

dziecko z autyzmem, Gdańsk: GWP., 2005. **22. Pisula E.** *Od badań mózgu do praktyki psychologicznej. Autyzm*. Sopot: GWP, 2015. **23. Reuter M.** *Rozwój teorii umysłu – uwarunkowania neurobiologiczne i społeczno-kulturowe / Neurokognitywistyka w patologii i zdrowiu. Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie*, 2011-2013, 67-75. **24. Sacher-Szafrańska K.** *Torowanie rozwoju mowy poprzez kształtowanie sprawności komunikacyjnych dzieci dotkniętych zaburzeniami autystycznymi / Logopedia Silesiana nr 2*, 2013. **25. Skórczyńska M.** *Wczesne diagnozowanie autyzmu – perspektywy i dylematy/B. Winczura, Autyzm. Na granicy zrozumienia*. Kraków: Impuls, 2009. **26. Sz wajda U. O** *mówieniu bez komunikowania, czyli dyskurs i interakcja w autyzmie/Charakterystyka trudności, Socjolingwistyka XXVIII*, 2014, 94-107. **27. Winczura B.** *Dziecko z autyzmem. Terapia deficytów poznawczych a teoria umysłu*. Kraków: Impuls, 2008. **28. Winczura B.** *Komunikacja społeczna u dzieci ze spektrum autyzmu w świetle prekursorów rozwoju teorii umysłu/B. Kaczmarek, A. Wojciechowska, Autyzm i AAC Alternatywne i wspomagające sposoby porozumiewania się w edukacji osób z autyzmem*, Kraków: Impuls, 2015.

Received 11.09.2016

Reviewed 26.10.2016

Accepted 29.11.2016

УДК 616.225.7-053.4-06:616.22

Т. М. Осадча
osadchatn@mail.ru

ПЕРЦЕПТИВНА ОЦІНКА ГОЛОСУ У ДІТЕЙ ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З ОРГАНІЧНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ ГОРТАНІ

Відомості про автора: Осадча Тетяна Миколаївна, кандидат педагогічних наук, старший викладач кафедри спеціальної психології та медицини Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова, Київ, Україна. Email: osadchatn@mail.ru

Contact: Tatiana Osadcha, PhD, senior lecturer of Department of Psychology and Special Medicine of National Pedagogic University, Kiev, Ukraine. Email: osadchatn@mail.ru.

Осадча Т.М. Перцептивна оцінка голосу у дітей дошкільного віку з органічною патологією гортані

В статті наголошується, що порушення голосу у дітей є нагальною проблемою сьогодення. Зазначено, що до порушень голосу призводять як функціональні, так і органічні зміни у гортані. Саме органічним захворюванням гортані у дітей дошкільного віку, які призводять до

порушення голосової функції, необхідно приділити увагу корекційних педагогів. У зазначеній категорії дітей крім медичних та фонопедичних проблем зустрічаються і психологічні. Відмічено, що перш за все страждають акустичні характеристики голосу, такі як висота, сила, тембр і мелодико-інтонаційна сторона мовлення. Зазначено, що визначити та підтвердити зміни акустичних характеристик голосу можливо за допомогою спеціальних методів обстеження (спектральний аналіз голосу, перцептивна оцінка голосу та ін.). Надано перевагу перцептивній оцінці голосу пацієнта, яка проводиться фахівцем (логопедом, фонопедом). Використано спеціальні вправи для дослідження акустичних характеристик голосу, які легкі у застосуванні дітьми дошкільного віку та їх можливе виконання у лікувальних закладах. Визначено та охарактеризовано рівні сформованості основних акустичних характеристик голосу у дітей з органічною патологією гортані.

Ключові слова: перцептивна оцінка голосу, рівні сформованості акустичних характеристик голосу, діти дошкільного віку.

