

454



МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ГУМАНИТАРНО-
ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
(ФГБОУ ВО «ЮУрГГПУ»)

ФАКУЛЬТЕТ ПОДГОТОВКИ УЧИТЕЛЕЙ НАЧАЛЬНЫХ КЛАССОВ
КАФЕДРА МАТЕМАТИКИ, ЕСТЕСТВОЗНАНИЯ И МЕТОДИК ОБУЧЕНИЯ
МАТЕМАТИКЕ И ЕСТЕСТВОЗНАНИЮ

УПРАВЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕЙ СРЕДОЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ С
НАРУШЕНИЕМ РЕЧИ

Выпускная квалификационная работа
по направлению 44.04.01 – «Педагогическое образование»
направление программы магистратуры
«Управление здоровьесбережением и безопасностью жизнедеятельности в
образовании»

Одноразовый документ
№ 11
Работа выполнена
« 10 » 11 2017
Зав. кафедрой
Гавриш М.А.

Учебно-методический кабинет
факультета
подготовки УНК

Выполнила: магистрантка группы
ЗФ 308/178-2-1
Гавриш Марина Алексеевна

Научный руководитель:
Кан. пед. наук, доцент,
Осолодкова Е.В

Челябинск, 2017

Содержание

Введение.....	3
Глава I Организация теоретическо-методических аспектов здоровьесберегающего пространства для детей с нарушениями речи.....	8
1.1. Структура управления здоровьесберегающей деятельностью в дошкольной образовательной организации.....	8
1.2. Характеристика детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.....	16
1.3. Особенности здоровьесберегающей среды для детей с нарушениями речи	27
Выводы по I главе.....	35
Глава II. Организация исследования здоровьесберегательного пространства в дошкольном образовательном учреждении для детей с нарушениями речи.....	37
2.1. Организация исследования здоровьесберегательного среды в старшей логопедической группе.....	37
2.2. Методы организации экспериментальной работы.....	44
Выводы по II главе.....	48
Глава III. Результаты внедрения программы направленной на совершенствование здоровьесберегающего пространства для детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи.....	50

3.1. Оценка речевого профиля детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.....	50
3.2. Оценка результатов контрольного исследования по изучению речевого профиля детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.....	56
3.3 Оценка результатов исследовательской работы по изучению речевого профиля детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.....	59
Выводы по III главе.....	61
Заключение	63
Библиографический список.....	66
Приложение.....	75

ВВЕДЕНИЕ

Широко известная преамбула устава Всемирной организации здравоохранения говорит о здоровье как о состоянии полного физического, духовного и социального благополучия, не сводя его к отсутствию болезней и физических дефектов.

Понятие здоровья неотделимо от человека, поэтому проблема здоровья - это проблема человека. Она возникает вместе с человеком и видоизменяется соответственно движению человеческой культуры, здоровье людей само по себе представляет огромную ценность. Здоровый человек, здоровая нация или цивилизация составляют предпосылки оптимистических перспектив существования жизни на земле, если при этом люди тянутся к образованию и становятся образованными. Однако, участие людей в образовательном процессе энергозатратно, поэтому может приводить к ухудшению их здоровья, если не предпринимать специальных мер.

С развитием прогресса в образовательной сфере нагрузки на организм катастрофически резко растут, становятся сопоставимыми с важнейшими природными ресурсами среды обитания человека. Отсутствие здоровья у человека несет гибель цивилизации в целом. В этой плоскости находятся: и организация образовательного процесса со стороны педагогов и воспитателей, и участие детей в нем, и управление этими направлениями человеческой деятельности.

Механизмы саморегуляции начинают функционировать на предельных значениях жизненных потенциалов здоровья людей. Создается угроза ухудшения здоровья. Более того, в практике участия в образовательном процессе явно усиливаются тенденции ухудшения здоровья все возрастающего числа участников этих отношений. Назрела необходимость целенаправленного вмешательства в сферу образования с тем, чтобы тенденции сохранения здоровья участвующих субъектов нашли новые направления развития, не ухудшая при этом уровня своей

образованности, профессиональной квалификации (педагога) и получения возможности принять участие в самом процессе получения образования (обучающиеся).

На сегодняшний день тема здоровьесбережения дошкольников в образовательном процессе является особенно важным. Т.к. дошкольный возраст является решающим этапом в формировании фундамента физического и психического здоровья ребенка. В этот период идёт интенсивное развитие органов и становления функциональных систем организма. По мнению медиков, 75% болезней взрослых закладываются в детстве. В последние годы наблюдается ухудшение здоровья дошкольников, увеличение количества детей с нарушениями речевого развития. Поэтому в настоящее время проблема сохранения, поддержания и укрепления здоровья становится особенно актуальной. Данная проблема может быть частично решена с помощью элементов здоровьесберегающих технологий, то есть тех технологий, использование которых в воспитательно-образовательном и коррекционно-развивающем процессе идет на пользу здоровья детей.

Проблема здоровьесбережения в обучении была представлена в работах Л.Е. Борисовой, О.Е. Евстифеевой, В.Н. Касаткиным, И.В. Кругловой, О.Л. Трещевым, Т.В., В.И. Харитоновым, Н.М. Амосов, Э.М. Вайнер, И.И. Голицина, Т.В. Карасёва, А.Я. Иванюшкин, В.П. Казначеев, Ю.П. Лисицын, В.П. Петленко.

В работах М.В. Антроповой, В.В. Зайцевой, В.Д. Сонькина осуществлен мониторинг степени здоровья.

Пути повышения уровня здоровья рассматривают Е.В. Быков, С.М. Малых, В. Н. Носкин, Е.Е. Чепурных и др.

С одной стороны речевое развитие дошкольников является приоритетным так как, важным показателем готовности детей к школьному обучению является уровень сформированности речи. В.П. Глухов, Т.Б. Филичева, Г.В. Чиркина и др. отмечают, что для успешного

усвоения знаний и развития логического мышления, творческих способностей и других сторон психической деятельности необходим достаточный уровень сформированности всех компонентов речевой системы. Опыт многолетней практики показывает, что на сегодняшний день достаточно большое количество детей страдает нарушениями речи. По статистике, 70-90 % детей, посещающих дошкольные учреждения, имеют проблемы с речевым развитием - от темповой задержки, нарушений звукопроизношения до моторной алалии. До 50 % детей с ОНР и 35 % детей с фонетико-фонематическим недоразвитием имеют стертую дизартрию. Дети имеющие речевые нарушения соматически ослаблены, у них всегда имеются существенные отклонения в моторном развитии, которые разнообразны по своим проявлениям и по механизму возникновения, и характерны для всей моторной сферы: общей, мелкой, артикуляционной, мимической.

Данный факт обуславливает актуальность проблемы по управлению здоровьесберегающей средой для детей с нарушениями речи.

Цель исследования: Теоретически обосновать и экспериментально проверить эффективность здоровьесберегающей модели для сохранения здоровья и коррекции всех сторон речевого развития дошкольников.

Объект исследования: процесс воспитания детей дошкольного возраста с нарушениями речи.

Предмет: здоровьесберегающее пространство для детей дошкольного возраста с нарушениями речи.

В соответствии с целью были сформулированы следующие задачи:

1. Проанализировать теоретико-методические аспекты здоровьесберегающего пространства для детей с нарушениями речи.
2. Проанализировать характер нарушения речи у детей дошкольного возраста.
3. Определить и раскрыть методы организации экспериментального исследования.

4. Разработать комплекс здоровьесберегающих мероприятий и внедрить с целью сохранения здоровья дошкольников и коррекции речевого развития.

5. На основании анализа показателей, обосновать эффективность применения комплекса здоровьесберегающих мероприятий по сохранению здоровья и речи.

Методы исследования: теоретические (анализ психологических, психолингвистических, эмпирические: изучение медико-психолого-педагогической документации), статистические методы обработки данных, анкетирование.

Гипотеза исследования: уровень качества речи повысится, а состояние здоровья улучшится, если в учебный процесс будет включен комплекс здоровьесберегающих мероприятий по сохранению здоровья и речи.

База исследования: МДОУ ДС № 10 г. Копейска. В исследовании принимали участие 10 детей дошкольного возраста с нарушениями речи.

Диссертация изложена на 72 страницах компьютерного текста и состоит из титульного листа, введения, трех глав, заключения, выводов, списка литературы, приложений. Иллюстрированный материал содержит 6 рисунков и таблицы. Библиографический список включает 81 источник литературы.

Список публикаций

1. Зарицкая М.А. Особенности связной речи у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня. Актуальные проблемы педагогики и психологии детства. Изд.: ВПО «КузГПА» 2014 с.83-86.

2. Гавриш М.А. Здоровьесберегающая среда для детей дошкольного возраста с нарушениями речи. Новая наука: опыт, традиции, инновации. Изд.: общество с ограниченной ответственностью «Агентство международных исследований» (Уфа) №10-1, 2016 – с.24-27

ГЛАВА I. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕОРЕТИКО-МЕТОДИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ ЗДОРОВЬЯСБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

1.1 Структура управления здоровьесориентированной деятельностью в дошкольной образовательной организации.

Дошкольное образовательное учреждение - это управляемая среда, в которой все функции должны осуществляться целенаправленно (Волошина Л.Н.; Домме О.И.; Гаврилова Т.Г.; Алексеева Н.П.) с одной стороны, дошкольное образовательное учреждение видит цель подготовки ребенка к школе: к общению в коллективе; к учебной деятельности; к организации учебной работы, а с другой стороны - каждый из указанных аспектов, может создавать определенную угрозу для здоровья детей[18, 24, 24, 19].

Концепция дошкольного воспитания (1989) определила важным направлением формирование, а не только сохранение и укрепление здоровья детей раннего и дошкольного возраста. В законах РФ от 10.07.1992 № 32661 «Об образовании», а также Федеральными законами от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» и от 10.04.2000 № 51-ФЗ «Об утверждении федеральной программы развития образования» на образовательные учреждения возложена ответственность за жизнь и здоровье обучающихся и воспитанников во время образовательного процесса.

Закон об образовании в п.1 ст.2 в числе основных принципов государственной политики в области образования провозглашает «приоритет... здоровья человека» (п.1 ст.2), а в п. 3.3. ст.32 устанавливает, что образовательное учреждение несет ответственность за жизнь и здоровье обучающихся во время образовательного процесса (п. 3.3. ст.32).

В указанных нормах акцент делается на охрану здоровья детей. В п. 1 ст. 51 Закона об образовании в дополнение к указанным положениям требуется от образовательного учреждения «создавать условия, гарантирующие охрану и укрепление здоровья обучающихся».

По определению Всемирной организации здравоохранения, здоровье - это состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не просто отсутствие болезни или физических дефектов [79].

Главной задачей обучения Л.С. Выготский считал обеспечение условий для развития внутренних сил и возможностей ребенка. Д.Н. Узнадзе особо подчеркивал значение личности педагога в обучении. В своей концепции о так называемой «трагедии воспитания» особое внимание он уделяет вопросу изучения отношений, устанавливаемых между педагогом и ребенком. Анализируя характер этих отношений, автор акцентирует внимание на необходимости поиска гуманистического подхода к ребенку и соответствующей психологической основы построения учебно-воспитательного процесса.

Такой подход развивается современными отечественными и зарубежными педагогами и психологами (Ю.П. Азаров, Ш.А. Амонашвили, Ю.К. Бабанский, В.А. Сухомлинский, А. Маслоу, М. Монтессори, К. Роджерс, Б. Спок, Р. Штайнер и др.). В психолого-педагогических исследованиях установлено, что процесс личностного становления не сводится к развитию отдельных качеств ребенка (интеллектуальных, физических и др.). Здесь задействованы другие, более тонкие механизмы, обеспечивающие целостность развития личности ребенка на основе особой организации образовательной среды (В.С. Ильин)[7,39,60].

