

**КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА**

Факультет психології, соціальної роботи та спеціальної освіти
Кафедра спеціальної та інклюзивної освіти

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА

на тему:

**РОЗВИТОК МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО
ШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ
ЗАСОБАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ**

Студентки 2 курсу,
групи ЛОГм-1-24-1.4з
другого (магістерського) рівня
галузі знань 01 Освіта/Педагогіка
спеціальності 016 Спеціальна освіта
освітньої програми 016.01.01 Логопедія
Ільченко Юлії Валеріївни

Використання чужих ідей,
результатів і текстів мають посилання
на відповідне джерело

(підпис студента) (ініціали, прізвище)

Науковий керівник: В. А. Литвиненко
кандидат педагогічних наук, доцент
доцент кафедри спеціальної та
інклюзивної освіти

Кількість балів: _____ Оцінка: ECTS _____

Допуск до захисту
Перед ЕК

_____ О.В. Мартинчук,
Завідувач кафедри спеціальної
та інклюзивної освіти

Голова комісії _____
(підпис) (ініціали, прізвище)

Члени комісії _____
(підпис) (ініціали, прізвище)

_____ (підпис) (ініціали, прізвище)

_____ (підпис) (ініціали, прізвище)

м. Київ – 2025 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	7
1.1 Анатомо-фізіологічні механізми мовленнєвого дихання.....	7
1.2 Характеристика мовленнєвого дихання при порушеннях мовлення.....	15
1.3 Ерготерапія як засіб розвитку мовленнєвого дихання.....	24
Висновки до першого розділу.....	33
РОЗДІЛ 2. ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ СФОРМОВАНOSTІ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ.....	37
2.1 Опис експериментальної методики констатувального етапу дослідження.....	37
2.2 Аналіз результатів констатувального етапу дослідження.....	45
Висновки до другого розділу.....	56
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ФОРМУВАННЯ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗАСОБАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ....	59
3.1 Опис експериментальної методики формувального етапу дослідження.....	59
3.2 Аналіз результатів формувального етапу дослідження та ефективності розробленої методики.....	70
Висновки до третього розділу.....	80
ВИСНОВКИ.....	82
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	88
ДОДАТКИ.....	

ВСТУП

Актуальність дослідження. Мовленнєве дихання є однією з основних складових мовленнєвої діяльності, що забезпечує правильну артикуляцію, плавність мовлення та його інтонаційну виразність (Л. Ковальчук, С. Конопляста, Н. Пахомова, Ю. Рібцун, Н. Савінова, В. Тарасун, В. Тищенко, М. Шеремет). Розлади мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку можуть призводити до різноманітних порушень комунікативної функції, ускладнюючи їхню соціалізацію та навчальну діяльність. Важливість правильної організації дихального процесу під час мовлення відзначають Л. Ковальчук, Н. Гроденська, О. Палій, О. Переворська, які наголошують, що діти з мовленнєвими порушеннями часто мають дискоординацію дихальної діяльності, що ускладнює формування мовленнєвої моторики. У дітей молодшого шкільного віку, період інтенсивного розвитку мовленнєвої функції, часто спостерігаються порушення мовленнєвого дихання, що негативно впливає на їхню комунікативну компетентність та успішність у навчанні.

На сучасному етапі розвитку корекційної педагогіки та логопедії дедалі більше уваги приділяється ерготерапевтичним методикам, що спрямовані на розвиток комунікативних навичок дітей із мовленнєвими порушеннями. Ерготерапія, як складова частина реабілітації та соціалізації, дозволяє не лише покращити мовленнєве дихання, а й сприяти загальному розвитку дитини через включення її в активну діяльність, зокрема в побутові процеси (А. Дорошенко, А. Літвінчук, О. Лянна). Однак, попри зростаючий інтерес до ерготерапевтичних методик у логопедичній практиці, їхній вплив на розвиток мовленнєвого дихання залишається недостатньо вивченим й майже не представлений у науковій літературі, за винятком поодиноких публікацій та іноземних науковців (S. Edwards, J. Duffy, J. Hanley, C. McMillan).

Актуальність дослідження також зумовлена сучасними тенденціями у сфері спеціальної освіти, де особлива увага приділяється впровадженню

новітніх корекційних методик, адаптованих до індивідуальних потреб дітей з порушеннями мовлення. Ерготерапія є одним із таких інноваційних напрямів в логопедії, який демонструє ефективність у розвитку мовленнєвих навичок через цілеспрямовану діяльність у природніх умовах.

Таким чином, дослідження можливостей застосування засобів ерготерапії для розвитку мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку є важливим і актуальним як у теоретичному, так і в практичному аспектах.

Отже, актуальність зазначеної проблеми зумовила вибір теми магістерського дослідження «Розвиток мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями засобами ерготерапії».

Мета дослідження: теоретично обґрунтувати та експериментально перевірити ефективність застосування засобів ерготерапії у розвитку мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями.

Відповідно до мети визначено **завдання:**

1. Здійснити теоретичний аналіз наукової літератури щодо розвитку мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку та застосування ерготерапії в логопедичному супроводі.
2. Дослідити стан сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями.
3. Розробити методику розвитку мовленнєвого дихання дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями засобами ерготерапії та визначити її ефективність.

Об'єкт дослідження – розвиток мовленнєвого дихання у дітей з мовленнєвими порушеннями.

Предмет дослідження – методика розвитку мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями.

Теоретико-методологічну основу дослідження становлять вчення:

положення про психофізіологічні механізми мовленнєвої діяльності, які розкривають взаємозалежність дихальної, фонаційної та артикуляційної систем, а також їх значення в корекції мовленнєвих порушень (Г. Гавриш, В. Галущенко, С. Конопляста, К. Крутій, І. Мартиненко, Н. Пахомова, Ю. Рібцун, В. Тищенко, М. Шеремет); вчення щодо інклюзивної освіти та мультидисциплінарного підходу в роботі з дітьми з мовленнєвими порушеннями (Л. Гриневич, А. Колупаєва; О. Нагорна, О. Мартинчук, Т. Скрипник).

Методи наукового дослідження. Шляхами досягнення та реалізації мети є: *теоретичні методи*: вивчення, аналіз, узагальнення та систематизація наукової літератури з проблеми дослідження з метою визначення теоретичних засад розвитку мовленнєвого дихання дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями; *емпіричні методи*: констатувальний, формувальний та контрольний експерименти для визначення стану сформованості мовленнєвого дихання дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями; *методи математичної статистики* з метою кількісної обробки даних та визначення статистичної значущості отриманих під час експерименту результатів.

Експериментальна база дослідження: Дослідно-експериментальна робота на констатувальному, формувальному та контрольно-аналітичному етапах дослідження виконувалася на базі закладу початкової школи №330 «Русанівка» м. Києва. Вибірку склали 9 учнів початкової школи з мовленнєвими порушеннями.

Елементи наукової новизни полягають в поглибленні та доповненні наукових уявлень про вплив ерготерапії на мовленнєву сферу дітей із мовленнєвими порушеннями; апробації нових засобів, методів ерготерапії, спрямованих на розвиток мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку.

Практичне значення дослідження. Матеріали проведеного дослідження та розроблена методика, зокрема конспекти авторських занять з

використанням ерготерапевтичних вправ для розвитку мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку у логопедичному супроводі можуть бути впроваджені в дошкільних, спеціальних і загальноосвітніх закладах.

Апробація результатів дослідження. Апробація здійснювалася протягом вересня 2025 року в ході реалізації констатувального та формуального експериментів на базі закладу початкової школи №330 «Русанівка» м. Києва (Довідка про впровадження). Основні положення й результати дослідження:

- представлено на студенській науково-практичній конференції «Перші кроки у науку» Факультету психології, соціальної роботи та спеціальної освіти Київського столичного університету імені Бориса Грінченка, м. Київ (11.11.2025);

- підготовлено та опубліковано у співавторстві з науковим керівником тези: Литвиненко В.А., Ільченко Ю.В. Розвиток мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями засобами ерготерапії. *Актуальні питання розвитку особистості: сучасність, інновації, перспективи*: збірник наукових праць за матеріалами III Міжнародно-практичної конференції, 3 квітня 2025 р., Житомир/ Ред. колегія: Л.Котлова, Л.Бутузова. 2025. С.293-295.

Структура магістерської роботи. Магістерська робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до розділів, загальних висновків, списку використаних джерел (48 найменування, з них 7 – іншомовних) та 3 додатків (20 сторінок). Повний обсяг роботи становить 114 сторінок, основного тексту – 87 сторінок. Робота містить 12 таблиць і 12 рисунків на сторінках основного тексту.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ

1.1 Анатомо-фізіологічні механізми мовленнєвого дихання

Мовленнєве дихання є складним фізіологічним процесом, що забезпечує правильне функціонування голосового апарату та артикуляційної системи. Його особливості визначаються взаємодією дихальної, голосової та резонаторної систем, кожна з яких має свою функціональну роль у формуванні мовлення.

Як зазначає Т. Белкова, мовленнєве дихання є складним процесом, що вимагає узгодженої роботи дихальної, голосоутворювальної та артикуляційної систем [4]. Аналіз наукових, методичних і нормативних джерел показав, що дихання в процесі мовлення має особливий ритм та регуляцію, відмінну від звичайного фізіологічного дихання [14].

Основною анатомічною структурою, що відповідає за мовленнєве дихання, є дихальна система, яка включає легені, бронхи, трахею, гортань, глотку та носову порожнину. Легені виконують функцію акумулятора повітря, що вивільняється у процесі фонації. Робота легень тісно пов'язана з діяльністю дихальних м'язів, зокрема діафрагми, міжреберних та допоміжних м'язів. Під час мовлення дихальний цикл змінюється: вдих стає коротшим, а видих – подовженим і контрольованим [14; 18; 44].

Наразі зростає роль і якість досліджень, спрямованих на вивчення ролі мовленнєвого дихання у дітей із порушеннями мовлення. Як зазначають І.Гоменюк та Н.Гроденська, цей процес є критично важливим для забезпечення чіткості й плавності мовлення [9; 10].

Формування мовленнєвого дихання відбувається поступово. У дітей раннього віку цей процес ще не є достатньо розвиненим, оскільки їхня дихальна система лише адаптується до складної мовленнєвої діяльності. Фізіологічно у малюків переважає грудний або змішаний тип дихання, що не

забезпечує достатнього контролю над повітряним потоком під час мовлення. З віком відбувається перехід до діафрагмально-реберного типу дихання, який є оптимальним для мовленнєвих процесів [18].

На думку Ю.І. Захарченка та П.В. Бондаренка, мовленнєве дихання забезпечується координацією роботи дихальних м'язів та голосових складок, що особливо важливо для дітей із порушеннями мовлення [12].

Гортань є центральним органом голосоутворення, у якому відбувається перетворення повітряного потоку на звукову хвилю. Голосові зв'язки, розташовані в гортані, коливаються під впливом проходження повітря, що створює первинний голосовий сигнал. Точність регуляції голосових зв'язок є критично важливою для формування якісного мовлення, а будь-які порушення у їхній роботі можуть спричиняти проблеми з голосом і тембром [41].

Резонаторна система, що включає глотку, ротову і носову порожнини, забезпечує підсилення та модифікацію звуку. Вона відіграє важливу роль у формуванні тембру голосу та артикулюванні звуків. У дітей із мовленнєвими порушеннями часто спостерігається дискоординація роботи резонаторних порожнин, що може виражатися у гіпер- або гіпоназальності голосу [43].

Координація роботи дихальної, голосової та резонаторної систем регулюється центральною нервовою системою. Головну роль у цьому процесі відіграють кора головного мозку, підкіркові структури та стовбурові утворення. Первинні імпульси для регуляції мовленнєвого дихання формуються у стовбурі мозку, зокрема в дихальному центрі довгастого мозку. Кора головного мозку, зокрема премоторна та моторна зони, забезпечує довільний контроль над диханням під час мовлення [7; 43].

Розвиток мовленнєвого дихання є складним і поетапним процесом. Вплив різних факторів, зокрема анатомічних, неврологічних та психолінгвістичних, визначає особливості цього процесу. У дітей із мовленнєвими порушеннями часто спостерігаються порушення координації

дихальних м'язів, недостатня активність діафрагми або нерівномірність повітряного потоку, що потребує корекційного втручання [21].

Зважаючи на значущість мовленнєвого дихання у розвитку комунікативних навичок, його корекція є важливим завданням логопедичної практики. Сучасні підходи до корекції включають дихальну гімнастику, артикуляційні вправи та ерготерапевтичні методики, що сприяють формуванню фізіологічно правильного мовленнєвого дихання.

Отже, анатоμο-фізіологічні механізми мовленнєвого дихання охоплюють складну систему взаємодії дихальних, голосових та резонаторних структур, які перебувають під контролем центральної нервової системи. Будь-які порушення у цих механізмах можуть негативно впливати на якість мовлення, що зумовлює необхідність їхньої корекції за допомогою сучасних логопедичних та ерготерапевтичних методик.

Мовленнєве дихання є складним психофізіологічним процесом, що формується у взаємодії дихальної, голосової та артикуляційної систем. Воно забезпечує правильний темп, ритм і силу голосу, що безпосередньо впливає на якість мовлення. Для дітей із мовленнєвими порушеннями характерними є дискоординація дихальних циклів, нерівномірний розподіл повітряного потоку та недостатній контроль над видихом під час мовлення. Це пояснюється як анатомічними особливостями, так і нейрофізіологічними чинниками.

Процес мовленнєвого дихання починається з роботи дихальної системи, яка включає легені, бронхи, трахею та м'язовий апарат, відповідальний за регуляцію вдиху та видиху. Однією з ключових структур є діафрагма – основний дихальний м'яз, що відокремлює грудну порожнину від черевної. Саме діафрагмальне дихання забезпечує стабільний потік повітря для мовлення, оскільки дозволяє контролювати його рівномірний випуск і регулювати інтенсивність фонації [15; 19; 44]. У дітей з недостатньо розвиненими мовленнєвими навичками часто спостерігається поверхнєве

грудне дихання, що призводить до швидкого виснаження під час мовлення, нерівномірного темпу і труднощів у вимові довгих фраз.

Гортань, як центральний орган голосоутворення, відіграє важливу роль у процесі мовлення. У її порожнині розташовані голосові зв'язки, які коливаються під впливом проходження повітря, створюючи звук. Ці коливання регулюються тонусом м'язів гортані, що змінює висоту, силу та тембр голосу. У дітей із мовленнєвими порушеннями часто спостерігається порушення взаємодії дихальних і голосових процесів, що проявляється у слабкому, тремтячому або надмірно напруженому голосі.

Анатомо-фізіологічні особливості мовленнєвого дихання також включають роботу резонаторних порожнин – ротової, носової та глоткової. Вони підсилюють та змінюють тембр звуку, що впливає на його якісні характеристики. У нормі резонаторна система регулює баланс між ротовим і носовим звучанням, але у дітей із порушеннями мовлення цей механізм може бути порушений. Гіперназальність або гіпоназальність звуку виникає внаслідок неправильної роботи піднебінно-глоткового зімкнення або слабкого м'язового тону м'якого піднебіння, що ускладнює артикуляцію голосних та приголосних звуків [35].

Нервова регуляція мовленнєвого дихання здійснюється за участю центральної та периферичної нервової системи. Дихальний центр, що знаходиться у довгастому мозку, контролює автоматичні дихальні процеси, тоді як кора головного мозку забезпечує свідомий контроль над диханням під час мовлення. У дітей із порушеннями мовлення можуть бути виявлені функціональні розлади нервової регуляції, що проявляється у нездатності підтримувати рівномірний видих або координувати його з артикуляційними рухами. Дослідження нейропсихологів показують, що порушення міжпівкульної взаємодії можуть призводити до дискоординації мовленнєвого дихання та асиметрії роботи мовленнєвих м'язів [26; 37; 42; 47].

Формування мовленнєвого дихання відбувається у процесі розвитку дитини і залежить від багатьох чинників, зокрема від стану мовленнєвого

апарату, індивідуальних особливостей нейрофізіологічного розвитку, середовищних умов та методів навчання. У ранньому дитинстві дихальні рухи ще не адаптовані до складної мовленнєвої діяльності, тому спостерігається переважання нерегульованих вдихів і коротких видихів. Від двох років діти починають адаптувати своє дихання до мовлення, проте повна автоматизація мовленнєвого дихання завершується у шкільному віці [15].

Порушення мовленнєвого дихання можуть мати різне походження – як органічне, так і функціональне. Органічні причини включають патології дихальної системи, неврологічні розлади, вроджені дефекти голосових зв'язок або піднебіння. Функціональні порушення зазвичай пов'язані з неправильним формуванням мовленнєвих навичок, недостатньою практикою дихальних вправ або психоемоційними факторами, такими як стрес або підвищена тривожність.

Корекція мовленнєвого дихання включає різні підходи, серед яких традиційні логопедичні методи, дихальна гімнастика та сучасні ерготерапевтичні методики. Дихальна гімнастика сприяє формуванню контрольованого повітряного потоку, розвиває силу та гнучкість дихальних м'язів [12].

Ерготерапевтичні методи, що використовуються для корекції мовленнєвого дихання, включають вправи, пов'язані з побутовою діяльністю, ігрові техніки та сенсорну стимуляцію. Дослідження показують, що застосування функціональних вправ, наприклад, видування повітря на гарячий чай або свічку, може значно покращити контроль над диханням та сприяти автоматизації правильного мовленнєвого дихання.

Підсумовуючи, анатомо-фізіологічні механізми мовленнєвого дихання є складною системою, що включає роботу дихальних, голосових та резонаторних структур, які перебувають під контролем центральної нервової системи. Їхня взаємодія забезпечує якісне мовлення, а порушення у цих механізмах можуть негативно впливати на мовленнєвий розвиток дитини. Сучасні корекційні методи, включаючи дихальну гімнастику та ерготерапію,

демонструють високу ефективність у нормалізації мовленнєвого дихання та сприяють покращенню комунікативних навичок дітей з мовленнєвими порушеннями [22].

Дихальна система відіграє ключову роль у процесі мовлення, оскільки саме вона забезпечує необхідний повітряний потік для голосоутворення. Дихальний процес складається з двох основних фаз – вдиху та видиху, які у мовленнєвій діяльності набувають специфічних характеристик. Якщо у звичайному спокійному диханні ці фази займають приблизно рівний час, то під час мовлення вдих стає коротшим, а видих – контрольованим і подовженим. Це необхідно для рівномірного подання повітря в голосовий апарат, що дозволяє чітко вимовляти звуки, підтримувати їхню гучність і виразність.

Функціонування дихальної системи під час мовлення контролюється центральною нервовою системою, зокрема дихальним центром довгастого мозку, який забезпечує автоматичну регуляцію дихання, та моторною корою головного мозку, що контролює свідоме управління дихальними процесами. У дітей із порушеннями мовлення часто спостерігається недостатня координація між цими структурами, що може спричиняти дискоординацію вдиху та видиху, слабку силу голосу або нерівномірність мовленнєвого темпу.

Формування мовленнєвого дихання відбувається поступово у процесі дозрівання нервової та дихальної системи дитини. У ранньому дитинстві основним типом дихання є грудне або змішане, що не забезпечує достатнього контролю над потоком повітря. У дорослих людей мовленнєве дихання найчастіше відбувається за діафрагмально-реберним типом, який є найбільш ефективним для голосоутворення та артикуляції. У дітей цей механізм розвивається поступово і потребує спеціальних вправ для його формування.

Дослідження показують, що у дітей із затримками мовленнєвого розвитку часто спостерігаються порушення роботи дихальної мускулатури, слабкість діафрагми або нерівномірний розподіл повітряного потоку під час

видиху. Це може призводити до швидкої втомлюваності під час мовлення, труднощів у вимові довгих фраз і нестабільності голосу [7; 31; 32].

Роль голосового апарату у мовленнєвому диханні. Голосовий апарат є центральною ланкою у процесі мовлення, оскільки саме в ньому відбувається перетворення потоку повітря на звук. Основним елементом голосоутворення є голосові зв'язки, розташовані в гортані. Під впливом повітряного потоку вони коливаються, утворюючи первинний голосовий сигнал. Характеристики цього сигналу – висота, гучність, тембр – визначаються тонусом і напругою голосових м'язів [8; 44].

Діти, які мають порушення мовленнєвого дихання, часто демонструють нестабільність голосу, слабку його силу або порушення тембру. Це може бути пов'язано як із дисфункцією голосових зв'язок, так і з недостатнім контролем над диханням під час мовлення. У таких випадках ефективними є спеціальні голосові вправи, спрямовані на зміцнення голосових зв'язок і розвиток дихальної витривалості.

Резонаторна система, що включає носову, ротову і глоткову порожнини, значною мірою впливає на якість мовлення. Вона забезпечує підсилення та модифікацію звуку, що утворюється в голосовому апараті. Важливе значення має баланс між носовим і ротовим резонансом, який регулюється піднебінно-глотковим механізмом.

У дітей із порушеннями мовленнєвого дихання часто спостерігається неправильний розподіл резонансу, що проявляється у гіпер- або гіпоназальності голосу. Це може бути наслідком слабкого м'язового тонусу м'якого піднебіння або недостатньої координації між резонаторною та дихальною системою. Корекційні вправи, спрямовані на розвиток мовленнєвого дихання, допомагають усунути ці недоліки.

Сучасні методики корекції мовленнєвого дихання включають комплекс вправ, спрямованих на розвиток дихальної витривалості, контроль над повітряним потоком та зміцнення голосового апарату. Найпоширенішими є дихальна гімнастика, артикуляційні вправи та методики сенсорної стимуляції.

Дихальна гімнастика – включає вправи, спрямовані на розвиток діафрагмального дихання, контроль над силою та рівномірністю видиху, допомагає покращити координацію дихальних м'язів і стабілізувати мовленнєве дихання [13].

Артикуляційні вправи – спрямовані на зміцнення м'язів обличчя, губ і язика, що покращує контроль над мовленнєвими рухами. Це особливо важливо для дітей із порушеннями мовлення, оскільки допомагає їм розвинути точні артикуляційні навички [32].

Сенсорна стимуляція – включає вправи, які допомагають дитині краще усвідомлювати власне дихання та його вплив на мовлення. До таких вправ належать видування повітря на свічку, робота з мильними бульбашками або дихальні ігри [23].

Мовленнєве дихання є складним процесом, який забезпечується злагодженою роботою дихальної, голосової та резонаторної систем. Його формування відбувається поступово та залежить від багатьох чинників, зокрема анатомічних особливостей, стану нервової системи та рівня мовленнєвого розвитку дитини. Порушення мовленнєвого дихання можуть суттєво впливати на якість мовлення, тому важливим є застосування корекційних методів, спрямованих на розвиток дихальної витривалості, контроль над видихом і зміцнення голосового апарату.

Ефективними методами корекції є дихальна гімнастика, артикуляційні вправи та методи сенсорної стимуляції, які сприяють формуванню правильного мовленнєвого дихання. Використання комплексного підходу в логопедичній практиці дозволяє значно покращити мовленнєві навички дітей і забезпечити якісний розвиток їхньої комунікативної діяльності.

Науковці наголошують, що порушення мовленнєвого дихання може виникати через анатомічні аномалії дихального апарату або порушення нейромоторного контролю [30]. Аналіз досліджень свідчить, що підготовка спеціалістів для роботи з дітьми, які мають порушення мовленнєвого дихання, є важливою складовою логопедичного супроводу[6].

1.2 Характеристика мовленнєвого дихання при порушеннях мовлення

Мовленнєве дихання є однією з ключових складових усного мовлення, оскільки забезпечує необхідний об'єм повітря для фонації, підтримує інтонаційну виразність і визначає якість звукового оформлення мовлення. Дихальний процес під час мовлення відрізняється від фізіологічного дихання своєю ритмікою, регульованістю і координацією. Діти з порушеннями мовлення часто стикаються з розладами мовленнєвого дихання, що ускладнює їхню комунікативну діяльність, знижує чіткість артикуляції та може впливати на розвиток психоемоційного стану.

Як зазначає Т. Качур, порушення мовленнєвого дихання можуть мати різні форми: поверхнєве дихання, слабкий контроль видиху, недостатній обсяг повітря для фразового мовлення [14].

У нормі мовленнєве дихання відрізняється від звичайного фізіологічного дихання тим, що видих під час мовлення є довшим, а вдих – коротким і швидким. Така координація дозволяє забезпечити плавність мовлення, рівномірність його темпу та виразність інтонації. У дітей без порушень мовлення мовленнєве дихання починає формуватися у віці 2-3 років і остаточно стабілізується приблизно до 6-7 років, коли вони навчаються контролювати силу видиху та регулювати темп мовлення [36].

Дослідження А. Пелех підтверджують, що діти з дизартрією часто мають обмежену амплітуду рухів дихальної мускулатури, що ускладнює правильну артикуляцію [30].

При порушеннях мовлення спостерігаються різні форми дихальних розладів. Найпоширенішими є нерівномірний розподіл повітряного потоку, передчасне закінчення видиху під час мовлення, недостатня глибина вдиху та відсутність синхронізації між вдихом і початком фонації. У таких дітей можуть спостерігатися занадто швидкий або, навпаки, сповільнений темп мовлення, що пов'язано з недостатньою координацією дихальних рухів.

Окрім цього, у дітей із мовленнєвими порушеннями часто виявляються неекономічне витрачання повітря, поверхнєве або нерівномірне дихання, слабкість дихальних м'язів, що безпосередньо впливає на гучність та тембр голосу. Через це їхнє мовлення може бути тихим, уривчастим або ж надмірно напруженим.