Осадчая Т. Н. Перцептивная оценка голоса у детей дошкольного возраста с органической патологией гортани

В статье акцентируется внимание на то, что нарушение голосообразования у детей есть актуальной проблемой. Отмечено, что нарушение голоса бывают как функционального происхождения, так и органического. Определено, что нарушениям голосообразования органического генеза у детей дошкольного возраста больше внимания должны уделять коррекционные педагоги. У детей с органическими заболеваниями гортани кроме медицинских, логопедических проблем присутствуют и психологические, что негативно могут отражаться на процессе лечения и реабилитации. Проанализировано, что у данной категории детей первично страдают акустические характеристики голоса (высота, сила, тембр и мелодико-интонационная сторона речи). Отмечено, что изучение акустических характеристик голоса возможно с помощью специальных методов исследования (спектральный анализ голоса, перцептивная оценка голоса и др.). Предпочтение отдавали перцептивной оценке акустических характеристик голоса у детей. Используются специальные упражнения, которые могут выполнять дети дошкольного возраста в лечебных учреждениях. Выделены и охарактеризованы уровни формирования акустических характеристик голоса у детей с органической патологией гортани.

Ключевые слова: перцептивная оценка голоса, уровни формирования акустических характеристик голоса, дети дошкольного возраста.

Osadchaya T.N. Perceptual evaluation of voice in preschool children with organic pathology of the larynx

The article focuses on the fact that the voice disorder in children is an actual problem. Noted that the voice disorder can be both functional and organic origin. Among all age groups of children with this pathology preschool age children accounts for 23%. Especially it is associated with disorders of voice function of organic origin characterized by frequent relapses, severe course, accompanied by many complications and can lead to disability of the child.

Determined that the voice disorders of organic origin in children of preschool age need more attention from special needs teachers. In children with organic diseases of the larynx except medical (breathing problems), speech (aphonia, dysphonia) problems there are also psychological (fear, anxiety, isolation, etc.) problems that can negatively affect the process of treatment and rehabilitation. Analyzed that in this category of children acoustic voice characteristics (height, strength, tone and intonation-melodic aspect of speech) suffer primarily. Noted that the study of acoustic voice characteristics is possible with the help of special methods of examination (spectral analysis of voice, perceptual evaluation of voice, etc.). Determined to use the perceptual evaluation of the acoustic characteristics of voice in children. The experience of the specialist and training of his hearing is important in voice perceptual evaluation of the patient. The detected perceptual changes in voice should be confirmed only in conjunction with other methods of research of phonation system (direct laryngoscopy, laryngeal ultrasound examination, spectral analysis of voice, etc.). Used special exercises that can be performed by the preschool children in hospitals. Isolated and characterized the levels of formation of the acoustic characteristics of voice in children with organic pathology of the larynx.

Key words: perceptual evaluation of voice, the levels of formation of the acoustic characteristics of the voice, the children of preschool age.

Порушення голосу в дитячому віці є однією із нагальних проблем сьогодення. Серед всіх вікових категорій дітей з даною патологією 23% займають діти дошкільного віку. Особливо це пов'язано з порушенням голосу органічного генезу, які характеризуються тяжким перебігом, частими рецидивами, супроводжуються багатьма ускладненнями та можуть призвести до інвалідазації дитини.

На XXVII конгресі Союзу європейських фоніатрів (2014) наголошувалося, що спостерігається тенденція до збільшення кількості хворих з порушеннями голосової функції органічного генезу в педіатричній практиці [7]. Не дивлячись на значні досягнення в медицині, в корекційній педагогіці, багато аспектів цієї проблеми залишаються не вирішеними, особливо питання комплексного супроводу даної категорії дітей протягом всього захворювання.

Надмірне та неконтрольоване використання голосу в дитячому віці призводить до порушення фонації, але діагностуються лише частина із них.

Г.Д. Михайлова відмічає, що хвороби гортані у дітей займають друге місце (5,6%) серед усіх захворювань Лор – органів. Серед них у 41% хворих виявлено функціональні порушення голосу, 47% – органічні [3].