Таким образом, анализ научного знания в аспекте сохранения и развития различных аспектов здоровья школьников показывает, что

проблема здоровьесбережения решается в той или иной степени современными педагогами – как учеными, так и практиками.

На основе сложившихся в науке точек зрения на проблему сохранения здоровья и валеологизацию образования (М.М. Яловенко) понятие здоровьесбережения можно рассматривать как ценность, систему, процесс, результат[79].

Богословец, Л. Г. Рассматривает управление как функцию организованных систем, обеспечивающая сохранение их определенной структуры, поддержание режима активности, реализацию программы и цели деятельности

Управление здоровьесбережением участников образовательного процесса в современном дошкольном образовательном учреждении наряду с экологической и социальной напряженностью, а также на фоне роста болезней общества, показывает, чтобы быть здоровым, нужно овладеть особенностями его сохранения и укрепления. В дошкольных учреждениях этому должно уделяться как можно больше внимания (Куган Б.А., 2007; Казин Э.М., 2013; Кривошеева А.Ю., 2015; Пелихова А.В., 2015). Кроме того доказано, что растущий организм ребенка в силу особенностей обмена веществ, наличия критических периодов роста и развития особо чувствителен к воздействию факторов внешней среды, в том числе дефициту жизненно важных питательных веществ и микроэлементов [41,49,68].

Естественно, что на состояние здоровья дошкольника оказывают существенное влияние такие факторы как неблагоприятные социальные и экологические условия. Отрицательная экологическая обстановка в районах проживания и обучения детей существенно повышает их заболеваемость и, как следствие - снижает эффективность образовательного процесса. Как правило дошкольный возраст - является благоприятным временем для выработки привычек формирования здорового и безопасного образа жизни, которое не только сохранит

здоровье, но и приведет к положительным результатам. Поэтому необходимо осознание того что проблема оздоровления детей не кампания одного дня деятельности и одного человека, а целенаправленная, систематически спланированная работа всего коллектива образовательного учреждения на длительный период (Рубцов М.В., 2003; Тверская Н.В., 2005).

Взаимодействие руководящих и педагогических кадров в дошкольном образовательном учреждении происходит путем распределения полномочий (Токаева Т.Э., 2011).

Третьякова Н.В. (2015) указывает, что роль руководителя состоит в обоснованном распределении полномочий в здоровьесбережении между педагогами, в побуждении каждого из них к созданию системных реализаций здоровьесбережения. Что способствует созданию условия реализации процесса образования в образовательном пространстве, благоприятных для сохранения и укрепления здоровья участников образования[72].

Акимова Л.А. (2014) утверждает что: «Только грамотно управляя процессом здоровьесбережения и сохранения здоровьесберегающей среды можно сформировать ценностное отношение личности к своему здоровью». В поддержку данной точки зрения в системе управления здоровьесбережением образовательной организации, очевидно, что каждый участник образовательного процесса должен исходить из того, что в учебно-воспитательной системе основным субъектом является ребенок, и главная ценность - его здоровье. Тогда и образование будет выполнять функции укрепления здоровья подрастающего поколения не только через путь «учить», но и через «формировать» образ жизни[3].

Куган Б.А. (2007) и Михайлова Н.В. (2011) рассматривая качество здоровьесберегающей деятельности как процесс и систему, входящую в общую структуру образовательной системы, предлагают использовать общие подходы теории социального управления для любого

управленческого акта процедуры независимо от того, в какой социальной сфере он реализуется. В рамках теории социальных систем как утверждали Пелихова А.В., Петрушихина Е.Б., понятие «управление» характеризует воздействие субъекта на объект управления, и подразумевает оптимизацию процессов при целенаправленном переходе социальных систем из одного состояния в другое.

По мнению таких исследователей, как Тверская Н.В., Тайсаева К.А., Таманаева М.Н. в теории управления социальными системами обозначены следующие важнейшие подходы[72]:

1.Процессный подход. Управление рассматривается как процесс, как последовательность непрерывных взаимосвязанных действий, направленных на обеспечение успеха организации. Такие действия определены как управленческие функции. Образовательная организация сможет соответствовать развивающимся запросам потребителей своих услуг, в частности, по сохранению и укреплению здоровья. Основная же задача руководства организации в этом случае состоит в том, чтобы все процессы здоровьесберегающей деятельности находились под контролем, своевременно выявлялись и устранялись все несоответствия.

2.Системный подход в теории управления в отличие от процессного опирается на идею взаимозависимости отдельных частей организации, а также взаимозависимости организации и окружающей среды (Третьякова, Н.В., 2015).

Применение теории систем к социальному управлению позволяет рассмотреть организацию в единстве составляющих ее частей. В рамках системного подхода к управлению организацией (учреждением) ее необходимо рассматривать как открытую систему, как совокупность связанных и взаимодействующих частей (подсистем), обеспечивающих возникновение целого, обладающего собственными качествами, отличными от качеств составляющих его частей. Содержание системного подхода к управлению качеством здоровьесберегающей деятельности

заключается прежде всего в рассмотрении здоровьесбережения как системы, состоящей из взаимосвязанных элементов, и учете влияния окружающей среды и обратной связи на ее эффективность.

3. Теория всеобщего управления качеством. Согласно концепции Лукьянова М.И. управление качеством, осуществляется с учетом ряда принципов и использованием адекватных целям методов управления качеством. Акцент делается на ценности человеческих отношений и человеческого потенциала.

Таким образом, при построении системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности в образовательной организации необходимо ориентироваться на реализацию системного и процессного подходов, а также учитывать идеи теории всеобщего управления качеством.

Практическое отражение в вопросах построения системы управления качеством здоровьесберегающей деятельности нашли результаты работы Е.Б. Петрушихиной, где она предлагает использовать максимальный учет внутренних резервов образовательной системы, что позволяет выстроить эффективную организационную структуру[68].

На основании построения системы управления качеством представленная модель здоровьесбережения, где выделено пять основных направлений деятельности (специализаций) службы здоровья:

1. медицинское и санитарно-гигиеническое сопровождение: обеспечение должных санитарно-гигиенических условий образовательного процесса, медицинское сопровождение обучающихся (равно как и иных субъектов образовательного процесса), проведение работы по диагностике состояния здоровья с последующим анализом и разработкой соответствующих рекомендаций, принятием профилактических мер (Панфилова Т.Ю., 2003);

2. формирование здоровьесберегающей личностной позиции за счет мотивации к активному поиску оптимальных стратегий, направленных на

актуализацию здоровьесберегающего потенциала личности – т. е. формирование готовности к здоровьесориентированной деятельности (Рыбина И.Р., 2015);

3. физкультурно-оздоровительное сопровождение определено особой значимостью занятий физической культурой и созданию соответствующих теоретико-методологических разработок по обоснованию, определению и эффективному применению физкультурно-оздоровительных технологий, методов и средств в образовательном процессе (Шишкина В.А., 2007; Филогенова Н.В., 2008);

4. психолого-педагогическое сопровождение обусловлено необходимостью внедрения развивающих и коррекционных системно и индивидуально ориентированных программ (Тонкова-Ямпольская Р.В., 1987; Таманаева М.Н., 2015);

5. мониторинг уровня физического развития и состояния здоровья обучающихся, что подразумевает сбор, оперативную обработку, систематизацию и хранение информации о состоянии здоровья обучающихся с целью выявления факторов риска и своевременного осуществления корректирующих и предупреждающих действий, создание содержательных и организационно-управленческих разработок по проведению мониторинга (Шибкова Д.З., 2011; Айзман Р.И., 2014).

По мнению Тайсаевой К.А. выделенные направления необходимо рассматривать как ключевые процессы в системе управления качеством здоровьесберегающей деятельности.

Т. Н. Доронова обращает внимание на воспитание и развитие детей детского сада, основным компонентом она отдавала предпочтение самому важному предмету воспитания - физической культуре. «От того, как будет организована работа с детьми по физической культуре, зависит здоровье человека. Ребенок в дошкольном детстве должен почувствовать мышечную радость и полюбить движение, это поможет ему пронести

через всю жизнь потребность в движении, приобщиться к спорту и здоровому образу жизни».

Т.М.Кудрявцев, Б.Б.Егоров определили идею комплексного междисциплинарного подхода к вопросу физического воспитания дошкольника, ими были определены две линии оздоровительно-развивающей работы: 1) приобщение к физической культуре, 2) развивающая форма оздоровительной работы.

Авторы программы исходят из того, что ребенок - это целостный духовно-телесный организм - посредник и преобразователь значимых для него природно - и социально-экологических связей. Эффект образовательно-оздоровительный усматривается в воспитании у ребенка способности осмысленно регулировать эти связи через особые формы двигательного-игровой деятельности [11].

Общая цель данной программно-методического материала состоит в формировании двигательной сферы и создании психолого-педагогических условий развития здоровья детей на основе их творческой активности.

Таким образом, на сегодняшний день в практике управления здоровьесберегающей деятельностью в образовательном учреждении заложена система направлена на изменение отношения человека к собственному здоровью, его ориентацию на поведение, способствующее сохранению здоровья.

1.2. Характеристика детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

Нарушения речи – различные расстройства речевой деятельности, препятствующие полноценному речевому общению и социальному взаимодействию. О нарушениях речи говорят в том случае, если имеют место отклонения функционирования психофизиологических механизмов речи; несоответствие уровня речевого развития возрастной норме; недостатки речи не преодолеваются самостоятельно и могут негативно влиять на психическое развитие индивида. Самым распространённым нарушением речи является общее недоразвитие речи. ОНР (общее недоразвитие речи) – различные сложные речевые расстройства, при которых нарушено формирование всех компонентов речевой системы, т.е. звуковой стороны (фонетики) и смысловой стороны (лексики, грамматики). Общее недоразвитие речи может наблюдаться при сложных формах детской речевой патологии: алалии, афазии (всегда), а также ринолалии, дизартрии (иногда) [50].

Причины возникновения общего недоразвития речи можно разделить на 2 большие группы: социальные и биологические.

К социальным можно отнести.

1. Неправильные условия формирования речи ребенка в семье (дефицит общения со взрослыми, с другими детьми, наличие няни, говорящей на другом языке, проживание с глухими родителями и т. д.).

2. Недостаточность речевого общения детей, воспитывающихся в условиях домов ребенка, детских домов.

3. Билингвизм.

4. Неблагоприятные социальные условия, в которых воспитывается ребенок.

К биологическим факторам относят: инфекции или интоксикации матери во время беременности, несовместимость крови матери и плода по

резус-фактору или групповой принадлежности, патология натального периода, постнатальные заболевания ЦНС и травмы мозга в первые годы жизни ребёнка и др. [68].

Вместе с тем ОНР может быть обусловлено неблагоприятными условиями воспитания и обучения, может быть связано с психической депривацией в сензитивные периоды развития речи. Во многих случаях ОНР является следствием комплексного воздействия различных факторов, например, наследственной предрасположенности, органической недостаточности ЦНС (иногда легко выраженной), неблагоприятного социального окружения.

Наиболее сложным и стойким вариантом является ОНР, обусловленное ранним органическим поражением мозга.

Е.М. Мастюкова придает особое значение в этиологии ОНР перинатальной энцефалопатии, которая может быть гипоксической (вследствие внутриутробной гипоксии и асфиксии в родах), травматической (вследствие механической родовой травмы), билирубиновой (вследствие несовместимости крови матери и плода по резус-фактору или групповой принадлежности). Также причинами ОНР могут быть асфиксия, повышенное внутричерепное давление [53].

