її мовлення може бути зрозуміле лише близьким людям [17].

Теоретико-методологічною основою дослідження стали наукові положення про психофізіологічні механізми та структуру мовленнєвої діяльності (Д. Ельконін, О. Лєонтьєв, О. Лурія); психолого-педагогічні концепції формування знань, умінь та навичок (В. Засенко, О. Лєонтьєв,

Л. Фомічова); дослідження про взаємозв’язок між станом мовленнєвої і моторної сфери дітей дошкільного віку (В. Бехтєрєв, М. Кольцова).

Д. Ельконін зробив значний внесок у розуміння процесів розвитку мовлення у дітей. Його дослідження зосереджувалися на тому, як мовлення інтегрується в різні види діяльності дитини та як воно розвивається в онтогенезі. Він підкреслював, що мовлення не є ізольованою функцією, а інструментом, який дитина використовує для організації своєї діяльності. Мова допомагає дитині планувати, регулювати та контролювати свої дії, а також спілкуватися з оточуючими.

Д. Ельконін розглядав мовлення як невід’ємну частину діяльності дитини. Різні види діяльності (гра, навчання, праця) висувають різні вимоги до мовлення, що сприяє його розвитку. Він виділив кілька стадій розвитку мовлення у дітей: ранній вік (мовлення є засобом емоційного спілкування), дошкільний вік (мовлення стає засобом пізнання навколишнього світу та регуляції поведінки), молодший шкільний вік (мовлення перетворюється на інструмент навчання). Мовлення відіграє важливу роль у розвитку таких психічних процесів, як мислення, пам’ять, увага. Воно допомагає дитині узагальнювати, аналізувати, порівнювати інформацію.

Психолог використовував поняття «зона найближчого розвитку», введене його вчителем Л. Виготським, для опису того, що дитина може зробити самостійно і що вона може зробити за допомогою дорослого. Це поняття важливе для розуміння того, як організувати навчання, щоб воно відповідало можливостям дитини і сприяло її розвитку.

Хоча Д. Ельконін більше зосереджувався на психологічних аспектах розвитку мовлення, його теорія передбачає, що мовлення має фізіологічні основи. Він підкреслював важливість розвитку нервової системи дитини для формування мовленнєвих функцій [15].

О. Лєонтьєв, видатний радянський психолог, присвятив значну частину своїх досліджень вивченню мовленнєвої діяльності людини. За його визначенням, мовленнєва діяльність – це не просто набір звуків або слів, а

складний процес, що включає в себе використання мови для спілкування в різних видах діяльності людини. Його ключові ідеї полягали у тому, що мовлення як інструмент усіх видів діяльності; мовлення спочатку є засобом спілкування з оточуючими, а згодом стає інструментом пізнання та саморегуляції; мовлення і мислення тісно пов’язані між собою; за допомогою мови людина включається в суспільство, засвоює норми і правила поведінки, передає свій досвід іншим людям [24].

О. Лурія, видатний радянський нейропсихолог, зробив значний внесок у розуміння механізмів мовлення. Його теорія про багаторівневу організацію мовленнєвої діяльності стала основою для сучасної нейропсихології мовлення. О. Лурія відійшов від ідеї про жорстку локалізацію психічних функцій у певних ділянках мозку. Він стверджував, що кожна психічна функція, включаючи мовлення, здійснюється за участю складних функціональних систем, що включають різні ділянки мозку. При цьому, функціональні системи є динамічними, тобто можуть змінюватись залежно від умов діяльності.

Він виділив три основні блоки мозку, кожен з яких відповідає за певні психічні процеси:

- перший блок забезпечує регуляцію рівня неспання, тонусу кори великих півкуль, забезпечує вибірку і підтримку аферентних стимулів;
- другий блок відповідає за прийом, переробку і зберігання інформації. Сюди входять зорові, слухові, шкірно-кінестетичні аналізатори;
- третій блок забезпечує програмування, регуляцію і контроль за виконанням складних форм поведінки, включаючи мовлення [26].

О. Лурія підкреслював, що мова є не просто засобом спілкування, а інструментом, який забезпечує організацію і регуляцію всіх психічних процесів. Мова бере участь у формуванні мислення, пам’яті, уваги та інших вищих психічних функцій.

Мовлення розглядається як складна функціональна система, що включає в себе різні компоненти: фонематичний слух (здатність чути і розрізняти звуки мови); фонематичне уявлення (здатність утримувати в пам’яті звукову

структуру слова); артикуляція (рухи мовного апарату, необхідні для вимови звуків); граматичний лад мови (здатність будувати граматично правильні речення); лексика (словниковий запас).

Теорія О. Лурії стала основою для розуміння механізмів різних мовленнєвих порушень (афазій, дислалій, дисграфії тощо). Вона дозволяє виявити причини мовленнєвих розладів на рівні мозкових структур і розробити індивідуальні програми корекції [25].

Л. Фомічова, відомий український логопед, зробила значний внесок у розвиток вітчизняної логопедії. Вона підкреслювала, що корекція мовленнєвих порушень повинна бути комплексною, тобто включати в себе роботу не тільки над звуковимовою, але й над розвитком фонематичного слуху, лексики, граматики, а також загальної мовленнєвої діяльності.

Вона акцентувала увагу на тісному взаємозв’язку мовлення з іншими психічними процесами: мисленням, пам’яттю, увагою, сприйняттям. Тому, корекційна робота повинна бути спрямована на розвиток всіх цих процесів. Л. Фомічова вважала, що гра є провідним видом діяльності для дошкільників і тому повинна широко використовуватися в логопедичній роботі. Ігрові форми роботи сприяють підвищенню мотивації дітей, знімають напругу і роблять процес корекції більш цікавим. Кожна дитина має свої індивідуальні особливості, тому корекційна програма повинна розроблятися індивідуально з урахуванням рівня розвитку дитини, її інтересів та особливостей порушення мовлення.

Л. Фомічова підкреслювала важливість співпраці з родиною дитини. Батьки повинні бути активними учасниками корекційного процесу, виконувати домашні завдання і створювати вдома мовленнєве середовище [39, с. 191].

М. Кольцова, видатний радянський нейрофізіолог, яка присвятила значну частину своїх досліджень вивченню нейрофізіологічних механізмів розвитку мовлення у дітей. Особливу увагу вона приділяла взаємозв’язку між мовленнєвою і моторною сферами.

Вона вважала, що кінестетична чутливість, тобто здатність відчувати

положення свого тіла в просторі та рухи, відіграє ключову роль у формуванні мовлення. Вона стверджувала, що рухи рук, особливо дрібна моторика, тісно пов’язані з розвитком мовлення [22].

М. Кольцова виявила, що розвиток мовлення тісно пов’язаний з розвитком рухів руки. Вона вважала, що рухи руки забезпечують необхідну сенсорну інформацію для розвитку мовленнєвих центрів головного мозку. На основі своїх досліджень вона розробила систему спеціальних вправ для розвитку кінестетичної чутливості та дрібної моторики, які широко використовуються в логопедії для корекції мовленнєвих порушень [23].

М. Кольцова провела ряд експериментальних досліджень, які підтвердили її гіпотези про взаємозв’язок між мовленнєвою і моторною сферами. Вона виявила, що діти з порушеннями мовлення часто мають знижену кінестетичну чутливість і труднощі з координацією рухів; розвиток дрібної моторики позитивно впливає на розвиток мовлення у дітей з різними мовленнєвими порушеннями; а спеціальні вправи для розвитку кінестетичної чутливості і дрібної моторики сприяють поліпшенню звуковимови, розвитку лексики і граматики [21].

Причини ЗНМ можуть бути різними: біологічні фактори (вроджені або набуті ураження головного мозку, травми, інфекції, хронічні захворювання), соціальні фактори (несприятливе мовне середовище, дефіцит спілкування з дорослими, емоційні травми), психологічні фактори (тривожність, страхи, комплекси тощо.

ЗНМ може мати значний вплив на життя дитини. Дітям із ЗНМ може бути важко вчитися читати, писати та рахувати через те, що вони не володіють мовою в повній мірі. Їм може бути важко спілкуватися з однолітками та дорослими, що може призвести до ізоляції та емоційних проблем. До того ж, через труднощі з мовленням та навчанням діти з ОНМ можуть відчувати себе невпевненими у своїх силах [18].

Важливо якомога раніше діагностувати ОНМ та розпочати комплексну корекційну роботу.

Згідно з дослідженням S. Harris, E. Mickelson та J. Zwicker, приблизно у 70% дітей з мовленнєвими порушеннями спостерігаються прояви РКР/диспраксії. Це свідчить про те, що ці два стани можуть бути пов’язані між собою, і що діти з мовленнєвими порушеннями мають значно вищий ризик розвитку РКР/диспраксії, порівняно з дітьми без мовленнєвих порушень [6, с. 659].

Можна виділити декілька можливих пояснень цього зв’язку.

1. Спільні неврологічні механізми. РКР/диспраксія та мовленнєві порушення можуть бути спричинені схожими або пов’язаними неврологічними порушеннями, які впливають на розвиток рухових та мовленнєвих навичок.

2. Вплив одного стану на інший. РКР/диспраксія може негативно впливати на розвиток мовлення, наприклад, ускладнюючи дітям координацію рухів губ, язика та піднебіння, які необхідні для артикуляції звуків мови. З іншого боку, мовленнєві порушення можуть впливати на розвиток рухових навичок, наприклад, ускладнюючи дітям розуміння та виконання словесних інструкцій, необхідних для оволодіння моторними навичками.

3. Спільні фактори ризику. Діти, які мають схильність до РКР/диспраксії або мовленнєвих порушень, також можуть мати інші фактори ризику, які роблять їх більш сприйнятливими до обох станів [6].