Захворюванням гортані органічного генезу приділялась належна увага з боку медичних працівників, корекційних педагогів (логопедів, фонопедів) (Р. А. Абизова, О. С. Алмазової, О. С. Орлової, О. Ю. Ромась). Проте, в науковій літературі недостатньо розроблені методики корекційно-реабілітаційної роботи з дітьми з даною патологією. Особливо гостро це потребують діти з фібромами, кістами, вузликами гортані та діти з хронічним рубцевим стенозом гортані, ювенільним респіраторним папіломатозом гортані. Пацієнти із зазначеною патологією проходять курс довготривалого лікування, від декількох місяців до декількох років. У зв'язку з цим, крім медичних і логофонопедичних (дисфонії, афонії) проблем, у них з'являються психологічні проблеми, такі як страх, тривога (І. К. Шац, Л. М. Шипіцина), які негативно відображаються на процесі лікування і реабілітації [6]. Це зумовлює в необхідність всебічної комплексної діагностики та допомоги дітям різними спеціалістами: лікарями, логопедами, психологами та ін.

Метою даного дослідження було виділення показників та перцептивна оцінка сформованості акустичних характеристик голосу у дітей з органічною патологією гортані, які знаходились в лікувальному закладі. Проаналізувавши медичну, логопедичну, фонопедичну наукову літературу для оцінки акустичних характеристик голосу нами були виділені по 2-3 показники, які б могли його охарактеризувати [1; 2; 4; 6]. Детальна перцептивна оцінка голосу дитини проводилась логопедом, фонопедом, який досліджував стан голосової функції та мелодико-інтонаційної сторони мовлення з метою визначення основних характеристик голосу, таких як сила голосу (вміння змінювати його силу при вимові голосних звуків, складів, фраз від шепітного мовлення до гучного); висота голосу (вміння вимовити голосні, їх поєднання, склади з підвищенням або пониженням голосу); тембр голосу (особливості голосової атаки, ступінь захриплості (легкий, помірний, виражений), якість голосу (нормальний, захриплий, грубий, сиплий, з придиханням, шепітний, глухий, різкий, модуляція голосу, його дзвінкість, сила і краса звучання); мелодико-інтонаційна сторона (вміння виділяти і відтворювати склади і фрази, що відрізняються інтонаційним акцентом, а також здатність змінювати тип інтонаційних конструкцій); визначення часу максимальної фонації (вміння без напруги промовити звук [а] природнім голосом) [2, с. 477-478].

Досвідченість спеціаліста та тренуваність його слуху є важливим в перцептивній оцінці голосу пацієнта. Виявлені перцептивні зміни у голосі мають підтверджуватись тільки в сукупності з іншими методами дослідження системи голосоутворення (пряма ларингоскопія, ультразвукове дослідження гортані, спектральний аналіз голосу та ін.).

Для дослідження характеристик голосу спирались на методики дослідження голосової функції, запропоновані О.С. Алмазовою, О. С. Орловою, О.Ю. Ромась, О.М. Федоровою, та адаптували їх і доповнювали завданнями, враховуючи вікові особливості дітей [1; 4; 5].

Нами пропонувались і застосовувались завдання для дітей дошкільного віку з урахуванням анатомо-фізіологічних характеристик верхніх та нижніх дихальних шляхів, соматичної ослабленості, кількості оперативних втручань, наявності дихальної недостатності, що дозволяли виявити зміни акустичних характеристик голосу при органічній патології гортані та рівень їх сформованості як в доопераційному періоді, післяопераційному та реабілітаційному.

Враховуючи вищезначене, кількість завдань обмежувалася двома-трьома вправами. Вимоги до завдань для дітей дошкільного віку були наступними: ігрова форма, недовготривалість проведення (на дослідження всіх характеристик голосу відводилось 20-25 хв), легкість у використанні, можливість застосування у лікувальних закладах. Пропонували завдання на вимову голосних, їх злиття, приголосних, складів, слів, коротких фраз.