У детей с ОНР связь между речевыми нарушениями и другими сторонами психического развития обуславливает специфические особенности мышления. Обладая в целом полноценными предпосылками для овладения мыслительными операциями, доступными их возрасту, дети отстают в развитии словесно-логического мышления, без специального обучения с трудом овладевают анализом и синтезом, сравнением и обобщением.

Наряду с общей соматической ослабленностью им присуще и некоторое отставание в развитии двигательной сферы, которая характеризуется плохой координацией движений, неуверенностью в выполнении дозированных движений, снижением скорости и ловкости

выполнения. Наибольшие трудности выявляются при выполнении движений по словесной инструкции.

Дети с общим недоразвитием речи отстают от нормально развивающихся сверстников в воспроизведении двигательного задания по пространственно-временным параметрам, нарушают последовательность элементов действия, опускают его составные части. Например, перекачивание мяча с руки на руку, передача его с небольшого расстояния, удары об пол с попеременным чередованием; прыжки на правой и левой ноге, ритмические движения под музыку.

Отмечается недостаточная координация пальцев, кисти руки, недоразвитие мелкой моторики. Обнаруживается замедленность, застревание на одной позе.

Правильная оценка неречевых процессов необходима для выявления закономерностей атипичного развития детей с общим недоразвитием речи и в то же время для определения их компенсаторного фона.

Детей с общим недоразвитием речи следует отличать от детей, имеющих сходные состояния – временную задержку речевого развития. При этом следует иметь в виду, что у детей с общим недоразвитием речи в обычные сроки развивается понимание обиходно-разговорной речи, интерес к игровой и предметной деятельности, эмоционально избирательное отношение к окружающему миру.

Одним из диагностических признаков может служить диссоциация между речевым и психическим развитием. Это проявляется в том, что психическое развитие этих детей, как правило, протекает более благополучно, чем развитие речи. Их отличает критичность к речевой недостаточности. Первичная патология речи тормозит формирование потенциально сохранных умственных способностей, препятствуя нормальному функционированию речевого интеллекта. Однако по мере формирования словесной речи и устранения собственно речевых трудностей их интеллектуальное развитие приближается к норме [40].

Чтобы отграничить проявление общего недоразвития речи от замедленного речевого развития, необходимы тщательное изучение анамнеза и анализ речевых навыков ребенка.

В большинстве случаев в анамнезе не содержится данных о грубых нарушениях центральной нервной системы. Отмечается лишь наличие негрубой родовой травмы, длительные соматические заболевания в раннем детстве. Неблагоприятное воздействие речевой среды, просчеты воспитания, дефицит общения также могут быть отнесены к факторам, тормозящим нормальный ход речевого развития. В этих случаях обращает на себя внимание, прежде всего, обратимая динамика речевой недостаточности.

Преобладают ошибки типа смешения продуктивной и непродуктивной форм множественного числа («стулы», «листы»), унификация окончаний родительного падежа множественного числа («карандашов», «птичков», «деревов»). У этих детей отстает от нормы объем речевых навыков, для них характерны ошибки, свойственные детям более младшего возраста.

Несмотря на определенные отклонения от возрастных нормативов (в особенности в сфере фонетики), речь детей обеспечивает ее коммуникативную функцию, а в ряде случаев является достаточно полноценным регулятором поведения. У них более выражены тенденции к спонтанному развитию, к переносу выработанных речевых навыков в условия свободного общения, что позволяет скомпенсировать речевую недостаточность до поступления в школу.

Р.Е.Левиной и сотрудниками (1969) разработана периодизация проявлений общего недоразвития речи: от полного отсутствия речевых средств общения до развернутых форм связной речи с элементами фонетико-фонематического и лексико-грамматического недоразвития [58].

Выдвинутый Р.Е. Левиной подход позволил отойти от описания лишь отдельных проявлений речевой недостаточности и представить

картину аномального развития ребенка по ряду параметров, отражающих состояние языковых средств и коммуникативных процессов. На основе поэтапного структурно-динамического изучения аномального речевого развития раскрыты также специфические закономерности, определяющие переход от низкого уровня развития к более высокому.

Каждый уровень характеризуется определенным соотношением первичного дефекта и вторичных проявлений, задерживающих формирование зависящих от него речевых компонентов. Переход с одного уровня на другой определяется появлением новых языковых возможностей, повышением речевой активности, изменением мотивационной основы речи и ее предметно-смыслового содержания, мобилизацией компенсаторного фона.

Индивидуальный темп продвижения ребенка определяется тяжестью первичного дефекта и его формой.

Наиболее типичные и стойкие проявления ОНР наблюдаются при алалии, дизартрии и реже – при ринолалии и заикании.

На сегодняшний день выделяют четыре уровня ОНР. Первые три выделены Р.Е. Левиной [33].

Первый уровень речевого развития. Речевые средства общения крайне ограничены. Активный словарь детей состоит из небольшого количества нечетко произносимых обиходных слов, звукоподражаний и звуковых комплексов. Широко используются указательные жесты, мимика. Дети пользуются одним и тем же комплексом для обозначения предметов, действий, качеств, интонацией и жестами, обозначая разницу значений. Лепетные образования в зависимости от ситуации можно расценить как однословные предложения.

Дифференцированное обозначение предметов и действий почти отсутствует. Названия действий заменяются названиями предметов (открывать – «древ» (дверь), и наоборот – названия предметов заменяются названиями действий (кровать – «пат»). Характерна многозначность

употребляемых слов. Небольшой запас слов отражает непосредственно воспринимаемые предметы и явления.

Дети не используют морфологические элементы для передачи грамматических отношений. В их речи преобладают корневые слова, лишённые флексий. «Фраза» состоит из лепетных элементов, которые последовательно воспроизводят обозначаемую ими ситуацию с привлечением поясняющих жестов. Каждое используемое в такой «фразе» имеет многообразную соотнесенность и вне конкретной ситуации понято быть не может [26].

Пассивный словарь детей шире активного. Однако исследованием Г.И. Жаренковой (1967) показана ограниченность импрессивной стороны речи детей, находящихся на низком уровне речевого развития.

Отсутствует или имеется лишь в зачаточном состоянии понимание значений грамматических изменений слова. Если исключить ситуационно ориентирующие признаки, дети оказываются не в состоянии различить формы единственного и множественного числа существительных, прошедшего времени глагола, формы мужского и женского рода, не понимают значения предлогов. При восприятии обращенной речи доминирующим оказывается лексическое значение.

Звуковая сторона речи характеризуется фонетической неопределенностью. Отмечается нестойкое фонетическое оформление. Произношение звуков носит диффузный характер, обусловленный неустойчивой артикуляцией и низкими возможностями их слухового распознавания. Число дефектных звуков может быть значительно большим, чем правильно произносимых. В произношении имеются противопоставления лишь гласных – согласных, ротовых – носовых, некоторых взрывных – фрикативных. Фонематическое развитие находится в зачаточном состоянии.

Задача выделения отдельных звуков для ребенка с лепетной речью в мотивационном и познавательном отношении непонятна и невыполнима.

Отличительной чертой речевого развития этого уровня является ограниченная способность восприятия и воспроизведения слоговой структуры слова.

Второй уровень речевого развития. Переход к нему характеризуется возросшей речевой активностью ребенка. Общение осуществляется посредством использования постоянного, хотя все еще искаженного и ограниченного запаса общеупотребительных слов [23].

Дифференцированно обозначаются названия предметов, действий, отдельных признаков. На этом уровне возможно пользование местоимениями, а иногда союзами, простыми предложениями в элементарных значениях. Дети могут ответить на вопросы по картине, связанные с семьей, знакомыми событиями окружающей жизни.

Речевая недостаточность отчетливо проявляется во всех компонентах. Дети пользуются только простыми предложениями, состоящими из 2-3, редко 4 слов. Словарный запас значительно отстает от возрастной нормы: выявляется незнание многих слов, обозначающих части тела, животных и их детенышей, одежды, мебели, профессий.

Отмечаются ограниченные возможности использования предметного словаря, словаря действий, признаков. Дети не знают названий цвета предмета, его формы, размера, заменяют слова близкими по смыслу.

Отмечаются грубые ошибки в употреблении грамматических конструкций:

- смешение падежных форм («едет машину» вместо на машине);
- нередко употребление существительных в именительном падеже, а глаголов в инфинитиве или форме 3-го лица единственного и множественного числа настоящего времени;
- в употреблении числа и рода глаголов, при изменении существительных по числам («два каси» – два карандаша, «де тун» – два стула);

– отсутствие согласования прилагательных с существительными, числительных с существительными.

Много трудностей испытывают дети при пользовании предложными конструкциями: часто предлоги опускаются вообще, а существительное при этом употребляется в исходной форме («книга идет то» – книга лежит на столе); возможна и замена предлога («гриб ляет на далеvim» – гриб растет под деревом). Союзы и частицы употребляются редко.

Понимание обращенной речи на втором уровне значительно развивается за счет различения некоторых грамматических форм (в отличие от первого уровня), дети могут ориентироваться на морфологические элементы, которые приобретают для них смыслоразличительное значение.

Это относится к различению и пониманию форм единственного и множественного числа существительных и глаголов (особенно с ударными окончаниями), форм мужского и женского рода глаголов прошедшего времени. Затруднения остаются при понимании форм числа и рода прилагательных [56].

Значения предлогов различаются только в хорошо знакомой ситуации. Усвоение грамматических закономерностей в большей степени относится к тем словам, которые рано вошли в активную речь детей.

Фонетическая сторона речи характеризуется наличием многочисленных искажений звуков, замен и смешений. Нарушено произношение мягких и твердых звуков, шипящих, свистящих, аффрикат, звонких и глухих («пат книга» – пять книг; «папутька» – бабушка; «дупа» – рука). Проявляется диссоциация между способностью правильно произносить звуки в изолированном положении и их употреблением в спонтанной речи.

Типичными остаются и затруднения в усвоении звуко-слоговой структуры. Нередко при правильном воспроизведении контура слов нарушается звукозаполняемость: перестановка слогов, звуков, замена и

уподобление слогов («морашки» – ромашки, «кукика» – клубника). Многосложные слова редуцируются.

У детей выявляется недостаточность фонематического восприятия, их неподготовленность к овладению звуковым анализом и синтезом.

Третий уровень речевого развития характеризуется наличием развернутой фразовой речи с элементами лексико-грамматического и фонетико-фонематического недоразвития [26].

Характерным является недифференцированное произнесение звуков (в основном это свистящие, шипящие, аффрикаты и соноры), когда один звук заменяет одновременно два или несколько звуков данной или близкой фонетической группы.

Например, мягкий звук с, сам еще недостаточно четко произносимый, заменяет звук с («сяпоги»), ш («сюба» вместо шуба).ц («сяпля» вместо цапля), ч («сяйник» вместо чайник), щ («сетка» вместо щетка); замены групп звуков более простыми по артикуляции. Отмечаются нестойкие замены, когда звук в разных словах произносится по-разному; смешения звуков, когда изолированно ребенок произносит определенные звуки верно, а в словах и предложениях их взаимозаменяет.

Правильно повторяя вслед за логопедом трех-четырёхсложные слова, дети нередко искажают их в речи, сокращая количество слогов (Дети слепили снеговика. – «Дети сипили новика»). Множество ошибок наблюдается при передаче звуконаполняемости слов: перестановки и замены звуков и слогов, сокращения при стечении согласных в слове.