Існує тісний зв’язок між розвитком мовлення та моторною сферою дитини. Порушення артикуляційної моторики є одним із важливих факторів, які можуть призводити до порушення звуковимови, цю проблему досліджували: Ю. Рібцун, Н. Гаврилова та інші.

Артикуляційна моторика - це комплекс рухів м’язів обличчя, губ, язика, що забезпечують правильну вимову звуків мовлення. Порушення артикуляційної моторики може призводити до порушення звуковимови, що, в свою чергу, негативно впливає на розвиток мовлення дитини загалом [7, с. 5].

Згідно із дослідженнями Ю. Рібцун, у дітей з ФФНМ спостерігається загальна недорозвиненість артикуляційної моторики. Це проявляється у м’якості, неточності, обмеженості рухів артикуляційних органів. Найбільш

порушеними звуками у цих дітей є шиплячі та свистячі звуки. Це пов’язано з тим, що для вимови цих звуків потрібні більш складні рухи язика. У дітей з ФФНМ також спостерігаються порушення мімічної моторики. Це може негативно впливати на їхню емоційну виразність. Існують певні відмінності в артикуляційній моториці у дітей з ФФНМ залежно від рівня тяжкості мовленнєвого розладу.

Ю. Рібцун також розробила систему логопедичної роботи з корекції порушень артикуляційної моторики у дітей з ФФНМ. Ця система включає: артикуляційну гімнастику (вправи для розвитку сили, рухливості та точності рухів артикуляційних органів), постановку звуків (навчання дитини правильно вимовляти звуки мовлення), автоматизацію звуків (закріплення правильного вимовлення звуків у різних мовленнєвих ситуаціях). Система Ю. Рібцун показала свою ефективність у корекції порушень артикуляційної моторики у дітей з ФФНМ [31, с. 326].

Н. Гаврилова у своїх працях виділяє п’ять основних типів порушень артикуляційної моторики: руховий обмежуючий тип, активно-руховий тип, руховий-регуляційний тип, кінестетично-чутливий тип та динамічний руховий тип. Н. Гаврилова також розробила систему корекційної роботи з дітьми, які мають порушення артикуляційної моторики [12, с. 54].

Дослідження цих та інших науковців допомогли краще зрозуміти механізми розвитку артикуляційної моторики та розробити ефективні методи корекції її порушень.

Важливо зазначити, що артикуляційна моторика - це лише один з компонентів мовленнєвої системи. Для нормального розвитку мовлення також важливі такі фактори, як фонематичний слух, лексичний запас, граматична будова мовлення, зв’язне мовлення. Саме тому корекція порушень артикуляційної моторики повинна проводитися комплексно, з урахуванням всіх компонентів мовленнєвої системи.

Опрацювання теоретичного матеріалу дозволило з’ясувати наступне.

Диспраксія дійсно є поширеною проблемою серед дітей з мовленнєвими

порушеннями, і хоча вона добре висвітлена в дослідженнях, існує значна нестача комплексних досліджень та практичних інструментів для подолання диспраксії розвитку в цій групі дітей.

Це може мати значний вплив на ефективність логокорекції та реабілітації, оскільки традиційні методи можуть не враховувати складні взаємозв’язки між різними видами диспраксії та мовленнєвими порушеннями.

Диспраксія у дітей з мовленнєвими порушеннями може проявлятися не лише в орально-артикуляційній сфері, але й у дрібній моториці, координації рухів тіла, просторовій орієнтації та інших аспектах. Подолання диспраксії потребує комплексного підходу, який охоплює не лише мовленнєві, але й рухові навички, а також когнітивні функції. Корекційні програми мають розроблятися з урахуванням індивідуальних особливостей кожної дитини, з акцентом на сильні та слабкі сторони.

РОЗДІЛ 2
ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДІАГНОСТИКИ ТА КОРЕКЦІЇ ДИСПРАКСІЇ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ ІЗ ЗНМ

2.1. Методи діагностики диспраксії у дошкільників із ЗНМ

Діагностика диспраксії є складним завданням, яке вимагає високої кваліфікації спеціаліста. Тільки комплексне обстеження, яке включає в себе різноманітні методики, дозволяє поставити точний діагноз і розробити індивідуальну програму корекції.

Дослідження проводилось на базі дитячого садка ТОВ «Барбариски» міста Одеси (Одеської області). Експериментальною роботою охоплено 10 дітей віком від 3 до 6 років.

Для діагностики диспраксії у дошкільників із ЗНМ були проведені такі дослідження Ю. Рібцун [32, с. 28]: для діагностики кінестетичного праксису – субтести 1, 2, 3, 4; для діагностики кінетичного праксису за допомогою субтестів 1, 2, 6, 7; дослідження регуляторного праксису за допомогою субтестів 1, 2.

Для діагностики кінестетичного праксису будуть використані субтести 1, 2, 3. Ці субтести спрямовані на оцінку здатності дитини виконувати послідовні рухи кінцівками за зразком. Для дошкільнят важливо підібрати прості і зрозумілі рухи, щоб уникнути зайвого когнітивного навантаження.

Субтест 1 спрямований на оцінку пальцьового праксису поз за зоровим зразком, тобто здатності дитини до точного відтворення рухів пальців рук за заданим зразком (рис. 2.1).

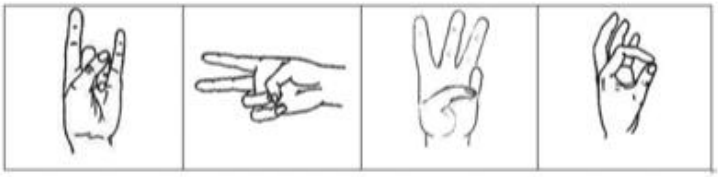


Рисунок 2.1 – Пальцевий праксис поз [32]

Цей субтест дозволяє виявити такі порушення, як недостатня точність рухів (дитина не може точно відтворити пози пальців); порушення послідовності рухів (дитина змінює порядок рухів або пропускає деякі елементи); труднощі з утриманням пози: дитина швидко втрачає задану позу; порушення координації рухів: дитина виконує рухи однією рукою краще, ніж іншою.

Процедура проведення субтесту досить проста і зрозуміла.

Дитина почергово відтворює кілька продемонстрованих поз пальців спочатку однією, а потім іншою рукою.

Важливо дотримуватися наступних рекомендацій: зоровий контакт, коротка, чітка, зрозуміла інструкція, послідовність, фіксація результатів. Припустиме використання вербальних інструкцій

Оцінка виконання субтесту проводиться за такими критеріями: точність відтворення, швидкість виконання, стійкість, самостійність.

Субтест 2 також спрямований на оцінку кінестетичного праксису за кінестетичним зразком, тобто здатності дитини відтворити рухи пальців, але саме тих, які вона відчула, але не бачила. Цей тест дозволяє виявити порушення: кінестетичної чутливості (нездатність відчути і запам’ятати положення пальців), програмування рухів (труднощі з формуванням і виконанням послідовності рухів), координації рухів (неточність виконання рухів, порушення симетрії).

Процедура проведення полягає у підготовці, тобто необхідно створити спокійну атмосферу, забезпечити зручне положення дитини, а також дати дитині чіткі інструкції, що вона повинна робити. Далі – демонстрація, тобто пасивне виконання рухів пальцями дитини, без використання зорового аналізатора, утримуючи їх у заданій позі протягом 5 секунд. Після цього – відтворення, потрібно пропонувати дитині відтворити позу самостійно, спочатку на тій же, а потім на іншій руці.

Субтест 3 призначений для оцінки здатності дитини виконувати різноманітні рухи органами артикуляційного апарату за зоровим зразком. Він

дозволяє виявити порушення орального праксису, які можуть бути пов’язані з труднощами у формуванні звуків мови, а також з деякими неврологічними розладами.

Процедура проведення охоплює підготовку картинок, схем, які зображують різні пози артикуляційних органів; інструктаж, демонстрацію та виконання.

Оцінювання виконання: 5 балів – правильне самостійне виконання поз; рухи швидкі, точні, координовані; 4 бали – правильне самостійне, але дещо уповільнене виконання поз; спостерігається надмірне напруження мімічних м’язів, м’язів язика та губ; 3 бали – правильне самостійне виконання поз із одночасним виникненням гіперкінезів; наявні синкінезії м’язів обличчя, незграбність, порушення координації, неточність рухів, тремор; 2 бали – значні труднощі відтворення оральних поз; швидка виснажуваність; потреба в багаторазових повтореннях, іноді в механічній допомозі.

Оцінка результатів цього субтесту дозволяє зробити такі висновки. Залежно від отриманого балу можна визначити, наскільки добре дитина володіє довільними рухами м’язів артикуляційного апарату. Високі бали свідчать про добре розвинену здатність до точних і координованих рухів, а низькі – про труднощі у виконанні складних рухів.

Можна зробити висновки про наявність порушень: гіперкінезів (надмірні рухи, які ускладнюють виконання завдання, можуть свідчити про підвищену м’язову напругу або незрілість нервової системи), синкінезій (одночасне скорочення кількох м’язів, які зазвичай працюють незалежно, може вказувати на недостатню диференціацію рухів), тремору (дрібні ритмічні коливання, які ускладнюють виконання точних рухів, можуть бути ознакою неврологічних проблем), незграбність, порушення координації (ці ознаки свідчать про труднощі у виконанні складних, координованих рухів).

Швидкість виконання завдання та точність відтворення поз дозволяють оцінити темп нервових процесів і здатність до зорового контролю. Швидка втомлюваність може вказувати на знижену витривалість м’язів артикуляційного

апарату або на загальну слабкість організму.

Загалом, результати цього субтесту дозволяють виявити наявність порушень орального праксису, оцінити ступінь вираженості цих порушень та визначити напрямки подальшої корекційної роботи.

