

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Тольяттинский государственный университет»

Гуманитарно-педагогический институт

(наименование института полностью)

Кафедра «Дошкольная педагогика, прикладная психология»

(наименование)

44.03.03 Специальное (дефектологическое) образование

(код и наименование направления подготовки, специальности)

Дошкольная дефектология

(направленность (профиль) / специализация)

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА (БАКАЛАВРСКАЯ РАБОТА)

на тему **ПСИХОЛОГО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ РАЗВИТИЯ РЕЧЕВОГО
ДЫХАНИЯ У ДЕТЕЙ 5-6 ЛЕТ С ТЯЖЕЛЫМ НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ**

Студент

Ю.А. Бадретдинова

(И.О. Фамилия)

(личная подпись)

Руководитель

к.п.н., доцент А.А. Ошкина

(ученая степень, звание, И.О. Фамилия)

Тольятти 2020

Аннотация

Бакалаврская работа рассматривает решение актуальной проблемы развития речевого дыхания у детей пяти-шести лет с тяжелыми нарушениями речи.

Целью работы является теоретическое обоснование и экспериментальная проверка психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей шестого года жизни с тяжелыми нарушениями речи.

В ходе работы решаются задачи: изучение теоретических основ реализации психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи; выявление уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи; определение и апробация психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Бакалаврская работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (23 источника), приложения. Работа содержит 13 таблиц, включает в себя 12 приложений. Объем работы – 47 страниц без приложения.

Оглавление

Введение	5
Глава 1 Теоретические основы реализации психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи	9
1.1 Физиологические основы развития речевого дыхания у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи	9
1.2 Характеристика психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи	18
Глава 2 Экспериментальная работа по реализации психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи	24
2.1 Изучение уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи	24
2.2 Апробация психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи	31
2.3 Динамика развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи	37
Заключение	44
Список используемой литературы	46
Приложение А Список детей	48
Приложение Б Протокол проведения диагностического задания 1 «Пропой звук». Констатирующий эксперимент	49
Приложение В Протокол проведения диагностического задания 2 «Проверим, как ты сильно умеешь дуть». Констатирующий эксперимент	50

Приложение Г	Протокол проведения диагностического задания 3 «Покажи, как ты дышишь». Констатирующий эксперимент	51
Приложение Д	Протокол проведения диагностического задания 4 «Как ты умеешь дышать». Констатирующий эксперимент	52
Приложение Е	Сводная таблица данных констатирующего эксперимента.	53
Приложение Ж	Картотека дидактических игр для развития речевого дыхания	54
Приложение И	Протокол проведения диагностического задания 1 «Пропой звук». Контрольный эксперимент	56
Приложение К	Протокол проведения диагностического задания 2 «Проверим, как ты сильно умеешь дуть». Контрольный эксперимент	57
Приложение Л	Протокол проведения диагностического задания 3 «Покажи, как ты дышишь». Контрольный эксперимент ...	58
Приложение М	Протокол проведения диагностического задания 4 «Как ты умеешь дышать». Контрольный эксперимент	59
Приложение Н	Сводная таблица данных контрольного эксперимента	60

Введение

Дошкольный возраст является фундаментом формирования личности, где закладываются все самые важные аспекты будущего успешного взрослого человека. К сожалению, в последние годы наблюдается тенденция увеличения числа детей, которые имеют те или иные отклонения в речевом развитии. Коррекция и развитие речи ребенка – сложный, многоуровневый процесс. Исследователи-физиологи, такие как В.Г. Ермолаева, Е.Н. Малютина, Ю. Парова и др. утверждают, что наряду с лексическим, фонетическим, грамматическим строем речи важно развитие и речевого дыхания. «Процесс дыхания является энергетической базой речепроизводства, которая у данной категории детей часто оказывается нарушенной». Среди исследователей этой проблемы можно назвать таких, как Е.Ф. Архипова, А.А. Гуськова, М.В. Земляченко, А.Р. Лурия, А.И. Максакова, Н.М. Сеченов, И. А. Сикорский.

В своей работе мы проанализируем особенности развития речевого дыхания у детей с тяжелым нарушением речи и опишем проведенное нами исследование состояния речевого дыхания у старших дошкольников с тяжелыми нарушениями речи. Предложим коррекционные мероприятия, направленные на устранение недостатков дыхательных процессов.

Актуальность исследования заключается в том, что на современном этапе активно изучается проблема речевого развития детей с тяжелыми нарушениями речи. Достаточно много внимания уделяется фонетической, лексической, грамматической сторонам речи ребенка. Наряду с этим правильное дыхание является не менее важным аспектом в становлении речи у детей и является одним из этапов коррекционной работы с речевыми нарушениями дошкольников.

Исследователи, изучавшие дыхание, как важное составляющее речи дошкольников, предлагают следующие пути и средства развития речевого дыхания: коррекционные упражнения в логопедической работе

(Е.Ф. Архипова, А.А. Гуськова, А.И. Земляченко), фонетическую ритмику (В.И. Деревянников, А.В. Запорожец, Н. В. Микляева), упражнения на координацию носового и ротового вдоха и выдоха (Ф.А. Ипполитова), дыхательную гимнастику (А.Н. Стрельникова.). Однако в теории специального образования не рассматривались эффективные психолого-педагогические условия развития речевого дыхания у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи.

Отталкиваясь из вышеизложенного, нами было определено **противоречие** между необходимостью развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи и отсутствием необходимых разработанных психолого-педагогических условий.

Выявленное противоречие позволило обозначить **проблему исследования**: каковы психолого-педагогические условия развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи?

Исходя из актуальности данной проблемы, сформулирована тема исследования: «Психолого-педагогические условия развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи».

Цель исследования: теоретически обосновать и экспериментально проверить психолого-педагогические условия развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Объект исследования: процесс развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Предмет исследования: психолого-педагогические условия развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Гипотеза исследования: развитие речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи будет возможным при следующих психолого-педагогических условиях:

- учтены индивидуальные особенности речевого дефекта детей,
- включены игры и упражнения на развитие речевого дыхания в разные формы образовательного процесса,

– используются приемы побуждения детей к самоконтролю речевого дыхания в самостоятельной деятельности, направленной на речевое развитие.

Задачи исследования:

1. Изучить теоретические основы развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

2. Выявить уровень развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

3. Определить и апробировать психолого-педагогические условия развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Для достижения поставленных задач в работе применялись следующие **методы исследования**: изучение и анализ психологической, педагогической, методической литературы по проблеме исследования; психолого-педагогический эксперимент, который включает констатирующий, формирующий, контрольный этапы, а также количественный и качественный анализ результатов, полученных в процессе исследования.

Теоретической основой исследования являются:

– теории о физиологическом строении дыхательной системы детей раннего и дошкольного возраста (А. Андронеск, В.Г. Ермолаев, Е.Н. Малютин, Ю. Паров, Л.К. Петрова-Брюханова и др.);

– положения специальной психологии и логопедии об общих и специфических закономерностях развития детей нормы и детей с тяжелыми нарушениями речи (В.И. Белякова, А.Н. Гвоздев, Г.И. Жаренкова, Г. А. Каше, Р. Е. Левина, Н.А. Никашина, З.В. Савкова, Л. Ф. Спирина и др.);

– исследования по изучению особенностей развития речевого дыхания у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи (Е.Ф. Архипова, А.А. Гуськова, М.В. Земляченко, А.И. Максаков и др.).

Новизна исследования заключается в том, что определены психолого-педагогические условия развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Теоретическая значимость исследования:

- обоснованы психолого-педагогических условия развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи;
- определены диагностические задания для выявления уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Практическая значимость исследования заключается в том, что представленные психолого-педагогические условия развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи помогут в организации образовательного процесса в дошкольной образовательной организации.

Экспериментальная база исследования: муниципальное автономное дошкольное образовательное учреждение детский сад № 200 «Волшебный башмачок». В исследовании принимали участие 13 детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Структура бакалаврской работы: работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка используемой литературы (23 источника), приложения. Работа проиллюстрирована 13 таблицами.

Глава 1 Теоретические основы реализации психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи

1.1 Физиологические основы развития речевого дыхания у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи

Основная биологическая функция дыхания – обмен газов в организме человека и является жизненно необходимой. Частота дыхания, его глубина и ритм зависят от потребности в кислороде организма в данный момент времени. Если рассматривать процесс дыхания как концепцию функциональной системы П.К. Анохина [1] «Дыхательная система – это комплекс образований, включающий центральные (регуляторные) и периферические (воспринимающие) нервные компоненты и рабочие аппараты, функционально объединенные в единую систему, конечным эффектом деятельности которой является поддержание относительного постоянства O_2 , CO_2 и pH крови и тканей организма. Развитие функциональной дыхательной системы подчиняется всем тем закономерностям, установленным для других систем организма». Дыхание содержит две фазы: вдох и выдох. Основной, движущей кислород, силой организма является диафрагма. Во время вдоха мышцы диафрагмы сокращаются, объем грудной клетки увеличивается, что влечет наполнение легких воздухом. При выдохе происходит обратное действие: мышцы диафрагмы расслабляются, углекислый газ выходит наружу.

Различают три типа дыхания: верхнереберный, грудной, грудобрюшной (он же диафрагмально-реберный). Отличие одного типа дыхания от другого состоит в степени участия диафрагмы. Грудобрюшной тип дыхания физиологически является самым оптимальным дыханием.

Органы дыхания и все основные составляющие части дыхательной системы начинают формироваться еще во время внутриутробного развития

ребенка. Е.Н. Голубева [19] объясняет, что «к моменту рождения ребенка центральные механизмы регуляции дыхания обеспечиваются ретикулярными структурами мозга и среднего мозга, сенсорной корой и целым рядом образований лимбической системы.

Далее, постнатальное развитие регуляции дыхательной функции включает в себя такие новые структуры, как парафасцикулярный комплекс зрительного бугра, мамиллярное тело, задний и латеральный гипоталамус. Дыхание плода реализуется плацентой, но, несмотря на это уже на 11 неделе у плода наблюдаются сокращения диафрагмы и межреберных мышц. Такие движения способствуют развитию легких, активируют кровообращение плода и формируют ансамбль нейронов, участвующих в регуляции дыхания. Частоту дыхательных движений плода может увеличивать, например, гипоксия и ацидоз. Эффекторный отдел развивается и оформляется, достигая зрелости уже в эмбриогенезе к 24-28-й неделе. Дыхательные движения фиксируют с помощью ультразвука как компонент биофизического профиля».