Приміщення, в якому дитина виконувала вправи, повинні відповідати санітарно-гігієнічним нормам і правилам. Вправи дитина може виконувати стоячи (якщо дозволяв загальний стан), сидячи. Дитина має бути розслаблена, її обличчя повинно бути навпроти обличчя експериментатора, щоб вона бачила його губи і слідувала за правильною артикуляцією експериментатора, який буде показувати як виконується вправа.

Для визначення висоти голосу були виділені наступні показники: вміння змінювати висоту голосу за наслідуванням та вміння самостійно підвищувати чи знижувати голос.

З цією метою були запропоновані ряд вправ. Тривалість проведення вправ 5-7 хвилин.

Вправа 1. Шляхом наслідування пропонували дитині підвищити, а потім знизити голос. Експериментатор демонстрував методику проведення вправи промовляючи звуки спочатку підвищуючи голос, співаючи звук А: А-А –А-А-А, а потім знижуючи голос співаючи звук О: О-О-О-О. Далі пропонували дитині шляхом наслідування виконати вправу, якщо дитина відчувала труднощі під час виконання вправи, експериментатор повторно її демонстрував.

Після того, як дитина оволодівала вправою шляхом наслідування, переходили до вправи 2.

Вправа 2. Першочергово експериментатор пояснював дитині, як виконується вправа: коли його рука внизу – потрібно говорити пошепки, а при піднятті руки – голос необхідно підвищити і навпаки. Дитина намагалася вимовляти запропоновані експериментатором голосні звуки та склади самостійно, експериментатор міг допомагати диригуючи

рукою.

Для більш легкого виконання дошкільником завдання експериментатор може лише ставити запитання:

«Коли літак злітає і набирає висоту, гучність його мотору зростає, як ми це чуємо? Покажіть за допомогою звуку УУУУ».

«Коли до маминої букви М додати голосні, ми отримаємо пісню, заспівайте її: МІ-МЕ-МА-МО-МУ».

Вправа 3. «Порахуйте від 1 до 5».

Експериментатор спочатку показував дитині як рахувати, а потім пропонував вправу виконати самостійно.

За допомогою означених показників, після проведення запропонованих вправ для розробки індивідуальних корекційних програм, нами були визначені рівні сформованості висоти голосу: високий, достатній, середній та низький.

При високому рівні дитина розуміє після першого пояснення експериментатора як потрібно виконувати завдання. Дитина успішно виконує за зразком експериментатора, який показував завдання, один раз відтворити підвищення, а потім зниження висоти голосу. Дитина самостійно без допомоги експериментатора може змінювати висоту голосу або експериментатор пропонує завдання у вигляді простого запитання (Як дзичить муха?), яке дитина відтворює без перешкод, підвищуючи чи знижуючи висоту голосу.

Достатній рівень характеризувався умінням дитини за зразком експериментатора змінювати висоту голосу: як підвищувати, так і знижувати його. Дитина розуміє після першого пояснення експериментатора як потрібно виконувати завдання. Спостерігалися незначні труднощі при самостійному виконанні завдань, дитина не могла довести висоту голосу до високого діапазону, та спостерігалися труднощі у зниженні голосу.

Якщо у дитини діагностовано середній рівень, то вона не розуміє, як виконувати завдання після першого пояснення експериментатора. Лише шляхом наслідування вправи, запропонованої експериментатором, дитина може доводити висоту голосу до середнього діапазону при підвищенні висоти голосу, залучаючи при цьому допоміжну мускулатуру плечового поясу. Спостерігаються утруднення зниження голосу. Самостійно завдання виконати не може.

При низькому рівні дитина не розуміє як виконувати завдання після неодноразового пояснення експериментатором, не може змінювати висоту голосу шляхом наслідування та самостійно, голос відсутній. Будь-які спроби залучення дитиною допоміжної мускулатури та допомоги експериментатора не є дієвими.