На фоне относительно развернутой речи наблюдается неточное употребление многих лексических значений. В активном словаре преобладают существительные и глаголы. Недостаточно слов, обозначающих качества, признаки, состояния предметов и действий. Неумение пользоваться способами словообразования создает трудности в использовании вариантов слов, детям не всегда удается подбор однокоренных слов, образование новых слов с помощью суффиксов и

приставок. Нередко они заменяют название части предмета названием целого предмета, нужное слово другим, сходным по значению.

В свободных высказываниях преобладают простые распространенные предложения, почти не употребляются сложные конструкции.

Отмечается аграмматизм: ошибки в согласовании числительных с существительными, прилагательных с существительными в роде, числе, падеже. Большое количество ошибок наблюдается в использовании как простых, так и сложных предлогов.

Понимание обращенной речи значительно развивается и приближается к норме. Отмечается недостаточное понимание изменений значения слов, выражаемых приставками, суффиксами; наблюдаются трудности в различении морфологических элементов, выражающих значение числа и рода, понимание логико-грамматических структур, выражающих причинно-следственные, временные и пространственные отношения.

Описанные пробелы в развитии фонетики, лексики и грамматического строя у детей школьного возраста проявляются более отчетливо при обучении в школе, создавая большие трудности в овладении письмом, чтением и учебным материалом.

Т.Б. Филичева сформулировала 4 уровень ОНР. Он характеризуется отдельными пробелами в развитии лексики и грамматического строя. На первый взгляд ошибки кажутся несущественными, однако их совокупность ставит ребенка в затруднительное положение при обучении письму и чтению. Учебный материал воспринимается слабо, степень его усвоения очень низкая, правила грамматики не усваиваются [73].

В речи детей с ОНР четвертого уровня встречаются элизии, в основном заключаются в сокращении звуков, и редко – пропуски слогов. Также наблюдаются парафазии, перестановки звуков, редко слогов.

Вялая артикуляция и нечеткая дикция оставляют впечатление общей смазанной речи. Имеются недостатки фонематического слуха.

При обозначении действий и признаков предметов некоторые дети пользуются названиями приблизительного значения: овальный – круглый. Лексические ошибки проявляются в замене слов, близких по ситуации (кошка катает мяч – вместо «клубок»), в смешении признаков (высокий забор – длинный; бабушка старый – взрослый).

Имея запас слов, обозначающих разные профессии, дети плохо дифференцируют обозначения лиц мужского и женского рода.

Словообразование с помощью увеличительных суффиксов вызывает большую трудность. Стойкими остаются ошибки при употреблении уменьшительно-ласкательных существительных (ременчик – ремешок и т.д.) и образование притяжательных прилагательных (волкин – волчий; лисовый – лисий).

На этом этапе в речи детей отсутствуют ошибки в употреблении простых предлогов, незначительно проявляются затруднения в согласовании прилагательных с существительными. Но до сих пор затруднено использование сложных предлогов, в согласовании числительных с существительными.

Связная речь весьма своеобразна. При составлении рассказа по заданной теме, картине, серии сюжетных картинок нарушена логическая последовательность, присутствуют пропуски главных событий, повтор отдельных эпизодов. Рассказывая о событиях из своей жизни они пользуются простыми малоинформативными предложениями. Сохраняются трудности при планировании своих высказываний и отборе соответствующих языковых средств.

Таким образом, ОНР – различные сложные речевые расстройства, звуковой (фонетики) и смысловой стороны (лексики, грамматики). ОНР может наблюдаться при сложных патологиях: алалии, афазии (всегда), а также ринопалии, дизартрии (иногда) [56].

1.3. Особенности здоровьесберегающей среды для детей с нарушениями речи

Здоровьесберегающий педагогический процесс ДООУ - процесс воспитания и обучения детей дошкольного возраста в режиме здоровьесбережения и здоровьесобогащения; процесс, направленный на обеспечение физического, психического и социального благополучия ребенка. Следует рассмотреть данные виды здоровья: Волкова О.В. утверждает, что соматическое здоровье это текущее состояние органов и систем организма человека, - основу которого составляет биологическая программа индивидуального развития, опосредованная базовыми потребностями, доминирующими на различных этапах онтогенетического развития. Эти потребности, во-первых, являются пусковым механизмом развития человека, а во-вторых, обеспечивают индивидуализацию этого процесса.

Физическое здоровье – уровень роста и развития органов и систем организма, - основу которого составляют морфофизиологические и функциональные резервы, обеспечивающие адаптационные реакции[17]. Психическое здоровье – состояние психической сферы, - основу которого составляет состояние общего душевного комфорта, обеспечивающее адекватную поведенческую реакцию. Такое состояние обусловлено как биологическими, так и социальными потребностями, в также возможностями их удовлетворения.

Нравственное здоровье – комплекс характеристик мотивационной и потребностно-информативной сферы жизнедеятельности, - основу которого определяет система ценностей, установок и мотивов поведения индивида в обществе. Нравственным здоровьем опосредована духовность человека, так как оно связано с общечеловеческими истинами добра, любви и красоты [2]. Таким образом, понятие здоровья отражает качество приспособления

организма к условиям внешней среды и представляет итог процесса взаимодействия человека и среды обитания; само состояние здоровья формируется в результате взаимодействия внешних (природных и социальных) и внутренних (наследственность, пол, возраст) факторов.

Для поддержания улучшения всех видов здоровья в системе образования используются здоровьесберегающие технологии.

Гаврилова Т.Г. рассматривает здоровьесберегающие технологии как систему мер, включающая взаимосвязь и взаимодействие всех факторов образовательной среды, направленных на сохранение здоровья ребенка на всех этапах его обучения и развития. В концепции дошкольного образования предусмотрено не только сохранение, но и активное формирование здорового образа жизни и здоровья воспитанников[27].

Сущность педагогической технологии заключается в том, что она имеет выраженную этапность (пошаговость), включает в себя набор определенных профессиональных действий на каждом этапе, позволяя педагогу еще в процессе проектирования предвидеть промежуточные и итоговые результаты собственной профессионально-педагогической деятельности. Любая педагогическая технология должна быть здоровьесберегающей!

Здоровьесберегающие технологии в дошкольном образовании направлены на решение приоритетной задачи современного дошкольного образования – сохранение, поддержание и обогащение здоровья субъектов педагогического процесса в детском саду: детей, педагогов и родителей.

Цель здоровьесберегающих технологий в дошкольном образовании применительно к ребенку – обеспечение высокого уровня реального здоровья воспитанника детского сада и воспитание валеологической культуры, как совокупности осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни человека.

В настоящее время использование здоровьесберегающих технологий в деятельности учителя – логопеда, также становятся перспективным

средством коррекционно-развивающей работы с детьми, имеющими нарушения речи. Эти методы работы принадлежат к числу эффективных средств коррекции, все чаще применяемых в специальной педагогике и помогающих достижению максимально возможных успехов в преодолении не только речевых трудностей, но и общего оздоровления детей дошкольного возраста.

При работе с детьми необходимо учитывать основные принципы здоровьесберегающих технологий, такие как:

- принцип природосообразности: соответствие педагогического влияния природе ребенка;
- принцип социосообразности: создание приемлемых социальных условий для успешного развития и саморазвития ребенка;
- принцип амбивалентности: организация педагогического влияния, согласованного с изменчивыми средовыми и внутренними условиями;
- принцип любви в обучении и воспитании: отказ от функциональных педагогических отношений и выстраивание глубинного, ценностного, эмоционального взаимодействия во всей полноте личной включенности в него педагога, способного вызвать такую же включенность ребенка;
- принцип глубинного общения и воспитания: активизация собственных внутренних усилий ребенка по самоусовершенствованию, мобилизация личностных ресурсов у подрастающих поколений;
- принцип приоритета духовной поддержки над коррекцией поведения в воспитании: требование полагаться на внутреннее единение с ребенком, на поддержание его духовных сил, использовать возможности вдохновлять ребенка, поднимать его веру в себя и надежду на будущее.

Современные здоровьесберегающие технологии, используемые в системе дошкольного образования, отражают две линии оздоровительно-

развивающей работы: приобщение детей к физической культуре, использование развивающих форм оздоровительной работы (Черкашин В.П., 2009; Шепенюк И.Н., 2014; Третьякова Н.В., 2015).

В дошкольном образовательном учреждении компенсированного вида встречаются основные виды здоровьесберегающих технологий

- медико-профилактические;
- физкультурно-оздоровительные;
- технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка;
- здоровьесбережения и здоровьесобогащения педагогов дошкольного образования;
- валеологического просвещения родителей;
- здоровьесберегающие образовательные технологии в детском саду.

Рассмотрим обозначенные виды здоровьесберегающих технологий в ДОО подробнее.

Медико-профилактические технологии в дошкольном образовании - технологии, обеспечивающие сохранение и преумножение здоровья детей под руководством медицинского персонала ДОО в соответствии с медицинскими требованиями и нормами, с использованием медицинских средств. К ним относятся следующие технологии: организация мониторинга здоровья дошкольников и разработка рекомендаций по оптимизации детского здоровья; организация и контроль питания детей раннего и дошкольного возраста, физического развития дошкольников, закаливания; организация профилактических мероприятий в детском саду; организация контроля и помощь в обеспечении требований СанПиНов; организация здоровьесберегающей среды в ДОО.

Физкультурно-оздоровительные технологии в дошкольном образовании - технологии, направленные на физическое развитие и укрепление здоровья дошкольников: развитие физических качеств, двигательной активности и становление физической культуры дошкольников, закаливание, дыхательная гимнастика, массаж и самомассаж, профилактика плоскостопия и формирование правильной осанки, воспитание привычки к повседневной физической активности и заботе о здоровье и др. Реализация этих технологий, как правило, осуществляется специалистами по физическому воспитанию и воспитателями ДОУ в условиях специально организованных форм оздоровительной работы.

Здоровьесберегающие образовательные технологии в детском саду - технологии воспитания валеологической культуры или культуры здоровья дошкольников. Цель - становление осознанного отношения ребенка к здоровью и жизни человека, накопление знаний о здоровье и развитие умений оберегать, поддерживать и сохранять его.

Технологии обеспечения социально-психологического благополучия ребенка - технологии, обеспечивающие психическое и социальное здоровье ребенка-дошкольника. Основная задача этих технологий - обеспечение эмоциональной комфортности и позитивного психологического самочувствия ребенка в процессе общения со сверстниками и взрослыми в детском саду и семье. К ним относятся: технологии психологического или психолого-педагогического сопровождения развития ребенка в педагогическом процессе ДОУ.

Технологии здоровьесбережения и здоровье обогащения педагогов - технологии, направленные на развитие культуры здоровья педагогов, в том числе культуры профессионального здоровья, развитие потребности к здоровому образу жизни. Технологии валеологического просвещения

родителей: задача данных технологий - обеспечение валеологической образованности родителей воспитанников ДОУ[39].

По мнению Акименко В.М. в здоровьесберегающих технологиях для детей логопатов используют 4 группы приемов:

- 1) защитно-профилактические;
- 2) компенсаторно-нейтрализующие (физкультминутки, оздоровительная, пальчиковая, корригирующая, дыхательная гимнастика; массаж, самомассаж; психогимнастика)
- 3) стимулирующие (приемы психотерапии, фитотерапии, цветотерапии, песочной терапии)
- 4) Информационно-обучающие Коррекционно-развивающие и здоровьесберегающие образовательные технологии наиболее значимы среди всех известных технологий по степени влияния на здоровье и развитие детей[4]. Главный их признак – использование психолого-педагогических приемов, методов, подходов к решению возникающих проблем.

Их можно выделить в три подгруппы:

- **Технологии сохранения и стимулирования здоровья**, способствующие предотвращению состояний переутомления, гиподинамии и других дезадаптационных состояний (динамические паузы, физминутки, гимнастика пальчиковая, дыхательная, для глаз).