Следующий период развития дыхания начинается с рождения ребенка. Легкие младенца окончательно расправляются, увеличивается капиллярный кровоток, что обеспечивает активную вентиляцию легких и насыщение крови кислородом.

А. Андронеск [5] выделяет основные этапы развития легких:

- 5 лет – стабильное развитие и замедленный рост дыхательных путей,
- 5-7 лет – преобладание процесса расширения,
- 9 лет – удлинение бронхиального дерева,
- 12 лет – расширение воздухоносных путей. Наиболее резкое возрастание всех показателей наблюдается в подростковом возрасте.

Л.К. Петрова-Брюханова выделяет основные периоды на основании наблюдения за характером дыхания у детей во время бодрствования. «У детей первых дней жизни в период бодрствования дыхание отличается

равномерным характером, сравнительно однообразной формой дыхательного движения и небольшими колебаниями тонуса мускулатуры, участвующей в дыхании.

В возрасте 7-8 дней жизни до 2,5-3 месяцев дыхательные движения становятся крайне непостоянными по ритму, глубине и скорости протекания фаз дыхательного цикла. Выявлено, что тонус дыхательной мускулатуры почти непрерывно и беспорядочно колеблется. Однако с 4-5 месяцев намечается некоторая тенденция к выравниванию дыхания, дыхательные движения становятся не такими хаотичными, как у детей первых месяцев.

Во второй половине первого года жизни дальнейшее выравнивание дыхания идет по пути упорядочения главным образом только ритма, в то время как амплитуда, форма дыхательного движения и тонус мускулатуры все еще остаются весьма неустойчивыми. В течение последующих лет характер дыхания изменяется очень медленно. При этом параллелизм в выравнивании различных показателей дыхания отсутствует: быстрее всего выравнивается ритм, медленнее форма, еще более медленно глубина дыхательных движений и тонус мускулатуры. Относительно равномерным дыхание становится только к 13-14 годам» [16].

Помимо функции обмена газа в организме, органы дыхания участвуют и в образовании голоса. Дыхание во время речевого акта, называемое речевым дыханием, отличается от физиологического. В.И. Белякова трактует понятие: «Речевое дыхание – это высококоординированный акт, во время которого дыхание и артикуляция строго соотносятся в процессе речевого высказывания» [6]. В статье Н.М. Фатеевой под речевым дыханием понимается «способность человека в процессе высказывания своевременно производить короткий, достаточно глубокий вдох и рационально расходовать воздух при выдохе» [17].

З.В. Савкова обозначила «четыре качества речевого дыхания: глубина, высота, частота, близость дыхания».

Глубина дыхания – это такой тип диафрагмального дыхания, при котором производится полноценный, глубокий вдох. Грудная клетка сохраняет «расширенное» положение в течение речевого высказывания, благодаря чему восполняются воздушные резервы.

Высота дыхания. При его освоении воздушные струи направлены вертикально вверх (в голову), но не горизонтально (в рот).

Частота дыхания – активные, стремительные, краткие доборы воздуха во время речевой деятельности, что помогает управлять средствами речевой выразительности (интонация, ритм, темп, пауза) придает словам и высказыванию выразительность.

Близость дыхания – четкость, членораздельность артикуляции.

Перед началом высказывания, в норме, делается глубокий, быстрый вдох, имеющий определенный запас воздуха, который способен обеспечить и поддержать голосообразование. Важно, во время произнесения логично и порционно использовать фонационный выдох. Что создает специальное торможение воздуха, которое выражается в «произвольном препятствовании спадению стенок грудной клетки. Вследствие этого речевой выдох становится более продолжительным, обеспечивая озвучивание интонационно и логически завершенных смысловых отрезков (синтагм)» [21].

В результате чего соотношение времени вдоха и выдоха становится 1:6. Продолжительность выдоха увеличивается вследствие увеличения дыхательного цикла.

Ребенок с нормальным развитием совершает быстрый и глубокий вдох перед началом речи. Такой вдох называют речевым вдохом. Он обладает достаточным количеством воздуха, чтобы «обеспечить поддержание подскладочного давления и правильного голосообразования» [7], а также достаточный объем воздуха для произнесения высказывания. Для этого время выдоха длится такое количество времени, сколько потребуется для произнесения и интонационно-логического завершения высказывания. Такой выдох называют «речевым выдохом».

По мере взросления ребенка и развития его речи в организме формируется механизм речевого дыхания.

«Таким образом, речевое дыхание представляет собой систему произвольных психомоторных реакций, тесно связанных с производством устной речи. Характер речевого дыхания подчинен внутреннему речевому программированию, а значит – семантическому, лексико-грамматическому и интонационному наполнению высказывания» Л.И. Белякова, Н.Н. Гончарова, Т.Г. Шишкова [3].

По мнению А.Н. Леонтьева, органы дыхания, помимо выполнения своей основной биологической функции газообмена, осуществляют одновременно голосообразующую и артикуляционную функции. В отличие от физиологического дыхания, речевое имеет следующие отличия:

«1) у речевого дыхания фаза выдоха в 5-8 раз продолжительнее фазы вдоха;

2) во время речи число дыхательных движений уменьшается вдвое, т.е. на каждый дыхательный цикл отводится вдвое больше времени;

3) объем выдыхаемого воздуха при речи достигает 1000-1500 см³ , вместо 500 см³ при обычном дыхании;

4) вдох при речи производится главным образом через рот, а не через нос;

5) выдох во время речи осуществляется при активном участии выдыхательных мышц, это необходимо для образования давления воздушной струи, без чего невозможна звучная речь» [11].

Прежде чем сравнивать развитие речевого дыхания у детей с нормальным развитием речи и детей с нарушением в развитии речи, обозначим, что означает тяжелое нарушение речи.

«Тяжелое нарушение речи (ТНР) рассматривается как системное нарушение речевой деятельности, сложные речевые расстройства, при которых у детей нарушено формирование всех компонентов речевой

системы, касающихся и звуковой, и смысловой сторон, при нормальном слухе и сохранном интеллекте» [20].

Речевая недостаточность при ТНР у дошкольников может варьироваться от полного отсутствия речи до развернутой речи с выраженными проявлениями лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития (Р.Е. Левина).

В настоящее время выделяют четыре уровня речевого развития, отражающие состояние всех компонентов языковой системы у детей с ТНР (Т.Б. Филичева).

При первом уровне речевого развития речевые средства ребенка ограничены, активный словарь практически не сформирован и состоит из звукоподражаний, звукокомплексов, лепетных слов. Высказывания сопровождаются жестами и мимикой. Фонематическое развитие находится в зачаточном состоянии. Ограничена способность восприятия и воспроизведения слоговой структуры слова.

При переходе ко второму уровню речевого развития речевая активность ребенка возрастает. Активный словарный запас расширяется за счет обиходной предметной и глагольной лексики. Возможно использование местоимений, союзов и иногда простых предлогов. У детей выявляется недостаточность фонетической стороны речи (большое количество несформированных звуков).

Третий уровень речевого развития характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития. Появляются первые навыки словообразования.

Четвертый уровень речевого развития (Т.Б. Филичева) характеризуется незначительными нарушениями компонентов языковой системы ребенка. Отмечается недостаточная дифференциация, нарушения слоговой структуры слов, проявляющиеся в неспособности ребенка удерживать в памяти фонематический образ слова при понимании его значения. Недостаточная

внятность речи и нечеткая дикция оставляют впечатление «смазанности». Все это показатели не закончившегося процесса фонемообразования.

Дети с ТНР имеют (по сравнению с возрастной нормой) особенности развития сенсомоторных, высших психических функций, психической активности».

У детей нормы речевое дыхание формируется параллельно развитию речевой деятельности. У детей же с нарушениями речи объем легких значительно меньше, в большинстве случаев характерны верхнереберный или грудной тип дыхания. Поверхностное с неустойчивым ритмом дыхание, которое нарушается при какой-либо нагрузке (эмоциональной или физической). Появляются дополнительные вдохи, вследствие активного сокращения мышц диафрагмы, отмечаются задержки дыхания.

Нарушается интонационное и логическое высказывание посредством нарушения баланса вдоха – выдоха. Слова произносятся в разные фазы дыхания. Перед произнесением выражения (фразы) в легкие набирается недостаточный объем воздуха, нерационально используется полученный воздух. Время выдоха сокращается. Строение высказывания нарушается.

В научной литературе достаточно работ по исследованию развития физиологического дыхания. Процесс формирования и его значения для речи ребенка исследованы не в полном объеме. В частности, недостаточно данных, характеризующих особенности формирования фонационного и речевого дыхания у детей с тяжелым нарушением речи.

В систему логопедической работы по коррекции и преодолению речевых нарушений входят рекомендации по развитию фонационного выдоха, вместе с тем, речевому дыханию, как психомоторной функции, уделяется недостаточное внимание.

Педагогические исследования подтверждают, что у детей с тяжелым нарушением речи перед началом речевого высказывания достаточно небольшой объем воздуха во время вдоха, и короткий речевой выдох. Не соблюдается расходование воздуха во время высказывания: слова могут быть

произнесены и на вдохе, и на выдохе. Исходя из вышесказанного, речевое дыхание важно для качества речевой деятельности и является залогом связного речевого высказывания.

Наряду с этим можно говорить и о несформированности дыхательной системы, что не может отразиться на достаточном обеспечении кислородом всего организма. Отсюда следует, что дети с речевой патологией являются физически более слабыми в отличие от детей с нормальным речевым развитием, а также подвержены воздействиям инфекционных и других факторов неблагоприятной среды.

Несформированность дыхательной функции наблюдаются и у детей с дизартрией. Такие исследователи как Е.Ф. Архипова, Р.И. Мартынова, Н.М. Фатеева и другие отмечают следующие особенности дыхательной функции у детей с данным речевым нарушением: «учащенное дыхание, недостаточная его глубина, укороченный речевой выдох, нарушение координации между дыханием, фонацией и артикуляцией. Ученые предполагают, что данные нарушения связаны с задержкой созревания дыхательной функциональной системы у детей, имеющих органические поражения ЦНС» [13].

Если рассматривать нарушение речевого дыхания у детей с заиканием, то оно «нередко связано с приступом судорожной активности в мышцах дыхательного аппарата. В тех случаях, когда приступов заикания в процессе высказывания нет, экспериментально обнаруживается недостаточный объем вдоха перед началом речевого сообщения, а, следовательно, укороченный выдох, в процессе которого ребенок не успевает договорить до конца фразу, и делает повторный вдох или заканчивает фразу на фоне напряженного выдоха остаточного объема воздуха из легких. Неречевое дыхание заикающихся детей также имеет свои особенности. Оно, как правило, поверхностное, с неустойчивым ритмом, легко нарушается при эмоциональном напряжении, объем воздуха в легких снижен по сравнению с

возрастной нормой, не формируется диафрагмальный тип дыхания, то есть отсутствует полноценная база для формирования речевого дыхания» [6].