Для визначення перцептивної оцінки сили голосу нами були обрані наступні показники: вміння за зразком експериментатора змінювати силу голосу, вміння самостійно змінювати силу голосу (підвищувати чи

знижувати) та характеристика гучності голосу (нормальний, тихий, шепітний).

Для цього були запропоновані вправи, час виконання яких не повинен перебільшувати 4-5 хв.

Вправа 1. Експериментатор пояснює і показує дитині як виконувати вправу. Для кращого розуміння і правильності виконання завдання дитині показували карточки зі звуками і складами, де стрілочками чітко вказувалось підвищення та зниження гучності голосу. Наочні картки полегшували виконання завдання для дитини. Дитина шляхом наслідування має відтворити звуки та склади, запропоновані експериментатором, підсилюючи чи знижуючи гучність голосу.

Далі експериментатор задає запитання, на які дитина дошкільного віку має відповісти без труднощів.

«Які звуки промовляє комар, коли летить?», якщо дитина самостійно не може відповісти на це питання, експериментатор їй допомагає та промовляє з-з-з спочатку тихо, а потім підсилюючи гучність з-з-з-з.

«Як мукає корова?» – МУ-МУ-МУ

Вправа 2. Експериментатор читає вірш, пропонуючи дитині зосередитись і уважно слухати. Читає один раз, а потім просить дитину повторювати за ним. Повторення вірша за експериментатором з поступовим посиленням і послабленням сили голосу:

«Лисеня і лисенятко – намагались беззвучно артикулювати

Збудували в лісі хатку – шепіт

З чого стіни? – голос середньої сили

З павутиння! – голосно

З чого дах? – голосно

Із хмаровиння! – голос середньої сили

А підлога? – шепіт

Із травинок!» – беззвучна артикуляція.

За допомогою означених показників, після проведення запропонованих вправ для розробки індивідуальних корекційних програм, нами були визначені рівні сформованості сили голосу: високий, достатній, середній і низький.

Високий рівень характеризувався вмінням дитиною розуміти після першого пояснення експериментатора, як потрібно виконувати завдання. Експериментатор одноразово показує, як виконується вправа, і дитина шляхом наслідування виконує її без перешкод, підсилюючи голос або зменшуючи гучність голосу. Експериментатор пропонує вправу, яку дитина одразу виконує самостійно, без утруднення підсилює чи послаблює силу голосу або експериментатор допомагає їй лише один раз, показуючи, як виконується завдання. Виконання завдання характеризується якісним виконанням вправ за зразком експериментатора та можливістю дитиною виконати завдання

самостійно. Сила голосу нормальна.

Дитина розуміє після першого пояснення експериментатора як потрібно виконувати завдання. Дитина виконує завдання за зразком експериментатора без перешкод, але завдання необхідно показати експериментатору неодноразово. При самостійному виконанні вправ спостерігаються деякі неточності у виконанні. Спостерігається тихий голос, середня сила голосу. Це характеризує достатній рівень сформованості сили голосу.

При середньому рівні дитина після першого пояснення експериментатора не розуміє, як потрібно виконувати завдання, тому їй необхідно пояснювати декілька разів. Виконання завдання дитиною можливе лише шляхом наслідування, але при цьому голос швидко виснажується. При спробі дитини повторно виконати завдання відмічається залучення допоміжної дихальної мускулатури для підсилення гучності голосу, але це не призводить до якісного виконання завдань. Спостерігається шепітний голос.

Дитина після багаторазового пояснення експериментатором правильності виконання вправ не розуміє як потрібно виконувати завдання. Дитина не може виконати завдання шляхом наслідування чи самостійно, навіть після залучення допоміжної дихальної мускулатури. Всі види допомоги експериментатора не дієві, голос відсутній, що характеризує низький рівень сформованості сили голосу.