Відповідно до аналізу наукових джерел, можна стверджувати, що діти із порушеннями мовлення демонструють непослідовність у чергуванні вдиху та видиху під час мовлення, що впливає на темп мовлення та інтонаційну виразність [13].

Серед найпоширеніших форм порушень мовленнєвого дихання у дітей можна виділити декілька основних типів:

Гіперфонічне дихання – характеризується надмірним напруженням дихальних м'язів, що призводить до різкого форсованого видиху. У дітей із таким порушенням голос зазвичай гучний, напружений, що супроводжується підвищеним тонусом м'язів гортані. Це може спостерігатися у дітей з невротичними розладами, а також у тих, хто має функціональні порушення голосоутворення [16].

Гіпофонічне дихання – відзначається слабким, поверхневим вдихом і недостатньою силою видиху. Голос у таких дітей тихий, недостатньо звучний, швидко втрачає силу. Цей тип порушення характерний для дітей із загальним недорозвиненням мовлення та порушеннями центральної нервової системи.

Аритмічне дихання – проявляється у нерівномірності дихального циклу, коли вдих і видих не відповідають природним нормам. У таких дітей може спостерігатися довгий вдих перед фонацією, але дуже короткий видих, що призводить до переривчастого мовлення. Це порушення характерне для дітей із дизартрією та деякими формами заїкання [22].

Переривчасте дихання – відзначається нездатністю дитини підтримувати стабільний потік повітря протягом фрази. Мовлення складається з коротких уривчастих фраз, які не мають логічної завершеності.

Таке порушення часто зустрічається у дітей із затримкою мовленнєвого розвитку.

Нестабільне дихання – коли дитина змінює ритм дихання без потреби, роблячи вдихи не в логічних місцях речення. Це порушення спостерігається при алалії, дислексії та порушеннях мовленнєвої моторики [18].

Розлади мовленнєвого дихання мають безпосередній вплив на всі аспекти мовлення: темп, інтонаційну виразність, звучність голосу та якість звуковимови. Нерівномірний потік повітря або недостатня сила видиху ускладнюють вимову шиплячих, свистячих та сонорних звуків. Це призводить до спотворення артикуляції та робить мовлення менш зрозумілим.

Також порушення мовленнєвого дихання впливають на загальну мовленнєву моторику, оскільки дитина змушена компенсувати нестачу повітря додатковими рухами губ, язика або навіть плечового поясу. Це створює надмірне напруження, що може ускладнювати навчання навичок правильного мовлення [32].

Як зазначає О. Нагорна, дослідження показали, що у дітей із мовленнєвими порушеннями значно частіше зустрічається некоординоване мовленнєве дихання, що потребує спеціальних корекційних заходів [25].

Психоемоційний фактор також відіграє важливу роль у формуванні мовленнєвого дихання. Діти, які усвідомлюють свої труднощі у мовленні, можуть відчувати страх перед спілкуванням, що ще більше погіршує їхню здатність регулювати дихання. Це часто спостерігається у дітей із заїканням, коли порушення мовленнєвого дихання викликані не лише фізіологічними, але й психологічними чинниками [41].

На думку Н. Гроденської, основною проблемою мовленнєвого дихання у дітей є його недостатня тривалість та слабкість видиху, що не дає змоги утворювати достатній звуковий потік для чіткої артикуляції [10].

Корекція порушень мовленнєвого дихання включає комплексний підхід, що поєднує логопедичну терапію, спеціальні дихальні вправи та ерготерапію.

Одним із найбільш ефективних методів є дихальна гімнастика, яка спрямована на зміцнення дихальних м'язів, розвиток контролю над видихом і формування навичок економного витрачання повітря під час мовлення [10].

У логопедичній практиці широко використовуються різні методики дихальної корекції, спрямовані на навчання правильного мовленнєвого дихання [16].

Ерготерапевтичні методи корекції включають використання побутових ситуацій, де дитина вчиться контролювати своє дихання в процесі виконання звичайних завдань. Наприклад, вправи, пов'язані з видуванням свічки або роздуванням мильної бульбашки, допомагають дітям усвідомити силу видиху та тренувати мовленнєве дихання в ігровій формі [33].

Отже, мовленнєве дихання є важливим компонентом мовленнєвої діяльності, і його порушення суттєво впливають на якість мовлення дитини. Вчасна діагностика та корекційні заходи, зокрема логопедичні вправи та ерготерапевтичні методики, допомагають нормалізувати мовленнєве дихання, покращити комунікативні навички та сприяти загальному мовленнєвому розвитку дітей.

Порушення мовленнєвого дихання у дітей є складним і багатовимірним явищем, яке впливає на якість мовлення, комунікативні здібності, емоційний стан і навіть соціальну адаптацію дитини. Важливо розуміти, що мовленнєве дихання не є просто фізіологічним процесом вдиху і видиху – воно регулюється складною взаємодією центральної нервової системи, дихальної, голосової та артикуляційної систем. В умовах порушення мовлення навіть мінімальні дисфункції в цій взаємодії можуть суттєво впливати на здатність дитини до чіткої звуковимови, правильного мовленнєвого темпу і фонації.

Процес мовленнєвого дихання тісно пов'язаний із загальним фізіологічним станом дихальної системи. Легені, трахея, бронхи, діафрагма та міжреберні м'язи взаємодіють між собою, забезпечуючи необхідний об'єм повітря, що використовується під час мовлення. У нормі діти вчать контролювати цей процес у віці 5-7 років, коли вдихи стають швидкими, а

видихи – довшими, контрольованими і рівномірними. Це дозволяє формувати правильний темп мовлення та підтримувати стабільну силу голосу.

Однак у дітей із порушеннями мовлення спостерігаються серйозні відхилення у фізіологічному дихальному циклі. Однією з найбільш поширених проблем є неглибоке, поверхнєве дихання, при якому дитина не може набрати достатній об'єм повітря для довготривалого мовлення. Це призводить до вимушених пауз у середині фрази, невпевненості у мовленні та труднощів у формуванні складних речень [44].

Також варто зазначити, що порушення мовленнєвого дихання можуть мати вторинний характер і бути наслідком неврологічних або ортопедичних відхилень. Наприклад, при дитячому церебральному паралічі спостерігається загальна слабкість м'язового апарату, що ускладнює контроль над дихальними рухами. У дітей із моторною алалією або дизартрією порушення мовленнєвого дихання часто супроводжується гіпертонусом або гіпотонусом м'язів, що впливає на якість видиху і голосоутворення [22].

У мовленнєвому процесі важливу роль відіграє координація між дихальними і голосовими рухами. Для правильної фонації необхідно, щоб потік повітря рівномірно надходив до голосових зв'язок, які регулюють тон і силу звуку. У дітей із мовленнєвими порушеннями цей механізм часто порушений, що призводить до нерівномірного тембру голосу, його слабкості або, навпаки, надмірної гучності. Це є типовим для дітей із функціональними розладами голосоутворення, такими як дисфонія або афонія [45].

Мовленнєві порушення можуть мати різні форми і ступені вираженості, і кожен тип мовленнєвої патології по-різному впливає на процес дихання.

При дизартрії спостерігається порушення іннервації мовленнєвих м'язів, що негативно позначається на координації дихальних рухів. У дітей із цим діагнозом дихання часто поверхнєве, уривчасте і хаотичне, вони не можуть рівномірно розподілити повітряний потік на всю фразу. Унаслідок цього мовлення здається збідненим, недостатньо виразним, а інколи навіть

монотонним. Діти з дизартрією часто компенсують нестачу повітря форсованими вдихами, що додатково порушує плавність мовлення [16].

При заїканні спостерігається нерівномірний розподіл повітряного потоку, що є наслідком підвищеного м'язового напруження та спазмів мовленнєвого апарату. Це може призводити до ситуацій, коли дитина не може зробити повноцінний вдих перед початком фрази або ж, навпаки, використовує надмірну силу для видиху, що супроводжується судомами голосових зв'язок. Такі особливості мовленнєвого дихання ускладнюють вербальну комунікацію і можуть викликати додаткові психологічні труднощі у дитини [7].

Афазія, яка найчастіше виникає внаслідок органічного ураження головного мозку, також може впливати на мовленнєве дихання. Діти з афазією мають труднощі не лише у відтворенні слів і фраз, а й у правильному використанні дихання під час мовлення. Вони можуть не усвідомлювати необхідність регулювати видих і часто зупиняються в середині фрази через недостатній контроль над повітряним потоком [7].

Корекція мовленнєвого дихання є важливим етапом логопедичної роботи, особливо у випадках складних мовленнєвих розладів. Найефективнішими методами корекції є:

Дихальна гімнастика – сприяє зміцненню дихальних м'язів, формуванню правильного ритму дихання та вдосконаленню фонаційного видиху. Дихальна гімнастика застосовує статичні та динамічні дихальні техніки, використовує фонематичні вправи, які одночасно поєднують з рухами рук, тіла та ніг. Популярні методики включають систему дихальних вправ, а також спеціально розроблені комплекси для дітей із мовленнєвими порушеннями [14].

Логопедичні вправи – спрямовані на координацію дихання і мовлення. Наприклад, вправи з подовженням видиху через артикуляційні рухи, повторення довгих голосних звуків або використання різноманітних ритмічних патернів під час мовлення.

Ерготерапія – включає використання функціональних завдань, що допомагають дитині контролювати дихальний процес у повсякденній діяльності. Наприклад, вправи з видуванням повітря на гарячий чай або продуванням кульок сприяють усвідомленню сили видиху та навчанню правильного дихального патерну.

Методи біологічного зворотного зв'язку – передбачають використання спеціальних пристроїв, які дозволяють дитині візуально контролювати процес дихання, що сприяє кращій саморегуляції і виробленню правильних навичок мовленнєвого дихання [36].

Підсумовуючи, характеристика мовленнєвого дихання при порушеннях мовлення є багатогранною і включає різні аспекти, від фізіологічних до психологічних. Вчасне виявлення порушень і застосування комплексних методів корекції дозволяє значно покращити мовленнєву функцію у дітей, сприяючи їхній соціальній адаптації та успішному розвитку мовлення [24].

Мовленнєве дихання відіграє важливу роль у формуванні усного мовлення, оскільки забезпечує плавність, ритмічність та інтонаційну виразність висловлювань. У дітей із порушеннями мовлення спостерігаються значні відхилення у дихальному процесі, що безпосередньо впливає на якість мовлення та рівень комунікативної діяльності. Вони можуть мати нерівномірний повітряний потік, недостатню силу видиху, втрату контролю над дихальним циклом або невідповідність дихання змісту мовлення. Це ускладнює процес фонації, викликає труднощі у вимові слів та фраз, а також створює дискомфорт під час мовленнєвого спілкування.

Порушення мовленнєвого дихання у дітей можуть мати різне походження. Однією з основних причин є анатомо-фізіологічні особливості, які впливають на розвиток мовленнєвої моторики. Важливу роль у цьому процесі відіграє робота діафрагми, міжреберних м'язів, голосових зв'язок і резонаторних порожнин. Відсутність злагодженої взаємодії між цими структурами призводить до порушення рівномірності повітряного потоку, що негативно позначається на мовленні. Дихальний процес у дітей, які мають

мовленнєві розлади, часто є недостатньо автоматизованим, що ускладнює формування правильних мовленнєвих навичок.

На стан мовленнєвого дихання суттєво впливають неврологічні чинники. Функціональні порушення центральної нервової системи можуть впливати на регуляцію дихального центру, що проявляється у некоординованих дихальних рухах, спазмах голосових зв'язок або переривчастості мовлення. Важливим аспектом є рівень взаємодії між корою головного мозку, підкірковими структурами та периферійними нервовими утвореннями, які відповідають за моторний контроль мовлення. Недостатня нейромоторна регуляція може спричиняти затримку розвитку мовленнєвого дихання, що проявляється у неможливості підтримувати рівномірний повітряний потік та необхідність компенсувати його іншими м'язовими рухами [47].

Кожен тип мовленнєвого порушення має свої особливості, які впливають на характер дихального процесу. У дітей із дизартрією часто спостерігається надмірне напруження дихальних м'язів або, навпаки, їхня недостатня активність, що впливає на силу та тривалість видиху. У разі заїкання нерівномірність мовленнєвого дихання супроводжується спазматичними скороченнями м'язів, які порушують природний ритм мовлення. Діти з алалією можуть мати нерозвинену здатність до регуляції дихального потоку, що проявляється у труднощах контролю над довжиною фрази та її мовленнєвим оформленням. Афазія ж характеризується порушенням взаємозв'язку між дихальними та мовленнєвими рухами, що ускладнює процес вербального спілкування.

Порушення мовленнєвого дихання негативно впливають на загальний рівень комунікативної активності дітей. Через труднощі у дихальному контролі вони можуть відчувати невпевненість у власних мовленнєвих можливостях, що призводить до зниження мотивації до спілкування. Деякі діти свідомо обмежують свої мовленнєві прояви, аби уникнути труднощів, пов'язаних із неправильним використанням дихального потоку. Це може мати

значний вплив на розвиток мовленнєвих і когнітивних навичок, а також на соціальну адаптацію дитини.

Сучасні методи корекції мовленнєвого дихання спрямовані на формування правильного контролю за дихальним потоком та його синхронізацію з мовленням. До найбільш ефективних підходів належать дихальна гімнастика, що зміцнює м'язовий апарат і розвиває довільну регуляцію дихального процесу. Логопедичні вправи допомагають дітям усвідомити принципи правильного використання повітря під час мовлення, покращують координацію дихання та артикуляції. Ерготерапевтичні методи надають можливість практикувати мовленнєве дихання у природних умовах, використовуючи вправи, що пов'язані з побутовими діями.

Ефективність корекції мовленнєвого дихання залежить від індивідуального підходу до кожної дитини. Важливо враховувати не лише анатомо-фізіологічні особливості, а й когнітивні, психоемоційні та мотиваційні чинники, які можуть впливати на формування правильного мовленнєвого дихання. Комплексний підхід, що поєднує традиційні логопедичні методи, сучасні технології та ерготерапевтичні стратегії, дозволяє значно покращити мовленнєві можливості дітей, допомагаючи їм досягти вищого рівня комунікативної ефективності.

Підсумовуючи, мовленнєве дихання є невід'ємною частиною мовленнєвої діяльності, що визначає якість звучання голосу, ритміку та виразність мовлення. У дітей із порушеннями мовлення дихальний процес часто характеризується нестабільністю, слабкістю або дискоординацією, що ускладнює процес комунікації та негативно впливає на загальний розвиток мовлення. Вчасна діагностика та корекція мовленнєвого дихання дозволяють значно покращити мовленнєві навички дітей, сприяючи їхній соціалізації та когнітивному розвитку.

Отже, характеристика мовленнєвого дихання у дітей із порушеннями мовлення є багатовимірним питанням, що охоплює фізіологічні, неврологічні та психолінгвістичні аспекти. Корекція мовленнєвого дихання потребує

комплексного підходу, включаючи спеціальні вправи, методи біологічного зворотного зв'язку, логопедичні практики та ерготерапію. Завдяки правильно підбраному терапевтичному впливу можливо досягти значного покращення мовленнєвих навичок, що позитивно позначиться на загальній мовленнєвій компетентності дитини.

1.3 Ерготерапія як засіб розвитку мовленнєвого дихання

Ерготерапія є сучасним напрямом реабілітації, що поєднує методи фізичної та когнітивної терапії для поліпшення функціональних навичок дітей із різними видами порушень розвитку. У контексті логопедичної практики ерготерапевтичні підходи активно використовуються для корекції мовленнєвого дихання, оскільки вони сприяють розвитку координації рухів, нормалізації дихального ритму та інтеграції мовлення у повсякденну діяльність дитини [11].

Як наголошують Н.Анастасова та К.Самсонова, ерготерапія є одним із ефективних засобів корекції мовленнєвого дихання, оскільки включає вправи на контроль дихального ритму та зміцнення дихальної мускулатури [1].

Значення ерготерапії для розвитку мовленнєвого дихання пояснюється тим, що ця методика використовує принципи активної участі дитини в повсякденних діях. Дихання під час мовлення має бути природним і несвідомо контрольованим, тому його розвиток ефективніше відбувається в умовах функціональної діяльності, а не ізольованих вправ. Ерготерапевтичні підходи дозволяють створювати ситуації, у яких дитина вчиться контролювати дихання під час гри, виконання побутових завдань або інших природних активностей [18].

Ерготерапія впливає на кілька ключових механізмів, що забезпечують нормалізацію мовленнєвого дихання. Одним із основних компонентів є сенсомоторна інтеграція, що передбачає розвиток взаємодії між сенсорними та моторними системами організму. У дітей із мовленнєвими порушеннями часто спостерігається недостатня координація між дихальною, голосовою та

артикуляційною системами, що призводить до порушень темпу, ритму та інтонації мовлення. Залучення в активну діяльність із необхідністю свідомого контролю дихання допомагає дитині покращити навички регуляції дихального потоку [22].

На думку А. Літвінчук, ерготерапія сприяє загальному розвитку мовленнєвої моторики, що позитивно впливає на процеси голосоутворення та вимови [18].

Окрім цього, ерготерапевтичні методи сприяють розвитку дихальної витривалості, що є особливо важливим для дітей із слабким мовленнєвим диханням. Через спеціально організовану діяльність, таку як вправи на видування повітря (наприклад, через трубочки, мильні бульбашки або свічки), діти вчаться довше підтримувати контрольований видих, що позитивно впливає на тривалість і силу їхнього мовлення.

Залучення дитини до рухової активності, що включає елементи ерготерапії, також сприяє зміцненню діафрагмальних і міжреберних м'язів. Виконання фізичних вправ із навантаженням на грудну клітку допомагає формувати навички ефективного використання повітряного потоку під час мовлення. Деякі дослідження показують, що діти, які проходять ерготерапевтичну корекцію мовленнєвого дихання, мають значно кращий контроль над темпом мовлення та тривалістю видиху порівняно з тими, хто використовує лише традиційні логопедичні методи.

Відповідно до досліджень Д. Білозерової, методи ерготерапії допомагають покращити мовленнєве дихання через інтеграцію сенсорних стимулів у процес терапії [5].

Серед найбільш ефективних методів ерготерапії, які використовуються для розвитку мовленнєвого дихання, можна виокремити кілька основних підходів. Одним із найпоширеніших є використання побутових дій як засобу тренування дихального контролю. Наприклад, вправи, пов'язані з приготуванням їжі (наприклад, дмухання на гарячу їжу, щоб її остудити),

дозволяють дитині природно тренувати довготривалий контрольований видих, що безпосередньо впливає на якість мовлення [36].

Згідно з висновками А.Дорошенко та Л. Мороз, ерготерапевтичні методи можуть бути використані для розвитку дихальної витривалості та координації дихальних рухів у дітей із порушеннями мовлення [11].

Ігрові методики також відіграють значну роль у корекції мовленнєвого дихання. Дітям пропонують завдання, що передбачають контрольований видих, наприклад, дути на кульки або змушувати легкі предмети рухатися потоком повітря. Такі вправи сприяють розумінню сили дихання та формуванню стабільного мовленнєвого потоку. Крім того, використання ритмічних вправ, що поєднують мовлення та рух, дозволяє ефективно інтегрувати дихальні механізми у мовленнєву активність.

Дослідження Навчального плану 7 з основ ерготерапії вказують, що одним із ключових завдань є навчання правильного дихального контролю через спеціальні вправи та техніки [24].

Загальний аналіз наукових робіт підтверджує, що застосування ерготерапії як складової комплексної корекції мовленнєвого дихання має позитивний ефект у роботі з дітьми із мовленнєвими порушеннями [19].

Важливим аспектом ерготерапевтичних підходів у корекції мовленнєвого дихання є їхній позитивний вплив на психологічний стан дитини. Багато дітей із мовленнєвими порушеннями відчувають тривожність і страх перед мовленням, особливо якщо вони усвідомлюють свої труднощі у спілкуванні. Ерготерапія дозволяє зняти емоційне напруження, оскільки всі вправи проходять у природних умовах, а процес корекції інтегрується у повсякденну діяльність. Це допомагає дитині сприймати мовлення як природний і приємний процес, що сприяє покращенню комунікативних навичок.

Окрім цього, застосування ерготерапевтичних методик дозволяє сформувати мотивацію до мовленнєвого розвитку. Діти більш активно включаються у вправи, якщо вони проходять у формі гри або повсякденної

діяльності. Це сприяє підвищенню ефективності корекційної роботи та допомагає швидше закріпити нові навички мовленнєвого дихання [19].

З огляду на сучасні тенденції розвитку корекційної педагогіки та логопедії, використання ерготерапевтичних методик для розвитку мовленнєвого дихання має значний потенціал. Цей підхід дозволяє не лише покращити контроль над мовленнєвим видихом, а й сприяє загальному сенсомоторному розвитку дитини, що є важливим для її соціалізації та навчання.

Подальші дослідження у цій галузі можуть бути спрямовані на розробку комплексних програм корекції, які поєднують ерготерапевтичні вправи з традиційними логопедичними методиками. Такі програми можуть стати ефективним інструментом для роботи з дітьми, які мають мовленнєві порушення різного ступеня вираженості.

Отже, ерготерапія є важливим засобом впливу на мовленнєве дихання, оскільки вона забезпечує комплексний підхід до розвитку мовленнєвих навичок через природні активності. Її ефективність підтверджується численними дослідженнями, що демонструють значні покращення у контролі мовленнєвого дихання в дітей із мовленнєвими порушеннями. Включення ерготерапевтичних методик у систему логопедичної корекції відкриває нові можливості для поліпшення якості мовлення та сприяє всебічному розвитку дітей із особливими потребами.

Ерготерапія як метод корекції мовленнєвого дихання набуває дедалі більшої популярності серед логопедів і фахівців із корекційної педагогіки, оскільки вона забезпечує поєднання рухової активності, сенсорної стимуляції та усвідомленого контролю над дихальними процесами. Використання цього підходу дає змогу формувати природний контроль над дихальним потоком у дітей із мовленнєвими порушеннями, що є особливо важливим для забезпечення плавності мовлення та його фонетичної чіткості. Враховуючи, що багато дітей із мовленнєвими труднощами мають загальні порушення сенсомоторного розвитку, ерготерапія дозволяє не лише вирішувати

проблеми з диханням, а й покращувати координацію рухів, баланс та загальну моторну активність.

Успішність мовленнєвої діяльності великою мірою залежить від того, наскільки ефективно дитина може контролювати видих, оскільки саме під час видиху відбувається фонація, тобто утворення звуку. При цьому багато дітей із порушеннями мовлення мають укорочений або недостатньо контрольований видих, що негативно позначається на звучанні голосу та формуванні окремих звуків. Залучення ерготерапевтичних методик дозволяє працювати над подовженням видиху та його рівномірним розподілом у процесі мовлення. Одним із ключових аспектів є створення вправ, які імітують природні ситуації, у яких дитина вимушена контролювати повітряний потік. Наприклад, вправи на видування предметів різної маси та розміру вчать дітей регулювати силу та тривалість видиху, що безпосередньо впливає на мовленнєву функцію.

Ерготерапевтичний підхід також передбачає використання специфічних рухових патернів, які допомагають закріплювати правильний механізм дихання під час мовлення. Дослідження показують, що інтеграція вправ із руховими діями сприяє кращому засвоєнню навичок дихального контролю та допомагає дитині використовувати ці навички у реальному мовленнєвому процесі. Наприклад, завдання, що включають одночасні рухи руками або ногами під час вимови певних звуків, сприяють кращому узгодженню дихальних процесів із моторною активністю. Цей підхід особливо ефективний для дітей із дизартрією та апраксією мовлення, оскільки він дозволяє зняти м'язове напруження та покращити координацію мовленнєвої моторики.

Застосування ерготерапії у логопедичному супроводі також має важливий психологічний аспект, адже багато дітей із мовленнєвими порушеннями відчувають дискомфорт або страх перед мовленням, особливо якщо вони вже стикалися з негативним досвідом спілкування. Використання ігрових форм навчання та залучення дитини до процесів, у яких мовлення є

природною частиною діяльності, дозволяє зменшити напругу та сформувати позитивне ставлення до мовленнєвої взаємодії. Це особливо важливо для дітей із заїканням, які часто мають підвищену тривожність, пов'язану з необхідністю говорити. Дихальні вправи, інтегровані у повсякденні дії, дозволяють формувати навички плавного мовлення без акцентування уваги на проблемі, що значно знижує рівень напруги та сприяє впевненості у власних мовленнєвих можливостях.

Інноваційні підходи в ерготерапії також включають застосування спеціальних інструментів та технологій, які сприяють розвитку мовленнєвого дихання. Серед них можна виокремити використання сенсорних куль, респіраторних тренажерів та інтерактивних програм, що дають змогу контролювати та коригувати процес дихання у режимі реального часу. Використання таких методик дозволяє дитині не лише відчувати, а й бачити або чути власне дихання, що значно підвищує ефективність корекції. Наприклад, спеціальні програми, які змінюють інтенсивність зображення або звуку відповідно до сили видиху, допомагають дитині свідомо контролювати цей процес і поступово покращувати навички мовленнєвого дихання [22].