У детей с ринолалией «в связи с анатомическими дефектами строения твердого неба глубоко страдает как физиологическое дыхание, так и фонационное дыхание. Расщелина, не оперированная долгое время, при отсутствии мер профилактики, приводит, по мнению авторов, к снижению тонуса дыхательных мышц, что нередко находит свое отражение в поверхностном характере дыхания, уменьшении его объема, в нарушении как ротового, так и носового типов дыхания. Смешанное ротоносовое дыхание, наблюдаемое у детей с врожденной патологией анатомического строения неба, сопровождается недоразвитием дыхательной мускулатуры, вызывая патологические изменения дыхательных путей, что в дальнейшем является одной из причин нарушения речи» [12].

«Нарушение речевого дыхания отмечается и при разнообразных патологиях голоса независимо от природы дефекта. Исследователи отмечают, что дыхание при голосовых нарушениях, в большинстве случаев, слабое, поверхностное. Вдох и выдох не координированные, нередко отмечается речью на вдохе, т.е. нарушается синхронность функционирования всей системы – дыхания, голоса, артикуляции» О.С. Орлова, Т.Г. Шишкова [22].

Таким образом, детям с речевыми нарушениями требуются специальные коррекционные физические мероприятия и упражнения, благодаря которым активизируется физиологическая роль диафрагмальной мышцы. Это позволит развить грудобрюшной тип дыхания. Помимо него важно развивать объем легких для построения длительных фраз, способствовать оптимизации процесса становления фразовой речи и повышению результативности логопедической работы.

Для развития речевого дыхания важно приблизить показатели развития объема легких и грудобрюшного типа дыхания к норме, так как они являются основой для формирования речевого дыхания. Коррекционные мероприятия

будут способствовать также повышению физических возможностей организма, то есть укреплению здоровья детей, что также благоприятно скажется на педагогическом процессе.

1.2 Характеристика психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи

Исследования Е.Ф. Архиповой [4], А.А. Гуськовой [7], А.И. Земляченко [8], Фатеевой Н.М. [17] и др. говорят о том, что развитие речевого дыхания связано с развитием грудобрюшного типа дыхания, объема легких и в дальнейшем с помощью специальных коррекционных упражнений.

Детям с тяжелыми нарушениями речи в большинстве случаев характерны верхнереберный или грудной тип дыхания. Поверхностное с неустойчивым ритмом дыхание, которое нарушается при какой-либо нагрузке. Появляются дополнительные вдохи, вследствие активного сокращения мышц диафрагмы, отмечаются задержки дыхания.

Следует отметить, что у детей с тяжелыми нарушениями речи проблема с развитием речевого дыхания связана с отсутствием богатого речевого опыта. У таких детей отсутствует разнообразное течение речи, употребление речевых отрезков в высказывании, которые, в зависимости от содержания, могут иметь ряд свойств: длину (короткие, длинные), скорость высказывания (медленные, монотонные и быстрые, эмоционально насыщенные). В связи с этим объем воздуха в легких и его расходование зависит от речевой композиции. На дыхательный цикл влияет построение высказывания и совпадает с логическими, интонационно-смысловыми паузами. Исходя из вышесказанного, можно сделать вывод, что прежде, чем ребенок произнесет фразу, происходит внутреннее речевое планирование как артикуляции, так и речевого дыхания.

Дети с тяжелыми нарушениями речи не могут спланировать и осуществить полноценную совместную речевую деятельность. Помочь таким детям могут специально созданные условия. Это значит, что ресурсы должны удовлетворять творческую и физическую активности ребенка. Условие реализуется через применение материалов различных цветов, фактуре, качеству. Использование спортивного инвентаря, предметов-заместителей, материалов для творчества детей. То есть, в учреждениях создаются такие условия, чтобы была взаимосвязь воспитательной и коррекционной работы.

Формирование речевого дыхания у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи требует полноценной, взаимосвязанной и постоянной работы логопеда и воспитателя. В своей работе педагоги ставят следующие задачи:

- повысить выносливость и силу мышц артикуляционного аппарата;
- нормализовать ритм дыхания;
- научить контролировать процесс речи;
- добиться полного усвоения навыков правильного дыхания;
- увеличить количество произносимых на выдохе слов.

Необходимо создание определенных условий, одним из которых является подбор дидактических пособий и игровых упражнений, направленных на развитие:

- грудобрюшного дыхания,
- длительного глубокого вдоха,
- целенаправленного ротового выдоха,
- качеств дыхания: продолжительность, сила, глубина, частота.

Дети с нарушениями речи обладают определенной спецификой развития. У них наблюдается снижение моторики пальцев. У многих дошкольников отмечаются вялость мышц рук или слишком высокая их напряженность. Поэтому особое внимание обращается на формирование мелкой моторики. Через разные формы двигательной активности ребенка с

нарушением речи разработаны комплексы коррекционно-развивающих занятий с речевым сопровождением, которые содержат многообразие движений, пальчиковую гимнастику, физкультминутки: «Певец», «Ворона», «Намотай клубочек», «Паровоз». Что способствует решению поставленных задач: увеличить количество произносимых на выдохе слов, повысить выносливость и силу мышц артикуляционного аппарата, развить мелкую моторику рук. Атрибуты к данным играм можно расположить также и в двигательном центре для самостоятельной деятельности.

Исследователи, такие как В.И. Деревянников, А.В. Запорожец и другие, утверждают, что существует фонематическая связь между формированием произношения и развитием движений, то есть взаимодействие органов речи и движений тела способствует монотонности речи.

«Раскованность и непринужденность, приобретаемые детьми старшего дошкольного возраста с ТНР, при выполнении ритмических движений телом, оказывают положительное влияние и на двигательные свойства речевых органов» [14].

В современной коррекционной логопедической работе активно используется фонетическая ритмика, соединяющая в себе формирование, коррекцию произносительной стороны речи и развитие естественных движений. В связи с этим, в группы для детей с тяжелыми нарушениями речи оформляются зоны для проведения упражнений с выполнением детьми активных движений. Такие зоны позволяют дошкольникам свободно перемещаться, располагаться на полу и включают в себя наличие мягких модулей.

«Фонетическая ритмика – это система двигательных упражнений, в которых различные движения (корпуса, головы, рук, ног) сочетаются с произнесением определенного речевого материала (фраз, слов, слогов, звуков)» [14].

Использование в коррекционной работе фонетической ритмики решает ряд задач:

- нормализация речевого дыхания;
- формирование умений изменять силу и высоту голоса, сохраняя нормальный тембр без грубых отклонений от нормы;
- правильное воспроизведение звуков и их сочетаний изолированно, в слогах и словосочетаниях, словах, фразах;
- воспроизведение речевого материала в заданном темпе;
- восприятие, различение и воспроизведение различных ритмов;
- умение выражать свои эмоции разнообразными интонационными средствами [14].

Фонетическая ритмика может содержать в себе как произношение одного звука, например, «Шарик лопнул», «Щетки автомобиля», «Поймай комара», слогов «Неваляшка», «Фонарики», так и слов и фраз: «Топим печь», «Заготовим дрова», «Теленок» и другие.

Как было сказано выше, в коррекционной работе педагогами активно применяется игровой метод при выполнении упражнений совместно с использованием таких приемов, как показ, алгоритмы, пояснения и другие.

Рекомендации проведения дыхательных упражнений:

- проводить занятия в хорошо проветренном помещении,
- заниматься следует за 30 – 50 минут до приема пищи;
- начинать следует с одного упражнения, постепенно увеличивая нагрузку. Строго соблюдать дозировку количества и темп проведения упражнений;
- ребенок не должен напрягать плечи, шею, мышцы рук, живота, груди;
- нельзя поднимать плечи при вдохе;
- все движения ребенок должен выполнять плавно, под счет, бесшумно [15].

Дыхательные упражнения в игровой форме вызывают интерес у дошкольников, положительный настрой, желание активно участвовать. Что в

свою очередь способствует достижению поставленной педагогической цели и формированию у детей практических умений и навыков. При выполнении специальных коррекционных упражнений происходит оптимизация дыхания в целом. Повышается общий уровень здоровья ребенка.

Позитивно настроить детей на занятие поможет музыка. В свою очередь помочь подобрать музыкальный репертуар для сопровождения дыхательных упражнений и игр может музыкальный руководитель.

К одной из форм дыхательной гимнастики можно отнести пение. Регулярное использование пения в работе оказывает положительные результаты: увеличивается объем легких, длительность вдоха и выдоха, улучшаются показатели функции дыхания.

Ф.А. Ипполитова [9] предлагает разработанную систему последовательности работы для упражнений на координацию носового и ротового вдоха и выдоха:

- вдох осуществляется через нос, выдох то же через нос,
- вдох осуществляется через рот, выдох через нос;
- вдох осуществляется через нос, выдох через рот;
- вдох осуществляется через рот, выдох тоже через рот.

Основной вид деятельности детей дошкольного возраста – игра. Особый интерес вызывают игры-соревнования: «Футбол», «Самый быстрый карандаш», «Кто дальше загонит мяч», «Буря в стакане», «Надуй шар». Такие игры развивают у детей не только умение взаимодействовать со сверстниками и умение договариваться, но и способствуют развитию грудобрюшного дыхания, длительного глубокого вдоха, целенаправленного ротового выдоха, таких качеств дыхания, как продолжительность, сила, глубина, частота. Пособия и атрибуты к таким играм можно разместить не только в центре речевого развития, но и в таких центрах, как познавательно-исследовательский, художественного творчества и даже уголок уединения.

В.И. Селиверстов считает, что все занятия по развитию речевого дыхания у детей с нарушением речи основываются на основных

дидактических принципах «научности и доступности, сознательной активности, систематичности и последовательности, прочности, связи теории с практикой, индивидуализации и коллективности» [10].

Индивидуальный подход выражается в изучении каждого ребенка перед началом работы с ним, а затем и в процессе, и в зависимости от его речевых, физических и психологических особенностей в выборе средств коррекционно-воспитательной работы.

Принцип системности и последовательности заключается в постепенном, дозированном процессе внедрения знаний, развитии навыков и умений дошкольникам, что обеспечивает непрерывное, посильное усвоение детьми материала. Систематичность занятий позволяет прочно освоить навыки правильной речи и дыхания.