- **Коррекционные технологии** (сказкотерапия, музыкотерапия, песочная терапия, психогимнастика, фонетическая ритмика, цветотерапия).

- **Технологии обучения здоровому образу жизни** (проблемно игровые методики, игротерапия, разные виды массажа и самомассажа).

В здоровьесберегающих технологиях используются группы приемов:

- защитно-профилактические;
- компенсаторно-нейтрализующие (физкультминутки, оздоровительная, пальчиковая, корригирующая, дыхательная гимнастика; массаж, самомассаж; психогимнастика);
- стимулирующие (приемы психотерапии, фитотерапии, цветотерапии, песочной терапии);
- информационно-обучающие.

На фоне комплексной логопедической помощи эти приемы не требуют особых усилий, оптимизируют процесс коррекции речи детей-логопатов и способствуют оздоровлению всего организма ребенка. К стимулирующим приемам относятся:

- приемы психотерапии: вся логопедическая работа пронизана психотерапевтической направленностью. Психотерапевтическое воздействие ведется с учетом особенностей личности ребенка, обусловленных речевыми нарушениями и ситуацией стойкой неуспеваемости. Основным средством психотерапевтического воздействия является слово. В процессе коррекционной работы проводятся беседы, даются разъяснения, внушается уверенность в собственные силы, желание и стремление работать над своей речью, возможность преодоления дефекта, что в конечном итоге положительно влияет на результат логопедического воздействия.

- элементы песочной терапии: в песочном мире ребенок чувствует себя защищенным, ему комфортно. Посредством песочной терапии происходит не только гармонизация психоэмоционального состояния, но и решаются непосредственно логопедические задачи: мощно развивается тактильно - кинестетическая чувствительность и мелкая моторика рук, более гармонично и интенсивно развиваются речь, мышление, восприятие, память, совершенствуются коммуникативные навыки ребенка. Используя песочную терапию, дети учатся прислушиваться к себе и проговаривать

свои ощущения. А это, в свою очередь, способствует развитию речи, произвольного внимания и памяти.

- элементы сказкотерапии:

- облачение занятия сказочным сюжетом
- использование отрывков из сказок
- введение в занятие сказочного героя
- сочинение сказок.

Во время коррекционной работы, использование элементов сказкотерапии способствует обогащению словаря, автоматизации поставленных звуков и введение их в самостоятельную речь. Во время работы над текстами сказок ребенок учится правильно придумывать, пересказывать, искать ответы на вопросы в тексте, что влияет на развитие связной речи. Драматизация сказки способствует развитию просодической стороны речи: тембра голоса, его силы, темпа, интонации, выразительности. Введение сказочного героя в логопедический процесс, который будет появляться на протяжении цикла занятий в разных уголках кабинета, способствует развитию положительных черт характера.

- элементы цветотерапии: включая в логопедическую практику методику выбора цвета, позволило быстро и достаточно объективно выяснить эмоциональное состояние ребенка и преобладающие в данный момент поведенческие тенденции.

Широко используются в логопедической работе рисунки, т. к. рисование - один из главных способов познания и отражения окружающего мира. Рисование вызывает у детей интерес и радость, снимает психическое напряжение, вызванное недостатками в произношении, и позволяет быстрее и легче усвоить предлагаемый логопедом материал, преодолеть речевое нарушение.

- элементы музыкотерапии: целью использования музыкотерапии на коррекционных занятиях, является снятие напряжения, тревожности; стимуляция двигательных функций; развитие и коррекция сенсорных

процессов (ощущений, восприятий, представлений), сенсорных способностей, растормаживание речевой функции. Наиболее важным для детей - логопатов является развитие чувства ритма, темпа, мыслительных способностей и фантазии; вербальных и невербальных коммуникативных навыков, развитие общей тонкой и артикуляционной моторики посредством музыкально-ритмических упражнений[68].

Таким образом, именно применение здоровьесберегающих технологий позволяет логопеду целенаправленно двигаться к достижению поставленных государством стратегических целей в области здоровьесбережения и сохранения здоровьесберегающей среды.

На сегодняшний день ведущее место должно быть отведено использованию технологий сохранения и стимулирования здоровья, а также технологиям обучения здоровому образу жизни и коррекционным технологиям.

Выводы по I главе

На фоне комплексной логопедической помощи здоровьесберегающие технологии, не требуя особых усилий, оптимизируют процесс коррекции речи детей и способствуют оздоровлению всего организма ребенка. Эффект их применения зависит от профессиональной компетенции педагога, умения использовать новые возможности, включать действенные методы в систему коррекционно-развивающего процесса, создавая психофизиологический комфорт детям во время занятий, предусматривающий «ситуацию уверенности» их в своих силах. Кроме того, альтернативные методы и приемы помогают организовывать занятия интереснее и разнообразнее.

Таким образом, терапевтические возможности здоровьесберегающих технологий содействуют созданию условий для речевого высказывания и

восприятия. Использование здоровьесберегающей технологии на коррекционных логопедических занятиях позволяет решить несколько задач:

- способствует повышению речевой активности;
- развивает речевые умения и навыки;
- снимает напряжение, восстанавливает работоспособность;
- активизирует познавательный интерес;
- улучшает концентрацию внимания, снижает трудности

переключения с одного вида деятельности на другой.

- укрепления здоровья детей, как ведущего фактора позволяющего, полноценно усваивать коммуникативные навыки, развивать и активизировать познавательную активность ребенка, я выделила для себя следующие направления в работе:

- сохранение и укрепление физического здоровья ребенка;
- сохранение и укрепление психологического (эмоционального)

здоровья ребенка;

- пропаганда и продвижение здорового образа жизни в сознание родителей.

На сегодняшний день ведущее место должно быть отведено использованию технологий сохранения и стимулирования здоровья, а также технологиям обучения здоровому образу жизни и коррекционным технологиям.

ГЛАВА II. ОРГАНИЗАЦИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ СБЕРЕГАТЕЛЬНОГО ПРОСТРАНСТВА В ШКОЛЬНОМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОМ УЧЕРЕЖДЕНИИ ДЛЯ ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ.

2.1. Организация исследования здоровья сберегательного среды в старшей логопедической группе.

В век технического прогресса появляются проблемы различного характера, такие как нарушение речи и общая физическая ослабленность у детей дошкольного возраста. Проанализировав литературу по данной проблеме, мы решили составить комплекс вспомогательных мероприятий направленных(разработать вспомогательной образовательно-воспитательной программу направленную) на улучшение здоровье сберегающего пространства для детей старшего дошкольного возраста с нарушениями речи.

В результате которого мы реализовывали следующие задачи:

1. подобрать и внедрить в практическую деятельность эффективные условия, методы и приемы, способствующие эмоциональному и речевому развитию ребенка;

2. обеспечить организацию развивающей среды, способствующую эмоциональному благополучию и комфортности, побуждающей к активному образу жизни в условиях разнообразных видов деятельности, а так же стимулирование речевой деятельности.

Данная работа проходила на базе МДОУ «ДС № 41». В исследовании были задействованна 1 логопедическая группа старшего дошкольного возраста, по 10 человек.

Всю работу мы условно разделили на 3 этапа.

На первом этапе исследования теоретико-моделирующем (январь-сентябрь 2016 года) – осуществлялась поисково-исследовательская работа,

в содержание которой входили: изучение педагогической и методической литературы; формирование основных исследовательских направлений; определение рабочей гипотезы, задач исследования; разработка плана проведения основного педагогического эксперимента. С этой целью использовался метод анализа теоретической и научно-методической литературы.

Второй этап – опытно-исследовательский (сентябрь 2016 – апрель 2017 года) был посвящен, апробации и внедрению программы. На данном этапе были разработаны и апробированы педагогические условия организации коррекционной деятельности. Внедрена в практику дошкольной образовательной организации адаптированная программа коррекционно-развивающей работы в логопедической группе детского сада для детей ОНР, имеющая оздоровительную ценность.

Третий этап – системно-обобщающий (май 2017 года) – включал: обобщение и описание опытно-исследовательской работы; оценку результативности исследования, систематизацию его результатов.

Теоретической и методологической основой программы являются: положение Л. С. Выготского о ведущей роли обучения и воспитания в психическом развитии ребенка; учение Р.Е. Левиной о трех уровнях речевого развития детей и психолого-педагогическом подходе в системе специального обучения; исследования закономерностей развития детской речи в условиях ее нарушения, проведенные Т.Б. Филичевой и Г.В. Чиркиной.

Программа подобрана в соответствии с основными принципами:

- научности (подкрепление всех проводимых мероприятий, направленных на укрепление здоровья, научно обоснованными и практически апробированными методиками)
- доступности (использование здоровьесберегающих технологий в соответствии с возрастными особенностями детей);

- активности (участие всего коллектива педагогов, специалистов и родителей в поиске эффективных методов оздоровления дошкольников);
- сознательности (осознанное понимание и отношение детей к своему здоровью);
- систематичности (реализация лечебно – оздоровительных, профилактических мероприятий постоянно, систематично, а не от случая к случаю);
- целенаправленности (подчинение комплекса медико – педагогических воздействий четко определенной цели);
- оптимальности (разумно сбалансированные величины психофизической нагрузки) [76].

На сегодняшний день, говоря о работе с детьми-логопатами, нельзя рассматривать только деятельность учителя-логопеда. Для того, чтобы устранить речевые нарушения и сформировать устно-речевую базу, необходимо глубокое взаимодействие всех участников педагогического процесса, т.е. комплексный подход, где ведущая и координирующая роль принадлежит учителю-логопеду.

Создание комплексного подхода предполагает тесное сотрудничество и партнерство всех взрослых участников педагогического процесса.

Комплексный подход предполагает сочетание коррекционно-педагогической и лечебно-оздоровительной работы, направленной на нормализацию всех сторон речи, развитие моторики и познавательных психических процессов, воспитание личности ребенка и оздоровление организма в целом. Необходима совместная работа врача - невролога, логопеда, психолога, воспитателя, музыкального работника, специалиста по физическому воспитанию. Эта работа должна носить согласованный комплексный характер. Активно воздействуя на ребенка специфическими профессиональными средствами, педагоги строят свою работу на основе

общих педагогических принципов. При этом, определяя объективно существующие точки соприкосновения различных педагогических областей, каждый педагог осуществляет свою работу не обособлено, а дополняя и углубляя влияние других. Поэтому, учитывая индивидуальные особенности каждого ребенка с нарушениями речи, специалисты ДОУ намечают единый комплекс совместной коррекционно-педагогической работы, направленной на формирование и развитие двигательной, интеллектуальной, речевой и социально-эмоциональной сфер развития личности ребенка-дошкольника.

Комплексный подход по коррекции нарушения звукопроизношения с использованием здоровьесберегающих технологий, обозначен двумя аспектами:

1. Сочетание коррекционно-педагогической и лечебно-оздоровительной работы, которая направлена на нормализацию всех сторон речи, артикуляционной моторики и оздоровление организма в целом.

2. Совместная работа невролога, учителя-логопеда, педагога-психолога, воспитателей, музыкального руководителя, инструктора по физическому воспитанию и родителей.

Основная цель коррекционной работы специалистов ДОУ с детьми – это развитие правильной, грамотной речи при подготовке к обучению в школе.

В рамках комплексного подхода к коррекции звукопроизношения у детей дошкольного возраста используются разнообразные системы работы. И практически каждая система использует дидактический принцип от простого к сложному.

Коррекционная работа проводится в следующих направлениях:

1. Медицинское воздействие (медикаментозное укрепление нервной системы) создающее благоприятный фон для психотерапии и активной логопедической работы.