Однією з вагомих акустичних характеристик голосу є тембр. Перше спілкування з дитиною дає змогу експериментатору перцептивно оцінити тембр голосу. Для цього необхідно врахувати наступні показники: здатність дитини самостійно виконати завдання та здатність дитини виконати завдання шляхом наслідування; особливості тембру голосу: дзвінкий – глухий; звучний – незвучний; назалізований, нормальний (неназалізований); наявність придихання; вираженість захриплості голосу (легка, помірна, тяжка, глибока).

З метою визначення тембру голосу за означеними показниками ми використовували вправу, тривалість проведення якої становила 4-5 хвилин.

Для виконання цієї вправи експериментатор спочатку пояснює і показує дитині, як необхідно виконувати вправу. Пропонує дитині вокалізувати звуки [a], [o], [y], [i]. Така послідовність вимови звуків сприяє збільшенню щільності змикання голосових складок. Так, при вимові звуку [a] може не з'явитись захриплість, а на [i] може спостерігатися чітко виражена захриплість.

Для того, щоб дитина змогла правильно і чітко виконати вправу, експериментатор показував дію, а дитина шляхом наслідування виконувала її. У процесі виконання завдань проводилось оцінювання захриплості та зверталась увага на інтонаційну характеристику голосу.

Проведення вправ відбувалося у наступній послідовності:

1. для вимови звуку [а] експериментатор показує дитині як гойдати ляльку, при цьому вокалізуючи звук. Пропонували дитині гойдати ляльку, ставлячи запитання: «Як потрібно гойдати ляльку, щоб вона заснула?». Якщо дитина не могла відтворити запропоновану дію, експериментатор показував, як це робити: «А-А-А».
2. [о] – «Якщо у старенької бабусі болить спинка, як вона буде стогнати?». Дитині важко виконати завдання, у такому випадку експериментатор показує, як це виглядає: «О-О-О».
3. [у] – «Як виє сердитий вітер?». Якщо реакція дитини відсутня на запитання, експериментатор показує як: «У-У-У».
4. [пі] – «Як пищить маленька мишка?». Дитина не виконує завдання, експериментатор озвучує «Пі-Пі-Пі», і дитина повторює.

1. Просимо повторити колискову:

«Ой ти, коту сірий,
Вимети нам сіни,
а ти, коту-рябку,
нам вимети хатку».

На підставі виділених показників, після проведення вправи, ми виділили рівні, які характеризують стан сформованості тембру голосу: високий, достатній, середній та низький.

При високому рівні дитина розуміє після першого пояснення експериментатора, як виконувати вправу. Запропоновані завдання виконувала без помилок, самостійно або після одноразового виконання завдання експериментатором шляхом наслідування. Голос дитини характеризується наступними ознаками: дзвінкий, легкий, політний, розбірливий, не має призвуків, відсутня назалізація, відсутня захриплість. Після голосового навантаження голос не змінюється. Голос приємний на слух.

Дитина розуміє, як виконувати завдання після першого пояснення експериментатора. Запропоновані завдання виконує шляхом наслідування експериментатора, допускаючи незначні помилки. Голос характеризується легкою захриплістю після довготривалого голосового навантаження, голос дещо глухий, розбірливий, що можна віднести до достатнього рівня.

Середній рівень характеризується тим, що дитині необхідно пояснювати експериментатором порядок виконання завдань декілька разів. При виконанні завдань дитина допускає грубі помилки. Голос постійно захриплий, глухий, слабкий. Голос неприємний на слух, розбірливість дещо утруднена.

Після пояснення експериментатором порядку і правильності виконання вправ, дитина не розуміє, як виконувати завдання. Всі спроби експериментатора по наданню допомоги дитині при виконанні завдань є безуспішними. Голос характеризується вираженою захриплістю, квакаючий, глухий або взагалі відсутній. Голос дуже неприємний на слух

та нерозбірливий, що визначає низький рівень сформованості даної характеристики голосу.