Субтест 4. Спрощення цього субтесту для дошкільнят є цілком виправданим. Замість великої кількості звуків, можна використовувати кілька простих складів або слів. Замість складних рухів руками, можна запропонувати дитині виконати прості жести: помахати рукою, поплескати в долоні, постукати пальцем по столу. Для оцінки рухів губ і язика можна використовувати артикуляційну гімнастику.

На основі отриманих даних можна зробити висновки про рівень розвитку кінестетичного праксису у дитини. Якщо дитина має труднощі з виконанням завдань цього субтесту, це може свідчити про наявність диспраксії.

Наступний етап – дослідження кінетичного праксису за допомогою субтестів 1, 2, 6, 7. Ці субтести дозволяють оцінити здатність дитини до послідовного виконання рухів за словесною інструкцією. Для дошкільнят важливо використовувати прості і зрозумілі інструкції.

Субтест 1. Проба «Кулак-ребро-долоня» є одним з найбільш поширених нейропсихологічних тестів, який використовується для оцінки: програмування рухів, здатності дитини складати і виконувати послідовності рухів; переключення, здатності швидко переключатися між різними рухами; гнучкості мислення, здатності змінювати порядок дій відповідно до змінених умов, точності виконання

Важливо підготувати схематичні зображення для наочності, дати дитині чіткі інструкції, показати зразок виконання, спочатку виконувати пробу спільно з дитиною, потім запропонувати дитині виконати самостійно. При цьому необхідно варіювати темп, послідовність рухів, умови виконання (з закритими очима, з прикушеним язиком).

Субтест 2. Проба на реципрокну координацію рук (проба Озерецького), яка є класичним нейропсихологічним тестом, який використовується для

оцінки здатності двох півкуль головного мозку координувати рухи різних рук; складати і виконувати складні рухові послідовності; швидко переключатися між різними рухами.

Важливо створити спокійну атмосферу, забезпечити зручне положення дитини, дати дитині чіткі інструкції, показати зразок виконання. Спочатку фахівець виконує пробу спільно з дитиною, потім пропонує дитині виконати її самостійно. Варіюється при цьому темп, умови виконання (з відкритими/закритими очима).

Субтест 6. Оральний кінетичний праксис, який спрямований на оцінку здатності дитини виконувати різноманітні рухи органами артикуляційного апарату в динаміці, тобто швидко переключатися між різними рухами і координувати їх. Він дозволяє виявити порушення орального кінетичного праксису, які можуть бути пов’язані з труднощами у формуванні звуків мови, а також з деякими неврологічними розладами.

Субтест 7. Артикуляційний еферентний праксис, який спрямований на оцінку здатності дитини виконувати послідовність рухів органами артикуляційного апарату, необхідних для вимови звуків, складів і слів. Він дозволяє виявити порушення кінетичного праксису, які можуть бути пов’язані з труднощами у формуванні звуковимови.

Наступний етап – дослідження регуляторного праксису за допомогою субтестів 1, 2. Ці субтести дозволяють оцінити здатність дитини до саморегуляції рухів. Для дошкільнят можна використовувати прості завдання на копіювання рухів або виконання рухів за інструкцією.

Субтест 1. Реакція вибору рухів за руховим сигналом. Субтест дозволяє оцінити здатність дитини переключатися між різними рухами у відповідь на зоровий сигнал.

Субтест 2. Реакція вибору рухів за звуковим сигналом. Субтест дозволяє оцінити здатність дитини виконувати рухові реакції у відповідь на звукові сигнали.

Загальні рекомендації для проведення діагностики: індивідуальний

підхід; спокійна атмосфера; позитивна мотивація та систематичність.

Інтерпретація результатів відбувається за 5-бальною шкалою:

• 5 балів. Всі завдання виконані без помилок, швидко і точно;

• 4 бали. Незначні помилки, які дитина легко виправляє самостійно;

• 3 бали. Допускає значну кількість помилок, але може виконати завдання з підказкою;

• 2 бали. Виконання завдання утруднене, потрібна значна допомога;

• 1 бал. Завдання не виконано.

2.2. Зміст та організація дослідження

Дослідження проводилось з дотриманням усіх інструкцій на базі дитячого садка ТОВ «Барбариски», міста Одеси (Одеської області). В експериментальній групі були задіяні 10 дітей віком від 3 до 6 років.

Для діагностики диспраксії у дошкільників із ЗНМ були проведені такі дослідження Ю. Рібцун: діагностика кінестетичного, кінетичного, регуляторного праксису.

Діагностика кінестетичного праксису проводилась за допомогою субтестів 1, 2, 3, 4 (табл. 2.1).

Таблиця 2.1 – Діагностика кінестетичного праксису

№	Ім’я та прізвище дитини	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 3	Субтест 4	Рівень розвитку кінестетичного праксису
1	Валерій Р.	5	5	5	4	Високий
2	Іван П.	4	4	4	3	Середній
3	Надія М.	3	3	2	2	Низький
4	Валентина Н.	3	3	2	2	Низький
5	Ірина Г.	2	2	3	3	Низький

Продовження табл. 2.1

6	Філіп В.	4	4	3	4	Середній
7	Дмитро С.	3	3	2	3	Низький
8	Олександр Г.	3	2	3	2	Низький
9	Анна З.	3	3	3	3	Середній
10	Анастасія К.	3	3	3	3	Низький

Аналізуючи табл. 2.1, можна зробити такі висновки.

Згідно з результатами субтесту 1, більшість дітей демонструють низький рівень розвитку пальцьового праксису за зоровим зразком. Це означає, що дітям складно точно повторювати рухи пальцями, які вони бачать. Дітям важко скоординувати рухи пальців відповідно до зорового сприйняття. Валерій Р. отримав оцінку 5 балів, демонструє високу точність у відтворенні рухів пальців, швидко засвоює нові рухові завдання і легко їх виконує. Діти, які отримали оцінку 4 бали (Іван П., Філіп В., Анна З.), загалом справляються із завданням, але можуть допускати незначні помилки або потребувати додаткового часу для виконання. Діти, які отримали оцінку 3 бали (Надія М., Валентина Н., Ірина Г., Дмитро С., Олександр Г., Анастасія К.), мають певні труднощі з відтворенням рухів пальців за зразком. Це може проявлятися у неточності виконання, уповільненій швидкості або необхідності в повторних спробах. Порушення пальцевого праксису може ускладнювати процес навчання, особливо в таких предметах, як математика (писання цифр), українська мова (писання букв).

Згідно з результатами субтесту 2, більшість дітей продемонстрували низький рівень розвитку кінестетичного праксису за кінестетичним зразком. Це означає, що дітям складно відтворити рухи, які вони відчувають тактильно, без зорового контролю. Валерій Р. отримав 5 балів, це високий рівень, який свідчить про добре розвинену здатність відтворювати рухи за відчуттями. Це може сприяти успішності в таких видах діяльності, як спорт, танці, музика. Іван П. має середній рівень, вказує на те, що дитина має певні навички відтворення

рухів, але їй може знадобитися додаткова практика для вдосконалення. Надія М., Валентина Н., Ірина Г., Дмитро С., Олександр Г., Анастасія К. мають низький рівень у цих дітей свідчить про необхідність додаткової роботи над розвитком кінестетичного праксису.

Згідно з результатами субтесту 3, більшість дітей продемонстрували низький рівень розвитку артикуляційної моторики. Високий рівень отримав Валерій Р. Дитина має добре розвинену артикуляційну моторику, здатна точно виконувати рухи органами артикуляції. Середній рівень мають Іван П., Філіп В., Анна З. Діти мають певні навички артикуляції, але можуть відчувати труднощі при виконанні складних звукосполучень. Низький рівень мають Надія М., Валентина Н., Ірина Г., Дмитро С., Олександр Г., Анастасія К. Дітям складно точно виконувати рухи органами артикуляції, що може призводити до порушення звуковимови.

Згідно з результатами субтесту 4, більшість дітей продемонстрували низький рівень виконання завдань субтесту 4. Валерій Р. має високий рівень, ця дитина має добре розвинені навички, пов’язані з четвертим субтестом. Він легко справляється з завданнями, що вимагають планування рухів та координації. Діти з середнім рівнем (Іван П., Філіп В., Анна З.) мають певні навички, але їм може бути складно виконати більш складні завдання або завдання, що вимагають тривалої концентрації уваги. Діти з низьким рівнем продемонстрували низький рівень. Це означає, що їм потрібно більше практики і спеціальних вправ для розвитку навичок, що перевіряються четвертим субтестом.

За результатами дослідження можна зробити висновок, що більшість дітей продемонстрували низький рівень розвитку кінестетичного праксису. Це означає, що їм складно виконувати цілеспрямовані рухи, які потребують координації та точності (рис. 2.1).

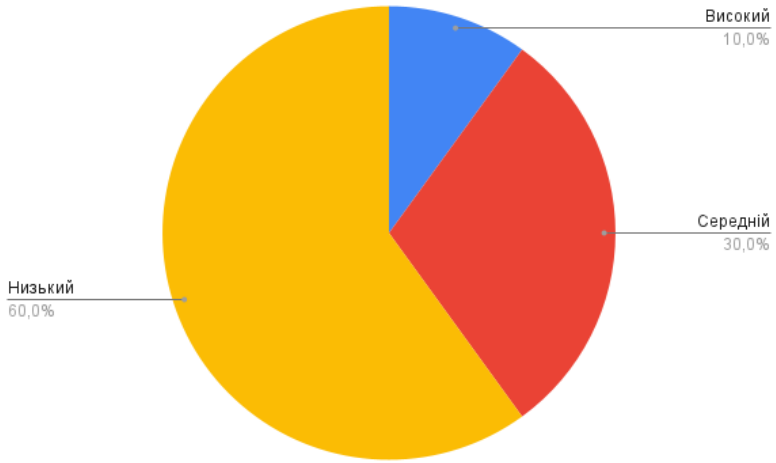


Рисунок 2.1 – Рівні розвитку кінестетичного праксису (на основі результатів субтестів 1, 2, 3, 4)

Аналізуючи рис. 2.1, можна зробити наступні висновки.