2. Психотерапевтическое воздействие (проводится на протяжении всей логопедической работы). Ребенка постоянно убеждают, что он может, и будет говорить красиво и правильно; фиксируют его внимание на успехах в речи, обязательно в присутствии детей, воспитателей.

3. Работа учителя-логопеда. Коррекция нарушенных звуков осуществляются на протяжении регулярного, систематического курса занятий, с учетом возрастных особенностей детей дошкольного возраста и срока коррекционной работы. Индивидуальные занятия строятся в соответствии с этапами работы по исправлению неправильного звукопроизношения (подготовительный этап, постановка звука, автоматизация звука, дифференциация смешиваемых звуков).

4. Работа педагога – психолога направлена на развитие эмоционально-волевой сферы, высших психических функций, снятие эмоционального напряжения детей. На занятиях специалист осуществляет индивидуальный подход к каждому воспитаннику с нарушением речи, контролирует речь детей, делает подборку игр и упражнений, речевого материала с учетом этапа коррекции звукопроизношения.

5. Работа музыкального руководителя. Специалист на занятиях проводит работу по развитию фонематического слуха, развитию артикуляционной моторики и мелкой моторики рук, активизации внимания, воспитанию музыкального ритма, ориентировки в пространстве, что благоприятно влияет на формирование неречевых функций у детей с речевой патологией. На занятиях активно используются музыкально-дидактические игры, упражнения на различение музыкальных звуков по высоте, на подстройку голосов к определенному музыкальному звуку, распевку на автоматизацию тех звуков, которые дети изучают на логопедических занятиях с учетом этапа работы. Музыкальный руководитель на занятиях осуществляет контроль за речью детей. Содержание речевого материала используемого на музыкальных занятиях, сценарии праздников и развлечений обсуждается с учителем – логопедом.

6. Работа инструктора по физическому воспитанию. На занятиях по физическому воспитанию использует разнообразные упражнения и игры, направленные на развитие ритмизации движений, умение управлять собой, на снятие общей скованности, напряжения. Дети с нарушением речи соматически ослаблены, физически невыносливы, быстро утомляются. Отрицательно сказывается на здоровье долгое пребывание детей в сидячем положении. Поэтому необходимо уделять серьезное внимание физической культуре. Инструктор по физвоспитанию проводит на занятиях упражнения по развитию правильного физиологического и речевого дыхания. Для снятия мышечного тонуса артикуляционного аппарата проводит самомассаж. Педагог организует и проводит упражнения на координацию речи с движением с помощью подвижных игр разной сложности, осуществляет контроль за речью детей. На индивидуальных занятиях развивает моторные навыки с использованием пальчиковой гимнастики по лексической теме, повышает активность, развивает подражательность, формирует игровые навыки, совершенствует просодические компоненты речи[51].

С целью реализации комплексного подхода в коррекции речевого нарушения всех специалистов намечены основные задачи, которые включают в себя:

1.Создание команды единомышленников из всех специалистов (учителя-логопеда, педагога-психолога, воспитателей, музыкального руководителя, инструктора по физическому воспитанию, этнографа) и повышение их профессионального уровня.

2. Организация коррекционно-развивающей среды, стимулирующей речевое и личностное развитие ребенка.

3. Разработка тетрадей взаимодействия со специалистами, построенных на основе комплексной диагностики.

Тетради взаимосвязи - со всеми специалистами определили:

- задачи работы специалиста (музыкального руководителя, педагога-психолога, инструкторов по физическому воспитанию)
- рекомендации по коррекционной работе,
- перспективное планирование по формированию фонетической стороны;
- приближительные игры и упражнения для каждого специалиста
- список детей и этап работы логопеда по звукопроизношению.

Организации образовательной деятельности осуществляется в следующих формах:

- фронтальная
- индивидуальная;
- подгрупповая.

Периодичность подгрупповых и индивидуальных занятий (НОД) определяется тяжестью нарушения речевого развития воспитанников.

Таким образом, взаимосвязь динамики речевого развития и познавательных процессов дает основание полагать, что взаимодействие всех участников образовательного процесса приводит к положительным результатам; данное взаимодействие эффективно за счет координирующей роли учителя-логопеда, разработанной системы мониторинга не только речевого, но и познавательного развития детей-логопатов.

2.2. Методы организации экспериментальной работы.

Для реализации поставленных задач по выявлению речевой сферы детей старшего дошкольного возраста с речевыми нарушениями нами была взята следующая методика исследования «Речевая карта» Филичевой Т.Б.

В основу выбора метода по диагностики детей с нарушениями речи были взяты следующие критерии:

- Изучение уровня речевого, познавательного, социально-личностного, физического развития и индивидуальных особенностей детей, нуждающихся в логопедической поддержке.
- адекватное проявление эмоционального состояния в коммуникативной сфере.

Речевая карта

Речевая карта - документ, характеризующий состояние речи ребенка, поступившего в логопедическое учреждение.

Речевая карта (Приложение 1)- основной инструмент логопеда - разработана в соответствии с "Системой коррекционной работы в логопедической группе для детей с ОНР" и представляет собой готовый бланк к заполнению при обследовании состояния речи и неречевых психических функций, а также механизмов нарушения речи ребенка. Строение таблиц позволяет размещать в них образцы детской речи, учитывать индивидуальные особенности развития каждого ребенка.

В речевую карту заносятся результаты обследования ребенка на начало учебного года вне зависимости от того, какую группу он посещал ранее. Обследование всех воспитанников в группе проводится учителем-логопедом в 1-2 -ю неделю сентября. В речевой карте, представлены следующие разделы:

- паспортная часть;
- анамнестические данные;
- данные о физическом и психическом здоровье ребенка;

- раздел, посвященный общей характеристике речи, связной речи, словарному запасу, грамматическому строю, звуко-произношению и фонематическому восприятию, слоговой структуре слова, чтению и письму;

- специальное место для записи логопедического заключения [71].

Речевая карта рабочий документ учителя-логопеда и служащий для отслеживания динамики развития речи.

По окончании учебного года анализируются итоги коррекционной работы, на основании выводов даются индивидуальные рекомендации. Если эту работу требуется продолжить, с рекомендациями знакомятся логопед, психолог и учитель школы, в которой будет учиться ребенок

Логопедическое обследование реализуется с помощью следующих методов:

- педагогический эксперимент;
- беседа с ребенком;
- наблюдение за ребенком;
- игра[61].

По мнению О. Е. Грибовой исследование детей разных возрастных групп и разной степени облученности будет строиться по разному[.]. Однако существуют общие принципы и подходы, определяющие последовательность проведения обследования, таких как:

1. Принцип индивидуального и дифференцированного подхода предполагает, что отбор заданий, их формулировки и наполнение вербальным и невербальным материалом должны соотноситься с уровнем реального психоречевого развития ребенка и учитывать специфику его социального окружения и личностного развития.

2. Исследование рационально проводить в направлении от общего к частному. Сначала специалист выявляет проблемы в развитии речи ребенка, а затем эти проблемы рассматриваются пристальнее, подвергаются количественному и качественному анализу.

3. Внутри каждого вида тестирования предъявление материала дается от сложного к простому. Это позволяет ребенку закончить каждую пробу успешно, что создает дополнительную мотивацию и положительный эмоциональный настрой, которые, в свою очередь, повышают продуктивность и продолжительность обследования. При стандартном подходе, когда каждая проба усложняется по мере тестирования ребенка, ребенок обречен в большинстве случаев «упираться» в неуспех, что вызывает чувство негативизма, ощущение неизбежности ошибки, а это в значительной мере провоцирует снижение интереса к предъявляемому материалу и ухудшение демонстрируемых достижений.

4. От продуктивных видов речевой деятельности — к рецептивным. Исходя из данного принципа, в первую очередь обследуются такие виды речевой деятельности, как говорение и письменная речь (или чаще в логопедии говорится о самостоятельной письменной речи, под которой имеются в виду письменные высказывания, имеющие коммуникативную направленность — сочинения). Письменная речь обследуется только у школьников, прошедших обучение и имеющих опыт написания подобных работ. При наличии диагностических признаков неблагополучия в продуктивных высказываниях или жалоб со стороны родителей рекомендуется проводить исследование по изучению состояния рецептивных видов деятельности: аудирования и чтения.

5. Логично сначала исследовать объем и характер употребления языковых и речевых единиц, и только при наличии трудностей в их использовании переходить к выявлению особенностей пользования ими в пассиве. Таким образом, последовательность процедуры можно сформулировать как от экспрессивной языковой компетенции к импрессивной. Подобный подход позволит сократить время и силы, затрачиваемые на обследование, сделать обследование импрессивного языкового запаса целенаправленным[24].

По результатам проведенной работы можно выявить качественно-количественная характеристика видов динамики развития ребенка.

Положительная динамика: высокий уровень (от 100% - до 92%); Предполагается высокий уровень освоения ребенком содержания образовательной программы в соответствии с его возможностями, а также значительный рост самостоятельности в различных видах деятельности, его коммуникативной и социальной компетенции.

Положительная динамика: средний уровень (от 91% - до 76%). Предполагается хороший уровень усвоения содержания образовательной программы, рост самостоятельности, но возможны незначительные трудности организации собственной деятельности, актуализации имеющихся знаний, замедленный темп усвоения знаний, умений и навыков и их непрочность.

Относительно положительная динамика: ниже среднего уровень (от 75% - до 64%). Предполагается удовлетворительный уровень освоения образовательной программы. Характерно длительное время усвоения знаний, умений и навыков, правил поведения. Бедность, отрывочность, бессистемность знаний и представлений об окружающем, низкая обучаемость, а также трудности переноса усвоенных знаний, опыта общения в практику реальных жизненных ситуаций.

Незначительная динамика: низкий уровень (от 61% - до 33%). Предполагается неудовлетворительный уровень освоения образовательной программы. Данные результаты могут быть обусловлены либо грубой степенью недостаточности обучаемости, либо частыми соматическими заболеваниями ребенка, либо наличием неблагоприятных психосоциальных условий воспитания ребенка в семье, а также неправильно подобранными методами и приемами работы с ребенком специалистами учреждения[72].

Отрицательная динамика развития: Предполагается невозможность ребенка осваивать содержание разделов всех видов программ, а также

резкое снижение интереса, работоспособности, продуктивности ребенка, обучаемости, его успешности во всех видах детской деятельности, росте конфликтности, агрессивности ребенка, появление неадекватных поступков в поведении.

Таким образом, характеристика динамики проводится на основе анализа уровня освоения коррекционной программы (середина и конец учебного года), а также освоения ребенком содержания перспективного плана индивидуальной работы на учебный год, разработанного учителем – логопедом по итогам диагностики в начале учебного года. В ходе мониторинга учитывается не только «количество» оказываемой ребенку помощи, но и ее «качество», так как затруднения в обучении могут быть связаны не только с недостатками умственного развития, но и с эмоционально-волевыми особенностями воспитанника.

Выводы по II главе.

В данное время происходит переосмысление и продуманность коррекционной программы с учетом новых федеральных государственных требований. Успех коррекционной - развивающей работы дошкольного образовательного учреждения определяется строгой, продуманной системой, суть которой заключается в логопедизации учебно-воспитательного процесса и деятельности детей. А именно, создание творческого союза педагогов, объединенных общими целями, построенного на основе комплексной диагностики, организацию коррекционно-образовательной среды, стимулирующей развитие ребенка.