Одно из ведущих мест в логопедической работе занимает принцип сознательности и активности. Многие дети старшего дошкольного возраста уже осознают свой недостаток, переживают, чувствуют себя «не такими как все», стесняются. В связи с этим, задачей занятия становится не только преодолеть нарушение дыхания и речевые последствия, но и в коррекции поведения и отношения к себе ребенка.

Все занятия по коррекции речевого дыхания необходимо проводить с использованием наглядных пособий и технических средств обучения. Принцип прочности подразумевает не только приобретение прочных знаний, умений и навыков детьми, но и умение воспроизводить и применять полученное в быту.

Глава 2 Экспериментальная работа по реализации психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи

2.1 Изучение уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи

Исследование включало в себя три этапа: констатирующий, формирующий и контрольный. Констатирующий эксперимент проводился нами на базе муниципального автономного дошкольного образовательного учреждения детский сад № 200 «Волшебный башмачок» г.о. Тольятти. В нём принимали участие 13 детей, в возрасте 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи (список детей представлен в приложении А).

Содержанием констатирующего этапа явилось определение исходного уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

На данном этапе были определены следующие задачи:

- обосновать и дать качественную характеристику уровней развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи,
- разработать план проведения диагностики.

Основными критериями отбора диагностических заданий констатирующего этапа эксперимента явились:

- соответствие возрастным и индивидуальным возможностям детей 5-6 лет;
- диагностическая ценность в определении особенностей развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Диагностические задания давались детям в первой половине дня после проведения подгрупповых занятий, индивидуально.

Обработка результатов исследования производилась путем оценки уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи по балльной системе.

Целью констатирующего эксперимента: выявить уровень развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

В соответствии с поставленной целью и принимая во внимание возрастные особенности детей дошкольного возраста с тяжелыми нарушениями речи, были выделены показатели развития речевого дыхания и подобран ряд диагностических заданий, предложенных А.И. Максаковым, представленных в таблице 1.

Таблица 1 – Диагностическая карта констатирующего эксперимента

Показатели развития речевого дыхания	Диагностические задания
Длительность выдоха	Упражнение «Пропой звук»
Сила выдоха	Упражнение «Проверим, как ты сильно умеешь дуть»
Тип дыхания	Упражнение «Покажи, как ты дышишь»
Дифференциация носового и ротового дыхания	Упражнение «Как ты умеешь дышать»

Диагностическое задание 1. Упражнение «Пропой звук».

Цель: выявить уровень развития длительности произнесения гласных звуков на одном выдохе.

Материалы: сюжетные картинки с изображением букв, звуки которых нужно произнести на выдохе, секундомер.

Ход. Перед ребенком раскладываются карточки с картинками. Задача испытуемого – как можно дольше на одном выдохе произнести гласные звуки, наиболее контрастные по артикуляционным и акустическим свойствам. Предлагается как можно дольше спеть колыбельную песенку

(произнести звук «а»), песенку паровоза (звук «у»), ослика (звук «и»). Время звучания звуков (выдоха) фиксируется с помощью секундомера.

Интерпретация результатов.

3 балла — выдыхаемая воздушная струя длительная, составляет 4 – 6 секунд.

2 балла — длительность выдоха снижена, равна 2 – 4 секунд.

1 балл — малая длительность выдоха 1 – 2 секунды

0 баллов — задание не выполняет.

Оценка результатов по диагностическому заданию «Пропой звук» предоставлена в таблице 2.

Таблица 2 – Количественные результаты диагностического задания 1

Уровни	Констатирующий этап	
	Кол-во человек	%
Низкий уровень	5	38 %
Средний уровень	7	54 %
Высокий уровень	1	8 %

Результаты полученных данных зафиксированы в протоколе, представленном в приложении Б.

В ходе анализа мы установили, что у 38 % детей (что составляет 5 испытуемых) длительность выдоха не превышала двух секунд. Это дети Даниил В., Александр К., Никита К., Владислав Л. А Владислав З. вообще отказался выполнять задание.

У 54 % детей (что составляет 7 испытуемых) длительность выдоха составила от 2 до 4 секунд. Это Алиса Б., Юрий В., Анна Г., Иван Л., Артем М., Виктория П., Татьяна Ф.

Лишь у одного ребенка, Жана П., при произнесении звуков длительность выдоха составила 5-6 секунд.

Диагностическое задание 2. Упражнение «Проверим, как ты сильно умеешь дуть»

Цель: выявить уровень развития силы выдоха.

Материалы: граненый карандаш, губная гармошка

Ход. Ребенку предлагается сначала подуть на карандаш, лежащий на расстоянии 20 см., так, чтобы он прокатился по столу. Условие – сделать вдох носом и сильно выдохнуть на карандаш. Губы вытянуты трубочкой. Затем предложить губную гармошку. Испытуемый должен подуть в нее сильно, чтобы появился звук.

Интерпретация результатов.

3 балла – выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная.

2 балла – снижен объём и сила выдоха.

1 балл – малый объём и сила выдоха.

0 баллов – задание не выполняет.

Оценка результатов по диагностическому заданию 2 «Проверим, как ты сильно умеешь дуть» предоставлена в таблице 3.

Таблица 3 – Количественные результаты диагностического задания 2

Уровни	Констатирующий этап	
	Кол-во человек	%
Низкий уровень	4	31 %
Средний уровень	5	38 %
Высокий уровень	4	31 %

Результаты обследования фиксируются в протоколе, представленном в приложении В. В ходе проведения диагностического задания, мы отметили, что 31 % детей (что составляет 4 испытуемых: Даниил В., Владислав З., Александр К., Владислав Л.) с заданием не справлялись. В большинстве случаев карандаш чуть шатался, но не продвигался вперед. Музыкальный инструмент не звучал, слышалось шипение воздушной струи.

У 38 % детей (что составляет 5 испытуемых), при направлении воздушной струи на карандаш, последний отодвигался на небольшое

расстояние, но не катился. Из губной гармонии доносился слабый тихий звук, Анна Г., Никита К., Артем М., Виктория П., Татьяна Ф.

Выполнить задание удалось 31 % детей (что составляет 4 испытуемых). Карандаш при направлении воздушной струи катился вперед. Из губной гармонии доносился четкий громкий звук, Алиса Б., Юрий В., Иван Л., Жан П.

Диагностическое задание 3. Упражнение «Покажи, как ты дышишь».

Цель: выявить тип дыхания.

Материалы: состояние покоя, при котором ребенок может сидеть, лежать, стоять

Ход. Ребенку предлагается спокойно посидеть, постоять или полежать на кушетке. Руки логопеда располагаются одна на плечах, а другая на животе. При спокойном дыхании ребенка определяется, какая часть туловища поднимается. Если поднимаются плечи, то это дыхание относится к поверхностному ключичному. Если поднимается при вдохе живот, то это диафрагмальное дыхание. Если расширяется грудь, то это относится к грудному типу дыхания.

Интерпретация результатов.

3 балла – диафрагмальный тип дыхания.

2 балла – диафрагмальный тип дыхания, ритмичность вдоха и выдоха.

1 балл – поверхностный ключичный тип дыхания, ритмичность вдоха и выдоха.

0 баллов – задание не выполняет.

Оценка результатов по диагностическому заданию 3 «Покажи, как ты дышишь» предложена в таблице 4.

Таблица 4 – Количественные результаты диагностического задания 3

Уровни	Констатирующий этап	
	Кол-во человек	%
Низкий уровень	4	31 %
Средний уровень	6	46 %
Высокий уровень	3	23 %

Результаты обследования фиксируются в протоколе, представленном в приложении Г. В ходе проведения диагностического задания, мы установили, что у четырех детей (31 %) при дыхании поднимаются плечи, вдох и выдох аритмичны, Даниил В., Владислав З., Александр К. и Владислав Л.

В положении покоя у 6 испытуемых (46 %) при вдохе поднимался живот, что означает диафрагмальный тип дыхания. Но у этих детей присутствовала аритмия дыхания, добор воздуха при вдохе. Алиса Б., Юрий В., Анна Г., Никита К., Артем М., Виктория П.

Диагностическое задание 4. Упражнение «Как ты умеешь дышать».

Цель: выявить умение дифференцировать носовое и ротовое дыхание.

Ход. Предложить ребенку показать, как он умеет дышать: вдыхать и выдыхать. Проговаривать задание, чтобы ребенок выполнял.

Вдохнуть носом (понюхай цветок) – выдохнуть носом (2-3 раза). Рот при этом закрыт.

Вдохнуть носом, а выдохнуть ртом (погрей руки) (2-3 раза).

Вдохнуть ртом (как рыба) – выдохнуть ртом (погрей руки).

Вдохнуть ртом, а выдохнуть носом.

Интерпретация результатов.

3 балла – дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох.

2 балла – недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха.

1 балл – не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох.

0 баллов – задание не выполняет.

Оценка результатов по диагностическому заданию 4 «Как ты умеешь дышать» представлена в таблице 5.

Результаты обследования фиксировались в протоколе, представленном в приложении Д.

Таблица 5 – Количественные результаты диагностического задания 4

Уровни	Констатирующий этап	
	Кол-во человек	%
Низкий уровень	3	23 %
Средний уровень	6	46 %
Высокий уровень	4	31 %

В ходе проведения диагностического задания, мы отметили, что 23 % детей (что составляет 3 испытуемых) с заданием не справились. Дети не могли понять разницу между ротовым и носовым дыханием. Зачастую вдох и выдох производился только носом или только ртом. Владислав Л. после первых неудач отказался выполнять задание.

46 % детей (что составляет 6 испытуемых) частично справились с заданием, часто сбивались, выполняли после пояснения или показа педагога. Алиса Б., Александр К., Никита К., Артем М., Виктория П. и Татьяна Ф.

Выполнить задание, самостоятельно, внимательно слушая педагога, удалось 4 детям (31 %). Это Юрий В., Анна Г., Иван Л., Жан П.

Количественные результаты констатирующего эксперимента представлены в таблице 7.

Таблица 7 – Количественные результаты констатирующего эксперимента

Уровень	Количество испытуемых
низкий	31 % (4 человек)
средний	46 % (6 человек)
высокий	23 % (3 человека)

Таким образом, результаты, полученные в ходе констатирующего эксперимента, говорят о том, что речевое развитие детей 5-6 лет данной группы находится в большинстве случаев на среднем и низком уровнях. Это зависит от индивидуальных особенностей детей, их речевого развития.