Ще одним ефективним методом є використання тактильних стимулів під час дихальних вправ. Тактильна стимуляція грудної клітки або діафрагми дозволяє дитині краще усвідомлювати механіку власного дихання та сприяє більш правильному розподілу повітря під час мовлення. Цей підхід особливо корисний для дітей із сенсорними порушеннями, оскільки він дозволяє активізувати зони мозку, відповідальні за моторний контроль, і формувати стійкі мовленнєві навички.

Дослідження показують, що ерготерапія є особливо ефективною у ранньому віці, коли мовленнєве дихання ще знаходиться на етапі формування. Використання інтегрованого підходу, що поєднує дихальну гімнастику, рухові вправи, сенсорну стимуляцію та побутову активність, дозволяє значно покращити мовленнєві навички дітей із порушеннями мовлення. Важливою умовою успішності цього підходу є його

систематичність та індивідуальний підхід до кожної дитини, що враховує її особливості та рівень розвитку.

Перспективи розвитку ерготерапії у сфері корекційної педагогіки відкривають широкі можливості для вдосконалення методик навчання дітей із мовленнєвими порушеннями. Подальші дослідження у цій галузі можуть бути спрямовані на розробку комплексних програм, що поєднують ерготерапію з логопедичною корекцією та нейропсихологічною підтримкою. Такий підхід дозволить створити більш ефективні методики для дітей із складними мовленнєвими порушеннями, що сприятиме їхній успішній соціалізації та адаптації у мовленнєвому середовищі.

Отже, ерготерапія є не лише допоміжним методом у корекції мовленнєвого дихання, а й самостійним напрямом, що сприяє розвитку мовлення через активне залучення дитини у функціональну діяльність. Її ефективність підтверджується численними дослідженнями, що демонструють значне покращення мовленнєвих навичок у дітей, які проходять терапію з використанням інтегративних підходів. Завдяки поєднанню фізичних, сенсорних та когнітивних технік цей метод дозволяє не лише нормалізувати мовленнєве дихання, а й сприяє загальному мовленнєвому розвитку, що є особливо важливим для дітей із особливими потребами.

Ерготерапія активно використовується в корекції мовленнєвого дихання завдяки своїй здатності поєднувати фізичні, когнітивні та сенсорні методи впливу. Вона спрямована на розвиток контролю над дихальними процесами через функціональні дії, які максимально наближені до повсякденного життя дитини. Це дозволяє формувати сталі навички мовленнєвого дихання, що особливо важливо для дітей із мовленнєвими порушеннями, які не завжди можуть самостійно регулювати силу та тривалість видиху.

Включення вправ, що поєднують рухову та дихальну активність, допомагає дітям краще усвідомлювати свої дихальні цикли та навчатися їх контролювати. Дослідження показують, що заняття, у яких дитина виконує певні фізичні дії паралельно з дихальними вправами, сприяють швидшій

адаптації до мовленнєвого дихання та його нормалізації. Наприклад, вправи на поступове збільшення тривалості видиху через продування повітряних кульок або свічок допомагають виробити стабільний і контрольований повітряний потік під час мовлення.

Важливу роль відіграє залучення тактильних та візуальних підказок, які сприяють розвитку контролю над диханням. Використання дзеркал або візуальних маркерів дозволяє дитині бачити, як змінюється її дихання під час мовлення, а тактильні подразники допомагають краще відчувати роботу діафрагми. Сенсорні килимки, м'які масажні м'ячики або спеціальні аплікатори можуть застосовуватися для покращення дихальної чутливості та стимуляції м'язів грудної клітки [23].

Застосування біологічного зворотного зв'язку дозволяє дитині безпосередньо контролювати власне дихання та коригувати його відповідно до отриманих сигналів. Комп'ютерні програми, які змінюють інтенсивність зображення або звуку залежно від сили видиху, допомагають розвивати усвідомлене регулювання дихального потоку. Використання таких технологій особливо ефективне для дітей із порушеннями координації дихання та мовлення, які не завжди можуть правильно співвідносити силу видиху з артикуляцією.

Включення ерготерапії у групові заняття сприяє розвитку навичок взаємодії та використання мовлення в комунікативних ситуаціях. Виконання дихальних вправ у парах або невеликих групах допомагає дітям адаптуватися до мовленнєвих умов у реальному житті та виробити сталі дихальні навички, які вони можуть застосовувати у повсякденному спілкуванні. Спільні ігрові завдання, що включають використання контрольованого мовленнєвого дихання, сприяють кращому закріпленню отриманих навичок.

Інтеграція ерготерапевтичних методів із традиційними логопедичними підходами підвищує ефективність корекції мовленнєвого дихання. Поєднання вправ на розвиток мовленнєвого дихання з артикуляційними завданнями допомагає дитині узгоджувати дихальний потік із вимовою звуків та слів. Це

особливо корисно для дітей із дизартрією, моторною алалією та іншими порушеннями мовленнєвої моторики, оскільки дозволяє одночасно коригувати дихальні та артикуляційні труднощі.

Ерготерапія також допомагає дітям із мовленнєвими порушеннями подолати психологічні бар'єри, пов'язані з труднощами у мовленні. Використання вправ, які передбачають природний контроль дихання у процесі гри чи виконання повсякденних завдань, допомагає дитині розслабитися та не концентруватися на своїх труднощах. Це сприяє зниженню рівня тривожності та формуванню більшої впевненості у власному мовленні [47].

Методи ерготерапії ефективно застосовуються у ранньому віці, коли формування мовленнєвого дихання ще триває. Використання рухових і сенсорних вправ у цей період дозволяє швидше закріплювати правильні дихальні навички та запобігати розвитку вторинних мовленнєвих порушень. Чим раніше розпочинається корекційна робота, тим легше дитині адаптувати правильні дихальні механізми та використовувати їх у мовленні.

Подальший розвиток ерготерапевтичних методик у сфері мовленнєвої корекції може бути спрямований на розширення практичних підходів, які поєднують традиційні дихальні вправи, сенсорну стимуляцію та використання сучасних технологій для моніторингу стану дихання. Використання комплексного підходу дозволяє ефективно вирішувати проблеми мовленнєвого дихання та сприяти загальному розвитку мовлення у дітей із різними мовленнєвими порушеннями.

Ерготерапія як метод впливу на мовленнєве дихання є ефективним інструментом, що дозволяє поєднувати фізичні, когнітивні та мовленнєві компоненти у процесі корекції. Вона допомагає не лише покращити контроль над диханням, а й створює умови для інтеграції мовленнєвих навичок у повсякденне життя. Застосування цієї методики у логопедичній практиці сприяє підвищенню ефективності корекційної роботи та допомагає дітям швидше адаптувати правильні дихальні механізми.

Висновки до першого розділу

Мовленнєве дихання є основною складовою усного мовлення, оскільки воно визначає силу голосу, його тембр, плавність, ритмічність та інтонаційну виразність. У процесі мовлення дихання набуває спеціальних характеристик, що відрізняють його від звичайного фізіологічного дихального процесу. Воно потребує чіткої координації між дихальною, голосовою та артикуляційною системами, що дозволяє регулювати видих, підтримувати стабільний потік повітря та контролювати його витрату у процесі формування мовних звуків. У дітей із мовленнєвими порушеннями цей процес часто зазнає значних змін, що впливає на якість мовлення, його розбірливість та комунікативну ефективність.

Фізіологічні механізми мовленнєвого дихання охоплюють функціонування легень, діафрагми, міжреберних м'язів, голосових зв'язок та резонаторної системи. Вони працюють у тісній взаємодії з центральною нервовою системою, яка регулює дихальні цикли та забезпечує узгодженість дихальних і мовленнєвих рухів. У нормі мовленнєве дихання має контрольований характер, де вдих є швидким і коротким, а видих – подовженим і рівномірним, що забезпечує плавність мовлення. У дітей із порушеннями мовлення спостерігаються труднощі з формуванням стабільного видиху, що негативно впливає на загальну якість мовлення, знижує його темп і порушує інтонаційну виразність.

Різні форми мовленнєвих порушень супроводжуються певними дихальними розладами. Дизартрія характеризується дискоординацією дихальних і мовленнєвих рухів, що ускладнює підтримання рівномірного потоку повітря [41]. Заїкання супроводжується спазматичними скороченнями м'язів, що викликає переривчастість мовлення [33]. У дітей з афазією порушується взаємозв'язок між мовленнєвою активністю та регуляцією дихання, що впливає на формування плавності мовлення [19]. Всі ці стани потребують корекції, спрямованої на покращення мовленнєвого дихання та його синхронізації з голосовими і артикуляційними рухами.

Мовленнєве дихання також залежить від сенсомоторного розвитку, який визначає рівень координації між рухами тіла та мовленнєвими процесами. У дітей із порушеннями мовлення часто спостерігається низький рівень моторного контролю, що проявляється у нестабільності дихальних рухів, неправильному розподілі повітряного потоку та неможливості довготривалого підтримання звуку. Це пояснюється особливостями розвитку центральної нервової системи, зокрема недостатньою сформованістю міжпівкульної взаємодії та слабкою регуляцією м'язового тону.

Ерготерапія є ефективним засобом впливу на мовленнєве дихання, оскільки вона базується на поєднанні рухової активності, сенсорної стимуляції та мовленнєвих завдань. Вона дозволяє розвивати контроль над дихальним процесом у природних ситуаціях, використовуючи методи функціональної діяльності. Включення вправ на контрольований видих у повсякденні дії, такі як дути на гарячу їжу або видувати мильні бульбашки, допомагає дітям сформувати правильні дихальні навички без примусової корекції.

Дослідження показують, що використання ерготерапії у поєднанні з традиційними логопедичними методами значно підвищує ефективність корекції мовленнєвого дихання. Інтеграція рухових вправ, таких як чергування активного дихання із фізичними навантаженнями, сприяє розвитку координації між дихальними циклами та мовленнєвою активністю. Крім того, використання біологічного зворотного зв'язку дозволяє дитині усвідомлено контролювати власний дихальний процес, що сприяє закріпленню правильних навичок мовлення [14; 18].

Включення сенсорної стимуляції у процес корекції також має позитивний вплив на мовленнєве дихання. Тактильні та вібраційні подразники допомагають дітям краще відчувати роботу свого дихального апарату, що сприяє покращенню координації дихальних і голосових рухів. Використання спеціальних вправ, які залучають сенсомоторний розвиток,

дозволяє забезпечити стійкий результат корекції та покращити мовленнєву активність.

Важливим фактором ефективності ерготерапії є її природність і відсутність примусу до мовлення. На відміну від традиційних логопедичних методів, які часто сприймаються дітьми як нав'язливі, ерготерапія включає мовленнєві вправи у гру та повсякденну активність, що робить процес навчання більш комфортним і природним. Це сприяє зниженню тривожності у дітей, що мають мовленнєві труднощі, і допомагає їм поступово покращувати контроль над диханням без додаткового стресу. Використання ерготерапевтичних методів також дозволяє формувати навички саморегуляції, що є важливим для дітей із мовленнєвими порушеннями. Дихання під час мовлення повинно бути автоматизованим і не потребувати додаткових зусиль, тому розвиток стійких навичок самоконтролю сприяє закріпленню правильного дихального патерну. Методики, що включають візуальні та слухові підказки, допомагають дітям самостійно контролювати свій дихальний процес і коригувати його за необхідності.

Результати застосування ерготерапевтичних підходів у розвитку мовленнєвого дихання свідчать про їхню ефективність у корекції різних видів мовленнєвих порушень. Вони дозволяють не лише покращити контроль над видихом, а й сприяють загальному розвитку мовленнєвих навичок. Дітям, які пройшли курс ерготерапевтичної корекції, легше підтримувати стабільний темп мовлення, вони демонструють кращу розбірливість звуковимови та більш природну інтонаційну виразність.

Отже, перший розділ показує, що мовленнєве дихання є ключовим елементом мовленнєвої діяльності, який забезпечує якість звучання голосу, його ритмічність та виразність. У дітей із порушеннями мовлення цей процес часто зазнає змін, що потребує корекції з використанням комплексного підходу. Ерготерапія є одним із ефективних методів впливу на мовленнєве дихання, оскільки вона дозволяє формувати стійкі дихальні навички через природну діяльність, сприяючи загальному покращенню мовлення та

комунікативних здібностей дітей. Інтеграція ерготерапевтичних методів у логопедичну практику відкриває нові можливості для корекції мовленнєвих розладів та сприяє розвитку ефективних методик навчання дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями.

РОЗДІЛ 2.

ВИЗНАЧЕННЯ СТАНУ СФОРМОВАНOSTІ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ

2.1 Опис експериментальної методики констатувального етапу дослідження

Мовленнєве дихання є невід'ємним компонентом мовленнєвої діяльності та визначає його якісні характеристики, зокрема плавність, ритміку, силу голосу, тембр і загальну інтонаційну виразність. Його формування у дітей молодшого шкільного віку відбувається поетапно, оскільки в цьому віці дихальні механізми ще розвиваються та адаптуються до мовленнєвої активності. Для ефективного формування мовленнєвого дихання необхідно розуміти його рівень розвитку та визначити особливості його функціонування у дітей молодшого шкільного віку. Дослідження рівня сформованості мовленнєвого дихання дозволяє не лише оцінити загальний стан дихального механізму дітей, а й виявити можливі відхилення та розробити ефективні стратегії корекції

Оцінка мовленнєвого дихання здійснюється за допомогою різних методів, які дозволяють отримати об'єктивні дані щодо функціонування дихального апарату під час мовлення. Розглянемо ці методи:

1. Тестові завдання включали вправи на контрольований видих, зокрема вимову голосних звуків на одному видиху, повторення слів та речень без додаткових вдихів, вправи на силове продування повітря.
2. Інструментальні методи передбачають використання спеціальних логопедичних приладів для вимірювання сили дихального потоку, часу видиху та координації дихання.
3. Аналіз мовленнєвої продукції проводився шляхом оцінки чіткості вимови звуків та їхньої інтонаційної структури.

У своєму дослідженні ми зосередили увагу саме на тестових методах, які передбачають використання вправ.

Під час аналізу наукових джерел та логопедичної практики ми виділили п'ять основних компонентів мовленнєвого дихання, які стали основою для діагностики у нашому дослідженні: тип фізіологічного дихання, координація дихання з мовленням, тривалість та рівномірність повітряного потоку, темп та інтонаційна виразність, спрямованість і сила видиху.

Тип фізіологічного дихання показує, як саме дитина дихає – верхньогрудним, грудним чи діафрагмальним способом. Найбільш ефективним для мовлення вважається діафрагмальне (абдомінальне) дихання, бо воно дозволяє краще керувати повітряним потоком. Під час вдиху активно задіяна діафрагма, що візуально проявляється у випинанні живота вперед, при майже нерухомій грудній клітці. Такий тип дихання забезпечує глибоке, плавне та контрольоване дихання, яке сприяє виразному, емоційно забарвленому мовленню та дозволяє утримувати тривалу фонацію.

Грудне дихання (торакальне) характеризується активним підняттям грудної клітки під час вдиху за відсутності руху живота. Такий тип дихання є поверхневим, не забезпечує достатнього об'єму повітря, що часто призводить до уривчастого мовлення, слабкої фонації та частих вдихів. Він вважається малоефективним для мовлення і є типовим для дітей з несформованим мовленнєвим диханням.

Змішане дихання (торако-абдомінальне) поєднує участь і грудної клітки, і діафрагми. Воно забезпечує дещо більший об'єм повітря, ніж грудне, і спостерігається як перехідна форма у дітей молодшого шкільного віку. При такому типі дихання дитина здатна вимовити короткі фрази без додаткового вдиху, однак контроль дихального потоку ще недостатній.

Для дослідження типу фізіологічного дихання, нами було обрано та адаптовано вправу «Сонько» за методикою Ю. В. Рібцун, яка дозволяє визначити, який саме тип дихання переважає у дитини під час спокійного дихального циклу. Дітям дається вказівка : «Сядьте зручно і послухайте віршик. Уявіть, що ви – сонні ведмежата». Дітям читається вірш без ілюстрацій:

Ліс. Зима. Тріщать морози.

Ведмежа спить у барлозі.

Хай метелиця мете,

А він солодко хропе.

Після вірша дітям пропонується самотійно показати, як «солодко» спить ведмедик, імітуючи його дихання. Дітей просять покласти одну руку на живіт для «зручності», а другу руку – на груди. У цей момент логопед фіксує, як дихає кожна дитина, записуючи результати.

Черевний (діафрагмальний) тип: Дитина дихає животом. Рука на животі піднімається і опускається, а рука на грудях майже нерухома. Це оптимальний тип дихання для мовлення.

Грудний тип: Дитина дихає грудьми. Рука на грудях активно рухається, а живіт нерухомий. Плечі можуть підійматися.

Змішаний тип: Дитина дихає одночасно і животом, і грудьми. Обидві руки рухаються, рухи можуть бути неритмічними.

Спрямованість і сила видиху впливають на те, наскільки чітко дитина може вимовляти звуки і наскільки добре вона контролює струмінь повітря. Якщо струмінь слабкий або розсіяний, це негативно впливає на чіткість мовлення. Щоб дослідити рівень сформованості цих параметрів у дітей молодшого шкільного віку, у нашому експерименті була застосована вправа «Донеси кульку додому» яка дозволяє діагностувати одночасно спрямованість і силу дихального струменя.

Перед дитиною кладуть смужку паперу, на якому зображено «доріжку» з чіткими межами (дві паралельні лінії). На цій доріжці позначено кілька будинків на різній відстані: на 10 см, 25 см та 40 см від старту. Також необхідна кулька або шматочок вати, яку кладуть на старт. Дитину просять зробити глибокий вдих і дмухнути так, щоб «донести кульку до будинку». Гра супроводжується вказівками: «Дмухай так, щоб кулька зупинилася біля першого будинку», «А тепер спробуй донести її до найдальшого будинку».

Оцінювання здійснюється за трирівневою шкалою:

Високий рівень:

Дитина легко доносить кульку до найдальшого «будинку» (40 см) і може утримувати її там деякий час. Видих сильний, плавний, що забезпечує впевнене переміщення кульки на максимальну відстань. Кулька рухається чітко по доріжці від старту до заданої мішені. Дитина демонструє точний контроль над повітряним струменем, не надуваючи щоки, видих спрямований і рівномірний.

Середній рівень:

Дитина може легко донести кульку до другого «будинку» (25 см). Має труднощі або не може довести кульку до найдальшого «будинку» (40 см). Сила видиху є достатньою для середніх відстаней, але недостатньо стійкою або потужною для тривалого чи далекого переміщення. Кулька переважно рухається по доріжці, але іноді може незначно відхилятися від ліній. Дитина здатна утримувати спрямованість видиху, але періодично втрачає контроль, особливо при спробі збільшити силу або тривалість видиху.

Низький рівень:

Дитина не може донести кульку до найближчого «будинку» (10 см) або кулька рухається дуже повільно і зупиняється раніше. Видих слабкий, переривчастий, повітряний струмінь недостатньо сильний для переміщення легкого предмета на невелику відстань. Кулька постійно відхиляється від доріжки (виходить за межі ліній) або рухається хаотично в різні боки. Дитина не може скерувати повітряний потік у потрібному напрямку, часто надуває щоки, що свідчить про розсіяний або бічний видих.

Координація дихання з мовленням означає вміння дитини керувати диханням під час мовлення – наприклад, вчасно вдихнути, не переривати фрази в середині. Для діагностики ми адаптували гру «Поїзд». Дитина уявляє, що вона машиніст швидкісного поїзда. Їй потрібно доїхати до кінцевої станції. Дитині наголошують, що «пари», тобто її дихання, має вистачити на всю дорогу, щоб не зупинитися на півшляху. Завдання: промовити всю «дорогу» (фразу) на одному вдиху, чітко і виразно.

Коротка дорога: «Наш поїзд вирушає в подорож».

Середня дорога: «Наш швидкий поїзд вирушає в подорож через великі поля»

Довга дорога: «Наш швидкий поїзд вирушає в подорож через великі поля, мінаючи ліси та річки»

Дуже довга дорога: «Наш швидкий поїзд вирушає в подорож через великі поля, мінаючи ліси та річки, щоб зустріти своїх друзів у місті.»

Оцінювання:

Високий рівень: Дитина легко й виразно промовляє найдовшу фразу на одному видиху. Голос звучить рівномірно, немає задишки чи поспіху.

Середній рівень: Дитина справляється з короткими та середніми дорогами, але на довгій фразі може зробити додатковий вдих або прискорити темп мовлення. Голос може ставати тихішим до кінця фрази.

Низький рівень: Дитині важко вимовити навіть коротку фразу. Вона робить надто багато вдихів, голос слабшає, а мовлення стає уривчастим.

Тривалість та рівномірність – це два взаємопов'язані показники, які у комплексі визначають якість мовленнєвого дихання. Хороший видих має бути не лише тривалим, щоб вистачило на цілу фразу, а й рівномірним, щоб фраза звучала плавно та без спотворень. Рівномірність потоку повітря – це стабільність струменя під час видиху. Якщо дитина дихає нерівномірно, то її мовлення може бути уривчастим, з різкими зупинками або змінами темпу. Тривалість видиху є показником того, як довго дитина може видихати повітря під час вимови звуків. Це впливає на довжину речень, які дитина може вимовити без зупинки.

На нашу думку, використання скоромовки є найоптимальнішим засобом діагностики тривалості та рівномірності видиху. Промовляння скоромовок дозволяє перевірити, наскільки дитина здатна поєднувати тривалість і рівномірність видиху з одночасним збереженням чіткості артикуляції та темпу мовлення. Дитині пропонують промовити обрану

скоромовку на одному видиху, спочатку у повільному темпі, а потім у прискореному:

«В темно-сірому жупані сидить заєць на дивані,
Зачинив свою хатинку і гризе смачну морквинку».

Важливо поспостерігати чи вистачає повітря на всю фразу; чи не з'являються раптові паузи або «обриви» видиху; наскільки рівномірним залишається звучання; чи немає різких вдихів посеред слова чи складу; чи зберігається однакова сила та гучність голосу на початку і наприкінці фрази. Для здійснення спостереження нами був розроблений відповідний бланк, який подано у додатку А.

Високий рівень матиме дитина, якщо може вимовити 11 та більше слів на одному видиху. Її видих плавний, голос не «стрибає», але допустимі мінімальні коливання (не порушують звучання скоромовки) сила звучання зберігається від початку до кінця або трішки зменшується вкінці – 3 бали

Середній рівень буде у дитини, яка може вимовити 8–10 слів одному видиху, у неї трапляються перепади сили голосу, видих нерівномірний, голос змінює силу (то голосніше, то тихіше), скоромовка звучить відносно цілісно, але з коливаннями – 2 бали

Низький рівень, якщо дитина вимовляє менше 8 слів на одному видиху, голос нерівний, видих уривчастий, часто сила зменшується наприкінці, голос слабшає, звучання переривається – 1 бал.

Важливим також є темп та інтонаційна виразність. Темп являє собою швидкість, з якою дитина вимовляє мовний матеріал. Інтонаційна виразність передбачає використання мелодики голосу, наголос, паузи для передачі змісту й емоцій. У нормі дитина змінює інтонацію залежно від завдання (питання, оклик, логічний наголос).

Для діагностування ми розробили гру «Таємничий театр». Педагог пропонує дітям уявити, що вони опинилися у старому театрі. Театр гарний, але там немає стільців, для глядачів. Щоб відновити театр, необхідно, щоб лунали голоси акторів, а саме вчиталися вірші. Спочатку дитина обирає

картку з віршем, читає його як зазвичай, а потім дитина обирає картку, де на звороті написано завдання, як саме треба прочитати цей вірш. Після того, як кожна дитина виконала завдання, на місце глядача додається крісло. Ілюстративні матеріали подані у додатку Б.1. Картки з віршами у додатку Б.2. та картки з завданнями у додатку Б.3.

Вірші:

«Надійшла весна»

Надійшла весна прекрасна,
 многоцвітна, тепла, ясна,
 наче дівчина в вінку.
 Зацвіли луги, діброви,
 повно гомону, розмови
 і пісень в чагарнику.

Іван Франко

«Заєць спати захотів»

Заєць спати захотів,
 Сам постелю постелив,
 Сам собі зробив подушку,
 Підмостив її під вушко.
 Та у зайця довге вушко –
 Все звисає із подушки.

М. Стельмах

«До нас журавлик прилітав»

До нас журавлик прилітав,
 Він гарні віршики читав
 Про синє небо і весну,
 Про Чорне море і Десну,
 Про Україну – рідний край...
 Ти ще раз, друже, прилітай!

Ігор Січовик

«Білий кіт»

Котик вибіг за ворота,

А на вулиці – зима!

Білий сніг і білий котик –

І kota немов нема!

Лиш на кінчику хвоста

Видно плямку у kota.

В. Бондаренко

Картки із завданнями:

Прочитай вірш швидко, ніби ти біжиш на фізкультурі.

Прочитай вірш повільно, ніби милуєшся природою.

Прочитай вірш весело, ніби ти з друзями на святі.

Прочитай вірш сумно, ніби тобі шкода, що закінчилось літо.

Прочитай вірш голосно, як справжній актор на сцені.

Прочитай вірш тихенько, ніби розповідаєш секрет.

Прочитай вірш сердито, ніби ти розгніваний лиходій.

Прочитай вірш загадково, ніби ти чарівник.

Оцінювання відбувається відповідно до 3 рівнів: високий, середній, низький.

Високий рівень

Учень читає у природному для сприймання темпі (не надто швидко, не повільно), ритм зберігається; учень не «спотикається» й не затримується. Він чітко передає емоційний настрій вірша (радість, здивування, сум тощо), змінює інтонацію відповідно до змісту; використовує паузи.