Більшість дітей (60%) демонструють низький рівень розвитку кінестетичного праксису. Це означає, що їм складно виконувати цілеспрямовані рухи, які потребують координації та точності.

Тільки 10% дітей мають високий рівень розвитку, що свідчить про добре розвинені рухові навички.

30% дітей демонструють середній рівень, що вказує на наявність певних труднощів, але загалом рухові навички у них розвинені достатньо.

Отримані результати свідчать про те, що більшість дітей у даній групі потребують додаткової допомоги у розвитку кінестетичного праксису.

Для діагностики кінетичного праксису були використані субтести 1, 2, 6, 7 (табл. 2.2).

Таблиця 2.2 – Діагностики кінетичного праксису

№	Ім’я та прізвище дитини	Субтест 1	Субтест 2	Субтест 6	Субтест 7	Рівень розвитку кінетичного праксису
1	Валерій Р.	4	5	4	4	Високий

Продовження табл. 2.2

2	Іван П.	4	3	4	3	Середній
3	Надія М.	2	2	3	3	Низький
4	Валентина Н.	3	2	2	3	Низький
5	Ірина Г.	2	2	2	2	Низький
6	Філіп В.	3	4	3	3	Середній
7	Дмитро С.	3	2	2	3	Низький
8	Олександр Г.	2	3	3	3	Низький
9	Анна З.	3	2	3	3	Низький
10	Анастасія К.	3	3	2	2	Середній

Згідно з результатами субтесту 1, більшість дітей продемонстрували низький рівень виконання проби «Кулак - ребро – долоня», що свідчить про те, що у дітей можуть бути проблеми з координацією рухів, увагою та швидкістю реакції.

Високий рівень має Валерій Р., демонструючи хорошу координацію і може служити прикладом для інших дітей. Середній рівень мають Іван П., Філіп В., Анастасія К. Вони мають потенціал для поліпшення своїх результатів за допомогою додаткових тренувань. Низький рівень мають Надія М., Валентина Н., Ірина Г., Дмитро С., Олександр Г., Анна З. Діти з низьким рівнем можуть відчувати труднощі в таких видах діяльності, як письмо, малювання, спорт, які вимагають координації рухів. Їм можуть бути корисні спеціальні вправи для розвитку цих навичок.

Згідно з результатами субтесту 2, більшість дітей продемонстрували низький рівень розвитку реципрокної координації рук. Це означає, що їм складно виконувати завдання, які вимагають одночасного використання обох рук у різних напрямках або з різною силою.

Отримав найвищий бал Валерій Р. (має високий рівень) за субтест 2, що свідчить про відмінну координацію рухів обох рук. Середній рівень мають Іван П., Філіп В., Анастасія К. Ці діти демонструють достатній рівень координації,

але можуть мати певні труднощі в більш складних завданнях.

Низький рівень отримали Надія М., Валентина Н., Ірина Г., Дмитро С., Олександр Г., Анна З. У цих дітей є найбільші труднощі з координацією рухів обома руками, вони демонструють значні труднощі з виконанням проби, що може свідчити про порушення міжпівкульної взаємодії або проблеми з плануванням рухів.

Згідно з результатами субтесту 6, більшість дітей продемонстрували низький рівень розвитку орального кінетичного праксису. Немає дітей, які б отримали високий бал за субтест 6. Це може означати, що діти загалом мають певні труднощі з оральним кінетичним праксисом.

Валерій Р., Іван П., Філіп В. показали середній рівень розвитку орального кінетичного праксису. Це означає, що вони можуть виконувати більшість завдань, але можуть мати певні труднощі з більш складними звуками або рухами.

Низький рівень мають Надія М., Валентина Н., Ірина Г., Дмитро С., Олександр Г., Анастасія К. Більшість дітей потрапили саме в цю категорію. Це свідчить про те, що їм може знадобитися додаткова допомога в розвитку мовлення. Вони демонструють значні труднощі з виконанням проби, що може свідчити про порушення орального кінетичного праксису.

Згідно з результатами субтесту 7, більшість дітей продемонстрували низький рівень розвитку артикуляційного еферентного праксису.

Жоден з дітей не продемонстрував рівень розвитку артикуляційного праксису, який можна було б однозначно віднести до високого. Валерій Р., Іван П., Філіп В., Дмитро С., Олександр Г., Анна З. мають середній рівень розвитку, що може свідчити про певні труднощі з вимовою окремих звуків або словосполучень. Низький рівень розвитку артикуляційного еферентного праксису у досліджуваних дітей виявлений у Ірини Г. та Анастасії К. (рис. 2.2).

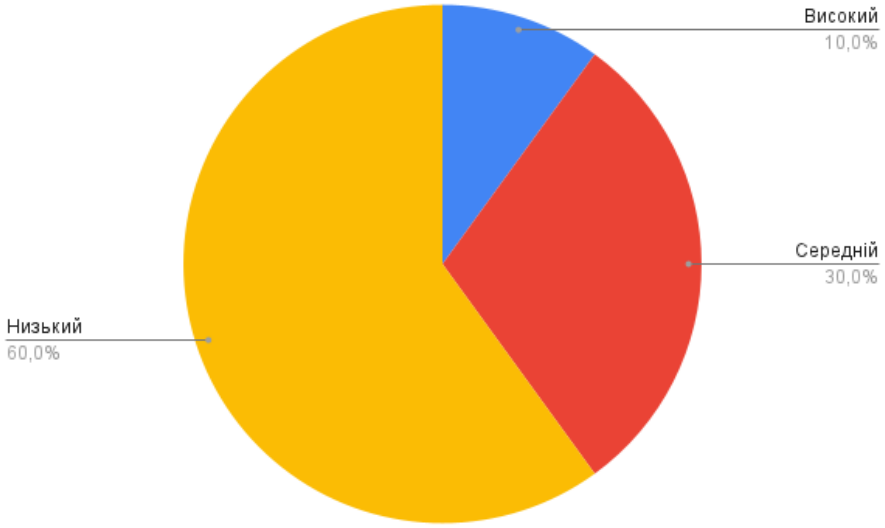


Рисунок 2.2 – Рівні розвитку кінетичного праксису (на основі результатів субтестів 1,2,6,7)

Аналізуючи рис. 2.2, можна зробити висновок, що більшість дітей (60%) демонструють низький рівень розвитку кінетичного праксису. Це означає, що їм може бути складно виконувати різноманітні рухи, які вимагають координації та точності. Тільки 10% дітей мають високий рівень розвитку кінетичного праксису, що свідчить про хорошу координацію рухів. 30% дітей мають середній рівень. Це означає, що у них є певні труднощі з координацією рухів, але загалом вони справляються з більшістю завдань.

Дослідження регуляторного праксису проводилось за допомогою субтестів 1, 2 (табл. 2.3)

Таблиця 2.3 – Діагностика регуляторного праксису

№	Ім’я та прізвище дитини	Субтест 1	Субтест 2	Рівень розвитку регуляторного праксису
1	Валерій Р.	4	5	Високий
2	Іван П.	4	3	Середній
3	Надія М.	3	2	Низький
4	Валентина Н.	2	2	Низький

Продовження табл. 2.3

5	Ірина Г.	2	2	Низький
6	Філіп В.	3	4	Середній
7	Дмитро С.	2	2	Низький
8	Олександр Г.	2	3	Низький
9	Анна З.	2	2	Низький
10	Анастасія К.	2	3	Низький

Згідно з результатами субтесту 1, більшість дітей продемонстрували низький рівень розвитку вміння переключатися між різними рухами за зоровим сигналом. Високий рівень має Валерій Р., який демонструє хорошу здатність швидко та точно виконувати різні рухи за сигналом. Середній рівень має Іван П. та Філіп В., що може вказувати на деякі труднощі з переключенням між рухами. Низький рівень мають Надія М., Валентина Н., Ірина Г., Дмитро С., Олександр Г., Анна З., Анастасія К.. Тобто вони мають значні труднощі з виконанням завдань, що вимагають швидкої реакції та переключення між різними рухами.

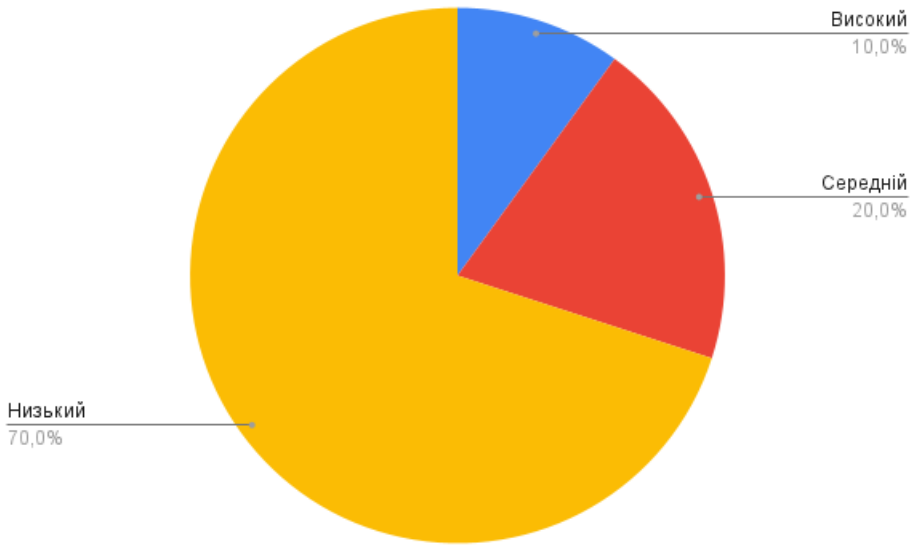


Рисунок 2.3 – Рівні розвитку регуляторного праксису (на основі субтестів 1, 2

Згідно з результатами субтесту 2, більшість дітей показали низький рівень виконання завдання. Валерій Р. продемонстрував найвищий рівень розвитку вміння реагувати на звукові сигнали. Іван П., Філіп В. та Анастасія К. мають середній рівень, що вказує на достатню здатність виконувати завдання. Більшість дітей мають значні труднощі з виконанням завдання (мають низький рівень: Надія М., Валентина Н., Ірина Г., Дмитро С., Олександр Г., Анна З.), що може свідчити про проблеми зі слуховою концентрацією, швидкістю реакції або координацією рухів (рис. 2.3).