Итак, было установлено, что по успешности решения диагностических задач по выявлению уровня развития речевого дыхания группа детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи оказалась крайне неоднородной. Среди детей были такие, которые выполняли задания без особых затруднений, а были и такие, которым было сложно выполнять рекомендации, имели место и отказы от выполнения задания. Что подтвердило необходимость осуществления целенаправленной коррекционно-развивающей работы по развитию речевого дыхания у данной категории детей на формирующем этапе эксперимента. Для развития речевого дыхания у детей 5-6 летнего возраста с тяжелыми нарушениями речи необходимо повсеместное включение игр и упражнений. Всячески способствовать развитию речевого дыхания.

2.2 Апробация психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи

Исходя из цели исследования и выдвинутой гипотезы, мы определили цель формирующего эксперимента: экспериментально проверить эффективность психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5 - 6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Достижение поставленной цели осуществлялось созданием следующих психолого-педагогических условий:

- учет индивидуальных особенностей речевого дефекта у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи,
- включение в образовательный процесс игр и упражнений на развитие речевого дыхания в соответствии с программными требованиями,
- используются приемы побуждения детей к самоконтролю речевого дыхания в самостоятельной деятельности, направленной на речевое развитие.

Формирующий эксперимент проводился в 3 этапа, в соответствии с реализацией условий.

На первом этапе перед нами стояла задача определить индивидуальные особенности речевого дефекта у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи. Изучив карты здоровья детей и проведя диагностические задания, установили, что у большинства группы, а именно у 77 % (10 человек), заключение – дизартрия, остальные 23 % (3 ребенка) имеют дислалию. Присутствуют дети с нижней границей развития интеллекта и разными уровнями развития речевого дыхания. В связи с этим, учитывая индивидуальные особенности развития детей, при организации педагогом совместных игр, в пары или подгруппы включаются дети со схожими дефектами. У дошкольников с дизартрией проведение игр и упражнений на развитие речевого дыхания планируется на вторую половину дня, так как в первую половину дня у детей непрерывная образовательная деятельность, что является уже достаточной нагрузкой на артикуляционный аппарат.

В связи с особенностями строения речевого аппарата у детей с дизартрией, имеют место трудности в выполнении заданий на силу и целенаправленность выдоха. По этой причине при выполнении упражнений таким детям, как Даниил В., Владислав З., Саша К. и Влад Л. предлагаются сначала предметы для «сдувания» из легких материалов (вата, перо, тонкий лист бумаги и другие), карандаши без граней, трубочки большого диаметра. При достижении результатов задания усложняются.

Для детей с интеллектом на нижней границе возрастной нормы все задания для игр и упражнений проговариваются более подробно. Педагог периодически напоминает правила. Если воспитаннику трудно воспринимать словесную инструкцию, показывает пример выполнения, корректирует действия ребенка во время процесса игры.

На втором этапе формирующего эксперимента нами были включены в образовательный процесс игры и упражнения на развитие речевого дыхания в соответствии с программными требованиями.

Подбираем игры на развитие грудобрюшного дыхания. Так как наличие такого дыхания можно определить не только визуально, но и тактильно (путем приложения ладони к грудной клетки), а значит, дети сами могут контролировать свое дыхание, глядя в зеркало или друг на друга. Нами предложены игры: «Покачай игрушку», «Качели». Первое выполнение задания проходило под контролем и рекомендациями педагога. Последующие дошкольники выполняли самостоятельно в свободное от занятий время. Все дети с удовольствием располагались на ковриках, следили за правильностью выполнения задания товарищами.

Интересное и необычное занятие для детей – игры с мыльными пузырями. Во время самостоятельной деятельности детей была предложена игра «Буря в стакане». Под контролем педагога детям предлагается надуть как можно больше мыльных пузырей в стакане. Все дошкольники с желанием участвуют в игре. Задача педагога – контролировать, чтобы во время вдоха дети не поднимали плечи, а выдох был как можно длиннее. Сложности возникли у Владислава З. Мальчик долгое время не мог надуть пузырей больше двух-трех, что огорчало ребенка, и он несколько раз отказывался выполнять задание. Остальные дети с интересом отнеслись к игре и адекватно реагировали на рекомендации педагога.

Достаточно сложным заданием для многих детей группы оказалось надувание воздушных шаров, в связи с тем, что особенностями дизартрии являются нарушение артикуляционной моторики, слабое развитие мышц лица. После нескольких попыток, интерес к заданию пропадал. Лишь Юра В., Ваня Л., и Жан П. смогли надуть полноценно шары. Данное упражнение направлено на развитие таких качеств дыхания, как продолжительность и сила выдоха, а также на длительность глубокого вдоха.

Для развития силы и целенаправленного ротового выдоха были предложены дидактические пособия, использование которых предполагало участие одновременно двум и более воспитанникам.

Для пособия, целью которого является развитие целенаправленного ротового выдоха, «Волшебные бабочки» возможны вариации по временам года «Листопад», «Снег кружится». Сдуть бабочку с цветочка оказалось достаточно сложно для Даниила В. Струя, направляемого воздуха, направлялась все чаще вниз. Ребенку сложно вытянуть губы трубочкой, выдать струю воздуха в нужном направлении. Такие же сложности возникли и у Влада Л.

Использование игр и пособий имеет большое значение не только в самостоятельной деятельности детей, но и в непрерывной образовательной деятельности.

Каждое занятие по любой образовательной области начинаем с дыхательной гимнастики. Цель такой гимнастики – активизация мускулатуры шеи, наружных и внутренних мышц гортани; укрепление мышц брюшной полости; осуществление вентиляции легких для подготовки голосового аппарата к фонации. Выполнение упражнений вызвали сложность у детей, имеющих нарушение в восприятии словесной инструкции. Так Влад З., Влад Л. и Даниил В. требовали к себе особое внимание. Педагог часто подходила к мальчикам, показывала, исправляла действия дошкольников. Упражнения «Дышим попеременно», «Послушай свое дыхание», «Воздушный шар» и другие настраивают детей на предстоящее занятие, сосредоточение внимания на инструкции педагога.

Во время образовательной деятельности в игровой форме проводятся пальчиковые гимнастики с обязательным проговариванием слов. Это способствует развитию речевого дыхания и мелкой моторики рук, что также важно при речевом развитии детей. Основным условием является четкое повторение темпа, слов за педагогом. Воспитанникам нравятся подобные паузы, меняется вид деятельности, можно снять напряжение.

Не менее интересными для детей являются звуковые дыхательные игры. Ребенок должен пропеть звук на выдохе как можно дольше. Эти игры на начальном этапе оказались самыми сложными. Слишком короткими были

вдохи с последующим добором воздуха. Поэтому начали с пропевания гласных звуков, затем перешли на более сложные – согласные. Очень важно, что для упражнения берутся те звуки, которые произносит ребенок правильно. Поэтому подбираются индивидуально. Такие игры можно включить в индивидуальные занятия с логопедом по звукопроизношению. Предлагаем варианты: «Муха», «Комар», «Рычалка», «Шипелка» и другие.

На третьем этапе формирующего эксперимента перед нами стояла задача побудить детей к самоконтролю речевого дыхания в самостоятельной деятельности, направленной на речевое развитие.

Данный процесс осуществляется посредством бесед, дидактических игр, совместной деятельности детей.

При работе с детьми с речевыми нарушениями в процессе образовательной деятельности включались такие методы и приемы, которые вызывают интерес у дошкольников с самых первых минут занятия и обеспечивают его сохранения до окончания и развивают интерес в дальнейших самостоятельных занятиях.

Создание и стимуляция мотивации у детей правильного речевого дыхания в самостоятельной деятельности, направленное на развитие речи обеспечивалось благодаря поощрению, похвалам. Некоторые задания, игры и упражнения включали в себя соревновательные методы, что еще сильнее вызывало интерес и воздействовало на включение дошкольников в работу.

Для реализации этапа по формированию у дошкольников мотивации к занятиям по развитию речевого дыхания в самостоятельной деятельности нами использовались:

1. Игры: «Футбол», «Забей гол»,
2. Звуковые речевые игры «Эхо», «Изобрази животное»;
3. Совместная деятельность детей и взрослых «Мореплаватели».

На данном этапе важно было создать мотивацию у детей к работе по развитию речевого дыхания в самостоятельной деятельности. Ведущую роль в руководстве деятельностью занимает взрослый, стремясь заинтересовать

детей и привлечь их внимание к выполняемой ими деятельности.

Внесение изменений в оформление развивающей предметно-пространственной среды всегда вызывает у детей интерес и желание принять участие в играх. В группе было размещено зеркало для возможности дошкольников следить за своей артикуляцией и правильностью выполнения упражнений. Заинтересовали детей и предложенные пособия игр «Футбол», «Бабочки», «Мореплаватели», которые можно использовать не только в совместной деятельности с педагогом, но и самостоятельно. Картотека дидактических игр для развития речевого дыхания представлена в приложении Ж.

Рассмотрим игру «Футбол» целью, которой было развитие силы и целенаправленного ротового выдоха, создание благоприятного эмоционального фона к совместным занятиям. Игра носит соревновательный характер, что способствует активному включению дошкольников в работу. Задача каждого игрока – забить гол в ворота сопернику, направляя струю воздуха на мяч. Соревнуясь между собой, участники с каждым разом дули в трубочки все сильнее. Если сначала до первого гола игра продолжалась достаточно долгое время, то в дальнейшем темп увеличился. «Футбол» и «Забей в ворота» стали любимыми играми детей в самостоятельной деятельности. Даже мало общительные Даниил В. и Влад З. выбирали себе соперников и с удовольствием участвовали в игре.

Звуковая речевая игра «Эхо», направленная на развитие речевого выдоха и воспроизведение услышанного. Задача воспитанников – повторить последний слог несколько раз на выдохе. Многие дети, в частности Влад З., Даниил В., Саша К., Никита К. и Влад Л., не могут произнести несколько слогов на одном выдохе, они делают короткий вдох, потом начинают добирать воздух между слогами. Задача педагога – внимательно следить за дыханием дошкольников, индивидуально корректировать.

В процессе совместной деятельности детей и взрослых «Мореплаватели» было проведено занятие совместно со взрослыми. Целью,

которой было развитие длительного целенаправленного выдоха, речевого дыхания. Задание состоит в том, что игроки должны отправить в плавание свои кораблики, озвучивая их и проходя препятствия в виде испытаний. Это занятие понравилось детям. В самостоятельной деятельности и на прогулках, дети с удовольствием играли в упрощенный вариант игры.

Итогом всего формирующего эксперимента стали несколько обобщенных занятий с дошкольниками с использованием освоенных приемов и методов, соответствующих каждому этапу развития речевого дыхания.