Середній рівень.

Темп дитини переважно правильний, але трапляються моменти занадто швидкого чи повільного читання можуть бути дрібні зупинки, деяка нерівність у темпі; іноді збивається на окремих словах. Дитина намагається передати емоції, але робить це частково або одноманітно; паузи не завжди вдалі.

Низький рівень.

Дитина читає занадто повільно або дуже швидко, що заважає розумінню; є тривалі зупинки. повтори складів або слів, іноді голос «стрибає». Учень читає монотонно, без відчуття емоційного забарвлення тексту, інтонація не відповідає змісту.

2.2. Аналіз результатів констатувального етапу дослідження

Констатувальний етап експерименту проводився у вересні 2025 року на базі початкової школи №330 «Русанівка» міста Києва. У дослідженні взяли участь 9 учнів 2-х класів, які мали мовленнєві порушення різного ступеня вираженості: Експериментальна група (ЕГ) включала 5 дітей 2-А класу, а контрольна група (КГ) – 4 учнів 2-Б класу. Такий розподіл зумовлений різною кількістю дітей із підтвердженими мовленнєвими порушеннями у кожному класі.

Дослідження було спрямоване на виявлення рівня сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку (2 клас) з мовленнєвими порушеннями. Основними завданнями констатувального етапу експерименту були:

- Визначення рівня сформованості мовленнєвого дихання за ключовими показниками.
- Аналіз впливу мовленнєвих порушень на дихальні механізми.
- Визначення напрямів подальшої корекційної роботи.

Констатувальний експеримент включав три послідовні етапи. Розглянемо кожен із них детальніше.

1. Організаційний етап

Завдання етапу:

– розробити критерії, показники та рівні сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку на основі вивчених наукових джерел; дібрати, адаптувати або розробити відповідну методику для діагностики стану мовленнєвого дихання.

Методи: аналіз і узагальнення науково-методичної літератури з логопедії, психолінгвістики; відбір методик діагностики для дослідження.

2. Етап дослідження стану мовленнєвого дихання

Завдання етапу:

- зібрати загальну інформацію про учасників експерименту;
- підготувати бланки фіксації результатів;
- провести діагностику мовленнєвого дихання.

Методи: бесіда з педагогами та фахівцями супроводу; проведення діагностичних методик.

3. Етап аналізу отриманих результатів

Завдання етапу:

- здійснити кількісний і якісний аналіз результатів діагностики;
- визначити рівень сформованості мовленнєвого дихання відповідно до розроблених критеріїв;
- виявити типові труднощі та індивідуальні особливості дихального механізму у дітей молодшого шкільного віку.

Методи: кількісний аналіз результатів спостережень (за допомогою бальної системи або шкали рівнів); якісний аналіз дихальних характеристик; узагальнення отриманих даних з метою подальшого формування висновків.

У нашому дослідженні було здійснено кількісно-якісну характеристику груп. Встановлено, що у експериментальній групі 5 осіб мають мовленнєві порушення та 4 особи в контрольній групі. Перший показник, який ми дослідили – тип дихання. Результати дослідження представлені у таблиці 2.1.

Таблиця 2.1.

Тип фізіологічного дихання(констатувальний етап)

Тип дихання	ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%
Діафрагмове	-	-	-	-
Змішане	3	60	2	50
Грудне	2	40	2	50

У результаті дослідження встановлено, що жодна дитина не мала повністю сформованого діафрагмового типу дихання. Це підтверджує наявність загальних труднощів у регуляції дихального процесу в обох групах.

Змішаний тип дихання виявлено у більшості дітей – 60% у експериментальній групі (3 учні) та 50% у контрольній (2 учні). Такий тип характерний для дітей із ЗНМ, які намагаються компенсувати недосконалість дихального механізму за рахунок поєднання грудного та діафрагмового дихання. Проте їхній видих залишається нерівномірним і коротким.

Грудне (поверхневе) дихання спостерігалось у 40% дітей експериментальної групи (2 учні) і 50% контрольної групи (2 учні). Цей тип був характерний переважно для дітей із дизартрією та дислексією, які дихали поверхнево, з частими короткими видихами. Це ускладнює артикуляцію звуків, спричинює переривчастість мовлення та знижує інтонаційну виразність. Результати подані у діаграмі (Рис. 2.1.).

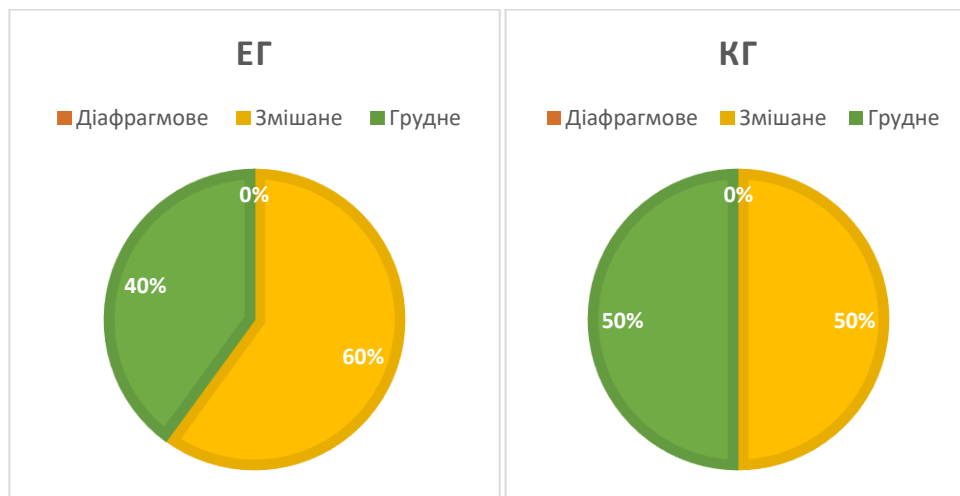


Рис. 2.1. Тип фізіологічного дихання

Отже, ми побачили, що у дітей з мовленнєвими порушеннями значно неефективне фізіологічне дихання – грудне або змішане. Такі діти потребують спеціальних вправ, які допоможуть сформувати правильне мовленнєве дихання. Це важливо для того, щоб дитина могла чітко і плавно говорити, правильно вимовляти звуки та краще контролювати своє мовлення.

Наступним показником мовленнєвого дихання, який ми дослідили, були спрямованість та сила видиху. Це важлива характеристика мовленнєвого дихання, оскільки саме спрямований і достатньо сильний видих дозволяє дитині вимовляти звуки чітко, не стискаючи м'язи обличчя і не перериваючи мовлення. Результати представлені у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2.

**Стан сформованості спрямованості та сили видиху
(констатувальний етап)**

Рівень	ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%
Високий	-	-	-	-
Середній	2	40	1	25
Низький	3	60	3	75

Як бачимо з таблиці 2.2., жодна дитина не продемонструвала високого рівня сформованості цього показника. Діти мали труднощі з керуванням напрямом повітряного струменя та підтриманням його інтенсивності під час мовлення.

Середній рівень спостерігався у 40% дітей експериментальної групи (2 учні) та у 25% контрольної (1 учень). Такі діти могли утримувати повітряний струмінь у заданому напрямку лише на короткий час, зберігаючи помірну силу видиху. Зазвичай це були діти із ЗНМ, які намагалися свідомо контролювати видих, але швидко втомлювалися.

Низький рівень зафіксовано у більшості дітей – 60% в ЕГ (3 учні) та 75% у КГ (3 учні). Діти цієї групи мали слабкий або переривчастий видих, не могли спрямовано дуги на об'єкт, швидко втрачали силу дихання. Це свідчить про потребу у спеціальних вправах, спрямованих на формування цілеспрямованого дихання, зокрема через ігрову діяльність.

Наочно результати представлені на графіку (Рис.2.2.).

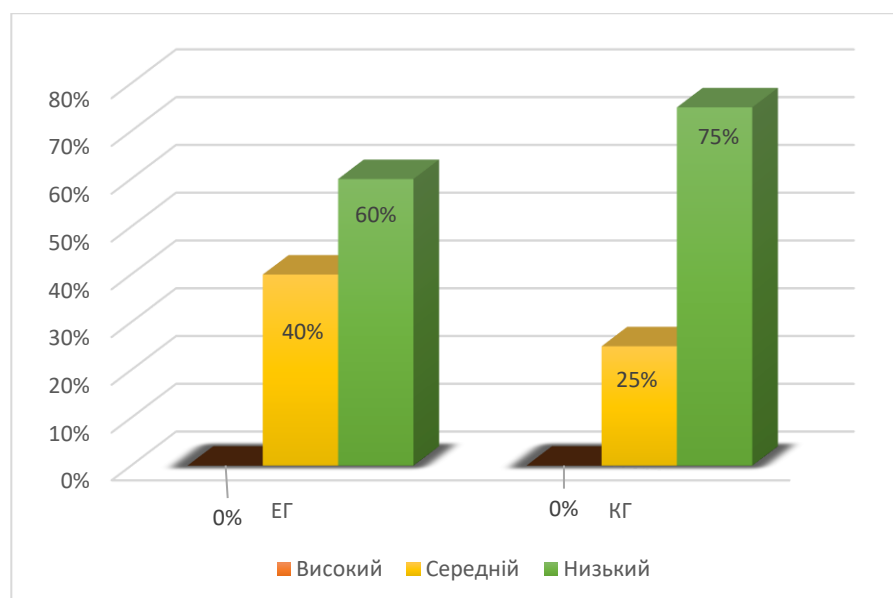


Рис. 2.2. Стан сформованості спрямовності та сили видиху
(констатувальний етап)

Отже, результати підтвердили, що в учнів з мовленнєвими порушеннями має не сформоване вміння керувати своїм видихом під час мовлення. Саме це може ускладнювати правильну вимову звуків і знижувати загальну якість мовлення. Тому спрямованість і сила видиху мають бути важливою складовою роботи з такими дітьми на логопедичних та мовних заняттях.

Наступним показником, який ми досліджували на констатувальному етапі, був рівень розвитку координації дихання з мовленням. Стан показника на констатувальному етапі експерименту представлено у таблиці 2.3.

Таблиця 2.3.

Стан сформованості координації дихання з мовленням

Рівень	ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%
Високий	-	-	-	-
Середній	1	20	1	25
Низький	4	80	3	75

Наочно результати представлені у графіку (Рис.2.3.).

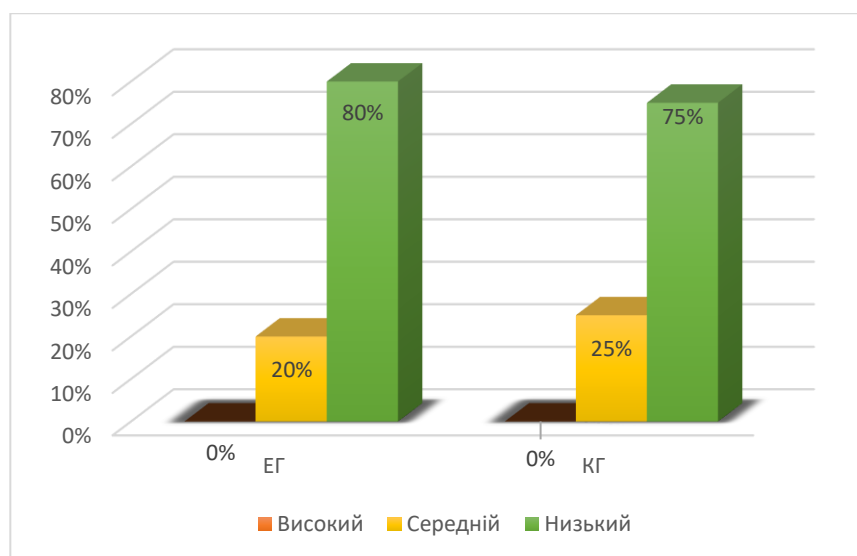


Рис. 2.3. Стан сформованості координації дихання з мовленням
(констатувальний етап)

Аналіз результатів засвідчив відсутність дітей із високим рівнем сформованості координації дихання з мовленням.

Середній рівень показали лише 20% дітей експериментальної групи (1 учень) та 25% контрольної (1 учень). Такі діти могли вимовити короткі речення на одному подиху, але швидко втрачали контроль над диханням, знижуючи гучність або чіткість мовлення.

Низький рівень спостерігався у більшості дітей – 80% в ЕГ (4 учні) та 75% у КГ (3 учні). Ці діти не могли виконати завдання до кінця: Вони часто дихали хаотично, видихали повітря до завершення висловлювання, говорили уривчасто. Такі прояви у переважній більшості демонстрували діти із мовленнєвими порушеннями, у яких недостатньо розвинені регуляційні механізми дихання та координація артикуляційних і голосових рухів. Вони або втрачали контроль над диханням після перших секунд, або взагалі не розуміли, як регулювати повітряний потік.

Окрему увагу на констатувальному етапі дослідження було приділено рівномірності та тривалості повітряного потоку. Саме рівномірний видих дозволяє дитині плавно вимовляти фрази без зривів, зупинок чи

пришвидшення, що особливо важливо для дітей із мовленнєвими порушеннями, а тривалість видиху забезпечує можливість вимовляти фрази повністю, не перериваючись для додаткового вдиху. Результати дослідження представлені у таблиці 2.4.

Таблиця 2.4.

**Стан сформованості тривалості та рівномірності видиху
(констатувальний етап)**

Рівень	ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%
Високий	-	-	-	-
Середній	2	40	1	25
Низький	3	60	3	75

Як бачимо з таблиці 2.4, отримані результати свідчать про відсутність високого рівня тривалості та рівномірності видиху.

Тривалість видиху у дітей середньої групи становила в середньому 4-5 секунд, ривковий видих, який не дозволяв підтримати рівномірність потоку. Повітря часто закінчувалося вже на середині завдання. Такі результати продемонстрували діти із легкою формою ЗНМ. Середній рівень спостерігався у 40% дітей експериментальної групи (2 учні) та 25% контрольної (1 учень).

Низький рівень зафіксовано у більшості дітей – 60% в ЕГ (3 учні) та 75% у КГ (3 учні). У них відзначалося поверхнєве, уривчасте дихання, короткий видих (до 3 секунд), а під час мовлення – часті вдихи в середині слова чи речення. Подібні прояви були характерні для дітей із дизартрією, дислексією та ЗНМ, що пояснюється слабкістю дихальних м'язів і відсутністю координації між фазами вдиху та видиху.

Наочно результати представлені у графіку на рис.2.4.

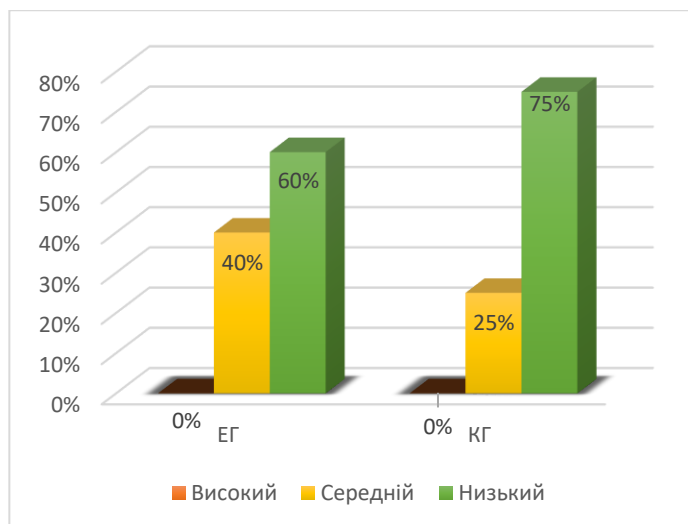


Рис. 2.4. Стан сформованості тривалості і рівномірності видиху

Водночас, ми також дослідили темп та інтонаційну виразність мовлення. Темп являє собою швидкість, з якою дитина вимовляє мовний матеріал. Він є ключовим показником. Занадто швидкий темп може свідчити про нечіткість артикуляції, що ускладнює розуміння. Навпаки, надто повільне мовлення може бути ознакою труднощів у формуванні думок або мовленнєвих порушень. Інтонаційна виразність передбачає використання мелодики голосу, наголос, паузи для передачі змісту й емоцій. Уміння використовувати інтонацію є важливим для ефективного спілкування. Це допомагає дитині встановлювати контакт з однолітками та дорослими, брати участь у діалогах і розповідати історії. Дослідження темпу та інтонації дає повну картину мовленнєвого розвитку дитини. Це дозволяє виявити не лише проблеми, пов'язані з вимовою окремих звуків, а й глибші порушення, які можуть впливати на соціальну адаптацію та успішність у навчанні. Результати дослідження продані у таблиці 2.6.

Таблиця 2.6.

Стан сформованості темпу та інтонаційної виразності

Рівень	ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%
Високий	-	-	-	-
Середній	2	40	1	25
Низький	3	60	3	75

Як бачимо з таблиці, у жодного учасника не сформована координація дихання з мовленням на високому рівні. Середній рівень було продіагностовано у 40% дітей експериментальної групи (2 учні) та 25% контрольної (1 учень). Темп читання здебільшого відповідав нормі, однак траплялися окремі зупинки або «збивання» на словах. У таких дітей ритм був не завжди рівномірним: подекуди вони занадто пришвидшувалися, а іноді – навпаки, уповільнювалися. Щодо інтонаційної виразності – вони намагалися відтворити емоційний настрій тексту, однак це вдавалося лише частково: читання було менш гнучким, а інтонація часто залишалася одноманітною. Використання пауз відзначалося, але не завжди було доречним, що знижувало якість загального звучання. Низький рівень продемонстрували 60% дітей ЕГ (3 учні) та 75% КГ (3 учні). Основними труднощами були занадто повільний або, навпаки, надмірно швидкий темп, що унеможливлювало повне розуміння змісту вірша. Часто виникали тривалі зупинки, повтори складів або слів. Голос звучав нерівномірно: то занадто тихо, то різко гучніше, що створювало враження «стрибків». Інтонаційна виразність практично була відсутня – діти читали монотонно, без відчуття емоційного забарвлення, не відтворюючи змістові акценти. Це свідчить про недостатній розвиток не лише техніки читання, а й дихально-інтонаційної координації. Наочно результати представлені у графіку на рис.2.5.

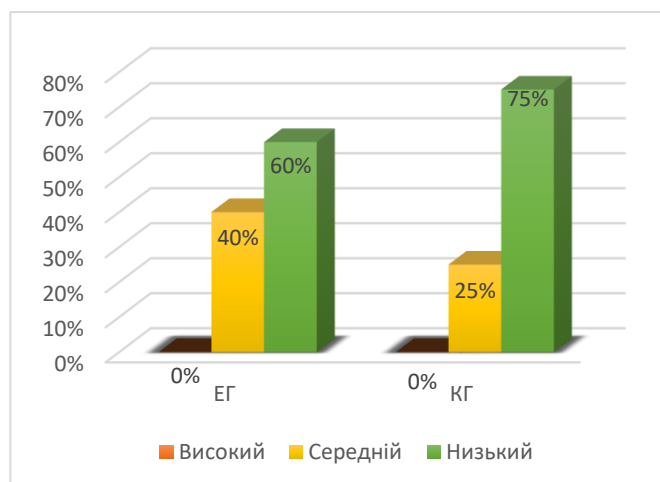


Рис. 2.4. Стан сформованості темпу та інтонаційної виразності

Щоб визначити загальний рівень сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку, було обчислено середнє арифметичне кількості учнів, які належали до кожного рівня у чотирьох попередніх показниках (тривалість і рівномірність видиху, спрямованість і сила видиху, координація дихання з мовленням, інтонаційна виразність). Отримані дані було округлено до цілого числа. Відсотки розраховано відповідно до кількості дітей у кожній групі. Результати представлені у таблиці 2.5.

Таблиця 2.5.

Стан сформованості мовленнєвого дихання (констатувальний етап)

Рівень	ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%
Високий	--	-	-	-
Середній	2	40	1	25
Низький	3	60	3	75

Отримані результати узагальнення свідчать, що жодна дитина не мала високого рівня сформованості мовленнєвого дихання, що вказує на наявність загальних труднощів у регуляції дихального процесу під час мовлення.

Середній рівень спостерігався у 40% дітей експериментальної групи (2 учні) та у 25% контрольної (1 учень) Це вказує на те, що майже половина учнів мають частково сформовані дихальні навички, але потребують подальшої корекції та розвитку.

Низький рівень було зафіксовано у більшості учасників – 60% в ЕГ (3 учні) та 75% у КГ (3 учні). Для цих дітей характерне поверхнєве, нерівномірне дихання, короткий видих, слабка координація дихальних і мовленнєвих рухів. Наочно результати представлені у графіку на рис.2.6.

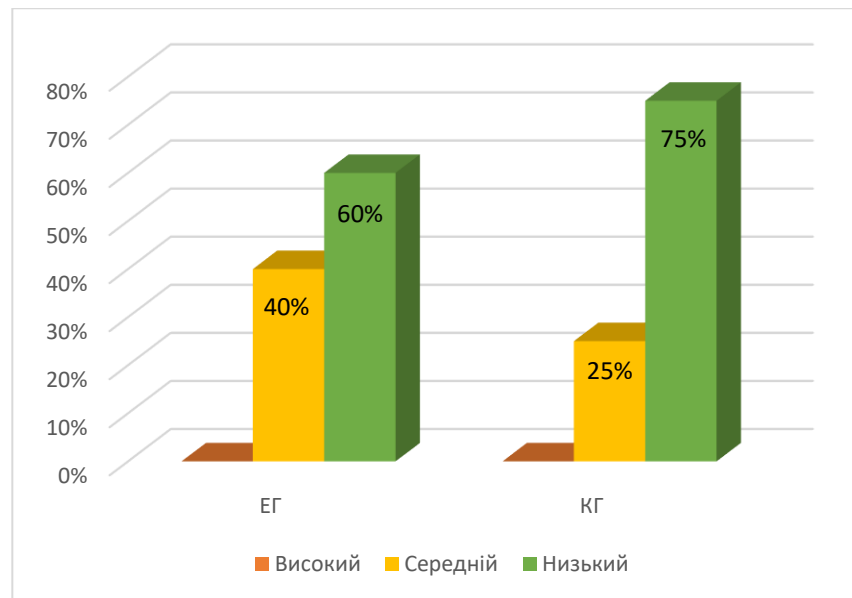


Рис. 2.6. Стан сформованості мовленнєвого дихання

Проведене дослідження дало змогу виявити рівень сформованості мовленнєвого дихання в молодших школярів та з'ясувати, які саме труднощі виникають у дітей із порушеннями мовлення. Аналіз результатів показав, що більшість учнів молодших класів ще не повністю оволоділи правильними навичками мовленнєвого дихання. Це проявляється у неправильному типі дихання (наприклад, грудному або змішаному замість діафрагмального), слабкому або короткому видиху, а також у нездатності контролювати силу й тривалість повітряного струменя під час мовлення.

Особливо помітні ці труднощі у дітей з порушеннями мовлення. У таких учнів мовленнєве дихання є менш сформованим: вони часто швидко втомлюються під час говоріння, говорять уривчасто, з порушенням ритму та інтонації, що безпосередньо впливає на якість їх мовлення загалом.

Отже, результати констатувального етапу підтверджують, що проблема розвитку мовленнєвого дихання в молодшому шкільному віці є актуальною і потребує уваги з боку вчителів та логопедів. Для покращення ситуації необхідно впроваджувати спеціальні вправи та методики, спрямовані на тренування дихання під час мовлення. Це дозволить не лише покращити вимову, а й зробити мовлення більш плавним, виразним і зрозумілим. Надалі

планується застосування корекційно-розвивальної програми, яка буде спрямована саме на формування навичок правильного мовленнєвого дихання у молодших школярів.

Висновки до другого розділу

Відповідно до завдань нашого дослідження, нами було проаналізовано методи дослідження рівня розвитку мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку. У своєму дослідженні ми зосередили увагу саме не тестових методах, які передбачають використання вправ. Під час аналізу наукових джерел та логопедичної практики було виділено п'ять основних компонентів мовленнєвого дихання, які стали основою для діагностики у нашому дослідженні: тип дихання, спрямованість і сила видиху, контроль дихання, рівномірність повітряного потоку та тривалість видиху. До кожного компоненту було підібрано методику діагностування, визначено критерії та рівні сформованості всіх показників.

Констатувальний етап експерименту проводився у вересні 2025 року на базі початкової школи №330 «Русанівка» міста Києва. У дослідженні взяли участь 9 учнів 2-х класів, які мали мовленнєві порушення різного ступеня вираженості. Експериментальна група (ЕГ) включала 5 дітей 2-А класу, а контрольна група (КГ) – 4 учнів 2-Б класу.

Дослідження було спрямоване на виявлення рівня сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку (2 клас), зокрема тих, які мають особливості розвитку мовлення. Основними завданнями констатувального етапу експерименту були: визначення рівня сформованості мовленнєвого дихання за ключовими показниками; аналіз впливу мовленнєвих порушень на дихальні механізми; визначення напрямів подальшої корекційної роботи.

Констатувальний експеримент включав три послідовні етапи: організаційний етап, етап дослідження стану мовленнєвого дихання, етап аналізу отриманих результатів.

У результаті дослідження було продіагностовано стан сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку на констатувальному етапі експерименту.

Отримані результати узагальнення свідчать, що жодна дитина не мала високого рівня сформованості мовленнєвого дихання, що вказує на наявність загальних труднощів у регуляції дихального процесу під час мовлення.