М.Р. Львов пишет: «Одной из главных задач речевого развития дошкольников является *задача развития связной речи*. «Связной речью считается такая речь, которая организована по законам логики, грамматики и композиции, представляет собой единое целое, имеет тему, выполняет определенную функцию (обычно коммуникативную), обладает

относительной самостоятельностью и законченностью, расчленяется на более или менее значительные структурные компоненты»».

ГЛАВА III. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОГРАММЫ НАПРАВЛЕННОЕ НА УСЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ СБЕРЕГАЮЩЕГО ПРОСТРАНСТВА ДЛЯ ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ.

3.1 Оценка речевого профиля детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

Обследование речевого развития детей дошкольного возраста предусматривает выявление навыков связной речи; объема пассивного и активного словарного запаса; степени сформированности грамматического строя речи; произносительных навыков, фонематического слуха и восприятия. Обследование рекомендуется проводить в процессе игровых ситуаций.

Важно не только выявить у ребенка отклонения в формировании каждого из компонентов языковой системы, но и проанализировать характер данного нарушения в сопоставлении с нормой.

Приступая к обследованию ребенка, необходимо иметь сведения о состоянии его физического слуха, интеллекта (заключения специалистов), ознакомиться с данными раннего речевого развития (когда появились первые слова, предложения, развернутая фразовая речь).

Диагностическое обследование речи проводилось в течении 2-х недель в сентябре 2016 г. Обследование проводилась в два этапа: Первый этап — ориентировочный. Логопед заполняет карту развития ребенка со слов родителей, изучает документацию, беседует с ребенком. [8]В предварительной беседе с родителями логопед выясняет, в какой семье воспитывается ребенок, посещает ли детский сад, благополучное ли речевое окружение, как занимаются родители воспитанием ребенка, что их беспокоит в его речевом развитии (плохое понимание речи, неумение

пользоваться синтаксическими конструкциями, грамматическими формами, ошибки в звукопроизношении).

На втором этапе проводится обследованием компонентов языковой системы и на основе полученных данных делается логопедическое заключение.[70]

В исследовании участвовало 10 человек в возрасте 5-6 лет с ОНР III уровня – 9 мальчиков и 1 девочка со II группой здоровья.

У данных детей в анамнезе отмечались: частые соматические заболевания (3 человека); патология беременности у матерей четырех детей (в первой половине беременности). У некоторых детей по данным медицинской карты и беседы с родителями отсутствовали какие-либо выраженные отклонения в раннем нервно психическом развитии. Анализ анамнестических данных позволил установить наличие у некоторых из них отклонение в развитии в пренатальный, натальный и постнатальный периоды. Патология родов отмечалась в анамнезе у 2-их детей (применение щипцов, стремительные роды, преждевременные роды, рождение в асфиксии, родовые травмы). Почти все дети состояли на учете у микропсихоневролога, с момента рождения. Пять испытуемых наблюдались так же другими специалистами (ортопедом, дерматологом, гастроинтерологом, лором, и др.).

В исследовании использовались методики Г.В. Чиркиной, Т.Б. Филичевой, Т.И. Гризик, О. И. Иншакова.

Результаты обследования заносятся в речевую карту (образец карты дан в приложении № 1).

На этапе констатирующего исследования мы определить уровень сформированности фонетической, фонематической, лексико-грамматической стороны речи, связной речи ребенка на начало учебного года.

В результате проведенной работы нами была составлена таблица уровня сформированности компонентов речи в группе детей с ОНР 3 уровня.(см. таблица 1)

Уровень сформированности компонентов речи у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня

Таблица 1

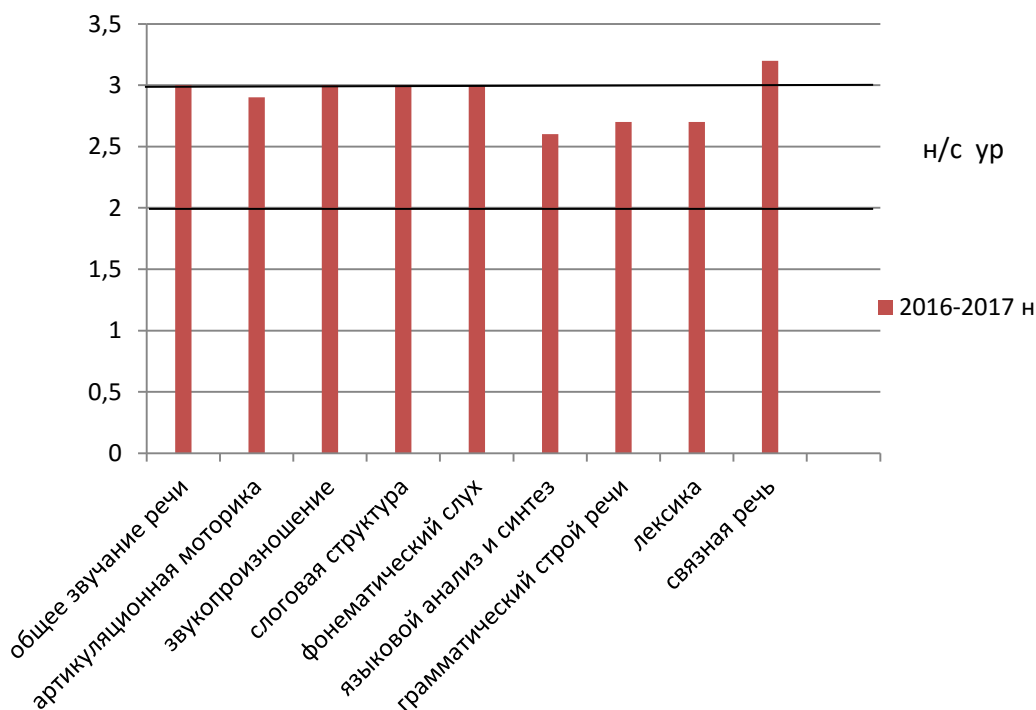
№	Ф.И.О.	Общее звучание речи.	Артикуляционная моторика.	Звукопроизношение.	Слоговая структура слов.	Фонематический слух.	Языковой анализ и синтез.	Грамматический строй речи.	Лексика.	Связная речь.	Среднее знач.
		н	н	н	н	н	н	н	н	н	
1	Алексей А.	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2,8
2	Матвей Б.	3	3	3	3	4	4	4	3	4	3,4
3	Рустам Б.	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3,3
4	Евгения В.	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2,6
5	Кирилл Г.	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2,6
6	Егор Де.	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	Егор Д.	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2,1
8	Ренат К.	3	3	3	3	4	3	3	3	4	3,2
9	Кира К.	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3,2
10	Сергей К.	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2,4
	Среднее знач	3	2,9	3	3	3	2,6	2,7	2,7	3,2	

Анализ полученных данных показал, что у детей с ОНР III уровня пять компонентов речи, такие как: общее звучание речи, звукопроизношение, слоговая структура слова, фонематический слух, находятся на среднем уровне развития(55%). Четыре компонента речи, такие как: артикуляционная моторика, языковой анализ и синтез, грамматический строй речи, лексика находятся на уровне ниже среднего (45%).

Исходя из результатов данного исследования, был составлен рисунок 1

Речевой профиль группы.

Рисунок 1



Анализ полученных данных показал, что большее количество баллов испытуемые набрали в разделе связанной речи(3,2 б. –средний уровень). При обследовании в данном разделе у детей были трудности, при составлении фраз по картинкам с изображением простых действий 4ребенокна среднем уровне(40%). У шести детей уровень ниже среднего (60%).

При составление фраз-высказываний по 3-м предметным картинкам детей с высоким уровнем обнаружено не было. Один ребенок на хорошем уровне(10%), у 7 детей ниже среднего уровня (70 %), на низком - 2 ребенка, что соответствует 20%. При составлении рассказа по сюжетным картинкам 5 ребенка находятся на среднем уровне успешности (50% от общего числа детей), на недостаточном уровне – 2 ребенка и на низком уровне 3 ребенка, что составляет соответственно 20 % и 30%.

При пересказе текста детей с высоким уровнем обнаружено не было. У 6 детей ниже среднего уровня (60%), на низком - 4 ребенка, что соответствует 40%.

Как видно из рисунка наименьшее количество баллов дети набрали в разделе языкового анализа и синтеза (2,6 б – уровень ниже среднего) У испытуемых были сложности в «Повторение слогов с оппозиционными звуками». Дети испытывали трудности в повторение слогов. только 2 (20%) ребенка выполнили правильно все пробы, один (10%) ребёнок не выполнил ни одной пробы правильно, остальные дети допустили по 2-3 ошибки. Ошибки были как в рядах слогов, включающие 2 оппозиционных звука, так и в рядах слогов, включающие 3 оппозиционных звука.

«Различение слов близких по звуковому составу, но разных по смыслу». Это задание дети выполнили с ошибками, для них составляет сложность повторение слогов, особенно близких по звуковому составу. Для некоторых детей оказалось затруднительным различить слова, близкие по звуковому составу. Двое детей (20%) допустили 3 ошибки

В целевой группе со всеми пробами справились 2 (53%) детей, 2 (27%) детей допустили по 1 ошибке и 1 (20%) ребенок сделал 2 ошибки. Это задание далось детям обеих групп легче всего.

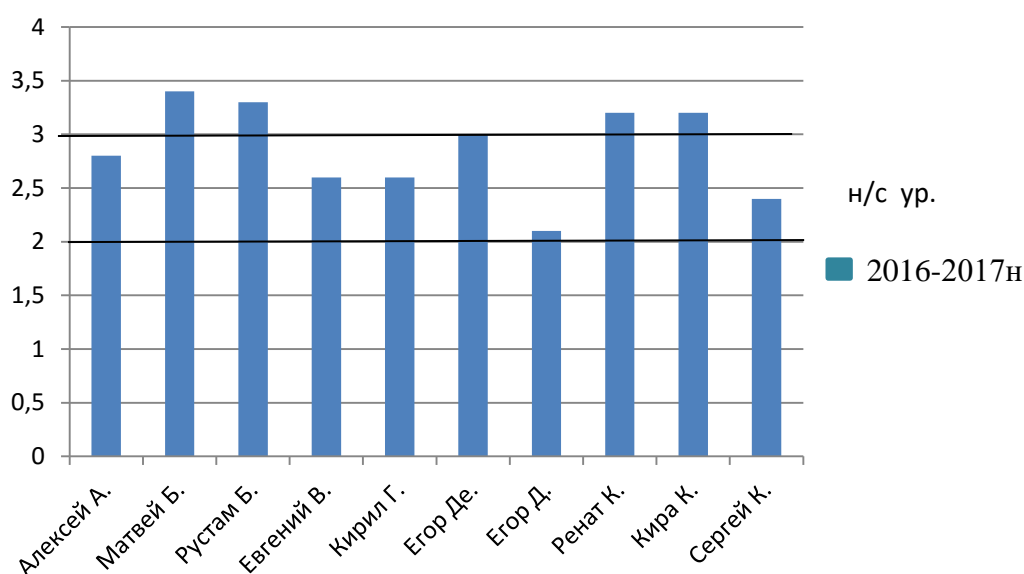
Итак, по нашим результатам мы видим, что развитие фонематического слуха у детей с ОНР отстает от нормы. Для них составляет сложность повторение слогов, особенно близких по звуковому

составу. Для некоторых детей оказалось затруднительным различить слова, близкие по звуковому составу.

Исходя из результатов данного исследования, был составлен рисунок 2, где выведено общее количество баллов по всем видам заданий.

Уровень сформированности связной речи у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня

Рисунок 2



Как видно из рисунка 2, детей с высоким и средним уровнем развития речи - не было выявлено, у 5 детей (50%) средний уровень развития речи - у 5 детей на уровне ниже среднего (50%). У одного ребенка (Егора Д.) речь находится в крайней границе ниже среднего уровня. При обследовании у ребенка были сложности во всех разделах.