Таким образом, проведение формирующего эксперимента по реализации психолого-педагогических условий способствовало развитию речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Благодаря проделанной работе, дети научились контролировать свое дыхание, обращая внимание на движение плеч, делать губы трубочкой и целенаправленно дуть, дифференцировать дыхание ртом и носом.

Эффективность разработанной и внедренной программы по развитию речевого дыхания в процессе формирующего эксперимента будет проверена в ходе контрольного этапа эксперимента.

В следующем параграфе будет описан контрольный этап эксперимента, направленный на выявление динамики уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

2.3 Динамика развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи

Целью контрольного этапа является: выявление уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи. На данном этапе мы исследовали те же показатели развития речевого дыхания и ряд диагностических упражнений, что и в констатирующем эксперименте, представленные в таблице 1.

Предоставим сравнительные результаты проведенного анализа исследования по развитию речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Оценка результатов по диагностическому упражнению 1 «Пропой звук» (автор А.И. Максаков) дана в таблице 8.

Таблица 8 – Сравнительные количественные результаты по диагностическому упражнению 1 «Пропой звук»

Уровни	Этапы эксперимента			
	Констатирующий этап		Контрольный этап	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Низкий уровень	5	38 %	3	23 %
Средний уровень	7	54 %	8	62 %
Высокий уровень	1	8 %	2	15 %

В результате проведенного обследования получились следующие результаты:

Низкий уровень был диагностирован у 23 % детей (что составляет 3 испытуемых). Влад З., отказавшийся выполнять задание на констатирующем этапе, попробовал пропеть звук [у], но выдох был достаточно кратким, около двух секунд. Даниил В., в связи с особенностями поведения, стеснялся выполнять задание, старался не в полную силу. Без изменений выполнил задание Влад Л.

Средний уровень был диагностирован у 62 % детей (что составляет 8 испытуемых), дети справились с заданием, но длительность выдоха еще снижена. У Саши К. показатели возросли.

К высокому уровню отнесли 15 % детей (что составляет 2 испытуемых), дети справились с заданием полностью, не испытывая затруднений. Таня Ф. улучшила свои показатели, старательно выполняла задание.

Анализ полученных данных показал, что на контрольном этапе эксперимента высокий уровень увеличился на 7 %; средний уровень на 8 %, низкий уровень понизился на 15 %.

Оценка результатов по диагностическому заданию 2 «Проверим, как ты сильно умеешь дуть» предоставлена в таблице 9.

Таблица 9 – Сравнительные количественные результаты по диагностическому заданию 2 «Проверим, как ты сильно умеешь дуть»

Уровни	Этапы эксперимента			
	Констатирующий этап		Контрольный этап	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Низкий уровень	4	31 %	3	23 %
Средний уровень	5	38 %	4	31 %
Высокий уровень	4	31 %	6	46 %

В ходе проведённого обследования получились следующие результаты. Так низкий уровень был диагностирован у 23 % детей (что составляет 3 испытуемых). Сложность состояла в том, что дошкольникам (Даниил В., Влад З., Влад Л.) было достаточно трудно вытянуть губы трубочкой.

Средний уровень был диагностирован у 31 % детей (что составляет 4 испытуемых), у детей снижена сила выдоха, звук из губной гармошки практически не доносился. Отметим, что у Саши К. показатели улучшились.

К высокому уровню развития силы выдоха относится 46 % детей (что составляет 6 испытуемых), дети справились с заданием полностью, не испытывая затруднений. Никита К. и Артем М. старались прокатить как можно дальше карандаш, что повысило показатели до высокого уровня.

Анализ полученных данных показал, что на контрольном этапе эксперимента высокий уровень увеличился на 15 %; средний уровень уменьшился на 7 % благодаря улучшениям показателей; низкий уровень понизился на 8 %.

Оценка результатов по диагностическому заданию 3 «Покажи, как ты дышишь» дана в таблице 10.

В ходе проведенного нами обследования получились следующие результаты.

Низкий уровень был диагностирован у 8 % детей (что составляет 1 испытуемый). Саше К. сложно контролировать свое дыхание, во время вдоха поднимает плечи, присутствует аритмия.

Средний уровень был диагностирован у 46 % детей (что составляет 6 испытуемых), в положении покоя у Никиты К., Артема М. и Вики П. при вдохе поднимался живот, что означает диафрагмальный тип дыхания. Но у этих детей присутствовала аритмия дыхания, добор воздуха при вдохе.

К высокому уровню развития памяти относится также 46 % детей (что составляет 6 испытуемых). Дети справились с заданием, не испытывая затруднений. Алиса Б. и Юра В. Контролировали себя во время дыхания, следили за тем, чтобы при вдохе не поднимались плечи.

Таблица 10 – Сравнительные количественные результаты по диагностическому заданию 3 «Покажи, как ты дышишь»

Уровни	Этапы эксперимента			
	Констатирующий этап		Контрольный этап	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Низкий уровень	4	31 %	1	8 %
Средний уровень	6	46 %	6	46 %
Высокий уровень	3	23 %	6	46 %

Анализ полученных данных показал, что на контрольном этапе эксперимента высокий уровень увеличился вдвое, на 23 %; средний уровень остался в том же количестве 46%, низкий уровень понизился на 23 %.

Оценка результатов по диагностическому заданию 4 «Как ты умеешь дышать» представлена в таблице 11.

Таблица 11 – Сравнительные количественные результаты по диагностическому заданию 4 «Как ты умеешь дышать»

Уровни	Этапы эксперимента			
	Констатирующий этап		Контрольный этап	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Низкий уровень	3	23 %	3	23 %
Средний уровень	6	46 %	5	38,5 %
Высокий уровень	4	31 %	5	38,5 %

В ходе проведённого обследования получились следующие результаты.

Показатель низкого уровня остался без изменений 23 % детей (что составляет 3 испытуемых). Влад Л., отказавшийся выполнять задание на констатирующем этапе, внимательно слушал педагога, но не смог справиться с заданием.

Так 38,5 % детей показали средний уровень (что составляет 5 испытуемых). К ним относятся: Алиса Б., Александр К., Никита К., Артем М., Татьяна Ф. Дошкольники часто ошибались, но старались исправлять ошибки.

Высокий уровень был диагностирован в том же количестве, что и средний – 38,5 % детей (что составляет 5 испытуемых), а именно: Настя А., Софья Е., София К. и Жан П. справились с заданием успешно, внимательно слушали указания педагога, контролировали свои действия.

Анализ полученных данных показал, что на контрольном этапе эксперимента высокий уровень увеличился на 7,5 %; средний уровень уменьшился на 7,5 %; низкий уровень остался на том же уровне 23 %.

Сравнительные результаты констатирующего эксперимента и контрольного эксперимента показателя уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи представлены в таблице 13.

Таблица 13 – Сравнительные количественные результаты констатирующего эксперимента и контрольного эксперимента

Уровни	Этапы эксперимента			
	Констатирующий этап		Контрольный этап	
	Кол-во чел.	%	Кол-во чел.	%
Низкий уровень	4	31 %	3	23 %
Средний уровень	6	46 %	6	46 %
Высокий уровень	3	23 %	4	31 %

По результатам среднего показателя было выявлено, что на контрольном этапе эксперимента высокий уровень повысился на 8 %; средний – остался на прежнем уровне, низкий уровень понизился на 8 %. Общие результаты диагностики зафиксированы в Приложении Л.

Таким образом, на основе экспериментального исследования можно сделать вывод, что разработанная и апробированная система игр и упражнений в коррекционно-развивающей работе с детьми 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи позволила выявить положительную динамику развитию речевого дыхания. Опираясь на полученные данные, можно сделать вывод о том, что наша гипотеза подтвердилась, а проведённая работа оказалась эффективной и позволила повысить уровень развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Констатирующий этап опытно-экспериментальной работы был направлен на выявление уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи. Для решения поставленных задач были предложены показатели уровня развития речевого дыхания и определены соответствующие диагностические задания. Анализ результатов диагностики позволил условно выделить три уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи: высокий, средний и низкий.

Анализ теоретических положений, концептуальных подходов, данных, полученных в ходе проведения констатирующей части исследования, позволил нам перейти к формирующему эксперименту.

Итогом формирующего эксперимента стало повышение уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи. Об этом свидетельствует сравнительный анализ результатов констатирующего и контрольного эксперимента. При сравнении данных мы увидели положительную динамику развития речевого дыхания у детей 5 – 6 лет с тяжелыми нарушениями речи, таким образом, результаты контрольного среза свидетельствуют об эффективности проведенного исследования.

Заключение

Проведенное нами исследование подтвердило выдвинутую гипотезу и позволило сделать следующие выводы.

Результаты теоретического исследования дают возможность утверждать, что вопрос о развитии речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи в настоящее время является особо актуальным.

Исследования А. Андронеска, П.К. Анохина, Е.Н. Голубевой, Л.К. Петровой-Брюхановой и других ученых указывают, что ребенок с нормальным развитием совершает быстрый и глубокий вдох перед началом речи. Такой вдох называют речевым вдохом. Он обладает достаточным количеством воздуха, чтобы «обеспечить поддержание подскладочного давления и правильного голосообразования» [7], а также достаточный объем воздуха для произнесения высказывания. Для этого время выдоха длится такое количество времени, сколько потребуется для произнесения и интонационно-логического завершения высказывания. Такой выдох называют «речевым выдохом».

Вопрос развития речевого дыхания у детей с нарушениями речи изучались Е.Ф. Архиповой, А.А. Гуськовой, В.И. Деревянниковым, А.В. Запорожец, А.И. Земляченко, Ф.А. Ипполитовой, Н. В. Микляевой, А.Н. Стрельниковой, Н.М. Фатеевой и другими.

Исследователи указывают на важность создания психолого–педагогических условий, способствующих развитию речевого дыхания у детей 5–6 лет с тяжелыми нарушениями речи. Доказывая и обосновывая свою точку зрения, что у дошкольников с тяжелыми нарушениями речи имеется возможность развить речевое дыхание, что способствует улучшению речевой деятельности детей. К таким условиям они (ученые) относят игры и упражнения на развитие речевого дыхания.

Диагностирование процесса развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи в констатирующем эксперименте

показало общие и индивидуальные особенности уровня развития речевого дыхания.

Целью констатирующего эксперимента было выявление первоначального уровня развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи. На этом этапе эксперимента был проведен комплекс диагностических заданий, учитывающих специфику психолого-педагогической диагностики детей с нарушениями речи.