Середній рівень спостерігався у 40% дітей експериментальної групи (2 учні) та у 25% контрольної (1 учень). Це вказує на те, що майже половина учнів мають частково сформовані дихальні навички, але потребують подальшої корекції та розвитку.

Низький рівень було зафіксовано у більшості учасників – 60% в ЕГ (3 учні) та 75% у КГ (3 учні). Для цих дітей характерне поверхнєве, нерівномірне дихання, короткий видих, слабка координація дихальних і мовленнєвих рухів.

Проведене дослідження дало змогу виявити рівень сформованості мовленнєвого дихання в молодших школярів та з'ясувати, які саме труднощі виникають у дітей із порушеннями мовлення. Аналіз результатів показав, що більшість учнів молодших класів ще не повністю оволоділи правильними навичками мовленнєвого дихання. Це проявляється у неправильному типі дихання (наприклад, грудному або змішаному замість діафрагмального), слабкому або короткому видиху, а також у нездатності контролювати силу й тривалість повітряного струменя під час мовлення. В учнів з мовленнєвими порушеннями мовленнєве дихання є менш сформованим: вони часто швидко втомлюються під час говоріння, говорять уривчасто, з порушенням ритму та інтонації, що безпосередньо впливає на якість їх мовлення загалом.

Отже, результати констатувального етапу підтверджують, що проблема розвитку мовленнєвого дихання в молодшому шкільному віці є актуальною. Для покращення ситуації необхідно впроваджувати спеціальні вправи та методики, спрямовані на тренування дихання під час мовлення. Це дозволить не лише покращити вимову, а й зробити мовлення більш плавним, виразним і

зрозумілим. Надалі планується застосування корекційно-розвивальної методики, яка буде спрямована саме на формування навичок правильного мовленнєвого дихання у молодших школярів.

РОЗДІЛ 3.

ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНЕ ФОРМУВАННЯ МОВЛЕННЄВОГО ДИХАННЯ У ДІТЕЙ МОЛОДШОГО ШКІЛЬНОГО ВІКУ З МОВЛЕННЄВИМИ ПОРУШЕННЯМИ ЗАСОБАМИ ЕРГОТЕРАПІЇ

3.1. Опис експериментальної методики формувального етапу дослідження

На констатувальному етапі дослідження ми з'ясували, що більшість дітей молодшого шкільного віку мають труднощі з мовленнєвим диханням, особливо ті, хто має мовленнєві порушення. Це підтвердило необхідність розробки спеціальної методики, яка допоможе сформувати правильні дихальні навички. Саме тому ми розвивали мовленнєве дихання на основі ерготерапії.

Формувальний етап експерименту проходив протягом трьох тижнів протягом вересня 2025 року. Формувальний етап дослідження полягав у розробленні та впровадженні комплексу корекційно-розвивальних занять ерготерапевтичного спрямування, орієнтованих на розвиток мовленнєвого дихання дітей молодшого шкільного віку.

Заняття були побудовані на засадах інтегративного підходу, що поєднує дихальні, рухові, сенсорні, соціальні та творчі види активності. Кожне заняття мало чітку структурну організацію, у межах якої реалізовувалися вісім взаємопов'язаних компонентів, що забезпечують гармонійний розвиток дихальної, мовленнєвої, емоційної та соціальної сфер дитини.

1. Дихальна гімнастика. Центральним елементом кожного заняття є розвиток дихальної координації, сили, тривалості та спрямованості видиху. Дихальні вправи поєднувалися з природними рухами тіла, що сприяло узгодженню мовлення з дихальним ритмом. У роботі застосовувалися вправи типу «Охолоди суп», «Надуй кульку», «Задуй свічки», «Водоспад мікробів», «Вітер-шифрувальник» тощо. Такі завдання формували контрольований повітряний струмінь, необхідний для правильної артикуляції.

2. Фізична активність. До структури занять входили елементи фізкультхвилинок, руханок і пальчикових ігор, спрямованих на активізацію загальної та дрібної моторики. Фізична активність поєднувалася з дихальними вправами, що підсилювало ефект узгодження дихання, голосу та рухів. Це забезпечувало природне включення моторного компонента у процес мовленнєвої діяльності (наприклад, руханки «Кухарські рухи», «Азбука пішохода», «Супергерой чистоти»).

3. Ситуаційні ігри. Ігрові завдання базувалися на побутових, пізнавальних і соціальних ситуаціях («На кухні», «День народження», «Покупки», «Осіння подорож», «На дорозі»). Через сюжетну гру діти тренували мовленнєве дихання у природному контексті спілкування. Ігри сприяли розвитку спонтанного мовлення, комунікативної ініціативи й узгодженню дихальних актів із мовленнєвою інтонацією.

4. Сенсорна стимуляція. Кожне заняття передбачало залучення різних сенсорних каналів: зорового, слухового, тактильного та нюхового. Діти торкалися фактурних предметів (продукти, листя, рушники, іграшки), слухали звуки природи, дотикалися до теплих або прохолодних матеріалів. Така мультисенсорна взаємодія підвищувала рівень залучення, активізувала пізнавальні процеси та полегшувала формування дихально-мовленнєвих зв'язків.

5. Інтеграція середовища. Ерготерапевтичне середовище було організоване відповідно до потреб заняття: використано спеціальні меблі, дзеркала для візуального контролю артикуляції, просторові макети (кухня, побутові прилади, вулиця, лабіринт, святкова зала). Просторова організація сприяла включенню дітей у діяльність, підвищувала мотивацію та забезпечувала комфортність перебігу заняття.

6. Вправи на емоційне благополуччя. З метою формування позитивного емоційного стану використовувалися дихально-релаксаційні техніки («Святковий вдих», «Чисте повітря», «Осіннє розслаблення», «Тихе перехрестя»). Діти вчилися усвідомлено дихати, регулювати напруження,

концентрувати увагу та знімати стрес. Такі вправи виконувалися як на початку, так і в кінці заняття для стабілізації психоемоційного стану.

7. Соціальна участь. Усі заняття передбачали колективні або парні форми роботи, розподіл ролей (кухар, інспектор, гість, пішохід), спільне виконання вправ, колективні ігри та діалоги. Це сприяло розвитку комунікативної компетентності, підвищенню самооцінки, почуття успіху та соціальної включеності дітей.

8. Арт-терапія. Завершальний етап кожного заняття мав арт-терапевтичний характер – діти малювали, ліпили, створювали аплікації чи тематичні вироби. Творчі завдання допомагали емоційно закріпити успіх, відобразити позитивні переживання та зробити результат діяльності видимим.

У межах кожного заняття (плани-конспекти занять подано у додатку В.) поступово розвивалися різні компоненти мовленнєвого дихання. Для цього добиралися вправи, які реалізовували зміст кожного структурного елемента заняття та сприяли формуванню тривалості, рівномірності, сили, спрямованості й інтонаційної виразності видиху. Нижче подано приклади вправ, що використовувалися для розвитку відповідних компонентів.

Формування тривалості та рівномірності видиху. Підібрані вправи допомагають дитині навчитися контролювати потік повітря, що є основою для плавного, зв'язного мовлення. Рівномірний видих запобігає «ковтанню» слів, прискоренню або уповільненню темпу, а також допомагає вимовити довгі фрази на одному диханні.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Охолоди суп» полягав у розвитку пропріоцепцію (відчуття положення тіла в просторі), оскільки дитина відчуває рух діафрагми та потік повітря. Довгий видих заспокоює нервову систему.

Мета: Розвиток тривалого, рівномірного та плавного видиху. Ця вправа є чудовою для зміцнення м'язів діафрагми та міжреберних м'язів, які відповідають за дихання.

Завдання: Видувати повітря безперервно протягом 5-7 секунд, не перериваючи потік. Це вчить дітей усвідомлювати своє дихання і керувати ним.

Хід вправи: Дитина робить глибокий вдих через ніс, щоб наповнити легені повітрям, а потім повільно та рівномірно видихає через рот, наче охолоджує гарячий суп. Важливо акцентувати увагу на тому, що повітря має виходити плавно, як легкий вітерець.

Ускладнення: Запропонувати дитині виконувати вправу, поклавши руку на живіт, щоб відчувати рух діафрагми, або дути на пір'їнку, щоб вона якомога довше трималася в повітрі.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Перевези яблука на човнику» полягав у покращенні візуально-моторної координації (поєднання зору та руху), оскільки дитині потрібно контролювати, куди вона дмухає, щоб човник рухався по заданій траєкторії.

Мета: Тренування тривалого видиху. Вправа розвиває не лише тривалість, а й спрямованість повітряного струменя, що критично важливо для вимови звуків.

Завдання: За допомогою видиху пересунути паперовий човник від одного кінця столу до іншого, зберігаючи рівномірний потік.

Хід вправи: Дитина робить глибокий вдих і, немов вітер, плавно та довго дує на човник. Важливо, щоб видих був направлений точно на об'єкт, а не вбік.

Ускладнення: Збільшити дистанцію, створити «водну» доріжку з мотузок або додати «перешкоди» (наприклад, соломинки), які човник має оминати.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Надуй кульку» полягав у розвитку контролю дихання та діафрагмальне дихання, а також заспокоєнні нервової системи через повільний видих.

Мета: Розвиток тривалого та рівномірного видиху.

Завдання: Навчитися видихати повітря плавно, без переривань.

Обладнання: Пластикові стаканчики, соломинки.

Хід вправи: Дитина робить глибокий вдих через ніс, а потім повільно і довго дмухає в соломинку, уявляючи, що надуває кульку. Важливо, щоб видих був рівномірним, без ривків.

Ускладнення: Збільшити час видиху до 10-15 секунд або використати тонку соломинку, що вимагає більшого контролю над потоком повітря.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Сerpантиновий дощ» полягав у покращенні візуально-моторної координації та пропріоцепції, оскільки дитина відчуває потік повітря і бачить результат своєї дії.

Мета: Тренування тривалого та рівномірного видиху.

Завдання: За допомогою повільного видиху змусити смужки паперу «літати».

Обладнання: Смужки серпантину або тонкого паперу.

Хід вправи: Дитина бере в руку кілька смужок паперу і повільно, довго дує на них. Мета – змусити серпантин коливатися в повітрі якомога довше.

Ускладнення: Збільшити кількість смужок, що вимагає сильнішого видиху, або дути на смужку так, щоб вона коливалася рівномірно.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Динамічна розминка: Шум осіннього дощу» полягав у розвитку координації рухів та слухового сприйняття, а також допомагав дитині усвідомити зв'язок між силою видиху і звуком.

Мета: Розвиток контролю дихання, темпу та рівномірності видиху через імітацію звуків.

Завдання: Навчитися поступово збільшувати силу видиху.

Хід вправи: Діти відтворюють «шум осіннього дощу» у три етапи:

Потирають долоні (дрібний дощ).

Поплескують пальцями по долонях (сильніший дощ).

Б'ють долонями по колінах (злива).

Кожен етап супроводжується поступовим посиленням видиху.

Ускладнення: Запропонувати відтворити «дощ», використовуючи лише дихання (наприклад, переходячи від тихого «ш-ш-ш» до голосного).

Формування спрямованості та сили видиху. Ці вправи навчають дитину робити не лише довгі, а й короткі, сильні видихи. Це потрібно для вимови вибухових приголосних звуків (наприклад, [п], [т], [к]), а також для наголосів та емоційної виразності мовлення.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Задуй свічки на фруктовому торті» полягав у розвитку орально-моторного контролю та пропріоцептивного відчуття у ротовій порожнині, що є фундаментом для правильної артикуляції.

Мета: Розвиток короткого, сильного та цілеспрямованого видиху. Вправа активує м'язи губ та щік.

Завдання: Навчитися робити короткі, інтенсивні видихи, щоб збити «свічки».

Хід вправи: Дитина робить кілька коротких та різких видихів, наче задуває свічки на святковому торті. Кожен видих має бути окремим, спрямованим у певну точку.

Ускладнення: Запропонувати «задути» свічки певного кольору або в певній послідовності, що додає елемент когнітивного контролю.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Футбол здорових яблук» полягав у покращенні візуальної та моторної координації, а також тренував оральний праксис (здатність планувати та виконувати рухи м'язів обличчя).

Мета: Розвиток сили та спрямованості видиху через соломинку. Використання соломинки допомагає фокусувати повітряний потік.

Завдання: Забити помпон-«яблуко» у «кошик», дмухаючи на нього через соломинку.

Хід вправи: Дитина робить глибокий вдих і дмухає через соломинку на помпон. Вона має відчувати, як потік повітря спрямовується і штовхає об'єкт.

Ускладнення: Збільшити відстань до «кошика» або використовувати помпони різної ваги, щоб дитина вчилася регулювати силу видиху.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Перекоти подарунок» полягав у розвитку дрібної моторики, візуально-моторної координації та навчав плануванню дії, що є частиною орального праксису.

Мета: Розвиток сили та спрямованості видиху через трубочку.

Завдання: За допомогою соломинки перекотити легкий м'ячик або ватну кульку до «зони сюрпризів».

Обладнання: Легкий м'ячик або ватна кулька, соломинка.

Хід вправи: Дитина робить глибокий вдих і дмухає через соломинку на м'ячик, щоб він котився по заданій траєкторії.

Ускладнення: Створити маршрут із перешкодами (наприклад, збудувати тунель із конструктора), який потрібно пройти, не збиваючи його.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Лабіринт із підказками» полягав у розвитку візуально-моторної координації та логічного мислення, оскільки дитина має поєднувати рух, слухання та аналіз.

Мета: Розвиток спрямованого та контрольованого видиху.

Завдання: За допомогою дмухання пересувати паперовий листочок по лабіринту, відгадуючи загадки.

Обладнання: Ватман з намальованим лабіринтом, паперовий листочок, трубочки для коктейлів.

Хід вправи: Діти дмухають на листочок через трубочку, рухаючи його по лабіринту. Щоб обрати правильний шлях на розвилці, вони повинні відгадати загадку.

Ускладнення: Використовувати листочки різної ваги або зробити лабіринт складнішим.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Скарби осені» полягав у поєднанні моторного планування з артикуляцією та розвитку взаємозв'язку між диханням та звуком.

Мета: Розвиток сили та орально-моторної координації.

Завдання: «Зібрати» іграшковий урожай, вимовляючи звуки на видиху.

Обладнання: Іграшкові овочі, фрукти та гриби.

Хід вправи: Діти роблять видих, що імітує звук урожаю (наприклад, «ф-ф-ф» для фруктів), щоб «покласти» предмет у кошик.

Ускладнення: Запропонувати дітям видавати звуки, характерні для кожного овоча чи фрукта, наприклад, «хр-р-р» для моркви.

Формування темпу та інтонаційної виразності. Ці вправи є ключовими для соціальної комунікації, оскільки допомагають дітям виражати емоції та розуміти їх. Інтонація та темп роблять мовлення живим і зрозумілим.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Голосовий світлофор» полягав у розвитку когнітивної гнучкості та емоційної регуляції, оскільки дитина має співвідносити колір із певною поведінкою та інтонацією.

Мета: Розвиток гнучкості мовлення, здатності змінювати темп та інтонацію.

Завдання: Вимовляти слова з різною швидкістю, що відповідає сигналам світлофора.

Хід вправи:

«Зелене світло»: читати швидко, радісно («каша, салат, риба!»).

«Жовте світло»: читати помірно, спокійно («мо-ло-ко, си-і-і-р»).

«Червоне світло»: читати повільно, задумливо, з паузами («буряк...гарбуз...»).

Ускладнення: Додати інтонації здивування, суму або захоплення.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Привітай друга» полягав у розвитку емоційної регуляції та соціальні навички, оскільки дитина вчиться передавати різні емоційні стани через мовлення.

Мета: Розвиток інтонаційної виразності, обсягу голосу та емоційної регуляції.

Завдання: Придумати коротке привітання й вимовити його голосно, тихо, радісно.

Хід вправи: Дитина придумає просте привітання («З Днем народження!») і промовляє його з різною інтонацією та гучністю. і з різною інтонацією:

Радісно: «З Днем народження!» (Високий, дзвінкий голос).

Таємниче: «З Днем народження...» (Тихий, повільний голос).

Здивовано: «З Днем народження?!» (Високий тон, питання).

Ускладнення: Вимовити привітання, імітуючи голос робота або улюбленого героя.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Дощова мелодія» полягав у розвитку емоційної регуляції та когнітивної гнучкості, оскільки дитина має швидко переключатися між різними емоційними станами.

Мета: Розвиток інтонаційної виразності та зв'язку між емоціями та голосом.

Завдання: Промовляти слова, що стосуються дощу, з різною інтонацією, що відповідає його «настрою».

Обладнання: Картки-«хмарки» зі словами («шумить», «капає», «співає», «холодно»).

Хід вправи: Коли дитина «пересуває» кульку до слова, вона промовляє його з певною інтонацією:

«шумить» – *голосно і швидко.*

«капає» – *повільно і сумно.*

«співає» – *мелодійно і весело.*

Ускладнення: Придумати інші слова та емоції для «дощу» (наприклад, здивовано, радісно).

Формування координації дихання з мовленням. Ця група вправ є вершиною тренування, оскільки об'єднує всі попередні навички. Вона вчить дитину робити своє мовлення плавним і безперервним, без зайвих пауз та «ковтання» слів.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Смачний ланцюжок» полягав у моторному плануванні мовленнєвого акту. Дитині потрібно заздалегідь «запланувати» потік слів, які вона вимовить.

Мета: Розвиток мовленнєвого дихання та плавного мовлення, збільшення обсягу легень.

Завдання: Назвати якомога більше здорових продуктів на одному видиху.

Хід вправи: Дитина робить глибокий вдих і починає перераховувати продукти, намагаючись не робити паузи для вдиху, поки не закінчиться повітря.

Ускладнення: Називати продукти в певному порядку (наприклад, за алфавітом) або збільшити кількість слів.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Корисні продукти на видиху» полягав у допомозі дитині свідомо контролювати потік повітря та кількість слів, які вона може вимовити за один раз. Вона вчиться раціонально використовувати повітря.

Мета: Зміцнення мовленнєвого дихання та вміння контролювати видих.

Завдання: Назвати по 3 приклади корисних і шкідливих продуктів на одному подиху.

Хід вправи: Дитина робить глибокий вдих і вимовляє три назви, наприклад, «яблуко, морква, риба», на одному видиху. Потім те саме для шкідливих продуктів.

Ускладнення: Попросити дитину назвати «шкідливі» продукти, вимовляючи їх з певним «неприємним» звуком, наприклад, «ф-ф-ф-фу».

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Смачний торт» полягав у моторному плануванні мовленнєвого акту, де дитина заздалегідь «планує» потік слів на одному диханні.

Мета: Розвиток мовленнєвого дихання, збільшення об'єму легень, формування плавного мовлення.

Завдання: На одному подиху перерахувати шари вигаданого торта.

Обладнання: Не потрібне.

Хід вправи: Дитина робить глибокий вдих і починає перераховувати інгредієнти, намагаючись не робити паузи: «корж, крем, ягоди, шоколад...».

Ускладнення: Збільшити кількість шарів або попросити дитину назвати їх у зворотному порядку.

Ерготерапевтичний аспект у вправі Скоромовка «День народження у джунглях» полягав у розвитку координації дихання та артикуляції, а також допомагав дитині свідомо контролювати швидкість мовлення та емоційне забарвлення.

Мета: Відпрацювання чіткої вимови, інтонації та темпу мовлення.

Завдання: Прочитати скоромовку, змінюючи інтонацію.

Обладнання: Текст скоромовки.

Хід вправи: Дитина читає скоромовку, імітуючи різні емоції:

«Радісно»: «День народження у джунглях...» (веселий, дзвінкий голос).

«Здивовано»: «День народження у джунглях?!» (здивована, питання).

«Урочисто»: «День народження у джунглях» (поважний голос).

Ускладнення: Прочитати скоромовку пошепки, але так, щоб її можна було зрозуміти, що вимагає інтенсивного, але тихого видиху.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Вітер-шифрувальник» полягав у розвитку слухової увагу та моторного планування мовлення, що допомагало дитині навчитися ефективно використовувати повітря для вимови слів.

Мета: Розвиток свідомого контролю над диханням під час мовлення.

Завдання: «Прошепотіти» лише потрібні слова, використовуючи певний видих.

Обладнання: Картки з осінніми символами (листя, гриб, парасолька, хмарка).

Хід вправи: Вихователь читає фразу, а діти повинні «прошепотіти» лише ті слова, що стосуються осені, видихаючи з певним звуком (с-с-с або ш-ш-ш).

Ускладнення: Запропонувати «шифрувати» цілі речення або збільшити швидкість.

Ерготерапевтичний аспект у вправі «Літаючий пазл» (Пазл «Осіннє дерево») полягав у поєднанні дрібної моторики (складання пазла) з артикуляцією, що є комплексним підходом до розвитку мовленнєвих навичок.

Мета: Розвиток координації дихання з артикуляцією.

Завдання: Промовляти назви осіннього листя на видиху, збираючи пазл.

Обладнання: Пазл «Осіннє дерево», справжнє осіннє листя.

Хід вправи: Діти з'єднують деталі пазла. Кожен раз, кладучи листочок, дитина має промовити його назву, роблячи акцент на першому звуку. Це допомагає синхронізувати дихання та мовлення.

Ускладнення: Запропонувати назвати листя, що починається на певний звук.

3.2. Аналіз результатів формувального етапу дослідження та ефективності розробленої методики

Після проведення формувального етапу експерименту, який проводився на базі початкової школи №330 «Русанівка» протягом з 03.09 по 24.09.2025 року, ми перейшли до контрольного етапу експерименту, а саме до перевірки результатів.

Повторна діагностика стану мовленнєвого дихання була проведена за аналогічними вправами, що і на констатувальному етапі експерименту.

Порівнявши отримані результати на контрольному етапі експерименту із результатами констатувального етапу ми отримали наступні результати.

Результати контрольного етапу дослідження фізіологічного дихання подані у таблиці 3.1.

Таблиця 3.1

Тип фізіологічного дихання

Рівень сформованості	Констатувальний етап				Контрольний етап			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Діафрагмове	-	-	-	-	-	-	-	-
Змішане	3	60	2	50	3	60	2	50
Грудне	2	40	2	50	2	40	2	50

Аналіз результатів повторного обстеження показав, що після проведення формувального етапу експерименту суттєвих кількісних змін у структурі типів дихання не відбулося. У жодної дитини як експериментальної, так і контрольної групи не сформувався повністю діафрагмовий тип дихання,

Разом із тим, якісний аналіз виконання дихальних вправ засвідчив певну позитивну динаміку в експериментальній групі. Діти демонстрували

більш усвідомлене керування диханням, глибші вдихи та повільніші, рівномірніші видихи під час мовленнєвих завдань.

Змішаний тип дихання залишився домінуючим у двох групах (60% у ЕГ і 50% у КГ). Цей результат вказує на часткове вдосконалення дихальної координації у дітей експериментальної групи, що проявлялося у стабільнішому повітряному потоці та кращому узгодженні фаз вдиху і видиху.

Грудне дихання зберіглося у 40% дітей експериментальної групи та 50% контрольної. Для цих дітей і надалі характерним залишалося поверхнєве, коротке дихання, яке не забезпечувало достатнього видиху для зв'язного мовлення.

Отже, можна зробити висновок, що кількісні показники типів дихання не зазнали суттєвих змін, однак у дітей експериментальної групи відзначено якісне покращення дихальної координації: вони виконували вправи впевненіше, триваліше утримували видих і частіше використовували змішане дихання замість поверхневого грудного. Це свідчить про початок формування дихальної витривалості та усвідомленого контролю дихання під час мовлення.

Результати можна розглянути на рис. 3.1.

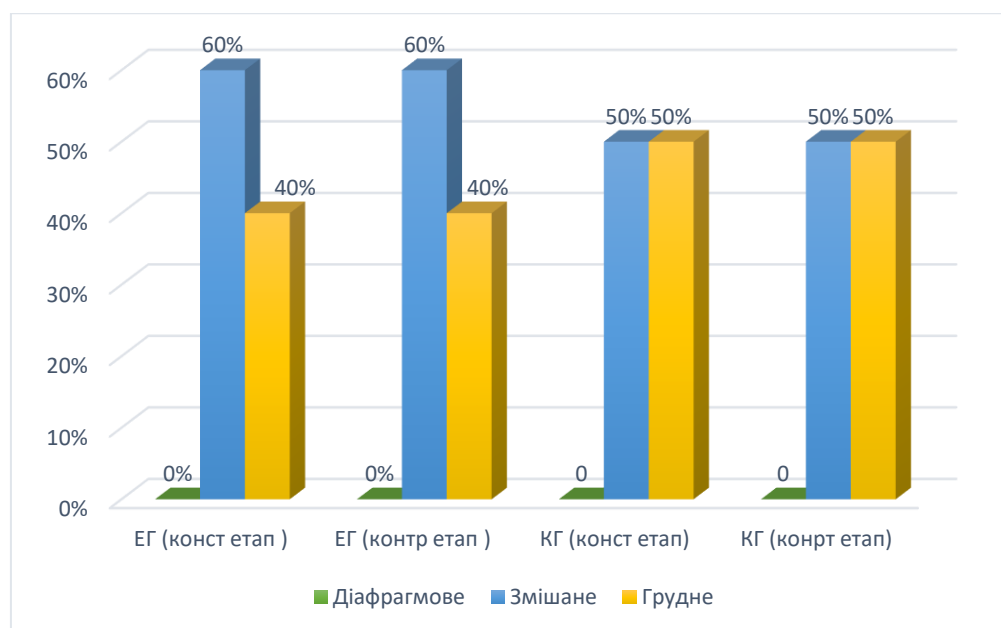


Рис.3.1. Тип фізіологічного дихання в динаміці

Ще одним показником, який ми дослідили, була сила й спрямованість видиху. Цей показник відіграє ключову роль у мовленнєвому процесі, адже від нього залежить чіткість звуків і безперервність мовлення без додаткового м'язового напруження.