Для оцінки мелодико-інтонаційної сторони мовлення нами були визначені наступні показники: особливості інтонаційної сторони мовлення, особливості мелодійної сторони мовлення, здатність змінювати тип інтонаційних конструкцій за наслідуванням чи самостійно; голосовий діапазон (тоновий), нормальний (модульований), монотонний (не модульований) голос.

З цією метою ми використовували вправи, які дали можливість перевірити стан сформованості цієї характеристики відповідно до виділених критеріїв. Тривалість проведення вправи: 5-7 хвилин.

Вправа 1. Експериментатор пояснює і показує як виконувати вправи.

Пропонує дитині спочатку шляхом наслідування експериментатора запитати у друга: «Як тебе звати?»; «Скільки тобі років?»; «Де ти живеш?»; «Чи любиш ти цукерки?».

Вправа 2. Експериментатор пропонує дитині самостійно відтворити розповідне речення, відповідаючи на ті ж самі запитання, які дитина задавала однолітку: «Мене звати Степаном. Мені 5 років. Я живу у місті Славутич. Я дуже люблю цукерки».

Оцінюючи дані, отримані після проведення вправ, нами були визначені рівні сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення: високий, достатній, середній, низький.

При високому рівні дитина розуміє після пояснення експериментатора, як виконувати вправи. Експериментатор один раз пояснює, як виконувати вправу і дитина без помилок шляхом наслідування відтворює завдання. Дитина змінює інтонацію голосу, створює питальне речення, розповідне та окличне речення за наслідуванням експериментатора. Самостійно дитина створює розповідне, питальне, окличне речення. Голос модульований.

Дитина розуміє після пояснення експериментатора, як виконувати вправу, але відтворити запропоновану вправу експериментатором може лише після декількох прослуховувань завдань. Шляхом наслідування створює розповідне, окличне, питальне речення. Самостійно не чітко може змінювати тип інтонаційних конструкцій. Голос модульований, що визначає достатній рівень сформованості досліджуваного показника.

При середньому рівні дитина після одноразового пояснення експериментатора не розуміє, як виконувати вправу, їй необхідно пояснити декілька разів. Відтворити завдання може за наслідуванням, виділивши лише перше слово в реченнях різних інтонаційних конструкцій. Голос погано модульований, інтонація слабо виражена.

Низький рівень характеризується тим, що дитина не розуміє після роз'яснення експериментатором порядок і правильність виконання вправ. Дитина не може відтворити за наслідуванням чи самостійно

питальне, окличне речення. Може відтворити за наслідуванням розповідне речення. Не може відтворити самостійно розповідне речення. Голос погано модульований або відсутня мелодико-інтонаційна сторона.

Отже, визначення сформованості акустичних характеристик голосу (висоти, сили, тембру та мелодико-інтонаційної сторони мовлення) у дітей дошкільного віку з органічною патологією гортані може бути досягнуто за допомогою використання спеціальних вправ. Для кожної акустичної характеристики голосу визначено рівень її сформованості, що допоможе корекційним педагогам зрозуміти, які характеристики голосу у даної категорії дітей найбільш порушені та розробити індивідуальні заняття з метою покращення чи відновлення вищезазначених характеристик голосу.