В процессе формирующего эксперимента проводилась разработка и реализация психолого-педагогических условий развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Мы доказали, что развитие речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи будет эффективнее, если:

- учтены индивидуальные особенности речевого дефекта у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи,
- включены в образовательный процесс игры и упражнения на развитие речевого дыхания в соответствии с программными требованиями;
- используются приемы побуждения детей к самоконтролю речевого дыхания в самостоятельной деятельности, направленной на речевое развитие.

Работа, проведенная на формирующем этапе эксперимента, а именно введение психолого-педагогических условий, позволила выявить эффективность и положительную динамику в развитии речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи.

Итоговые показатели эксперимента позволяют констатировать эффективность подобранных психолого-педагогических условий с целью развития речевого дыхания у детей 5-6 лет с тяжелыми нарушениями речи. Цель исследования достигнута, задачи решены.

Список используемой литературы

1. Анохин П. К. Очерки по физиологии функциональных систем. М. : Медицина, 2005. 448 с.
2. Арутюнян Э. А. Особенности дыхания при речи : автореф. дис.... канд. биол. наук. Ленинград-Ереван, 1967. 15 с.
3. Архипова Е. Ф. Коррекционно-логопедическая работа по преодолению стертой дизартрии у детей. М. : АСТ ; Астрель, 2008. 254 с.
4. Архипова Е. Ф. Стертая дизартрия у детей. М. : АСТ : Астрель, 2007. 331 с.
5. Безруких М. М. Возрастная физиология: (Физиология развития ребенка) : Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. Заведений. М. : Издательский центр «Академия», 2003. 416 с.
6. Белякова Л. И. Методика развития речевого дыхания у дошкольников с нарушениями речи. М.: Книголюб, 2004. 56 с.
7. Гуськова А. А. Развитие речевого дыхания детей 3–7 лет. М.: ТЦ Сфера, 2011.
8. Земляченко М. В. Формирование речевого дыхания у дошкольников 5–7 лет с речевыми нарушениями посредством использования логопедических игр и дыхательных упражнений в системе работы «учитель-логопед – ребенок – родитель» // Молодой ученый. 2017. №10. С. 421-424.
9. Ипполитова А. Г. Открытая ринолалия : Учеб. пособие для студентов дефектол. фак. пед. ин-тов. М.: Просвещение, 2003. 95 с.
10. Кривилева Т. А. Методическая разработка [Электронный ресурс]: Здоровьесберегающие технологии на логопедических занятиях. URL: <http://nsportal.ru/detskii-sad> (дата обращения 12.12.2019).
11. Леонтьев А. Н. Речь // Психология. М. : Учпедгиз, 1948.
12. Максимов И. Фониатрия. М. : Медицина, 2017. 288с.

13. Мартынова Р. И. О психолого-педагогических особенностях детей – дислаликов и дизартриков // Очерки по патологии речи и голоса. 2008. Выпуск 3. С. 98-110.
14. Микляева Н. В. Фонетическая и логопедическая ритмика в ДОУ: пособие для воспитателей и логопедов. М. : Айрис-пресс, 2005. 112с.
15. Мухамедьярова Е. Ф. Дыхательная гимнастика младших школьников с тяжелыми нарушениями речи : дис. ... канд. пед. Наук. Омск, 2002. 158 с.
16. Петрова – Брюханова Л. К. Особенности внешнего дыхания у практически здоровых детей в возрасте от рождения до 14 лет, выявленные методом пневмографии : автореф. дис. на соискание уч. ст. канд. мед. наук. Куйбашев, 1960. 28 с.
17. Посохова М. А. Развитие речевого дыхания у детей дошкольного возраста с псевдобульбарной дизартрией // Здоровье и образование в XXI веке. 2012. Т. 14. №1. С. 163.
18. Привес М. Г. Анатомия человека. М. : Медицина, 2015. 672 с.
19. Физиология подростка : педагогическая наука – реформе школы // Научно-исследовательский институт физиологии детей и подростков. 2007. 208 с.
20. Филичева Т. Б. Устранение общего недоразвития речи у детей дошкольного возраста: практ. пособие. М. : Айрис-пресс, 2008. 224 с. (Библиотека логопеда-практика).
21. Чулкова Н. Ю. Становление речевого звукопроизводства в раннем онтогенезе : дис. ... канд. биолог. наук. М., 2001. 152 с.
22. Шишкова Т. Г. Развитие речевого дыхания у заикающихся дошкольников в системе коррекционно-педагогической работы: дис. ... канд. пед. наук. М., 2001. 132 с.
23. Щетинин М. Н. Дыхательная гимнастика А. Н. Стрельниковой. М. : Метафора, 2007.

Приложение А

Список детей, возраст, заключение логопеда

№ п/п	Имя ребенка	Возраст ребенка	Диагноз
1	Алиса Б.	5,3	ОНР – II уровня, дислалия, интеллект в пределах возрастной нормы
2	Даниил В.	5,11	ОНР – II – III уровня, дизартрия, легкая ЗПР
3	Юрий В.	5,7	ОНР – III уровня, дислалия, интеллект в пределах возрастной нормы
4	Анна Г.	5,2	ОНР – II – III уровня, дизартрия, интеллект на нижней границе возрастной нормы
5	Владислав З.	5,9	ОНР – III уровня, дизартрия, интеллект на нижней границе возрастной нормы
6	Александр К.	5,1	ОНР – I уровня, дизартрия, интеллект на нижней границе возрастной нормы
7	Никита К.	5,5	ОНР – I уровня, дизартрия, интеллект в пределах возрастной нормы
8	Владислав Л.	5,4	ОНР – II уровня, дислалия, интеллект в пределах возрастной нормы
9	Иван Л.	5,7	ОНР – III уровня, дизартрия, интеллект в пределах возрастной нормы
10	Артем М.	5,6	ОНР – II уровня, дизартрия, интеллект на нижней границе возрастной нормы
11	Виктория П.	5,3	ОНР – III уровня, дизартрия, интеллект на нижней границе возрастной нормы
12	Жан П.	5,3	ОНР – III уровня, дизартрия, интеллект в пределах возрастной нормы
13	Татьяна Ф.	5,6	ОНР – II – III уровня, дизартрия, интеллект в пределах возрастной нормы

Приложение Б

Протокол проведения диагностического задания 1 «Пропой звук»

Констатирующий эксперимент

№	Имя Ф. ребёнка	Время выполнения задания (сек)			Количество баллов
		1-2	2-4	4-6	
1	Алиса Б.	-	+	-	2
2	Даниил В.	+	-	-	1
3	Юрий В.	-	+	-	2
4	Анна Г.	-	+	-	2
5	Владислав З.	-	-	-	0
6	Александр К.	+	-	-	1
7	Никита К.	+	-	-	1
8	Владислав Л.	+	-	-	1
9	Иван Л.	-	+	-	2
10	Артем М.	-	+	-	2
11	Виктория П.	-	+	-	2
12	Жан П.	-	-	+	3
13	Татьяна Ф.	-	+	-	2

Низкий уровень (0-1 балл) – длительность выдоха составляет не более двух секунд при произнесении гласного звука. Отказ ребенка выполнять задание.

Средний уровень (2 балла) – при произнесении гласного звука длительность выдоха снижена, составляет 2 – 4 секунды.

Высокий уровень (3 балла) – выдыхаемая воздушная струя длительная, составляет 4 – 6 секунд.

Приложение В

Протокол проведения диагностического задания 2

«Проверим, как ты сильно умеешь дуть»

Констатирующий эксперимент

№	Имя Ф. ребёнка	Выполнение задания			Количество баллов
		Не выполнено Отсутствие звука	Слабый выдох Слабый звук	Сильный выдох Четкий звук	
1	Алиса Б.	-	-	+	3
2	Даниил В.	+	-	-	1
3	Юрий В.	-	-	+	3
4	Анна Г.	-	+	-	2
5	Владислав З.	+	-	-	1
6	Александр К.	+	-	-	1
7	Никита К.	-	+	-	2
8	Владислав Л.	+	-	-	1
9	Иван Л.	-	-	+	3
10	Артем М.	-	+	-	2
11	Виктория П.	-	+	-	2
12	Жан П.	-	-	+	3
13	Татьяна Ф.	-	+	-	2

Низкий уровень (0-1 балл) — малый объем и сила выдоха. Карандаш находится в состоянии покоя, отсутствие звуков музыкального инструмента.

0 баллов — задание не выполняет.

Средний уровень (2 балла) — снижен объем и сила выдоха. При направлении воздушной струи на карандаш, последний отодвигается на небольшое расстояние или покачивается. Из губной гармонии доносится слабый тихий звук.

Высокий уровень (3 балла) — выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная. Карандаш при направлении воздушной струи передвигается. Из губной гармонии четкий громкий звук.

Приложение Г

Протокол проведения диагностического задания 3

«Покажи, как ты дышишь»

Констатирующий эксперимент

№	Имя Ф. ребёнка	Тип дыхания			Количество баллов
		Поверхностный, ключичный, аритмичность вдоха и выдоха	Диафрагмальный аритмичность вдоха и выдоха.	диафрагмальный	
1	Алиса Б.	-	+	-	2
2	Даниил В.	+	-	-	1
3	Юрий В.	-	+	-	2
4	Анна Г.	-	+	-	2
5	Владислав З.	+	-	-	1
6	Александр К.	+	-	-	1
7	Никита К.	-	+	-	2
8	Владислав Л.	+	-	-	1
9	Иван Л.	-	-	+	3
10	Артем М.	-	+	-	2
11	Виктория П.	-	+	-	2
12	Жан П.	-	-	+	3
13	Татьяна Ф.	-	-	+	3

Низкий уровень (0-1 балл) — поверхностный ключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха. 0 баллов — задание не выполняет.

Средний уровень (2 балла) — диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха.

Высокий уровень (3 балла) — диафрагмальный тип дыхания.

Приложение Д

Протокол проведения диагностического задания 4

«Как ты умеешь дышать»

Констатирующий эксперимент

№	Имя Ф. ребёнка	Дифференциация			Количество баллов
		отсутствует	недостаточная	присутствует	
1	Алиса Б.	-	+	-	2
2	Даниил В.	+	-	-	1
3	Юрий В.	-	-	+	3
4	Анна Г.	-	-	+	3
5	Владислав З.	+	-	-	1
6	Александр К.	-	+	-	2
7	Никита К.	-	+	-	2
8	Владислав Л.	-	-	-	0
9	Иван Л.	-	-	+	3
10	Артем М.	-	+	-	2
11	Виктория П.	-	+	-	2
12	Жан П.	-	-	+	3
13	Татьяна Ф.	-	+	-	2

Низкий уровень (0-1 балл) – не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох. 0 баллов – задание не выполняет.