Результати представлені у таблиці 3.2.

Таблиця 3.2.

Динаміка сформованості спрямованості та сили видиху

Рівень сформованості	Констатувальний етап				Контрольний етап			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Високий	-	-	-	-	1	20		
Середній	2	40	1	25	2	40	1	25
Низький	3	60	3	75	2	40	3	75

Аналіз результатів повторної діагностики показав помірну позитивну динаміку у дітей експериментальної групи після проведення комплексу занять.

У 1 дитини (20%) з'явилися ознаки високого рівня сформованості тривалості та рівномірності видиху. Це означає, що дитина навчилася робити більш довгий і плавний видих, утримуючи повітря під час мовлення.

Середній рівень залишився без змін (40% в ЕГ і 25% у КГ). Це показує, що частина дітей уже має певні навички, але потребує більше часу для їх закріплення.

Кількість дітей із низьким рівнем у експериментальній групі зменшилася з 60% до 40%. Вони стали краще контролювати подих, зменшилася кількість коротких і різких вдихів.

У контрольній групі зміни не спостерігалися: більшість дітей (75%) і далі мають низький рівень сформованості видиху.

Результати можна розглянути на рис. 3.2.

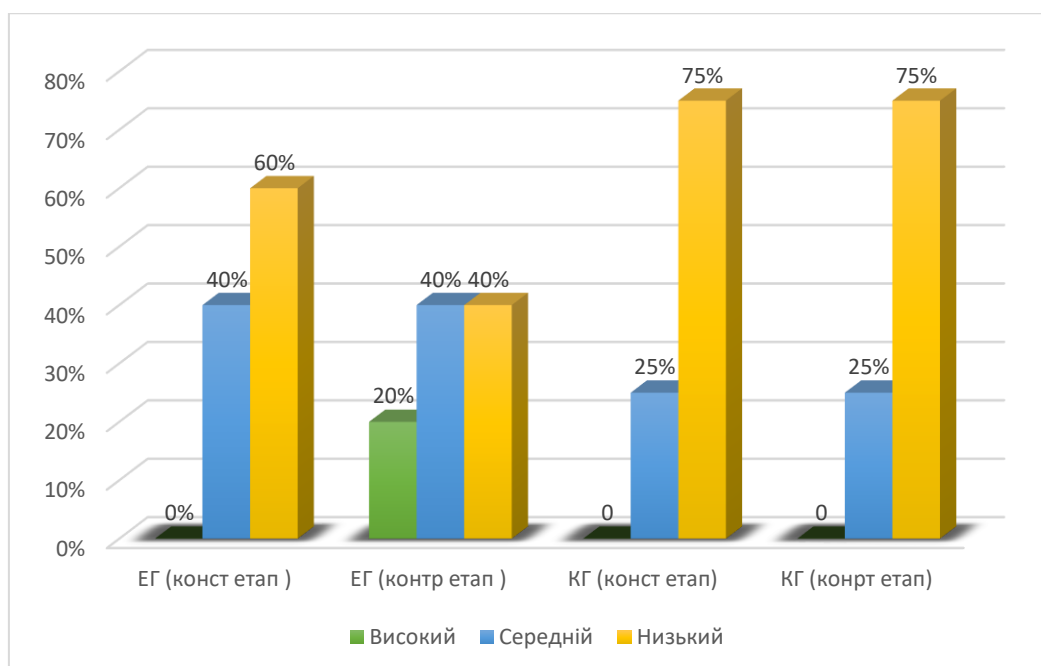


Рис. 3.2. Динаміка сформованості спрямованості та сили видиху

Наступним показником, який ми дослідили, був рівень розвитку координації дихання з мовленням. Динаміку розвитку представлено у таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

Динаміка сформованості координації дихання з мовленням

Рівень сформованості	Констатувальний етап				Контрольний етап			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Високий								
Середній	1	20	1	25	2	40	1	25
Низький	4	80	3	75	3	60	3	75

Порівняння результатів констатувального та контрольного етапів показало, що у дітей експериментальної групи відбулися позитивні зміни після проведення занять. Як і на початку дослідження, високого рівня сформованості координації дихання з мовленням не виявлено, що цілком очікувано, зважаючи на коротку тривалість формувального етапу.

Кількість дітей із середнім рівнем зросла з 20% до 40%. Це свідчить про те, що діти краще почали узгоджувати дихання зі словами під час мовлення – роблять менше пауз, дихають більш ритмічно та впевнено.

Низький рівень у дітей експериментальної групи зменшився з 80% до 60%. Тобто частина дітей почала свідомо стежити за диханням, намагаючись говорити плавніше й довше на одному видиху.

У контрольній групі показники залишилися без змін: більшість дітей (75%) і надалі мають труднощі з координацією дихання під час мовлення.

Результати можна розглянути на рис. 3.3.

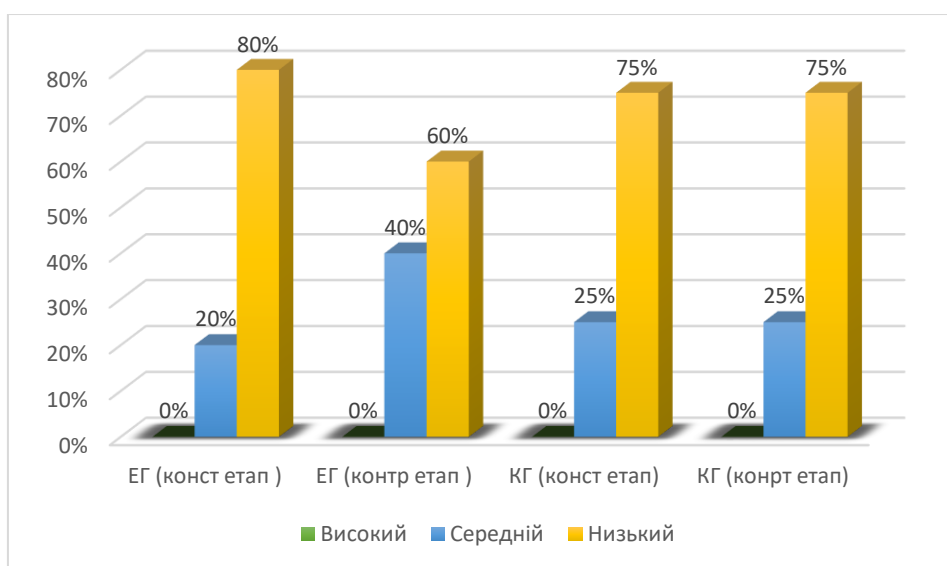


Рис. 3.3. Динаміка сформованості координації дихання з мовленням

Важливим показником мовленнєвого дихання виступає тривалість та рівномірність видиху, адже саме вони забезпечують плавність мовлення. Динаміка змін за цим критерієм відображена у таблиці 3.4.

Таблиця 3.4.

Динаміка сформованості тривалості та рівномірності видиху

Рівень сформованості	Констатувальний етап				Контрольний етап			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Високий	-	-	-	-	1	20		
Середній	2	40	1	25	2	40	1	25
Низький	3	60	3	75	2	40	3	75

Повторне обстеження дітей після формувального етапу показало, що у більшості учнів експериментальної групи відбулися позитивні зміни у тривалості та рівномірності видиху. Зокрема, у 1 дитини (20%) вперше зафіксовано високий рівень сформованості тривалості та рівномірності видиху. Такий результат свідчить про те, що дитина навчилася краще контролювати свій дихальний процес: видих став більш плавним, стійким і тривалим. Під час мовлення дитина демонструвала здатність вимовляти фрази без частих пауз і перехоплень повітря, що вказує на покращення узгодження дихання та мовленнєвої активності.

Середній рівень залишився стабільним у межах 40% в експериментальній групі та 25% у контрольній. Це говорить про те, що частина дітей уже засвоїла основні дихальні навички, але потребує більше часу для закріплення та автоматизації цих умінь у мовленнєвій діяльності.

Особливо показовим є зменшення кількості дітей із низьким рівнем у експериментальній групі – з 60% до 40%. Це означає, що участь у дихально-мовленнєвих вправах дала позитивний ефект: діти стали робити довші видихи, рідше зупинялися під час висловлювання, менше втомлювалися при мовленні. Вони також почали проявляти більшу впевненість у дихальних вправах та активніше брати участь у грі, що супроводжувалася вимовою слів на одному подиху.

У контрольній групі жодних помітних змін не спостерігалось: більшість дітей (75%) продовжували демонструвати низький рівень розвитку тривалості видиху, їхнє мовлення залишалося переривчастим і нерівномірним. Це підтверджує, що саме цілеспрямована ерготерапевтична робота стала чинником позитивних змін у дітей експериментальної групи.

Результати можна розглянути на рис. 3.4.

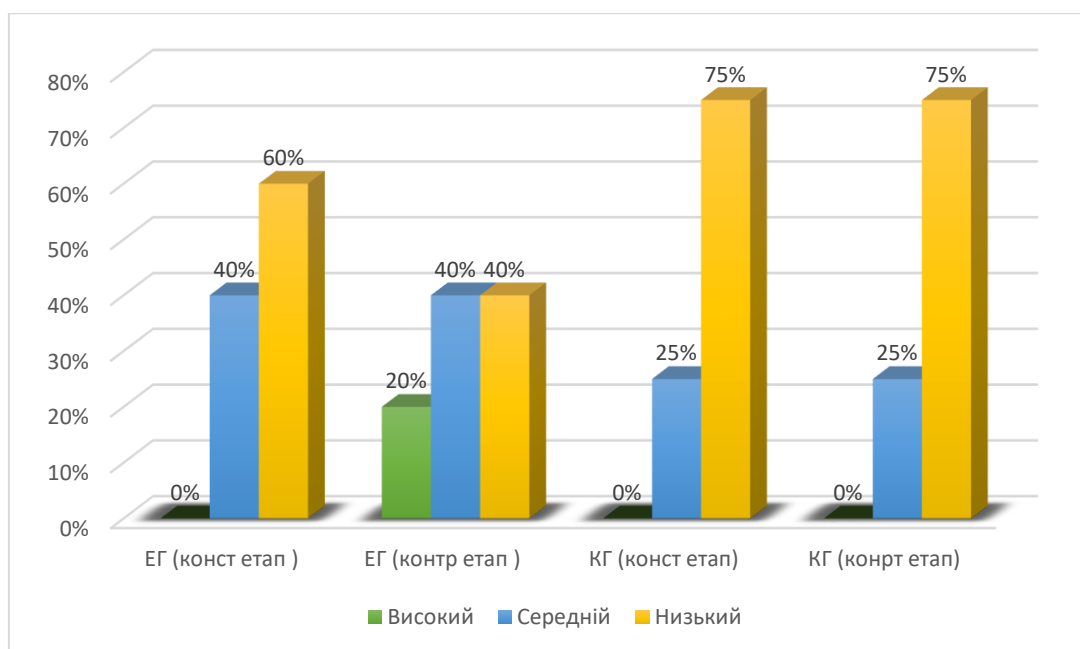


Рис. 3.4. Динаміка сформованості тривалості та рівномірності видиху

Ще один показник, який був досліджений, це темп та інтонаційна виразність. Динаміка змін за цим критерієм відображена у таблиці 3.5.

Таблиця 3.5.

Динаміка сформованості темпу та інтонаційної виразності

Рівень сформованості	Констатувальний етап				Контрольний етап			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Високий	-	-	-	-	1	20	-	-
Середній	2	40	1	25	2	40	2	50
Низький	3	60	3	75	2	40	2	50

Повторне обстеження дітей показало, що у результаті проведення ерготерапевтичних занять у більшості учнів експериментальної групи спостерігається позитивна динаміка у розвитку темпу та інтонаційної виразності мовлення.

Після завершення формувального етапу у 1 дитини (20%) з'явилися ознаки високого рівня сформованості цього показника. Дитина навчилася краще

регулювати темп мовлення, говорити більш плавно, без поспіху, а також природно змінювати інтонацію відповідно до змісту висловлювання. Такі зміни свідчать про розвиток не лише дихального контролю, а й емоційної виразності мовлення, що є важливою складовою комунікативної компетентності.

Середній рівень у дітей експериментальної групи залишився стабільним (40%), що говорить про поступове закріплення навичок, набутих у процесі занять. Діти цього рівня вже здатні підтримувати помірний темп і певну варіативність інтонації, однак іноді ще потребують підказок і додаткового контролю з боку дорослого.

Низький рівень зменшився з 60% до 40%. Це свідчить про покращення мовленнєво-дихальної координації: діти стали більш уважно стежити за ритмом свого мовлення, навчилися робити паузи в логічних місцях і намагалися вимовляти фрази більш природно.

У контрольній групі позитивна динаміка незначна: у частини дітей (25%) рівень покращився до середнього, однак високих результатів не зафіксовано. Більшість (50%) залишилися на низькому рівні, що пояснюється відсутністю цілеспрямованих дихально-мовленнєвих тренувань (Рис. 3.5.).

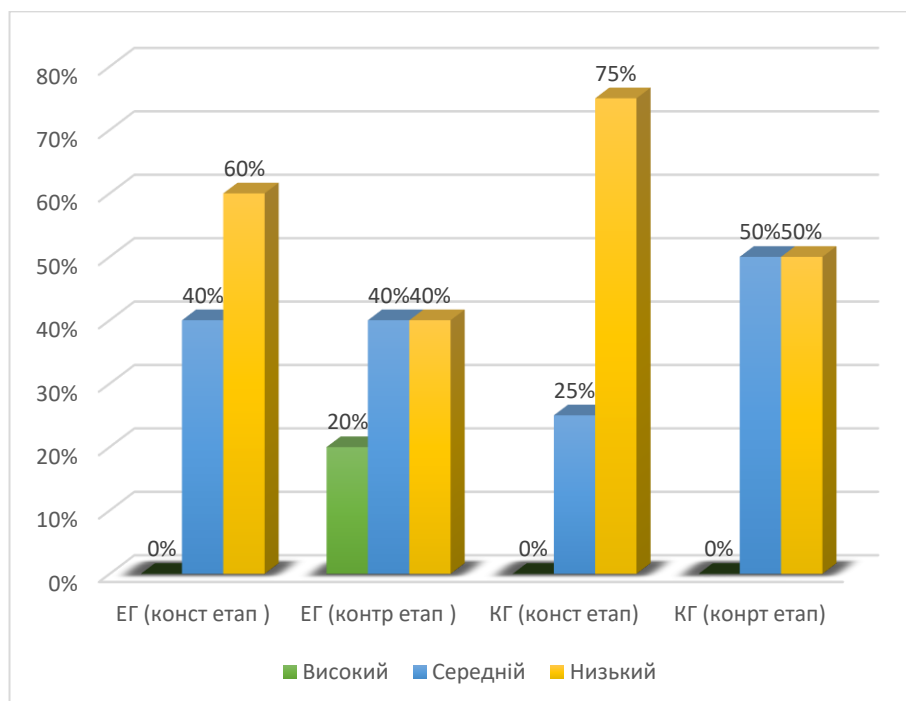


Рис. 3.5. Динаміка сформованості темпу та інтонаційної виразності

Щоб вивести загальний показник рівня сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку ми взяли середнє арифметичне кількості учнів, які входили до кожного рівня з кожного показника і округлювали до цілого, а також порівнювали результати у динаміці. Відсотки обраховано відповідно до кількості учнів у кожній групі. Результати представлені у таблиці 3.6

Таблиця 3.6

Динаміка сформованості мовленнєвого дихання

Рівень сформованості	Констатувальний етап				Контрольний етап			
	ЕГ		КГ		ЕГ		КГ	
	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%	Осіб	%
Високий	-	-	-	-	1	20	-	-
Середній	2	40	1	25	2	40	1	25
Низький	3	60	3	75	2	40	3	75

Для узагальнення рівня сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку було обчислено середнє арифметичне для кожного рівня сформованості за всіма показниками, а також проаналізовано динаміку змін між констатувальним та контрольним етапами.

Порівняння результатів констатувального та контрольного етапів показало, що у дітей експериментальної групи відбулися позитивні зміни у розвитку мовленнєвого дихання, тоді як у контрольній групі суттєвих зрушень не спостерігалось.

Після проведення циклу ерготерапевтичних занять у 1 дитини (20%) експериментальної групи з'явилися ознаки високого рівня сформованості мовленнєвого дихання, що свідчить про покращення координації дихання з мовленням, збільшення тривалості та сили видиху, а також більш виразне й плавне мовлення.

Кількість дітей із низьким рівнем у експериментальній групі зменшилася з 60% до 40%, що є показником позитивного впливу

систематичних дихально-мовленнєвих вправ. Діти стали впевненіше користуватися диханням під час мовлення, краще контролювати темп і силу голосу.

Середній рівень залишився без суттєвих змін (40%), однак якісний аналіз показав, що навіть ці діти демонстрували кращу рівномірність дихання, меншу кількість коротких вдихів і більшу концентрацію під час виконання завдань.

У контрольній групі значних змін не зафіксовано: більшість дітей (75%) залишилися на низькому рівні розвитку мовленнєвого дихання, що підтверджує важливість спеціально організованої корекційно-розвивальної роботи. Результати можна розглянути на рис.3.6.

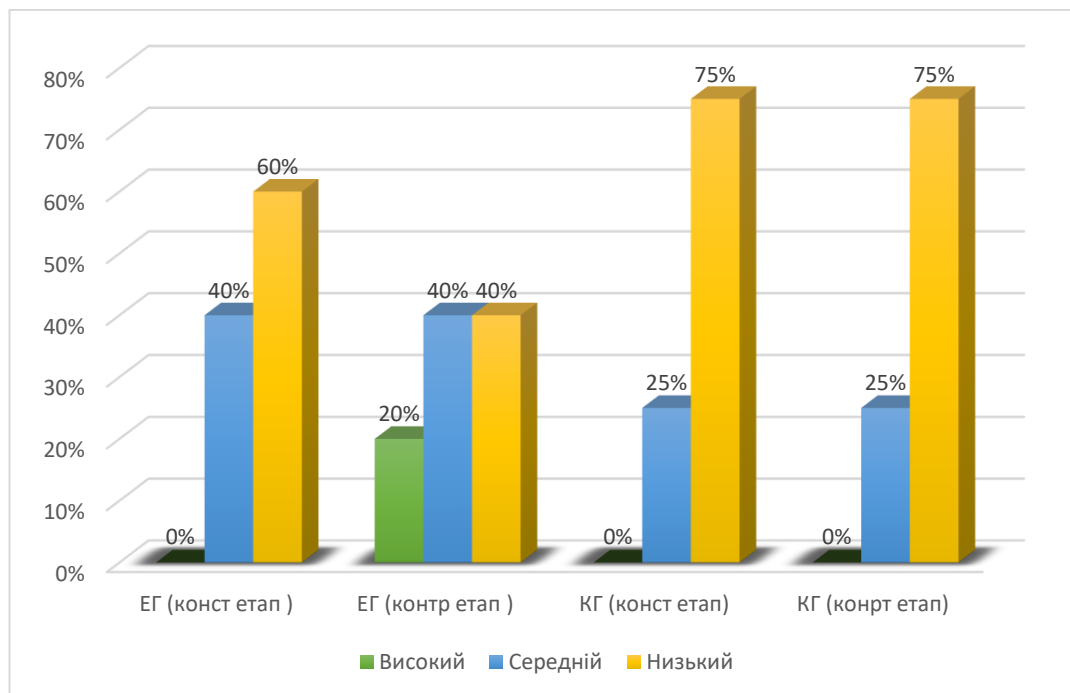


Рис.3.6. Динаміка сформованості мовленнєвого дихання

Отже, можна зробити висновок, що впроваджений комплекс ерготерапевтичних занять сприяв помітному покращенню показників мовленнєвого дихання у дітей експериментальної групи, тоді як у контрольній групі зміни мали випадковий характер. Навіть короткотривалий вплив через вправи, рухову активність, гру та творчість показав ефективність такого підходу у формуванні правильного мовленнєвого дихання в дітей молодшого шкільного віку.

Висновки до третього розділу

Відповідно до завдань нашого дослідження, у третьому розділі ми розробили та провели експериментальну методику розвитку мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями за допомогою ерготерапії. На формувальному етапі який проходив з 03.09.2025 по 23.09.2025 року, на базі початкової школи №330 «Русанівка» міста Києва. Нами були розроблені заняття з ерготерапії, які включали вправи та завдання для розвитку мовленнєвого дихання в учнів молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями.

Вправи, такі як «Охолоди суп» і «Надуй кульку», розвивали тривалість і рівномірність видиху, допомагаючи дітям навчитися контролювати потік повітря та дихати плавно. Вправи «Задуй свічки на торті», «Футбол здорових яблук» та «Перекоти подарунок» тренували силу і спрямованість видиху, вчачи дітей спрямовувати повітря точно і ефективно, що важливо для чіткого вимовляння звуків. Вправи на координацію дихання з мовленням, такі як «Смачний ланцюжок», «Корисні продукти на видиху», «Смачний торт» та «Вітер-шифрувальник», допомагали дітям робити мовлення плавним і безперервним, контролювати паузи та темп, а також правильно планувати потік слів на одному видиху. Вправи, спрямовані на розвиток темпу, інтонаційної виразності та емоційного забарвлення мовлення, наприклад «Голосовий світлофор», «Привітай друга», «Дощова мелодія», допомагали дітям навчитися змінювати голос, передавати різні емоції та спілкуватися більш виразно.

Ерготерапія при цьому відіграла важливу роль. Вона допомагала дітям відчувати своє тіло, контролювати рухи рук, рота і обличчя, розвивати дрібну моторику, координацію та пропріоцепцію (почуття положення тіла в просторі). Також ерготерапія підвищувала увагу, емоційну регуляцію і самоконтроль, що допомагало дітям краще керувати диханням під час мовлення. Завдяки цьому вправи не лише тренували дихальні навички, але й

здійснювали вплив на формування загальної фізичної і емоційної готовності до спілкування.

Результати контрольного етапу експерименту засвідчили позитивні зміни у розвитку мовленнєвого дихання в дітей експериментальної групи. Після проведення занять високий рівень сформованості мовленнєвого дихання з'явився у 20% дітей (1 учень), тоді як на початку дослідження він був відсутній. Середній рівень залишився стабільним – 40%, що свідчить про поступове закріплення сформованих навичок. Кількість дітей із низьким рівнем зменшилася з 60% до 40%, що підтверджує ефективність системи дихально-мовленнєвих вправ.

Основні показники – тип дихання, сила та спрямованість видиху, координація дихання з мовленням, тривалість і рівномірність видиху, темп та інтонаційна виразність – також мали позитивну динаміку в експериментальній групі.

У контрольній групі істотних змін не відбулося: більшість дітей (75%) зберегли низький рівень сформованості мовленнєвого дихання. Це свідчить про те, що покращення результатів у дітей експериментальної групи є наслідком цілеспрямованого впровадження ерготерапевтичних занять, а не природного розвитку мовленнєво-дихальних навичок.

Отже, застосування ерготерапевтичних вправ допомагає дітям навчитися правильно дихати під час мовлення, робить його більш плавним і виразним, а також покращує здатність до спілкування. Методика довела свою ефективність і може застосовуватися для розвитку мовленнєвого дихання у дітей із мовленнєвими порушеннями.

ВИСНОВКИ

Відповідно до завдань нашого дослідження, нами було встановлено, що мовленнєве дихання є основною складовою усного мовлення, оскільки воно визначає силу голосу, його тембр, плавність, ритмічність та інтонаційну виразність. У процесі мовлення дихання набуває спеціальних характеристик, що відрізняють його від звичайного фізіологічного дихального процесу. Воно потребує чіткої координації між дихальною, голосовою та артикуляційною системами, що дозволяє регулювати видих, підтримувати стабільний потік повітря та контролювати його витрату у процесі формування мовних звуків. У дітей із мовленнєвими порушеннями цей процес часто зазнає значних змін, що впливає на якість мовлення, його розбірливість та комунікативну ефективність.

Фізіологічні механізми мовленнєвого дихання охоплюють функціонування легень, діафрагми, міжреберних м'язів, голосових зв'язок та резонаторної системи. Вони працюють у тісній взаємодії з центральною нервовою системою, яка регулює дихальні цикли та забезпечує узгодженість дихальних і мовленнєвих рухів. У нормі мовленнєве дихання має контрольований характер, де вдих є швидким і коротким, а видих – подовженим і рівномірним, що забезпечує плавність мовлення. У дітей із порушеннями мовлення спостерігаються труднощі з формуванням стабільного видиху, що негативно впливає на загальну якість мовлення, знижує його темп і порушує інтонаційну виразність.

Різні форми мовленнєвих порушень супроводжуються певними дихальними розладами, які потребують корекції, спрямованої на покращення мовленнєвого дихання та його синхронізації з голосовими і артикуляційними рухами.