Список використаних джерел

1. Алмазова Е. С. Логопедическая работа по восстановлению голоса у детей / под ред. Г. В. Чиркиной. – 2005. – М. : Айрис-пресс. – 192 с.
2. Логопедія : підр. / за ред. М. К. Шеремет. – К. : Вид. дім «Слово», 2010. – 672 с.
3. Михайлова Г. Д. Причины и некоторые аспекты лечения дисфоний у детей по данным массового осмотра / Г. Д. Михайлова // Вестник оториноларингологии. – 1987. – № 2. – С. 67-69.
4. Орлова О. С. Междисциплинарный подход к комплексной реабилитации детей с нарушениями голоса, речи и слуха / О. С. Орлова, Г. Д. Тарасова // мат-лы III Петербургского форума оториноларингологов в России. – С. 68-69.
5. Ромась О. Ю. Методи відновлення голосу у хворих після часткових та тотальних резекцій гортані / О. Ю. Ромась // Дефектологія. – 2007. – № 2. – С. 39-42.
6. Шац И. К. Психологическое сопровождение тяжелобольного ребенка. Монография / И. К. Шац. – Спб. : Речь, 2010. – 192 с.
7. Arabey A. A. Neurological and psychoneurological aspects of endoscopic examination at voice disorders in pediatrics / A. A. Arabey // XXVIIth Congress of the Union of the European Phoniaticians PHONIATRICES – AN INTERDISCIPLINARY SPECIALTY Moscow, Russia October 2-5, 2014. – 2014. – P. 13.

References

1. Almazova E. S. Logopedycheskaya rabota po vosstanovleniu golosa u detej / pod red. G. V. Chyrkynoj. – 2005. – M. : Ajrys-press. – 192 s.
2. Logopediya : pidr. / za red. M. K. Sheremet. – K. : Vyd. dim «Slovo», 2010. – 672 s.
3. Myxajlova G. D. Prychyny i nekotorie aspekti lecheniya dysfonij u detei po danim massovogo osmotra / G. D. Myxajlova // Vestnyk otorynolaryngology. – 1987. – № 2. – S. 67-69.
4. Orlova O. S. Megdyscyplynarnii podxod k kompleksnoi reabylytacyi detei

s narusheniyamy golosa, rechi i sluxa / O. S. Orlova, G. D. Tarasova // mat-li III Peterburgskogo foruma otorinolaryngologov v Rossyi. – S. 68-69.

5. Romas O. Yu. Metody vidnovlennya golosu u xvorix pislya chastkovykh ta totalnix rezekcij gortani / O. Yu. Romas // Defektologiya. – 2007. – № 2. – S. 39-42.

6. Shacz Y. K. Psichologicheskoe soprovozhdenye tyazhelobolnogo rebenka. Monografiya / Y. K. Shacz. – Spb. : Rech`, 2010. – 192 s.

7. Arabey A. A. Neurological and psychoneurological aspects of endoscopic examination at voice disorders in pediatrics / A. A. Arabey // XXVIIth Congress of the Union of the European Phoniaticians PHONIATRICES – AN INTERDISCIPLINARY SPECIALTY Moscow, Russia October 2-5, 2014. – 2014. – P. 13.

Received 11.09.2016

Reviewed 26.10.2016

Accepted 29.11.2016

УДК: 376-056.264:81

С.Д. Притиковська
pritikovsky@gmail.com

РОЗВИТОК КООРДИНАЦІЙНИХ ЗДІБНОСТЕЙ У ДОШКІЛЬНИКІВ ІЗ ЗАГАЛЬНИМ НЕДОРОЗВИТКОМ МОВЛЕННЯ

Відомості про автора: Притиковська Світлана Дмитрівна, кандидат педагогічних наук, доцент кафедри дефектології та фізичної реабілітації Південноукраїнського національного педагогічного університету імені К.Д. Ушинського, Одеса, Україна. Email: pritikovsky@gmail.com

Contact: Assistant Professor Prytykovska Svitlana, PhD., South Ukrainian National Pedagogical University after Ushynsky, Odesa, Ukraine. Email: pritikovsky@gmail.com

Притиковська С.Д. Розвиток координаційних здібностей у дошкільників із загальним недорозвитком мовлення. Статтю присвячено дослідженню можливостей використання в корекційно-логопедичних цілях розвитку координаційних здібностей у дітей старшого дошкільного віку із загальною недорікуватістю мовлення.

Вивчення теоретичних засад розвитку координаційних здібностей людини виявило, що в спеціальній літературі досить нечисленними є повідомлення про їх дослідження у дітей дошкільного віку з