Средний уровень (2 балла) – недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха.

Высокий уровень (3 балла) – дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох.

Приложение Е

Сводная таблица данных констатирующего эксперимента

№	Имя Ф. ребёнка	Диагностические методики				Средний балл	Уровень
		«Пропой звук»	«Проверим, как ты сильно умеешь дуть»	«Покажи, как ты дышишь»	«Как ты умеешь дышать»		
1	Алиса Б.	2	3	2	2	2	СУ
2	Даниил В.	1	1	1	1	1	НУ
3	Юрий В.	2	3	2	3	3	ВУ
4	Анна Г.	2	2	2	3	2	СУ
5	Владислав З.	0	1	1	1	1	НУ
6	Александр К.	1	1	1	2	1	НУ
7	Никита К.	1	2	2	2	2	СУ
8	Владислав Л.	1	1	1	0	1	НУ
9	Иван Л.	2	3	3	3	3	ВУ
10	Артем М.	2	2	2	2	2	СУ
11	Виктория П.	2	2	2	2	2	СУ
12	Жан П.	3	3	3	3	3	ВУ
13	Татьяна Ф.	2	2	3	2	2	СУ

Низкий уровень (НУ) – от 0 до 1 баллов

Характеризуется тем, что ребенок недостаточно усидчив, невнимателен на занятии, не может или не хочет выслушать инструкцию до конца, вследствие чего, не может справиться с заданием.

Средний уровень (СУ) – 2 балла

Характеризуется тем, что ребенок либо не до конца выполняет задание или не в полном объеме, либо требуется помощь педагога.

Высокий уровень (ВУ) – 3 балла

Характеризуется тем, что ребенок справился с заданием самостоятельно и в полном объеме.

Приложение Ж

Картотека дидактических игр для развития речевого дыхания

«Буря в стакане»

Цель: развитие сильного, целенаправленного выдоха.

Оборудование: емкость с мыльной водой, соломинка.

Описание.

Ребенок опускает соломинку в емкость с мыльной водой. Задача дошкольника – сделать глубокий вдох носом, вытянуть губы трубочкой и сильно подуть в соломинку, чтобы появились пузыри. На начальном этапе педагог контролирует, чтобы щеки ребенка не раздувались. Добирать воздух путем дополнительного вдоха нельзя.



«Мореплаватели»

Цель: развитие умения у детей менять силу и направление выдоха, укрепление мышц губ.

Оборудование: емкость с водой, бумажные или легкие деревянные (пластмассовые) лодочки, небольшой флажок.

Описание.

Игра предполагает участие как одного ребенка, так и команды. Дети усаживаются около емкости с водой, в которой плавают лодочки. Педагог предлагает отправиться в дальнее плавание на остров, обозначенный флажком на другом краю емкости. Для этого участник должен плавно дуть на лодочку, стараясь пригнать ее к флажку. При необходимости можно изменять направление и силу выдоха, но соблюдать определенное положение речевых органов: губы растянуты, как для звука [ф] - для плавного выдоха, вытянуты трубочкой - для сильного выдоха.



Продолжение Приложения Ж

«Футбол»

Цель: развитие силы и целенаправленного ротового выдоха, создание благоприятного эмоционального фона к совместным занятиям.

Оборудование: футбольное поле, мяч для Пинг-понга или ватный шарик, соломинки.

Описание.

Ребенок, слегка наклоняясь вперед, чтобы воздух попадал под ватку или мяч, должен подуть длительным плавным выдохом и добиться попадания в «ворота». Задача – забить гол сопернику.



«Бабочки»

Цель: развитие целенаправленной воздушной струи, укрепление мышц губ.

Оборудование: игровое пособие «Бабочки на цветочках»

Описание.

Педагог раскладывает «бабочек» в хаотичном порядке вокруг цветов. Задача ребенка – задуть бабочку на цветок. Перед началом игры делается один глубокий вдох носом, посредством целенаправленного выдоха ребенок помогает бабочке найти свой цветок. Дополнительный вдох делать не разрешается.



Приложение И

Протокол проведения диагностического задания 1 «Пропой звук»

Контрольный эксперимент

№	Имя Ф. ребёнка	Время выполнения задания (сек)			Количество баллов
		1-2	2-4	4-6	
1	Алиса Б.	-	+	-	2
2	Даниил В.	+	-	-	1
3	Юрий В.	-	+	-	2
4	Анна Г.	-	+	-	2
5	Владислав З.	+	-	-	1
6	Александр К.	-	+	-	2
7	Никита К.	-	+	-	2
8	Владислав Л.	+	-	-	1
9	Иван Л.	-	+	-	2
10	Артем М.	-	+	-	2
11	Виктория П.	-	+	-	2
12	Жан П.	-	-	+	3
13	Татьяна Ф.	-	-	+	3

Низкий уровень (0-1 балл) – длительность выдоха составляет не более двух секунд при произнесении гласного звука. Отказ ребенка выполнять задание.

Средний уровень (2 балла) – при произнесении гласного звука длительность выдоха снижена, составляет 2 – 4 секунды.

Высокий уровень (3 балла) – выдыхаемая воздушная струя длительная, составляет 4 – 6 секунд.

Приложение К

Протокол проведения диагностического задания 2

«Проверим, как ты сильно умеешь дуть»

Контрольный эксперимент

№	Имя Ф. ребёнка	Выполнение задания			Количество баллов
		Не выполнено Отсутствие звука	Слабый выдох Слабый звук	Сильный выдох Четкий звук	
1	Алиса Б.	-	-	+	3
2	Даниил В.	+	-	-	1
3	Юрий В.	-	-	+	3
4	Анна Г.	-	+	-	2
5	Владислав З.	+	-	-	1
6	Александр К.	-	+	-	2
7	Никита К.	-	-	+	3
8	Владислав Л.	+	-	-	1
9	Иван Л.	-	-	+	3
10	Артем М.	-	-	+	3
11	Виктория П.	-	+	-	2
12	Жан П.	-	-	+	3
13	Татьяна Ф.	-	+	-	2

Низкий уровень (0-1 балл) – малый объем и сила выдоха. Карандаш находится в состоянии покоя, отсутствие звуков музыкального инструмента.

0 баллов – задание не выполняет.

Средний уровень (2 балла) – снижен объём и сила выдоха. При направлении воздушной струи на карандаш, последний отодвигается на небольшое расстояние или покачивается. Из губной гармонии доносится слабый тихий звук.

Высокий уровень (3 балла) – выдыхаемая воздушная струя сильная и целенаправленная. Карандаш при направлении воздушной струи передвигается. Из губной гармонии четкий громкий звук.

Приложение Л

Протокол проведения диагностического задания 3

«Покажи, как ты дышишь»

Контрольный эксперимент

№	Имя Ф. ребёнка	Тип дыхания			Количество баллов
		Поверхностный, ключичный, аритмичность вдоха и выдоха	Диафрагмальный аритмичность вдоха и выдоха.	диафрагмальный	
1	Алиса Б.	-	-	+	3
2	Даниил В.	-	+	-	2
3	Юрий В.	-	-	+	3
4	Анна Г.	-	-	+	3
5	Владислав З.	-	2	-	2
6	Александр К.	+	-	-	1
7	Никита К.	-	+	-	2
8	Владислав Л.	-	+	-	2
9	Иван Л.	-	-	+	3
10	Артем М.	-	+	-	2
11	Виктория П.	-	+	-	2
12	Жан П.	-	-	+	3
13	Татьяна Ф.	-	-	+	3

Низкий уровень (0-1 балл) – поверхностный ключичный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха. 0 баллов — задание не выполняет.

Средний уровень (2 балла) – диафрагмальный тип дыхания, аритмичность вдоха и выдоха.

Высокий уровень (3 балла) – диафрагмальный тип дыхания.

Приложение М

Протокол проведения диагностического задания 4

«Как ты умеешь дышать»

Контрольный эксперимент

№	Имя Ф. ребёнка	Дифференциация			Количество баллов
		отсутствует	недостаточная	присутствует	
1	Алиса Б.	-	+	-	2
2	Даниил В.	+	-	-	1
3	Юрий В.	-	-	+	3
4	Анна Г.	-	-	+	3
5	Владислав З.	+	-	-	1
6	Александр К.	-	+	-	2
7	Никита К.	-	+	-	2
8	Владислав Л.	+	-	-	1
9	Иван Л.	-	-	+	3
10	Артем М.	-	+	-	2
11	Виктория П.	-	-	+	3
12	Жан П.	-	-	+	3
13	Татьяна Ф.	-	+	-	2

Низкий уровень (0-1 балл) – не дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох. 0 баллов – задание не выполняет.

Средний уровень (2 балла) – недостаточная дифференциация ротового и носового вдоха и выдоха.

Высокий уровень (3 балла) – дифференцирует ротовой и носовой вдох и выдох.

Приложение Н

Сводная таблица данных контрольного эксперимента

№	Имя Ф. ребёнка	Диагностические методики				Средний балл	Уровень
		«Пропой звук»	«Проверим, как ты сильно умеешь дуть»	«Покажи, как ты дышишь»	«Как ты умеешь дышать»		
1	Алиса Б.	2	3	3	2	2	СУ
2	Даниил В.	1	1	2	1	1	НУ
3	Юрий В.	2	3	3	3	3	ВУ
4	Анна Г.	2	2	3	3	2	СУ
5	Владислав З.	1	1	2	1	1	НУ
6	Александр К.	2	2	1	2	2	СУ
7	Никита К.	2	3	2	2	2	СУ
8	Владислав Л.	1	1	2	1	1	НУ
9	Иван Л.	2	3	3	3	3	ВУ
10	Артем М.	2	3	2	2	2	СУ
11	Виктория П.	2	2	2	3	2	СУ
12	Жан П.	3	3	3	3	3	ВУ
13	Татьяна Ф.	3	2	3	2	2	ВУ

Низкий уровень (НУ) – от 0 до 1 баллов

Характеризуется тем, что ребенок недостаточно усидчив, невнимателен на занятии, не может или не хочет выслушать инструкцию до конца, вследствие чего, не может справиться с заданием.

Средний уровень (СУ) – 2 балла

Характеризуется тем, что ребенок либо не до конца выполняет задание или не в полном объеме, либо требуется помощь педагога.

Высокий уровень (ВУ) – 3 балла

Характеризуется тем, что ребенок справился с заданием самостоятельно и в полном объеме.