Мовленнєве дихання також залежить від сенсомоторного розвитку, який визначає рівень координації між рухами тіла та мовленнєвими процесами. У дітей із порушеннями мовлення часто спостерігається низький рівень моторного контролю, що проявляється у нестабільності дихальних

рухів, неправильному розподілі повітряного потоку та неможливості довготривалого підтримання звуку. Це пояснюється особливостями розвитку центральної нервової системи, зокрема недостатньою сформованістю міжпівкульної взаємодії та слабкою регуляцією м'язового тону.

Ерготерапія є ефективним засобом впливу на мовленнєве дихання, оскільки вона базується на поєднанні рухової активності, сенсорної стимуляції та мовленнєвих завдань. Вона дозволяє розвивати контроль над дихальним процесом у природних ситуаціях, використовуючи методи функціональної діяльності. Включення вправ на контрольований видих у повсякденні дії, такі як дути на гарячу їжу або видувати мильні бульбашки, допомагає дітям сформувати правильні дихальні навички без примусової корекції. Дослідження показують, що використання ерготерапії у поєднанні з традиційними логопедичними методами значно підвищує ефективність корекції мовленнєвого дихання. Інтеграція рухових вправ, таких як чергування активного дихання із фізичними навантаженнями, сприяє розвитку координації між дихальними циклами та мовленнєвою активністю. Крім того, використання біологічного зворотного зв'язку дозволяє дитині усвідомлено контролювати власний дихальний процес, що сприяє закріпленню правильних навичок мовлення.

Включення сенсорної стимуляції у процес корекції також має позитивний вплив на мовленнєве дихання. Тактильні та вібраційні подразники допомагають дітям краще відчувати роботу свого дихального апарату, що сприяє покращенню координації дихальних і голосових рухів. Використання спеціальних вправ, які залучають сенсомоторний розвиток, дозволяє забезпечити стійкий результат корекції та покращити мовленнєву активність.

Важливим фактором ефективності ерготерапії є її природність і відсутність примусу до мовлення. На відміну від традиційних логопедичних методів, які часто сприймаються дітьми як нав'язливі, ерготерапія включає мовленнєві вправи у гру та повсякденну активність, що робить процес навчання більш комфортним і природним. Це сприяє зниженню тривожності у дітей, що мають

мовленнєві труднощі, і допомагає їм поступово покращувати контроль над диханням без додаткового стресу. Використання ерготерапевтичних засобів також дозволяє формувати навички саморегуляції, що є важливим для дітей із мовленнєвими порушеннями. Дихання під час мовлення повинно бути автоматизованим і не потребувати додаткових зусиль, тому розвиток стійких навичок самоконтролю сприяє закріпленню правильного дихального патерну. Методики, що включають візуальні та слухові підказки, допомагають дітям самостійно контролювати свій дихальний процес і коригувати його за необхідності.

Результати застосування засобів ерготерапії у розвитку мовленнєвого дихання свідчать про їхню ефективність у корекції мовленнєвих порушень. Вони дозволяють не лише покращити контроль над видихом, а й сприяють загальному розвитку мовленнєвих навичок. Дітям, які пройшли курс ерготерапевтичної корекції, легше підтримувати стабільний темп мовлення, вони демонструють кращу розбірливість звуковимови та більш природну інтонаційну виразність.

Відповідно до завдань нашого дослідження, нами було проаналізовано методи дослідження рівня розвитку мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку. У своєму дослідженні ми зосередили увагу саме на тестових методах, які передбачають використання вправ. Під час аналізу наукових джерел та логопедичної практики було виділено п'ять основних компонентів мовленнєвого дихання, які стали основою для діагностики у нашому дослідженні: тип дихання, спрямованість і сила видиху, контроль дихання, рівномірність повітряного потоку та тривалість видиху. До кожного компонента було підібрано методику діагностування, визначено критерії та рівні сформованості всіх показників.

Констатувальний етап експерименту проводився у вересні 2025 року на базі початкової школи №330 «Русанівка» міста Києва. У дослідженні взяли участь 9 учнів 2-х класів, які мали мовленнєві порушення. Експериментальна

група (ЕГ) включала 5 дітей 2-А класу, а контрольна група (КГ) – 4 учнів 2-Б класу.

Дослідження було спрямоване на виявлення рівня сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку (2 клас), зокрема тих, які мають особливості розвитку мовлення. Основними завданнями констатувального етапу експерименту були: визначення рівня сформованості мовленнєвого дихання за ключовими показниками; аналіз впливу мовленнєвих порушень на дихальні механізми; визначення напрямів подальшої корекційної роботи.

Констатувальний експеримент включав три послідовні етапи: організаційний етап, етап дослідження стану мовленнєвого дихання, етап аналізу отриманих результатів.

У результаті дослідження було продіагностовано стан сформованості мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку на констатувальному етапі експерименту.

Отримані результати узагальнення свідчать, що жодна дитина не мала високого рівня сформованості мовленнєвого дихання, що вказує на наявність загальних труднощів у регуляції дихального процесу під час мовлення.

Середній рівень спостерігався у 40% дітей експериментальної групи (2 учні) та у 25% контрольної (1 учень). Це вказує на те, що майже половина учнів мають частково сформовані дихальні навички, але потребують подальшої корекції та розвитку.

Низький рівень було зафіксовано у більшості учасників – 60% в ЕГ (3 учні) та 75% у КГ (3 учні). Для цих дітей характерне поверхнєве, нерівномірне дихання, короткий видих, слабка координація дихальних і мовленнєвих рухів.

Проведене дослідження дало змогу виявити рівень сформованості мовленнєвого дихання в молодших школярів та з'ясувати, які саме труднощі виникають у дітей із порушеннями мовлення. Аналіз результатів показав, що більшість учнів молодших класів ще не повністю оволоділи правильними

навичками мовленнєвого дихання. Це проявляється у неправильному типі дихання (наприклад, грудному або змішаному замість діафрагмального), слабкому або короткому видиху, а також у нездатності контролювати силу й тривалість повітряного струменя під час мовлення.

Особливо помітні ці труднощі у дітей з порушеннями мовлення. У таких учнів мовленнєве дихання є менш сформованим: вони часто швидко втомлюються під час говоріння, говорять уривчасто, з порушенням ритму та інтонації, що безпосередньо впливає на якість їх мовлення загалом.

Відповідно до завдань нашого дослідження, у третьому розділі ми розробили та провели експериментальну методику розвитку мовленнєвого дихання у дітей молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями за допомогою ерготерапії. Нами були розроблені логопедичні заняття з використанням засобів ерготерапії, які включали вправи та завдання для розвитку мовленнєвого дихання в учнів молодшого шкільного віку з мовленнєвими порушеннями.

Вправи, такі як «Охолоди суп» і «Надуй кульку», розвивали тривалість і рівномірність видиху, допомагаючи дітям навчитися контролювати потік повітря та дихати плавно. Вправи «Задувай свічки на торті», «Футбол здорових яблук» та «Перекоти подарунок» тренували силу і спрямованість видиху, вчачи дітей спрямовувати повітря точно і ефективно, що важливо для чіткого вимовлення звуків. Вправи на координацію дихання з мовленням, такі як «Смачний ланцюжок», «Корисні продукти на видиху», «Смачний торт» та «Вітер-шифрувальник», допомагали дітям робити мовлення плавним і безперервним, контролювати паузи та темп, а також правильно планувати потік слів на одному видиху. Вправи, спрямовані на розвиток темпу, інтонаційної виразності та емоційного забарвлення мовлення, наприклад «Голосовий світлофор», «Привітай друга», «Дощова мелодія», допомагали дітям навчитися змінювати голос, передавати різні емоції та спілкуватися більш виразно.

Ерготерапія при цьому відіграла важливу роль. Вона допомагала дітям відчувати своє тіло, контролювати рухи рук, рота і обличчя, розвивати дрібну моторику, координацію та пропріоцепцію (почуття положення тіла в просторі). Також ерготерапія підвищувала увагу, емоційну регуляцію і самоконтроль, що допомагало дітям краще керувати диханням під час мовлення. Завдяки цьому вправи не лише тренували дихальні навички, але й здійснювали вплив на формування загальної фізичної і емоційної готовності до спілкування.

Результати контрольного етапу експерименту засвідчили позитивні зміни у розвитку мовленнєвого дихання в дітей експериментальної групи. Після проведення занять високий рівень сформованості мовленнєвого дихання з'явився у 20% дітей (1 учень), тоді як на початку дослідження він був відсутній. Середній рівень залишився стабільним – 40%, що свідчить про поступове закріплення сформованих навичок. Кількість дітей із низьким рівнем зменшилася з 60% до 40%, що підтверджує ефективність системи дихально-мовленнєвих вправ.

Основні показники – тип дихання, сила та спрямованість видиху, координація дихання з мовленням, тривалість і рівномірність видиху, темп та інтонаційна виразність – також мали позитивну динаміку в експериментальній групі.

У контрольній групі істотних змін не відбулося: більшість дітей (75%) зберегли низький рівень сформованості мовленнєвого дихання. Це свідчить про те, що покращення результатів у дітей експериментальної групи є наслідком цілеспрямованого впровадження ерготерапевтичних засобів, а не природного розвитку мовленнєво-дихальних навичок.

Отже, застосування ерготерапевтичних вправ допомагає дітям навчитися правильно дихати під час мовлення, робить його більш плавним і виразним, а також покращує здатність до спілкування. Методика довела свою ефективність і може застосовуватися для розвитку мовленнєвого дихання у дітей із мовленнєвими порушеннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Анастасова Н. М., Самсонова К. В. Формування життєвих компетентностей у дітей з розладами аутистичного спектру засобами ерготерапії. *Наукові перспективи*. 2022. № 7(25). С. 460–470.
2. Балаж М. С. Ерготерапія військовослужбовців та ветеранів із посттравматичним стресовим розладом: огляд літератури. *Health & Education*. 2023. № 2. С.100–103. URL: <https://journals.medacad.rivne.ua/index.php/health-education/article/view/19>
3. Барна Х. В., Кашуба Л. В., Лабенко О. В. Ігротерапія в корекції мовленнєвих порушень: навч.-метод. посіб. Харків: ФОП Озеров Г.В., 2021. 180 с.
4. Белкова Т. О. Система професійної підготовки майбутніх фахівців з фізичної реабілітації (фізична терапія та ерготерапія) в університетах Канади. *Наукові записки. Серія: Проблеми природничо-математичної, технологічної та професійної освіти*. 2024. № 2. С. 131–135. URL: <https://journals.cusu.in.ua/index.php/pmtp/article/view/532>
5. Білозерова Д. С. Фізична терапія та ерготерапія як засоби корекції комунікативних порушень у дітей з розладами аутистичного спектра: матеріали наук.-практ. конф. Харків: ХНМУ, 2021. С. 45–48.
6. Ванюк Д. В. Основи дефектології: навч.-метод.посіб. Запоріжжя: ЗДМФУ, 2023. 133 с.
7. Гаврилова Н. Класифікація порушень мовлення. *Збірник наук. праць Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. І. Огієнка. Серія: Соціально-педагогічна*. 2012. Вип. 20(1). С. 293–315. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/znppkp_sp_2012_20%281%29_37
8. Галущенко В. І. Застосування інноваційних логопедичних технологій у корекційній роботі з дітьми з порушеннями мовлення. *Актуальні питання корекційної освіти. Педагогічні науки*. 2016. Вип. 7 (1). С. 62–70.

9. Гоменюк І. Логопедична корекція мовленнєвого розвитку дітей із дизартрією. *Наукові записки ТНПУ. Серія: Педагогіка*. 2023. № 1. С. 89–93.
URL: <https://dspace.tnpu.edu.ua/bitstream/123456789/25424/1/Gomenuk.pdf>
10. Гроденська Н. М., Переворська О. І. Щодо корекції усного мовлення слабчучих молодших школярів. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. Суми: ФОП Цьома С. П., 2020. С. 7–10.
11. Дорошенко А. Р., Мороз Л. В. Динаміка формування фонематичних процесів в учнів молодшого шкільного віку з дисграфією у процесі корекційної роботи. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації*. Суми: ФОП Цьома С. П., 2020. С. 11–14.
12. Захарченко Ю. І., Бондаренко П. В. Дихальна гімнастика у дітей із мовленнєвими порушеннями: теорія та практика. Одеса: НУ "Одеська політехніка", 2022. 198 с.
13. Зюзін Ю. В. Формування мовленнєвого дихання у дітей засобами адаптивного фізичного виховання та логопедії. *Актуальні питання корекційної освіти*. 2022. Вип. 22. С. 45–52.
14. Качур Т. М. Мовленнєве дихання дітей із порушеннями мовлення. *Корекційна та інклюзивна освіта очима молодих науковців: зб. наук. праць*. Суми: СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2021. С. 38–44.
15. Клеценко Л. В., Сакова М. Е., Узун А. В. Корекція усного мовлення старших дошкільників із мовленнєвими порушеннями засобами національного фольклору. *Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології : реалії та перспективи : зб. наук. матер. IX Всеукр. наук.- практ. конф. з міжнар. участю*, 15 листоп. 2023 р. Полтава: Нац. ун-т ім. Ю. Кондратюка, 2023. С. 197–199.
16. Ковальчук Л. В. Формування мовленнєвого дихання у дітей. *Всеосвіта* [Електронний ресурс]. URL: <https://vseosvita.ua/blogs/formuvannya-movlennievoho-dykhannya-u-ditei-22340.html>
17. Колектив авторів. Корекційно-розвивальні технології навчання дітей з комплексними порушеннями розвитку: навч.-метод. посібн. Київ:

Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2020. 200 с. URL: <https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/725704/1/Посібник%20KPT-2020.pdf>

18. Літвінчук А. М. Ерготерапія як засіб формування соціально-побутових навичок у дітей з помірним та тяжким ступенем інтелектуальних порушень. *Формування життєвої компетентності осіб з особливими освітніми потребами в системі позашкільної, спеціальної та інклюзивної освіти: зб. наук. пр.* Харків: ХНПУ ім. Г. С. Сковороди., 2023. С. 443–446.

19. Ляна О. В. Застосування ерготерапії в логопедичній реабілітації осіб з афазією. *Сучасні проблеми логопедії та реабілітації: матеріали VI Всеукр. заоч. наук.-практ. конф.* (14 квітня 2017 року, м. Суми). Суми: ФОП Цьома С. П., 2017. С. 169-173.

20. Мартиненко В. Мовленнєві тренувальні вправи для подолання труднощів дикції в учнів I циклу навчання (1–2 класів). *Початкова школа: наук.-метод. журн.* 2020. № 8(614). С. 51–55.

21. Мартинюк З. *Ринолалія: підтримка дитини з особливими мовленнєвими потребами: навч.-метод. посіб.* Київ: Інститут спеціальної педагогіки НАПН України, 2024. 150 с. URL: [https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740233/1/Мартинюк_%203%20\(посібник\).pdf](https://lib.iitta.gov.ua/id/eprint/740233/1/Мартинюк_%203%20(посібник).pdf)

22. Марченко В. П. Теорія і практика корекції мовленнєвих порушень у дітей. Київ: Освіта, 2019. 274 с.

23. Мигляс Н. Розвиваємо мовленнєве дихання: ігри в сенсорній кімнаті для дітей усіх вікових груп. *Дошкільне виховання.* 2019. № 7. С. 18–19.

24. Навчальний план 7: Основи ерготерапії II. *Ukrothe.* 2023. 50 с. URL: https://www.ukrothe.eu/sites/default/files/uploads/s7-foundations_ii-osnovi-ergoterapii-ii.pdf

25. Нагорна О. Б., Крук І. М., Гамма Т. В. Ігротерапія як засіб ерготерапії дітей з затримкою рухового розвитку. *Фізична реабілітація та здоров'язбережувальні технології.* 2020. Вип. 7. С.7–12.

26. Надольна О. О. Відновлення сенсорно-кінестетичного сприйняття та вестибулярної стійкості як засіб ерготерапії у дітей з порушеннями розвитку: магіст. дис. Київ: НТУУ «КПІ імені Ігоря Сікорського», 2020. 85 с.
27. Новікова Н. Розвиток мовленнєвого дихання у дошкільників із загальним недорозвиненням мовлення: автореф. дис. канд. пед. наук: 13.00.02. Одеса, 2009. 22 с.
28. Огляд сучасних підходів до застосування засобів фізичної терапії та ерготерапії. *Спортивна медицина і фізична реабілітація*. 2022. № 2. С. 60–65. URL: <https://sportmedicine.uni-sport.edu.ua/article/view/272312>
29. Палій О. П. Логопедична діагностика мовленнєвих порушень: навч.-метод. посіб. Рівне: РДГУ, 2021. 240 с.
30. Пелех А. Ф. Корекція мовленнєвого дихання у дітей з різними формами мовленнєвих порушень. *Наукові записки Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Серія: Педагогічні науки*. 2019. Вип. 25. С. 112–117. URL: <http://elar.kpnu.edu.ua/xmlui/bitstream/handle/123456789/4416/Pelekh-A.F.-KorL1-M19-free.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
31. Плаксіє М. Б. Нетрадиційні методи корекції мовленнєвих порушень у дітей старшого дошкільного віку: кваліфікац. роб. Чернівці: Чернівецький нац. ун-т ім. Ю. Федьковича, 2025. 80 с. URL: https://archer.chnu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/11440/m_educ_2025_099.pdf?isAllowed=y&sequence=1
32. Рібцун Ю. В. До проблеми порушення звуко-складової структури слова у дітей. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова: зб. наук. праць*. 2013. Вип. 23. С. 206–208.
33. Сіроштаненко О., Малишевська І. Теоретичні засади формування мовленнєвого дихання у дошкільників з порушеннями мовлення. *Вісник Освітньо-наукового центру сімейно-центрованих практик*. Умань: Візаві, 2024. Вип. 3. С. 99–101.

34. Солтик І. Т., Базильчук О. В. Ерготерапія з використанням сенсорної інтеграції. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова: зб. наук. праць*. Київ: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2013. Вип. 5К. С. 123–127.

35. Таланчук І., Базиленко А., Лопоносова Н. *Інклюзивне освітнє середовище: проблеми, перспективи та кращі практики*: тези доповідей XXIII Міжнар. наук.-практ. конф. (м. Київ, 29–30 листопада 2023 р.). Київ: Університет «Україна», 2023. 464 с. URL: https://uu.edu.ua/upload/Conference/inclusivne_osvitne_seredovische/2023/inclusion_23_2.pdf

36. Федоренко В. С. Інноваційні технології розвитку мовлення у дітей молодшого шкільного віку. Чернігів: Чернігівський національний педагогічний університет, 2020. 212 с.

37. Харківська А. Арт-техніки у корекційній роботі з дітьми з мовленнєвими порушеннями. *Освіта. Інноватика. Практика*. 2024. Т. 12, № 4. С. 48–52.

38. Хоменко С. О. Етіологія мовленнєвих порушень у дітей раннього віку. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 19: Корекційна педагогіка та спеціальна психологія*. 2015. Вип. 27. С. 248–253.

39. Черніченко Л. Характеристика та аналіз порушень мовленнєвого розвитку у дітей раннього віку. *Освітній простір: педагогіка та психологія*. 2021. Вип. 3. С. 121–127.

40. Швесткова О., Свєцена К. та ін. Ерготерапія: підручник для студентів освітньо-кваліфікаційного рівня «бакалавр». Київ: Чеський центр у Києві, 2019. 250 с. URL: https://moodle.znu.edu.ua/pluginfile.php/778698/mod_resource/content/3/ergoterapia%20підручник.pdf

41. Шевчук Л. І., Тимошенко Р. В. Особливості формування мовленнєвого дихання у дітей з дизартрією. Полтава: Полтавський державний педагогічний університет, 2021. 189 с.

42. Baken R. J. Clinical Measurement of Speech and Voice. Boston: College-Hill Press, 1987. 350 p.
43. Duffy J. R. Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management. 3rd ed. St. Louis: Elsevier Mosby, 2013. 512 p.
44. Hegde M. N., Freed D. B. Assessment of Communication Disorders in Children: Resources and Protocols. 2nd ed. San Diego: Plural Publishing, 2011. 528 p.
45. Kent R. D. The MIT Encyclopedia of Communication Disorders. Cambridge, MA: MIT Press, 2004. 1048 p.
46. Papathanasiou I., Coppens P., Potagas C. (Eds.). Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders. 2nd ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2016. 512 p.
47. Sapir S., Ramig L. O., Fox C. Speech and swallowing disorders in Parkinson disease. Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery. 2011. Vol. 19, No. 3. P. 172-177.
48. Ziegler W., Ackermann H. Neurological aspects of dysarthria. Dysarthria and Apraxia of Speech: Perspectives on Management. San Diego: Plural Publishing, 2017. P. 1-26.

ДОДАТКИ

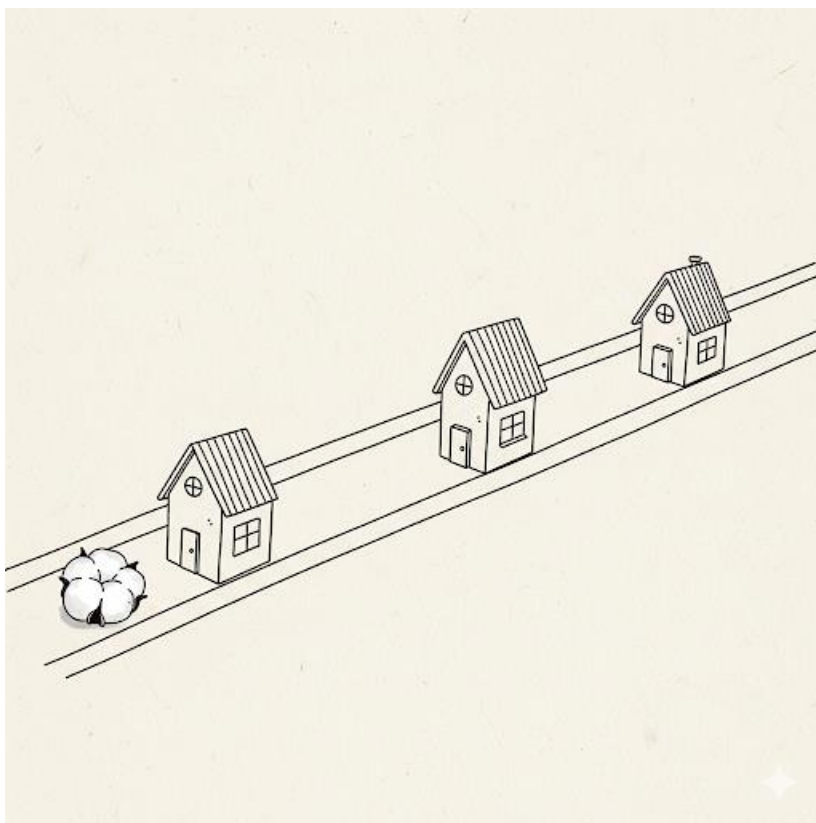
Діагностична картка мовленнєвого дихання

Дата: _____

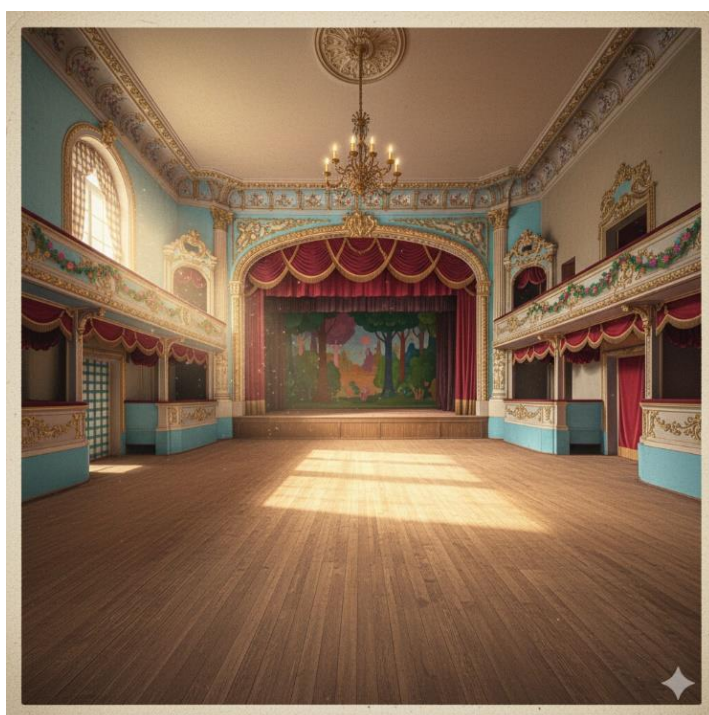
Клас: _____

№	ПІБ дитини	Тип фізіолог. дихання	Спрямов. і сила видиху	Координація дихання з мовленням	Оцінка тривалості та рівномірн. видиху	Темп та інтонац. виразність	Загальний бал
1							
2							
3							
4							
5							
6							

**Ілюстративний матеріал
для діагностики спрямованості та сила видиху**



Матеріал до гри «Темний театр»



Картки з віршами

«Надійшла весна» Надійшла весна прекрасна, многоцвітна, тепла, ясна, наче дівчина в вінку. Зацвіли луги, діброви, повно гомону, розмови і пісень в чагарнику. <i>Іван Франко</i>	«Білий кіт» Котик вибіг за ворота, А на вулиці – зима! Білий сніг і білий котик – І kota немов нема! Лиш на кінчику хвоста Видно плямку у kota. <i>В. Бондаренко</i>
«До нас журавлик прилітав» До нас журавлик прилітав, Він гарні віршики читав Про синє небо і весну, Про Чорне море і Десну, Про Україну – рідний край... Ти ще раз, друже, прилітай! <i>І. Січовик</i>	«Заєць спати захотів» Заєць спати захотів, Сам постелю постелив, Сам собі зробив подушку, Підмостив її під вушко. Та у зайця довге вушко – Все звисає із подушки. <i>М. Стельмах</i>

Картки із завданням

Прочитай вірш швидко, ніби ти біжиш на фізкультурі.