Аналізуючи рис. 2.3, можна виділити наступне.

Більшість дітей (70%) демонструють низький рівень розвитку регуляторного праксису. Це означає, що їм складно контролювати свої рухи, координувати їх і виконувати складні завдання, які вимагають певних послідовностей дій.

Лише 10% дітей мають високий рівень розвитку регуляторного праксису, що свідчить про хорошу координацію рухів і здатність виконувати складні завдання.

20% дітей мають середній рівень. Це означає, що у них є певні труднощі з регуляцією рухів, але загалом вони справляються з більшістю завдань.

Нами була проведена діагностика диспраксії у дошкільників із ЗНМ за допомогою досліджень Ю. Рібцун. Результати дослідження дозволили сформувати такі висновки.

Діагностика кінестетичного праксису, яка проводилась за допомогою субтестів 1, 2, 3, 4, дозволила виявити рівні розвитку кінестетичного праксису. Результати діагностики вказують на те, що значна частина дітей (60%, 6 дітей) має проблеми з виконанням цілеспрямованих рухів, які потребують координації та точності. Це може впливати на їхнє навчання, розвиток та повсякденне життя. 30% (3 дитини) демонструють середній рівень, що вказує на наявність певних труднощів, але загалом рухові навички у них розвинені достатньо. Тільки 10% (1 дитина) мають високий рівень розвитку, що свідчить про добре розвинені рухові навички. Діти з низьким рівнем розвитку кінестетичного

праксису (Надія М., Валентина Н., Ірина Г., Дмитро С., Олександр Г., Анастасія К.) демонстрували труднощі з виконанням завдань, що характерні для диспраксії. Зокрема, проблеми з артикуляцією та відтворенням рухів за кінестетичним зразком можуть бути прямими показниками цього розладу. Для підтвердження диспраксії необхідне проведення більш детального нейропсихологічного обстеження, адже це дозволить виявити інші можливі порушення, такі як порушення уваги, пам'яті, мовлення, а також визначити ступінь вираженості диспраксії.

Діагностика кінетичного праксису, яка проводилась за допомогою субтестів 1, 2, 6, 7, дозволила виявити рівні розвитку кінетичного праксису. Результати діагностики вказують на те, що значна частина дітей має проблеми з виконанням цілеспрямованих рухів, які потребують координації та точності. Це може впливати на їхнє навчання, розвиток та повсякденне життя. Діти з середнім рівнем розвитку (30%) мали певні труднощі з координацією рухів, але загалом їхні навички відповідають віковим нормам. Для них необхідна додаткова стимуляція та тренування. Діти з низьким рівнем розвитку (60%) демонстрували значні труднощі з виконанням рухових завдань, що може свідчити про наявність диспраксії, потребує додаткового обстеження.

Діагностика регуляторного праксису проводилась за допомогою субтестів 1 та 2, дозволила виявити рівні регуляторного праксису. Діти з середнім рівнем розвитку (20%) можуть мати деякі ознаки диспраксії, але в менш вираженій формі. Їм може бути складно виконувати складні або нові завдання, які вимагають високого рівня планування і координації.

Діти з низьким рівнем розвитку (70%) можуть мати труднощі, пов'язані з диспраксією. Їм важко виконувати завдання, які вимагають планування, координації та контролю рухів.

Таблиця 2.4 – Діагностика диспраксії у дошкільників із ЗНМ

№	Ім'я та прізвище дитини	Рівень розвитку кінестетичного праксису	Рівень розвитку кінетичного праксису	Рівень розвитку регуляторного праксису

Продовження табл. 2.4

1	Валерій Р.	Високий	Високий	Високий
2	Іван П.	Середній	Середній	Середній
3	Надія М.	Низький	Низький	Низький
4	Валентина Н.	Низький	Низький	Низький
5	Ірина Г.	Низький	Низький	Низький
6	Філіп В.	Середній	Середній	Середній
7	Дмитро С.	Низький	Низький	Низький
8	Олександр Г.	Низький	Низький	Низький
9	Анна З.	Середній	Низький	Низький
10	Анастасія К.	Низький	Середній	Низький

Результати табл. 2.4 дозволяють зробити такі висновки.

Більшість дітей зі ЗНМ демонструють низький рівень розвитку кінестетичного, кінетичного та регуляторного праксису. Це свідчить про значні труднощі в координації рухів, плануванні та регуляції моторних дій.

Порушення кінестетичного праксису проявляються в труднощах з виконанням рухів за інструкцією, копіюванні рухів, відтворенні послідовностей рухів.

Діти з низьким рівнем розвитку кінетичного праксису можуть мати проблеми з виконанням складних рухів, що вимагають координації обох рук, а також з орієнтацією в просторі.

Порушення регуляторного праксису проявляються в труднощах з регуляцією сили, швидкості та точності рухів, а також з переключенням між різними видами рухів.

Отримані дані вказують на високий рівень поширеності диспраксії серед дошкільників із ЗНМ. У більшості дітей спостерігається не ізольоване порушення одного виду праксису, а комплексний розлад, що охоплює кінестетичний, кінетичний та регуляторний компоненти.

Оскільки диспраксія може негативно вплинути на подальший розвиток

дитини, важливо проводити ранню діагностику та починати корекційну роботу якомога раніше.

2.3 Методичні рекомендації щодо проведення діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ

Диспраксія суттєво впливає на якість життя дитини, ускладнюючи навчання, спілкування та адаптацію в соціумі, тому раннє виявлення та корекція цього порушення є надзвичайно важливими.

Проведене дослідження дозволило виявити у дітей дошкільного віку низький рівень розвитку кінестетичного (60%), кінетичного (60%) та регуляторного (70%) праксису.

Отримані дані вказують на високий рівень поширеності диспраксії серед дошкільників із ЗНМ, саме тому важливо розглянути напрямки корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ, конкретні завдання та вправи, матеріали та обладнання, приклади занять (табл. 2.5).

Таблиця 2.5 – Напрямки корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ [36, с. 39]

№	Напрямок корекції	Конкретні завдання та вправи	Матеріали та обладнання	Приклади занять
1	Розвиток дрібної моторики	Сортування дрібних предметів, перебирання крупи, ліплення з пластиліну, робота з мозаїкою, конструктором, пазлами.	Мозаїка, конструктор, пластилін, природні матеріали, дрібні предмети.	Ліплення фігурок тварин, будівництво з конструктора, створення аплікацій.
2	Розвиток координації рухів	Ходьба по лінії, стрибки через скакалку, жонглювання м’ячиками, катання м’яча, вправи на баланс.	М’ячі різного розміру, скакалка, кеглі, балансирир.	Ігри в бадмінтон, футбол, баскетбол (адаптовані для дітей).

Продовження табл. 2.5

3	Розвиток артикуляційної моторики	Виконання артикуляційних вправ для всіх груп звуків.	Дзеркало, картинки з зображенням органів артикуляції.	Ігри «Повтори за мною», «Покажи язичком».
4	Розвиток загальної моторики	Фізкультхвилинки, ігри з великим м'ячем, лазіння по спортивному комплексу.	М'ячі, скакалки, спортивний комплекс.	Ігри в «Козаки-розбійники», «Перегони», «Лабіринти».

Додатковими методиками можуть бути елементи арт-терапії (малювання, ліплення, аплікація для вираження емоцій і розвитку дрібної моторики); музикотерапія для розвитку ритму, координації рухів, емоційної сфери.

Важливо ознайомитись з ефективністю корекційних методів при диспраксії у дітей дошкільного віку з ЗНМ (табл. 2.6).

Таблиця 2.6 – Ефективність корекційних методів при диспраксії у дітей дошкільного віку з ЗНМ [37]

№	Метод корекції	Очікувані результати	Примітки
1	Мозочкова стимуляція (дошка Більгоу, вестибулярна, пропріоцептивна)	Покращення координації рухів, балансу, рівноваги, загальної рухової активності.	Ефективна для розвитку рухових навичок, необхідних для виконання складних рухів.
2	Кистьово-пальцевий праксис (дрібна моторика, малювання, ліплення)	Розвиток дрібної моторики, координації очей і рук, підготовка руки до письма.	Сприяє розвитку мовлення, пізнавальних процесів.
3	Візуальні ритмічні рядочки (картки, музика)	Розвиток зорового сприйняття, уваги, пам'яті, координації рухів під музику.	Допомагає розвивати тимчасову організацію поведінки, ритміку.
4	Мультисенсорний підхід (зорові, слухові, тактильні, смакові опори)	Поліпшення сприйняття інформації, розвиток різних видів пам'яті, уваги, уяви.	Забезпечує комплексну стимуляцію сенсорних систем, що сприяє кращому засвоєнню матеріалу.

Продовження табл. 2.6

5	Індивідуальний підхід (врахування інтересів, позитивна мотивація, співпраця з батьками)	Збільшення мотивації до занять, підвищення ефективності корекції, покращення емоційного стану дитини.	Сприяє створенню довірливих відносин між дитиною та спеціалістом.

Аналізуючи табл.5 та табл.6, можна зробити такі загальні висновки.