Прочитай вірш весело, ніби ти з друзями на святі.

Прочитай вірш голосно, як справжній актор на сцені.

Прочитай вірш сумно, ніби тобі шкода, що закінчилось літо.

Прочитай вірш сердито, ніби ти розгніваний лиходій.

Прочитай вірш тихенько, ніби розповідаєш секрет.

Прочитай вірш загадково, ніби ти чарівник.

**Плани-конспекти занять для розвитку мовленнєвого дихання
засобами ерготерапії**

Тема: «Здорова їжа (вчимося працювати на кухні)»

Мета:

- Розвивати мовленнєве дихання (тривалість, рівномірність, спрямованість і силу видиху, темп, інтонаційну виразність) засобами ерготерапії.
- Формувати знання про здорове харчування, виховувати інтерес до приготування їжі та дбайливого ставлення до свого здоров'я.
- Розвивати дрібну моторику, сенсорне сприйняття, увагу й координацію рухів.
- Стимулювати позитивний емоційний стан і соціальну взаємодію через спільну діяльність.

Матеріали: паперовий ковпак кухаря, картки з продуктами (корисними та шкідливими), пластиковий посуд, ложки, соломинки, помпони, паперовий човник, лабіринт «Кухня», кінетичний пісок, ватні кульки, дзеркало, столи з ергономічним розміщенням предметів.

1. Організаційний момент (соціальна участь + емоційне благополуччя)

Привітання: Логопед: «Сьогодні ми потрапимо на чарівну кухню. Кухарі можуть готувати лише тоді, коли вміють правильно дихати й чітко говорити. Тож сьогодні ми будемо і кухарями, і тренерами свого дихання!» Дитині пропонують обрати «кухарський ковпак» або бейдж «Помічник кухаря» (елемент соціальної участі). Після цього проводиться коротка дихально-релаксаційна вправа «Відчуй себе спокійним кухарем» – дитина робить глибокий вдих через ніс і повільний видих ротом із посмішкою (елемент емоційного благополуччя).

2. Теоретичний блок «Що таке здорова їжа?» (сенсорна стимуляція + ситуаційні ігри)

Сенсорна стимуляція: дитина розглядає картки з продуктами, торкається зображень, може понюхати справжні фрукти (якщо є).

Завдання: розділити продукти на «корисні» й «шкідливі», промовляючи назви спокійно на видиху.

Міні-історія: «Наш організм як моторчик. Для нього найкращим пальним є овочі, фрукти, каші, сир, риба. А чипси й газовані напої — як пісок: заважають добре працювати».

Ситуаційна гра: «Що обере кухар?» — дитина вибирає лише «корисні» продукти для страви.

Вправа: назвати по три приклади корисних і шкідливих продуктів на одному подиху.

3. Фізична активність + дихальна гімнастика

Руханка «Кухарські рухи» — імітація помішування супу, нарізання моркви, збивання вершків. Кожен рух супроводжується вдихом/видихом у помірному темпі (поєднання дихання з природними рухами).

Масаж пальців «Розбуди ручки для салату» — легкі натискання та розтирання пальців, називаючи продукти, які будемо «готувати».

4. Дихальні вправи (дихальна гімнастика + сенсорна стимуляція)

«Охолоди суп» — довгий, плавний видих; дитина відчуває тепло повітря на долонях.

«Перевези яблука на човнику» — контроль сили й спрямування повітряного струменя.

«Задуй свічки на фруктовому торті» — короткі, чіткі видихи з контролем губ.

Інтеграція середовища: дзеркало використовується для спостереження за рухом щік і губ; столи мають зручну висоту для правильного положення тіла під час видиху.

5. Ігрові мовленнєві завдання (соціальна участь + емоційне благополуччя)

«Голосовий світлофор» — дитина читає назви страв на «зелене» світло швидко, на «жовте» — помірно, на «червоне» — повільно.

«Смачний ланцюжок» — назвати кілька продуктів на одному подиху, тренуючи плавність мовлення.

Скоромовка

«Варить борщ Борис-моряк:

Морква, помідор, буряк.

Вийде борщ смачний у нас —

Пригощу я, друзі, вас!»

(виконується з різними інтонаціями – радісно, здивовано, урочисто).

6. Завдання на силу та спрямованість видиху (сенсорна стимуляція + ситуаційні ігри)

«Футбол здорових яблук» — дути через соломинку на помпон, закриваючи «яблуко» у «кошик».

«Кухонний лабіринт» — дути на гудзик-«огірок», щоб провести його по маршруту.

Інтеграція середовища: використовується спеціальний ергономічний стіл, дзеркало для контролю артикуляції, інструменти для тактильної стимуляції (соломинки, м'які матеріали).

7. Арт-терапія + емоційне благополуччя

Ліплення «Здорового обіду» з кінетичного піску — створення власної страви як символу успіху.

Малювання «Мій сніданок мрії» — передача позитивних емоцій через образи їжі.

Під час творчої роботи логопед звертає увагу на правильне дихання під час розмови.

8. Підбиття підсумків (соціальна участь + емоційна регуляція).

- Які продукти корисні?
- Які шкідливі?
- Що нового ти сьогодні дізнався?

Релаксація: спільне дихання «Спокійний кухар» — повільний вдих і довгий видих із вимовлянням «мम्म» (заспокійлива вібрація).

Тема: «День народження (вчимося святкувати)»

Мета:

- Розвивати мовленнєве дихання (тривалість, рівномірність, спрямованість і силу видиху, темп, інтонаційну виразність) засобами ерготерапії.
- Збагачувати словниковий запас із теми «Свято», формувати навички виразного мовлення та позитивного емоційного самовираження.
- Розвивати дрібну моторику, сенсорну інтеграцію, увагу й координацію рухів.
- Сприяти соціальній участі, підвищенню самооцінки та позитивному емоційному стану через спільну діяльність.

Матеріали: святковий ковпачок або бейдж «Гість свята», картки із зображенням святкових атрибутів (торт, кульки, подарунки, свічки, хлопаки), пластикові стаканчики, соломинки, легкі м'ячики, серпантин, свічки, кінетичний пісок, кольоровий папір, олівці, дзеркало.

1. Організаційний момент (соціальна участь + емоційне благополуччя)

Привітання:

Логопед: «Сьогодні на нас чекає веселе свято — День народження! Щоб свято вдалося, потрібно навчитися правильно дихати, виразно говорити та ділитися гарним настроєм!»

Кожна дитина обирає роль: «Іменинник», «Гість свята» або «Кухар торта» (елемент соціальної участі).

Емоційна вправа: коротка релаксація «Святковий вдих» — діти вдихають повітря, уявляючи аромат свічок і тістечок, і повільно видихають, посміхаючись (емоційне благополуччя).

2. Теоретичний блок «Як ми святкуємо День народження?» (сенсорна стимуляція + ситуаційні ігри)

Сенсорна стимуляція: діти розглядають картки із зображенням святкових предметів (торт, кульки, подарунки, свічки), торкаються текстурних матеріалів (стрічки, серпантин, фольга).

Ситуаційна гра: «Підготуй святковий стіл» — діти вибирають, які предмети потрібні для свята, і розміщують їх на макеті столу.

Мовленнєве завдання: назвати по три речі, без яких не буває Дня народження, на одному подиху.

Міні-історія: «Кульки приносять радість, свічки зберігають бажання, а подарунки нагадують нам, що ми важливі для інших».

3. Фізична активність + дихальна гімнастика

Руханка «Святкові танці» — потягнутися за уявною «кулькою», «запалити свічку», «запустити конфеті». Кожен рух супроводжується вдихом/видихом, що поєднує рух і дихання.

Масаж пальців «Запалюємо свічки» — діти натискають на пальчики, імітуючи «запалення» свічок, проговорюючи «ф-ф-ф» (звук видиху).

4. Дихальні вправи (дихальна гімнастика + сенсорна стимуляція)

«Задуй свічки на торті» — короткі, сильні видихи.

«Надуй кульку» — довгий, плавний видих через соломинку (розвиток контролю над повітряним струменем).

«Серпантинний дощ» — повільне дмухання на смужки паперу, щоб вони «танцювали» у повітрі.

Інтеграція середовища: використання дзеркала для контролю артикуляції та правильного положення губ.

5. Ігрові мовленнєві завдання (соціальна участь + емоційне благополуччя)

«Привітай друга» — придумати коротке привітання і вимовити його з різною інтонацією (радісно, тихо, здивовано).

«Смачний торт» — на одному подиху перерахувати шари торта: «корж, крем, ягоди, шоколад».

Скоромовка:

«День народження у джунглях

Відзначає Джонатан.

Одягнув нарядні джинси,

Відбиває джаз у джбан.»

Виконується в різних емоційних станах (весело, урочисто, здивовано).

6. Завдання на силу та спрямованість видиху (ситуаційні ігри + сенсорна стимуляція)

«Перекоти подарунок» — дути через трубочку на легкий м'ячик, щоб перекотити його до «зони сюрпризів».

«Феєрверк кульок» — по черзі здувати ватні кульки з долоні. Інтеграція середовища: використання простору класу як «святкової зали», у якій діти виконують рухи вільно, орієнтуючись у просторі.

7. Арт-терапія + соціальна участь

Ліплення з кінетичного піску «Торт мрії» або «Подарунок для друга» — діти створюють власні святкові образи, коментуючи свої дії (наприклад: «Мій торт має три шари...»).

Малювання вітальної листівки — творче самовираження, спрямоване на формування позитивної самооцінки та емоційної стабільності.

8. Підбиття підсумків (емоційне благополуччя + соціальна взаємодія)Бесіда:

- Що тобі сподобалося на святі?
- Кого ти сьогодні привітав?

- Як ти відчував своє дихання під час ігор?

Релаксація «Тихе побажання» — діти заплющують очі, вдихають і на видиху пошепки промовляють побажання одне одному.

Домашнє завдання: разом із батьками придумати 2–3 короткі привітання та потренуватися вимовляти їх на одному подиху.

Тема: «Ванні справи: чистота та гігієна»

Мета:

- Розвивати мовленнєве дихання (тривалість, рівномірність, спрямованість і силу видиху, темп, інтонаційну виразність) засобами ерготерапії.
- Формувати знання про правила гігієни та профілактику захворювань, виховувати дбайливе ставлення до власного тіла.
- Розвивати дрібну моторику, сенсорне сприймання, координацію рухів і зорово-моторну взаємодію.
- Підтримувати емоційне благополуччя та соціальну взаємодію через ігрові, сенсорні та творчі форми діяльності.

Матеріали: бейджі «Супергерой чистоти», картки «чисто / брудно», зображення зубів, зубні щітки, мило, рушники, ватні кульки, соломинки, легкі м'ячки, лабіринт «Водоспад мікробів», кінетичний пісок, кольоровий папір, дзеркало, дзвіночок для сигнальних пауз.

1. Організаційний момент (соціальна участь + емоційне благополуччя)

Привітання: Логопед: «Сьогодні ми станемо справжніми супергероями чистоти! Щоб перемогти всіх мікробів, потрібно вміти правильно дихати, рухатись і зберігати гарний настрій».

Емоційна вправа «Чисте повітря»: вдихнути через ніс «чисте повітря», видихнути ротом, уявляючи, що з кожним видихом зникає «пил і мікроби» (емоційне благополуччя).

2. Теоретичний блок «Що таке чистота і гігієна?» (сенсорна стимуляція + ситуаційні ігри)

Сенсорна стимуляція: діти розглядають і торкаються реальних предметів гігієни (щітка, мило, рушник), відчують їхню текстуру та запах.

Ситуаційна гра «Чисто чи брудно»: діти сортують картки, називаючи предмети на спокійний видих («чистий рушник», «брудна ложка»).

Міні-історія: «У кожного супергероя є чарівні інструменти — зубна щітка перемагає мікробів у роті, а мило рятує руки. Мікроби не люблять чистоти!»

Вправа на закріплення: назвати три предмети, які допомагають бути чистим, на одному подиху.

3. Фізична активність + дихальна гімнастика

Руханка «Супергерой чистоти»: діти імітують миття рук, чищення зубів, витирають рушником; кожен рух супроводжується вдихом/видихом у ритмічному темпі.

Масаж пальців «Миймо руки»: легкі натискання, обертання, потирання пальців під ритмічний рахунок («мило, вода, рушник — чистота навік!»).

4. Дихальні вправи (дихальна гімнастика + сенсорна стимуляція + інтеграція середовища)

«Водоспад мікробів» — дути на ватні кульки різної ваги, змінюючи силу подиху (слабко, помірно, сильно).

«Мильні бульбашки-лабіринт» — дути через соломинку, проводячи кульку через намальований маршрут.

«Серія зубних феєрверків» — здувати кульки різного розміру, контролюючи напрям потоку повітря.

Інтеграція середовища: використання дзеркала для контролю артикуляції; спеціальний стіл-лабораторія з відведенням простору для дихальних ігор.

5. Ігрові мовленнєві завдання (соціальна участь + ситуаційні ігри)

«Мікробний детектив» — діти описують «мікроба» різними інтонаціями (страшно, смішно, здивовано).

«Чистий/брудний ланцюжок» — на одному подиху перерахувати чисті предмети («зуби, руки, рушник») і брудні («губка, ганчірка»). Соціальна участь: виконання вправ у парах — один дитина називає, інший «вимиває» мікроба дмуханням.

6. Читання / інтонаційна практика (дихальна координація + емоційне благополуччя)

Міні-казка «Як мікроби боялися води» — дитина читає короткі уривки з паузами для вдиху, змінюючи інтонацію: тихо — коли «миються», гучно — коли «втікають». Використовується дзвінок або хлопок для сигналу вдиху (сенсорна стимуляція слухового каналу).

7. Завдання на силу та спрямованість видиху (фізична активність + сенсорна стимуляція)

«Тунель мікробів» — дути через соломинку, проводячи ватні кульки по тунелю.

«Водяний потік» — дути на кульки різної ваги, щоб «змити» мікробів у контейнер.

Інтеграція середовища: використання пластикового контейнера як «ванни», де відбувається гра з повітрям і водою.

8. Арт-терапія + емоційне благополуччя

Ліплення «Чисті зуби» або «Бульбашкове мило» із кінетичного піску — формування асоціацій чистоти через тактильні відчуття.

Малювання «Мій герой чистоти» — діти зображують себе як супергероя з мильними силами, коментуючи свої дії. Це формує відчуття успіху, позитивну самооцінку та стабільність емоційного стану.

9. Підбиття підсумків (соціальна участь + емоційна регуляція)

Бесіда:

- Що допомагає нам бути чистими?

- Як ти сьогодні дихав під час вправ?
- Який мікроб був найкумеднішим?

Релаксаційна вправа «Чисте дихання»: вдихнути глибоко через ніс, на видиху повільно промовити «ш-ш-ш», уявляючи, що здуваєш останніх мікробів.

Домашнє завдання: разом із батьками провести гру «Чисті руки» — описати свої дії під час миття рук, промовляючи слова на одному подиху.

Тема: «Допоможи прийти осені» (заняття-квест)

Мета: розвиток мовленнєвого дихання, темпу та інтонаційної виразності; стимуляція дрібної моторики, сенсорної інтеграції та когнітивних навичок (логіка, планування, творче мислення).

Обладнання: картки із завданнями, пазл «Осіннє дерево», паперовий листочок, трубочки для коктейлів, справжнє осіннє листя різної текстури, мішечок для тактильних загадок, іграшкові овочі та фрукти, парасолька, ватман з намальованим лабіринтом.

1. Організаційний момент (3 хв)

Привітання «Осіннє вітання»: логопед заходить з пожовклим листям у руках : «Сьогодні ми отримали дуже дивне повідомлення. Це зашифрований лист від Осені, яка загубилася в часі. Щоб розшифрувати його, нам потрібно пройти випробування, які вимагають не тільки сили легень, а й розуму та кмітливості».

Динамічна розминка: діти відтворюють «шум осіннього дощу»:

- Потирають долоні (дрібний дощ).
- Поплескують пальцями по долонях (сильніший дощ).
- Б'ють долонями по колінах (злива).

2. Легенда квесту (5 хв)

Осінь загубила чотири ключі: «Ключ вітру», «Ключ дощу», «Ключ листопаду» і «Ключ урожаю». Кожен ключ – це завдання, відгадки приведуть

нас до фінального «осіннього скарбу» – розшифрованої карти. Діти об'єднуються в команди (по 2-3 особи).

3. Розминка «Вітер-шифрувальник» (5 хв)

Діти отримують картки з осінніми символами (наприклад, листя, гриб, парасолька, хмарка). Вихователь читає фразу, а діти повинні «прошепотіти» лише ті слова, які стосуються осені, видихаючи з певним звуком:

Логопед: «Птахи летять (с-с-с) на південь, а білка збирає горішки (ш-ш-ш)».

Діти промовляють слова, контролюючи дихання, що вчить їх розрізняти слова і керувати дихальним потоком.

4. Етапи квесту

Етап 1. «Ключ вітру» – «Лабіринт із підказками»

Завдання: На великому ватмані намальований лабіринт. На кожній розвилці – коротка загадка про осінь. Діти повинні дмухати на легкий паперовий «листочок», рухаючи його по лабіринту. Щоб обрати правильний шлях, вони повинні відгадати загадку і рухатися в напрямку, що веде до вірної відповіді (наприклад, «я падаю з дерева, але не сніг» це листочок).

Увесь рік стояв зелений, а тепер прийшов до мене.

Я не сніг, не лід, не град,

Я осінній...

(Листопад)

Без вікон, без дверей,

А в ній живе до сотні журавлів.

Хто така?

(Хмаринка)

Немає ніг, а ходить.

Немає рота, а свистить.

Аж дерева хиляться. Що це?

(Вітер)

Етап 2. «Ключ листопаду» – «Листопадовий пазл»

Завдання: На столі розкидані великі, міцні деталі пазла, що зображують осіннє дерево. Діти мають з'єднати деталі, а потім розкласти навколо дерева справжнє осіннє листя (дубове, кленове тощо), яке відповідає малюнкам на пазлі. Кожен раз, кладучи листочок, дитина має промовити його назву, роблячи акцент на першому звуку.

Етап 3. «Ключ дощу» – «Дощова мелодія»

Завдання: На дощці закріплені «хмарки» зі словами («шумить», «капає», «співає», «холодно»). Діти, дмухаючи в трубочку, пересувають «крапельки»-кульки, щоб вони «падали» на ці слова. Коли кулька потрапляє на слово, дитина повинна промовити його з певною інтонацією, що відповідає «настрою» дощу:

- «шумить» – голосно і швидко.
- «капає» – повільно і сумно.
- «співає» – мелодійно і весело.

Етап 4. «Ключ урожаю» – «Скарби осені» (8 хв)

Завдання: На столі стоїть «кошик» з іграшковими овочами, фруктами та грибами. Дітям потрібно «зібрати» урожай за певною схемою на картці (наприклад, спочатку три яблука, потім два гриби). Щоб «покласти» предмет, дитина має зробити видих, що імітує звук урожаю (наприклад, «ф-ф-ф» для фруктів, «г-г-г» для грибів).

5. Фінал квесту (5 хв)

Фінальна дія: Зібравши всі чотири «ключі», діти отримують зашифрований «осінній вірш» (слова розташовані в неправильному порядку). Їм потрібно правильно скласти вірш і виразно прочитати його, роблячи правильні паузи для вдиху.

Підсумок: «Ви впоралися! Ви не просто знайшли ключі, а й показали Осені, що ми чекаємо її. Дякуємо, що допомогли їй прийти!»

6. Рефлексія та релаксація (4 хв)

Обговорення: «Що було найцікавішим? Чи було щось важке? Яку осінню казку ви можете придумати?»

Релаксація «Осіннє розслаблення»: Діти сідають у позу «жабки» (коліна зігнуті, голова опущена), роблять глибокий вдих і на видиху повільно, з силою, промовляють звук «х-х-х-х», розслабляючи м'язи шії та плечей.

Тема: «Правила дорожнього руху пішоходів (вчимося бути уважними на дорозі)»

Мета:

- Розвивати мовленнєве дихання (тривалість, рівномірність, спрямованість і силу видиху, темп, інтонаційну виразність) засобами ерготерапії.

- Формувати знання про правила дорожнього руху, виховувати уважність, відповідальність і вміння орієнтуватися в міському середовищі.

- Розвивати дрібну моторику, увагу, сенсорне сприймання та координацію рухів.

- Сприяти розвитку емоційного самоконтролю, соціальної взаємодії та навичок безпечної поведінки.

Матеріали: бейджі «Юний інспектор» або «Безпечний пішохід», картки із зображеннями дорожніх знаків (заборонних, попереджувальних, інформаційних), світлофор (іграшковий або паперовий), паперові кульки, соломинки, фішки, лабіринт «Міська вулиця», кінетичний пісок або пластилін, дзеркало, ватні кульки, макет пішохідного переходу.

1. Організаційний момент (соціальна участь + емоційне благополуччя)

Привітання:

Логопед: «Сьогодні ми потрапимо у велике місто. Щоб бути там у безпеці, треба знати правила, бути уважними й правильно дихати!»

Кожна дитина обирає роль — «Юний інспектор», «Пішохід», «Водій» (соціальна участь).

Емоційна вправа «Світлофор настрою»: діти показують кольори:  — гарний настрій,  — трохи хвилююсь,  — втомився. Короткий вдих і видих допомагають «перемкнути» себе на зелений настрій (емоційне благополуччя).

2. Теоретичний блок «Що таке правила дорожнього руху?» (сенсорна стимуляція + ситуаційні ігри)

Сенсорна стимуляція: розгляд реалістичних зображень дорожніх знаків, визначення їх форми, кольору, призначення.

Ситуаційна гра «Знайди знак»: логопед показує знак, дитина пояснює його значення, промовляючи фразу на видиху («Це — перехід», «Це — заборонено»).

Міні-історія:

«Місто — як живий організм. Світлофор — його серце, знаки — очі. Якщо хтось не слухає правила, місто може "захворіти"».

Закріплення: назвати по три знаки з кожної групи (попереджувальні, заборонні, інформаційні) на одному подиху.

3. Фізична активність + дихальна гімнастика

Руханка «Азбука пішохода»:

Діти рухаються за сигналом логопеда:

«Зелений» — крокуємо вперед;

«Жовтий» — стоїмо й дихаємо повільно;

«Червоний» — затримуємо подих.

Масаж пальців «Світлофор»: по черзі натискання на пальці: «червоний — стою», «жовтий — готуюсь», «зелений — іду».

4. Дихальні вправи (дихальна гімнастика + сенсорна стимуляція + інтеграція середовища)

«Гальмуємо машину» — дути на іграшкову машинку, імітуючи звук «ш-ш-ш-ш».

«Перевези фішку через дорогу» — дмуханням пересунути легку фішку через макет «зебри».

«Зупини автомобіль» — короткі спрямовані видихи, щоб машинка «зупинилась» на червоне світло.

Інтеграція середовища: використання великого настільного або підлогового макета вулиці з переходом і світлофором, дзеркала для контролю артикуляції.

5. Ігрові мовленнєві завдання (ситуаційні ігри + соціальна участь)

«Світлофор правил» — читати назви дорожніх знаків із карток:

 — швидко,  — помірно,  — повільно.

«Ланцюжок правил» — назвати кілька правил поведінки на одному подиху: («Перед переходом — зупинись, подивись, послухай»).

Скормовка:

Щоб безпечно перейти —

Треба правила знайти.

Знайде пішохід умить,

Де й коли йому ступить!

(вимова в різних інтонаціях — урочисто, весело, серйозно).

6. Завдання на силу та спрямованість видиху (фізична активність + сенсорна стимуляція)

«Пішохідний футбол» — дути через соломинку на легкий «автомобіль», «закочуючи» його в «гараж».

«Міський лабіринт» — дути на гудзик-пішохода, рухаючи його по намальованому маршруту.

Інтеграція середовища: лабіринт на підлозі, позначений кольоровими смугами, що створює ефект реальної дороги.

7. Арт-терапія + соціальна участь

Ліплення «Безпечна вулиця» — створення елементів дорожньої інфраструктури (світлофор, перехід, машини, пішоходи) із пластиліну або кінетичного піску.

Малювання «Мій шлях до школи» — діти малюють власний безпечний маршрут, коментуючи малюнок.

Спільне обговорення робіт формує емоційне благополуччя та соціальну взаємодію.

8. Підбиття підсумків (емоційне благополуччя + соціальна участь)

Бесіда:

- Що потрібно робити, щоб бути уважним пішоходом?
- Який знак запам'ятався найбільше?
- Коли треба зупинитись, а коли — рухатись?

Релаксаційна вправа «Тихе перехрестя»: вдих — «світлофор блимає», видих — «місто засинає», спокійне ритмічне дихання.

Домашнє завдання: разом із батьками пройти знайомий маршрут до школи, повторюючи правила поведінки й називаючи знаки на одному подиху.