Комплексний підхід є найбільш ефективним для корекції диспраксії. Поєднання різних методів дозволяє впливати на різні аспекти порушення, а індивідуалізація корекційної програми є необхідною умовою успіху. Врахування особливостей кожної дитини дозволяє підібрати оптимальні вправи та методики.

Систематичність занять є важливим фактором, адже регулярні заняття забезпечують стабільний прогрес. Співпраця з батьками, створення атмосфери довіри і підтримки сприяє закріпленню навичок, отриманих на заняттях, у повсякденному житті дитини [8, с. 6].

Сенсорна інтеграція відіграє ключову роль у розвитку моторики, мови та пізнавальних процесів. Розвиток сенсорної інтеграції – це фундаментальний процес для дітей з загальним недорозвиненням мовлення (ЗНМ), особливо для тих, хто має диспраксію. Різноманітні сенсорні досвіди допомагають мозку дитини правильно обробляти інформацію, що надходить від різних органів чуття, і формувати адекватні реакції. У дітей з диспраксією часто спостерігаються порушення в обробці сенсорної інформації, що призводить до труднощів у координації рухів, сприйнятті простору та часу, а також у розвитку мовлення.

Сенсорну стимуляцію варто розглядати з декількох аспектів.

1. Тактильна стимуляція. Використання різних матеріалів з різною текстурою (пухнастих, гладких, шорстких) для масажу рук, ніг, спини. Гра з кінетичним піском, пластиліном, тістом.

2. Пропріоцептивна стимуляція. Використання ваги, опору, руху.

Наприклад, катання на фітболі, ходьба по нерівних поверхнях, виконання вправ з обважнювачами.

3. Вестибулярна стимуляція. Качання на гойдалках, обертання на великому м’ячі, виконання вправ на баланс.

4. Візуальна стимуляція. Використання яскравих іграшок, картинок, світлових ефектів.

5. Аудіальна стимуляція завдяки використанню різних звуків, музики.

Є декілька способів організувати сенсорні заняття:

- створення коробочок з різними матеріалами: піском, водою, крупами, ватою, намистинами. Додайте до них невеликі предмети різної форми і текстури. Дитина може досліджувати вміст коробок руками, відчуваючи різні текстури і температуру;
- використання сенсорних доріжок. Для цього на підлозі викладають різні матеріали: килимок з різною фактурою, доріжку з пухнастих кульок, смужки тканини різної щільності. Дитина може ходити по доріжці босими ногами, відчуваючи різні відчуття;
- ігри з водою. Для цього у таз наливають воду кімнатної температури і додайте різні предмети: губки, гумові іграшки, пісочний годинник. Дитина може грати з водою, відчуваючи її температуру і текстуру;
- ліплення з пластиліну допомагає розвивати дрібну моторику, тактильну чутливість і координацію рухів;
- ігри з природними матеріалами, збір різних природних матеріалів (камені, шишки, листя) і використання їх для гри. Дитина може сортувати їх за розміром, кольором, текстурою [33].

Диспраксія, як порушення здатності до планового цілеспрямованого виконання рухів, вимагає комплексного підходу до корекції. Сучасна кінезіотерапія пропонує широкий спектр інноваційних методів, які дозволяють ефективно впливати на причини цього розладу та сприяти покращенню рухових функцій.

Одним з таких методів є стабілометрія з біоактивним зв’язком. Ця методика передбачає використання спеціальних платформ, які фіксують найменші зміни положення тіла. За допомогою біоактивного зворотного зв’язку пацієнт отримує візуальну або звукову інформацію про свою рівновагу, що дозволяє йому свідомо коригувати рухи та покращувати координацію.

Вібраційні рядки (або віброплатформи) – це інноваційний інструмент у кінезіотерапії, який використовується для стимуляції пропріоцептивних рецепторів у м’язах і суглобах. Коли людина стоїть або сидить на вібраційній платформі, м’язи починають скорочуватися з частотою вібрацій. Це призводить до: покращення м’язового тонусу, стимуляції кровообігу, покращення координації, зменшення болю. Вібраційні рядки застосовуються у вправах на баланс (стояння на платформі з закритими очима, переміщення центру ваги), у силових вправах (виконання присідань, віджимань, махів ногами на платформі), розтяжці (виконання статичних і динамічних розтяжок на платформі)

Візуально ритмічні рядочки – це послідовність візуальних образів, які змінюються за певним ритмом. Вони можуть бути представлені у вигляді картинок, геометричних фігур, літер або цифр.

Щоб використовувати візуально ритмічні рядочки, дитина повинна повторити викладання у ряд різних предметів (камінців.кубиків, шишки, іграшки тощо) за різним комбінаціями. У таких рядочків є різні варіанти послідовності: прості (один-один) або складні (один-два,три-два, тощо).Завдання мають ускладнюватися поступово. Візуальні рядочки можуть супроводжуватися рухами як загальної моторики,так і окремо кистьового-пальцьового праксису. Також візуально ритмічні ряди можуть супроводжуватися вправами для автоматизації та диференціації звуків, для відпрацювання вправ для розвитку просодичної сторони мовлення, для розвитку фонематичного слуху та граматичних категорій.

Візуально ритмічні рядочки ефективні при диспраксії, адже розвивають зорово-моторну координацію, почуття ритму, покращують пам’ять і увагу, формують тимчасову організацію поведінки, сприяють розвитку координації

рухів. Також робота з такими рядками сприяє активації мовлення, ефективному формування складової структури слова.

Краще починати роботу із ВРР у такій послідовності:

- дитина викладає за сенсорною ознакою рядок,наприклад колір.Чорний камінчик потім білий ,далі знову чорний, а за ним білий;
- на другому етапі ускладнення може виглядати у викладанні рядка за менш явними сенсорними ознаками, наприклад, шишка-каштан, стаканчик-паличка;
- далі моторний ряд може не мати взагалі виражених ознак [10].

Дошка Більгоу (балансир) – це спеціальна платформа, яка використовується для тренування балансу, координації та пропріоцепції. Вона має нестабільну поверхню, що змушує тіло постійно адаптуватися до змін. Дошка Більгоу корисна для дітей з диспраксією, адже сприяє розвитку вестибулярного апарату, покращує координацію рухів, зміцнює м'язи-стабілізатори, розвиває сенсорну інтеграцію. Дошка Більгоу застосовується у статичних, динамічних вправах, а також із вправами з м'ячем [14].

Мозочок відповідає за координацію рухів, рівновагу, тонус м'язів та деякі когнітивні функції. Стимуляція мозочка допомагає покращити загальну координацію, дрібну моторику, а також сприяє розвитку мовлення та пізнавальних процесів.

Для досягнення максимального ефекту рекомендується поєднувати мозочкову стимуляцію і візуально ритмічні рядочки. Наприклад, можна виконувати вправи на дошці Більгоу під музику або відтворювати ритмічні рухи за допомогою картинок. Заняття на вібраційних рядках і дошці Більгоу повинні проводитися під наглядом фахівця і з урахуванням індивідуальних особливостей дитини.

Іншим ефективним методом є динамічна корекція з використанням рефлекторонавантажувальних пристроїв. Пристрої типу Гравістат, Аделі, Гравітон створюють умови для тренування м'язів-стабілізаторів та покращення вестибулярної функції. Завдяки цьому підвищується загальна координація рухів

та зменшується ризик падінь.

Пасивне вестибулярне тренування з використанням комп’ютерного стенду дозволяє стимулювати вестибулярний апарат, який відповідає за рівновагу та координацію. За допомогою спеціальних програм пацієнт виконує віртуальні рухи, що сприяє розвитку вестибулярних функцій.

Електростимуляція м’язів застосовується для зміцнення м’язів, які беруть участь у виконанні певних рухів. Цей метод особливо ефективний при зниженні м’язового тонусу або парезах.

Комп’ютерний відеоаналіз рухів дозволяє детально проаналізувати особливості рухової активності пацієнта та виявити помилки у виконанні рухів. На основі цього аналізу розробляється індивідуальна програма корекції.

Транскраніальна поляризація головного мозку – це неінвазивний метод стимуляції мозкової активності. Вона може бути використана для покращення нейронних зв’язків, що відповідають за контроль рухів.

Поєднання цих методів дозволяє досягти максимального ефекту в корекції диспраксії. Важливо підкреслити, що вибір конкретних методик та їх комбінацій здійснюється індивідуально для кожного пацієнта з урахуванням особливостей його захворювання та загального стану здоров’я.

Застосування сучасних інноваційних методів кінезіотерапії дозволяє не тільки покращити рухові функції пацієнтів з диспраксією, але й підвищити їхню самооцінку та якість життя в цілому [1].

Наведені вправи у табл. 2.6 розроблені для дітей з диспраксією з метою розвитку дрібної моторики, координації рухів, просторового сприйняття та артикуляційного апарату. Їх можна використовувати як додатковий матеріал до основної програми корекційної роботи під наглядом логопеда або дефектолога. Регулярне виконання цих вправ сприяє покращенню загальної моторики, розвитку мовлення та підвищенню самооцінки дитини.

Таблиця 2.7 – Вправи для дітей з диспраксією [1]

№	Назва вправи	Мета вправи	Опис вправи	Матеріали

1	Чудовий мішечок	Розвиток дотикової чутливості,	Дитина опускає руку в мішечок і, не	Невеликий непрозорий

Продовження табл. 2.7

		тактильної дискримінації, пам’яті	дивлячись, на дотик визначає предмет.	мішечок, різноманітні предмети різної форми, текстури і розміру
2	Мотузка	Розвиток графічних навичок, просторового орієнтування	Дитина малює на підлозі або столі різні фігури за допомогою мотузки або скакалки.	Мотузка або скакалка
3	Гонки багатоніжок	Розвиток координації рухів, співпраці	Діти з’єднуються руками або ногами і рухаються по команді, намагаючись не роз’єднатися.	Немає
4	Притисніть палець	Розвиток сили і точності рухів кистей рук	Діти з’єднують кисті рук і намагаються притиснути палець суперника.	Немає
5	Літаки	Розвиток координації рухів, окоміру	Діти згинають папір і запускають літачки, змагаючись у дальності польоту.	Папір
6	Ходимо в капелюхах	Розвиток рівноваги, координації рухів, постави	Дитина ходить з предметом на голові, намагаючись зберегти рівновагу.	Невеликий предмет (мішечок з піском, книга)
7	Швидкі конячки	Розвиток дрібної моторики, координації рухів	Дитина намотує шнурок на паличку, змагаючись на швидкість.	Шнурок, паличка, іграшкова конячка
8	Гарячий м’яч	Розвиток уваги, реакції	Діти передають м’яч по колу, коли ведучий говорить «стоп», гравець з м’ячем вибуває.	М’яч
9	Ліплення, аплікація, малювання	Розвиток дрібної моторики, творчих здібностей	Дитина займається різними видами образотворчої	Пластилін, папір, фарби, клей, ножиці,

			діяльності.	природні матеріали

Регулярне виконання цих вправ сприяє розвитку дрібної моторики, координації рухів, просторового сприйняття, покращенню артикуляційного апарату, підвищенню самооцінки дитини, розвитку комунікативних навичок, збільшенню обсягу уваги та концентрації, покращенню загального психофізичного розвитку.

Вправи слід підбирати індивідуально для кожної дитини з урахуванням її віку, особливостей розвитку та інтересів. Заняття повинні проводитися в ігровій формі і супроводжуватися позитивними емоціями. Регулярність і систематичність виконання вправ є ключем до успіху.

Батьки відіграють ключову роль у розвитку дитини з диспраксією. Їхнє терпіння, підтримка та правильна стратегія виховання можуть значно вплинути на прогрес дитини:

- завдяки спільній діяльності. Виконання побутових справ разом з дитиною – це не просто заняття, а й можливість для неї розвивати дрібну моторику, координацію рухів та самостійність;
- завдяки позитивному підкріпленню. Заохочуйте будь-які спроби дитини, навіть якщо результат не ідеальний. Важливо, щоб дитина відчувала вашу підтримку і вірила у свої сили;
- завдяки постановці досяжних цілей. Розбивайте складні завдання на простіші етапи, щоб дитина могла відчути успіх і мотивацію до подальших дій;
- за допомогою співпраці з фахівцями. Тісна взаємодія з логопедами, психологами та іншими фахівцями допоможе вам краще зрозуміти особливості розвитку вашої дитини та отримати рекомендації щодо корекційної роботи;
- завдяки створенню комфортного середовища. Створіть вдома атмосферу спокою і безпеки, де дитина зможе розвиватися в своєму темпі;
- дотримання стабільного режиму дня допомагає дитині краще орієнтуватися в часі і просторі, що сприяє розвитку її когнітивних функцій.

Комплексний підхід є найбільш ефективним для корекції диспраксії.

Поєднання різних методів дозволяє впливати на різні аспекти порушення, а індивідуалізація корекційної програми є необхідною умовою успіху. Врахування особливостей кожної дитини дозволяє підібрати оптимальні вправи та методики.

Систематичність занять є важливим фактором, адже регулярні заняття забезпечують стабільний прогрес. Співпраця з батьками, створення атмосфери довіри і підтримки сприяє закріпленню навичок, отриманих на заняттях, у повсякденному житті дитини [8, с. 6].

Застосування даних рекомендацій дозволить досягти значних успіхів у корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ.

Тож, корекція диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ – це тривалий і трудомісткий процес, який вимагає комплексного підходу та індивідуального підбору методів і прийомів. Регулярні заняття, позитивне підкріплення і співпраця з батьками – запорука успіху в корекції цього порушення. При цьому важлива пам’ятати про те, що кожна дитина індивідуальна, тому програма корекції повинна розроблятися з урахуванням її особливостей.

ВИСНОВКИ

Вивчивши науково-теоретичні засади діагностики та корекції диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ та узагальнивши результати проведеного нами експериментального дослідження, дозволили сформулювати такі висновки.

1. Аналіз науково-методичної літератури показав, що проблема вивчення праксису представлена в дослідженнях українських вчених: М. Шеремет, О. Боряк, В. Клименко, І. Мартиненко, А. Сімко. Провідні симптоми диспраксії у дітей досліджувалися багатьма зарубіжними вченими, серед яких виділяють: Д. Блек, Н. Андреасен, Дж. Айрес, С. Габбей, К. Гіллберг та інші. Ю. Рібцун, Н. Гаврилова та інші дослідники вважають, що між станом мовлення й моторною сферою дитини дійсно існує тісний зв'язок, а порушення артикуляційної моторики є одним із важливих факторів, які можуть призводити до порушення звуковимови.

2. Проведене дослідження підтвердило тісний зв'язок між загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ) у дошкільників та високим ризиком розвитку диспраксії. Встановлено, що диспраксія, як невід'ємний компонент ЗНМ, має значний вплив на різноманітні аспекти мовленнєвого розвитку дитини. Крім ускладнень у формуванні звукової сторони мовлення, диспраксія призводить до порушень фонематичного сприйняття, що ускладнює процес звукового аналізу і синтезу. Це, в свою чергу, негативно впливає на формування лексико-граматичних конструкцій та розвиток зв'язного мовлення. Більш того, диспраксія часто супроводжується труднощами в автоматизації звуків, що призводить до нестійкості досягнутих результатів корекційної роботи. Такий комплексний характер порушень мовлення у дітей з ЗНМ та диспраксією вимагає застосування індивідуальних та диференційованих підходів у корекційній роботі.

3. Дослідження особливостей різних видів праксисів і стану сформованості мовленнєвих засобів у дітей дошкільного віку із ЗНМ

проводилося на базі дитячого садка ТОВ «Барбариски», міста Одеси (Одеської області). В експериментальній групі були задіяні 10 дітей віком від 3 до 6 років. Для діагностики диспраксії у дошкільників із ЗНМ були проведені такі дослідження Ю. Рібцун: діагностика кінестетичного, кінетичного, регуляторного праксису.

Для діагностики кінестетичного праксису – субтести 1, 2, 3, 4. Згідно з результатами субтесту 1, низькі бали отримало 50% досліджуваних, що може проявлятися у неточності виконання, уповільненій швидкості або необхідності в повторних спробах. Згідно з результатами субтесту 2, 60% досліджуваних мають низький рівень у цих дітей свідчить про необхідність додаткової роботи над розвитком кінестетичного праксису. Згідно з результатами субтесту 3, 60% дітей мають низький рівень, їм складно точно виконувати рухи органами артикуляції, що може призводити до порушення звуковимови. Згідно з результатами субтесту 4, 60% дітей мають низький рівень. Отримані результати діагностики кінестетичного праксису свідчать про те, що більшість дітей у даній групі (60%) потребують додаткової допомоги у розвитку кінестетичного праксису.

Для діагностики кінетичного праксису були використані субтести 1, 2, 6, 7. Згідно з результатами субтесту 1, 60% дітей відчували труднощі в таких видах діяльності, як письмо, малювання, спорт, які вимагають координації рухів. Згідно з результатами субтесту 2, 60% досліджуваних мали найбільші труднощі з координацією рухів обома руками, вони демонструють значні труднощі з виконанням проби, що може свідчити про порушення міжпівкульної взаємодії або проблеми з плануванням рухів. Згідно з результатами субтесту 6, 60% дітей продемонстрували значні труднощі з виконанням проби. Згідно з результатами субтесту 7, 60% труднощі з вимовою окремих звуків або словосполучень. Отримані результати свідчать про те, що більшість дітей (60%) продемонстрували низький рівень кінетичного праксису, що означає, що їм може бути складно виконувати різноманітні рухи, які вимагають координації та точності.

Дослідження регуляторного праксису відбувалося за допомогою субтестів 1, 2. Згідно з результатами субтесту 1, 70% дітей мають значні труднощі з виконанням завдань, що вимагають швидкої реакції та переключення між різними рухами. Згідно з результатами субтесту 2, 70% досліджуваних мають низький рівень, що може свідчити про проблеми зі слуховою концентрацією, швидкістю реакції або координацією рухів. Отримані результати свідчать про те, що більшість дітей (70%) демонструють низький рівень розвитку регуляторного праксису. Це означає, що їм складно контролювати свої рухи, координувати їх і виконувати складні завдання, які вимагають певних послідовностей дій.

4. Проведене дослідження виявило значний рівень порушень праксису у дітей дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ). Більшість дітей зі ЗНМ продемонстрували низький рівень розвитку кінестетичного (20%), кінетичного (20%) та регуляторного (30%) праксису. Це свідчить про значні труднощі в координації рухів, плануванні та регуляції моторних дій. Тож, у більшості випадків диспраксія проявляється не ізольовано, а у вигляді комплексного розладу, що охоплює різні види праксису. Порушення праксису негативно впливають на загальний розвиток дитини, ускладнюючи навчання, спілкування та соціальну адаптацію.

Проведене дослідження дозволило розробити теоретично обґрунтовані методичні рекомендації щодо ранньої діагностики та комплексної корекції диспраксії у дітей дошкільного віку з загальним недорозвитком мовлення (ЗНМ). Актуальність раннього виявлення та корекції диспраксії обумовлена її значним впливом на загальний розвиток дитини та необхідністю створення оптимальних умов для подальшого навчання та соціальної адаптації. Для ефективної корекції диспраксії необхідна детальна діагностика, яка передбачає оцінку різних компонентів праксису з метою визначення індивідуального профілю порушень у кожної дитини. На основі отриманих даних розробляються індивідуальні програми корекційної роботи, спрямовані на розвиток порушених функцій.

Комплексний підхід, що включає залучення логопедів, дефектологів, психологів та інших фахівців, є необхідною умовою успішної корекції диспраксії у дітей з ЗНМ. Регулярні заняття, позитивне підкріплення і співпраця з батьками – запорука успіху в корекції цього порушення.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Academiedelitterature. Що таке диспраксія симптоми та методи корекції. URL: https://academiedelitterature.site/shho-take-dispraksiya-simptomi-ta-metodi-korekci%d1%97/ (дата звернення: 15.11.2024).

2. American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™ (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.. 2013. URL: https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596 (дата звернення: 10.06.2024).

3. Ayres A. J Types of sensory integrative dysfunction among disabled learners. *The American Journal of Occupational Therapy.* 1972. № 26 (1). P. 13-18.

4. Gillberg C, Kadesjö B. Why bother about clumsiness? The implications of having developmental coordination disorder (DCD). *Neural Plasticity.* 2003. №10 (1–2). P. 59-68.

5. Gubbay S. S. The Management of Developmental Apraxia. *Developmental Medicine & Children Neurology.* 1978. № 20 (5). P. 643-646.

6. Harris S. R., Mickelson E., Zwicker, J. G. Diagnosis and management of developmental coordination disorder. *CMAJ : Canadian Medical Association journal.* 2015. № 187(9). P. 659–665.

7. Zwierzchowska A., Bieńkowska K. I., Jurczak P. Articulatory Motor Skills, Physical Status and Efficiency of Respiratory Muscles in Children with Speech Impediments. *Logopedia.* 2019. № 48(1). P. 5-19.

8. Бєлова О. Б. Особливості розвитку когнітивних процесів та емоційно-вольової сфери у молодших школярів з ПМР. *Актуальні питання корекційної освіти (педагогічні науки)* : збірник наукових праць. Кам'янець-Подільський : Медобори-2006, 2011. 2. С. 6–15.

9. Блек Д. В., Андреасен Н. К. Вступ до психіатрії: 7-е видання. Київ : Всеукраїнське спеціалізоване видавництво «Медицина». 2024. С. 105-110.

10. Блонова Т. Візуально-ритмічний ряд в роботі логопеда. Інклюзивно-

ресурсний центр. Конотоп : Комунальна установа «Інклюзивно-ресурсний центр» Конотопської міської ради. URL: https://irc.osvita-konotop.gov.ua/vizualno-ritmichnij-ryad-v-roboti-logopeda.html (дата звернення: 15.11.2024).

11. Боряк О. В. Формування мовленнєвої діяльності розумово відсталих дітей молодшого шкільного віку: теорія і практика. *Педагогічний часопис Волині.* 2018. № 2. С. 112-121.

12. Гаврилова Н. С. Типи порушень артикуляційної моторики та особливості їх корекції. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2016. № С. 54-63.

13. Диспраксія (Синдром незграбності). 2024. URL: https://sutura.org.ua/unsorted/dyspraksiia-syndrom-nezhrabnosti/ (дата звернення: 10.06.2024).

14. Дошка Більгоу: вправи для мозочкової стимуляції. Матеріали корекційно-розвиткової роботи для дітей з порушеннями розумового та психомоторного розвитку. URL: https://krasnokutsk.irc.org.ua/news/11-57-31-16-04-2020/ (дата звернення: 15.11.2024).

15. Ельконін Д. Б. Дитяча психологія. Москва : Учпедгіз. 1960. 384 с.

16. Ельконін Д. Б. Психологія гри. Москва : Педагогіка. 1978. 159 с.

17. Загальне недорозвинення мовлення. Діагнози. Логопед-Чарівник. URL: https://logoped.clinic/uk/diagnosis/zagalne-nedorozvynennya-movlennya-znm/ (дата звернення: 10.06.2024).

18. Загальне недорозвинення мовлення. Студениківсткий інклюзивно-ресурсний центр. Методичні поради. Вчитель-логопед. 2024. URL: https://stud.irc.org.ua/zagalne-nedorozvennya-movlennya-14-44-44-11-03-2019/ (дата звернення: 10.06.2024).

19. Клименко В. В. Психофізіологічні механізми праксису людини : монографія. Київ : Видавничий Дім «Слово», 2013. 640 с.

20. Колембет О. М. Розвиток координаційних здібностей молоді : монографія. Київ : Освіта України, 2014. С. 10-24.

21. Кольцова М. М. Розвиток сигнальних систем дійсності в дітей віком. Львів : Наука, 1980. 164 с.

22. Кольцова М. М. Формування сигнальних систем насправді у дитини. Москва : [б. в.], 1968. 18 с.

23. Кольцова М. М. Фізіологічний аналіз асоціативної функції мозку дітей із різною рухливістю нервових процесів. Душанбе : Ірфон, 1991. 54 с.

24. Леонтьєв А. А. Основи теорії речової діяльності. Москва : Наука. 1974. 368с.

25. Лурія О. Р. Мова та свідомість. Професіонали психології. 1979. С. 25-29.

26. Лурія О. Р. Основи нейропсихології. Майстри психології. 2023. 384 с.

27. Мартиненко І. В. Диспраксія в структурі мовленнєвого дизонтогенезу дітей. Науковий часопис *Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова.* Серія: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія: збірник наукових праць. Київ : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2021. № 40. С. 65-70.

28. Матвієнко Ю. Поширені симптоми порушення мови у загальномедичній практиці. *Журнал Медицина світу.* 2018. URL: http://msvitu.com/archive/2015/january/article-3.php?print=1 (дата звернення: 10.06.2024).

29. Пиляєва Н. С. Проблема вивчення праксису та його відхилень у спеціальній літературі. *Педагогіка формування творчої особистості у вищій і загальноосвітній школах*. 2021. №77. Т. 2. С. 38-43.

30. Психічний розвиток дитини раннього та дошкільного віку. Заклад дошкільної освіти. № 270. URL: http://zdo270.kyiv.ua/porady-batkam/24-psikhichnij-rozvitok-ditini-rannogo-ta-doshkilnogo-viku (дата звернення: 10.06.2024).

31. Рібцун Ю. В. Особливості артикуляційної моторики у дітей п’ятого року життя із ФФНМ. *Педагогіка здоров’я* : збірник наукових праць Всеукраїнської науково-практичної конференції. Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди, 2011. С. 326–331.

32. Рібцун Ю. Особлива дитина: навчання і виховання. *Діагностика і корекція.* 2021. №3. С. 28-40.

33. Сенсорний розвиток дітей раннього віку: види сенсорних відчуттів і приклади найпростіших ігрових вправ. *Світ здоров'я.* URL: https://svitzdorovya.com.ua/sensornij-rozvitok-ditej-rannogo-viku-vidi-sensornix-vidchuttiv-i-prikladi-najprostishix-igrovix-vprav/?gad_source=1&gclid=Cj0KCQiAouG5BhDBARIsAOc08RTesMFz6JXhmjMsHUCjzkr-F5vL2HgSSheH__0pt-5J635Ht_x2fecaAglBEALw_wcB (дата звернення: 15.11.2024).

34. Сімко А. В. Особливості покращення психомоторного розвитку розумово відсталих дітей засобами рухової активності. Серія : Проблеми сучасної психології. 2016. № 34. С. 504-512.

35. Тичина К. О., Кошман Д. А. Формування кінестетичного праксису у дітей середнього шкільного віку. Київ : Інститут людини Київського університету імені Бориса Грінченка. 2020. С. 73-77.

36. Трофименко Л. І. Діагностика та корекція загального недорозвитку мовлення у дітей дошкільного віку: навч.-методичний посібник. Київ : Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2014. С. 39-69.

37. Трофименко Л.І. Корекційне навчання з розвитку мовлення дітей середнього дошкільного віку із ЗНМ : програмно-методичний комплекс. Київ : «Актуальна освіта», 2007. 120с.

38. Труш Н. Спадковість у системі чинників формування здоров'я дитини. Івано-Франківськ: ДВНЗ Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника. 2018. С. 198-202.

39. Фомічова Л. І. Педагогічні технології корекції порушень у сприйманні дошкільників з вадами слуху. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова.* Серія : Корекційна педагогіка та спеціальна психологія. 2016. № 31. С. 191-197.

40. Хомик Т. В., Суховець Н. М. Особливості використання кріотерапії в логопедичній роботі з формування артикуляційного праксису у дітей старшого

дошкільного віку із загальним недорозвиненням мовлення. *Інноваційна педагогіка*. 2022. № 53. Т. 2. С. 57-62.

41. Шеремет М. К., О. В. Боряк Неврологічні основи логопедії : навч. посіб. Суми : ФОП Цьома С. П., 2016. С. 214-224.

Декларація
академічної доброчесності
здобувача ступеня вищої освіти ЗНУ

Я, Лінник Аліна Юріївна, студентка магістратури заочної форми здобуття освіти факультету соціальної педагогіки та психології спеціальності 016 «Спеціальна освіта» освітньо-професійної програми «Логопедія» адреса електронної пошти _____ ;

– підтверджую, що написана мною кваліфікаційна робота магістра на тему «Діагностика та корекція диспраксії у дітей дошкільного віку із ЗНМ» відповідає вимогам академічної доброчесності та не містить порушень, що визначені у ст. 42 Закону України «Про освіту», зі змістом яких ознайомлена;

– заявляю, що надана мною для перевірки електронна версія роботи є ідентичною її друкованій версії;

– згодна на перевірку моєї роботи на відповідність критеріям академічної доброчесності у будь-який спосіб, у тому числі за допомогою інтернет-системи, а також на архівування моєї роботи в базі даних цієї системи.

Дата_____ Підпис _____ А. Ю. Лінник

Дата_____ Підпис  І. В. Кучерак