Таким образом приведенный качественный анализ результатов исследования позволяет сделать следующие выводы: У детей выявлен низкий уровень развития фонематического восприятия. Для детей характерны нарушения восприятия не только нарушенных в произношении

звуков, но и правильно произносимых. Речь детей смазанная, грамматичная. Плохо разит речевой аппарат.

3.2. Оценка результатов контрольного исследования по изучению речевого профиля детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

На контрольном этапе исследовательской работы, который проходил в мае 2017 г. В исследовании участвовало 10 человек в возрасте 5-6 лет с ОНР III уровня – 9 мальчиков и 1 девочка.

Третий этап исследовательской работы мы условна разделили на под этапы:

1 под этапобследование речи детей с ОНР III уровня Данные заносились в протоколы обследования (образец протокола обследования представлен в Приложение 1).

На 2под этапбыл посвящён обработке полученных данных, анализу показателей детей с ОНРIII уровня на начало и конец учебного года.

Поитогом первого под этапа обследования по определению уровня сформированности речевых компонентов на конец учебного года у детей старшего дошкольного возраста с ОНР III уровня, нами была составлена таблица 2

Уровеньсформированности компонентов речи у детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня

Таблица 2

№	Ф.И.О.	Общее звучание речи.	Артикуляционная моторика.	Звукопроизношение.	Слоговая структура слов.	Фонематический слух.	Языковой анализ и синтез.	Грамматический строй речи.	Лексика.	Связная речь.	СреднееЗнач.
		к	к	к	к	к	к	к	к	к	
1	Алексей А.	4	3	3	4	4	2	3	3	3	3,2
2	Матвей Б.	3	3	4	3	4	4	5	3	4	3,6
3	Рустам Б.	4	4	3	4	4	3	3	4	5	3,7
4	Евгения В.	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3,1
5	Кирилл Г.	4	3	3	4	4	3	3	4	4	3,5
6	Егор Де.	4	4	4	4	3	4	3	3	4	4
7	Егор Д.	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3
8	Ренат К.	3	3	3	3	4	4	3	5	4	3,5
9	Кира К.	4	4	4	3	3	4	3	4	5	3,7
10	Сергей К.	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3,1
	Среднее Знач.	3,5	3,4	3,5	3,4	3,5	3,4	3,2	3,5	3,8	

Как видно из таблицы 2, детей с высоким уровнем выявлено не было, один (10%) ребенок с уровнем выше среднего, у 9 детей (90%) средний уровень развития. По результатам диагностики видно, что наименьшее количество баллов дети набрали в разделе грамматический строй речи (3,2 б – средний уровень) У 9 (90%) испытуемых были сложности в понимании причинно-следственных связей; изменение существительных в творительном

падеже; изменение существительных по числам с непродуктивной основой; согласование существительных с числительными; изменение глаголов в будущем времени; образование глаголов с противоположным значением при помощи приставок; образование имен существительных при помощи уменьшительно-ласкательных суффиксов; образование имен прилагательных от существительных; подбор родственных слов. Лишь один ребенок (10%) выполнил все задания, в данном разделе, с незначительными ошибками.

Анализ полученных данных показал, что большее количество баллов испытуемые набрали в разделе связной речи (3,8 б. – средний уровень). При обследовании в данном разделе у детей были трудности, но двое испытуемых (20%) справились с почти всеми заданиями., у четверых детей (40%) связная речь оказалась на уровне выше среднего, 4 ребенка – на среднем уровне (40%).

Таким образом, уровень показателей речевых компонентов находится на среднем уровне развития, не смотря на то, что у всех детей выполнявших задание были схожие ошибки: пропуски моментов действия, отсутствие связи между частями рассказа, отсутствие смысловой и синтаксической связи между смежными предложениями и др.

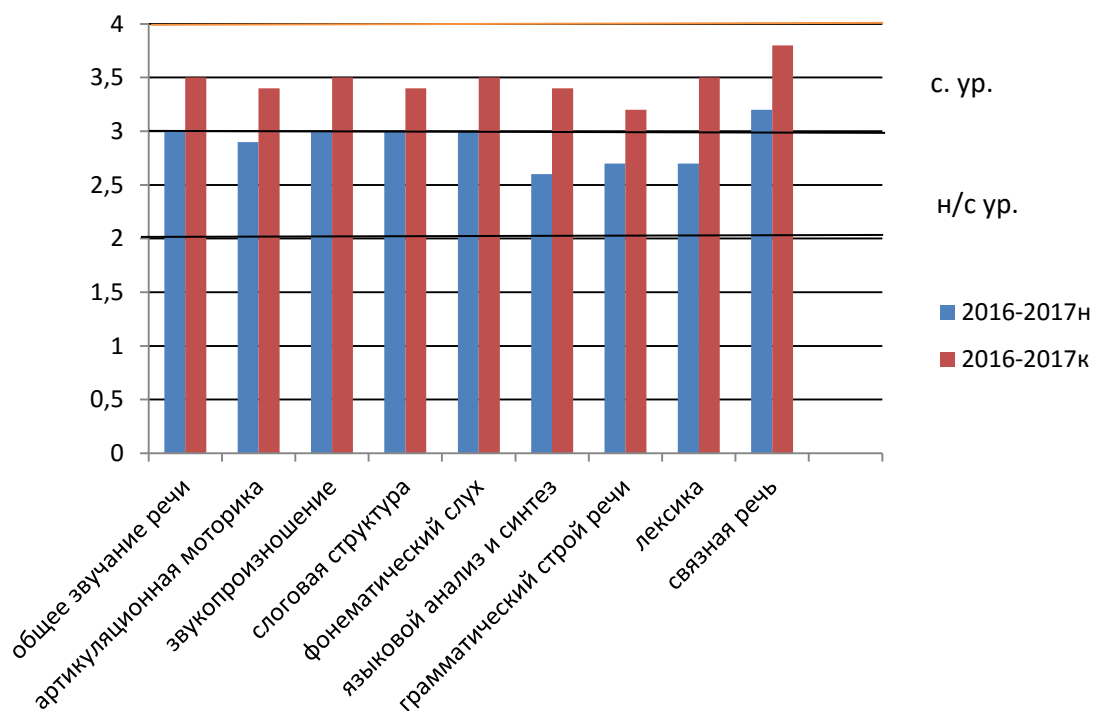
3.3 Оценка результатов исследовательской работы по изучению речевого профиля детей старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи III уровня.

В начале учебного года нами было проведено констатирующее исследование, которое показало, что 50% детей находились на уровне ниже среднего, а остальные 50% на среднем уровне. В конце учебного года нами было проведено контрольное исследование.

Исходя из результатов обследования на начало и конец учебного года нами, был составлен речевой профиль группы (см. рисунок)

Речевой профиль группы.

Рисунок 3



На данном рисунке представлены средние показатели по каждому компоненту речи в начале и конце учебного года. Средний показатель по каждому из компонентнов на конец года заметно увеличился по сравнению с результатами констатирующего исследования. На конец учебного года у

детей улучшилось показатели, они перестали испытывать трудности при различении, дифференциации сходных звуков на слух и в произношении, также стали хорошо воспроизводить слоговые цепочки. Не составило трудности выполнение заданий на выбор слов с заданным звуком. Дети стали отличать дефектное произношение звуков от правильного, но у многих остались трудности использования речевых средств общения.

Используя данные с рисунка 3 нами была составлена таблица №4 средний речевой балл группы.

Средний балл речевого профиля группы.

Таблица4

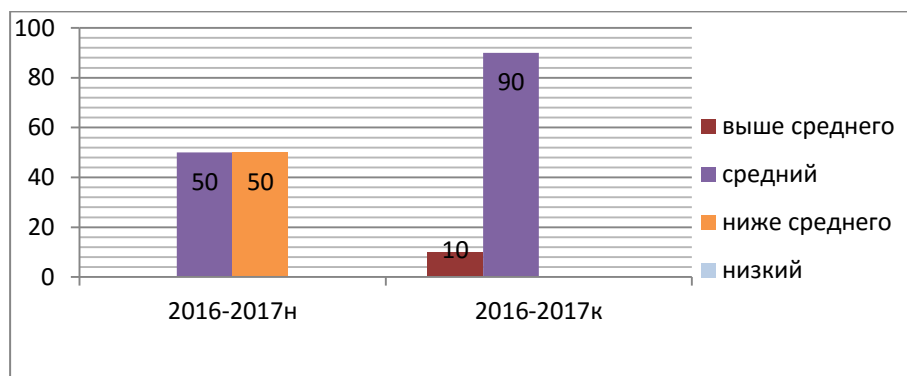
Разделы	Начало года	Уровень	Конец года	Уровень	Среднее Знач.
1. Общее звучание речи.	3	с	3,5	с	0,4
2. Артикуляционная моторика.	2,9	н/с	3,4	с	0,5
3. Звукопроизношение	3	с	3,5	с	0,5
4. Слоговая структура слова.	3	с	3,4	с	0,4
5. Фонематический слух.	3	с	3,5	с	0,5
6. Языковой анализ и синтез.	2,6	н/с	3,4	с	0,7
7. Грамматический строй речи.	2,7	н/с	3,2	с	0,5
8. Лексика.	2,7	н/с	3,5	с	0,8
9. Связная речь.	3,2	с	3,8	с	0,6
Средний балл.	2,9	н/с	3,4	с	0,5

Из таблицы 4 видно что, средний балл речевого профиля группы в начале учебного года - 2,9 (ниже среднего), средний балл речевого профиля группы в конце учебного года – 3,4(средний). Исходя из результатов на начало и конец учебного года мы сделали вывод, что прирост составил в среднем – 0,5 баллов. Что говорит оположительной динамики развития речевого профиля группы.

Сопоставив полученные данные нами было сделана гистограммауровнясформированности речевого развития детей в процентном соотношении.

Уровень сформированности речевого развития детей в процентном отношении (гистограмма).

Гистограмма 1



Как видно из гистограммы на начало учебного года 50% (5 детей) с уровнем речевого развития ниже среднего, против 50% (5 детей) со средним уровнем развития речи. На конец учебного года 90% (9 детей) с средним уровнем речевого развития, против 10%(1 ребенок) с уровнем выше среднего. Поитогом исследования состояния речевого профиля группы прирост составил 60%.

Таким образом, данный факт подтверждает эффективность здоровье сберегающей модели для сохранения здоровья дошкольников и коррекции всех сторон речевого развития.

Вывод по III главе

Данные исследовательской работы ясно доказывают, что эффективность здоровье сберегающей модели для сохранения здоровья дошкольников является эффективным средством развития речевой деятельности детей старшего дошкольного возраста с ОНР Шуровня, может повсеместно применяться на занятиях, в разных видах деятельности, в режимных моментах логопедом, воспитателем,

физкультурным работником, музыкальным работником и родителями дома и при систематической организации работы с детьми значительно повышается уровень развития речевой деятельности детей.

По результатам диагностики видно, что наименьшее количество баллов дети набрали в разделе грамматический строй речи (3,2 б – средний уровень). У 9 (90%) испытуемых были сложности в понимании причинно-следственных связей; изменение существительных в творительном падеже; изменение существительных по числам с непродуктивной основой; согласование существительных с числительными; изменение глаголов в будущем времени; образование глаголов с противоположным значением при помощи приставок; образование имен существительных при помощи уменьшительно-ласкательных суффиксов; образование имен прилагательных от существительных; подбор родственных слов.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

На сегодняшний день тема здоровьесбережения дошкольников в образовательном процессе является особенно важным. Т.к. дошкольный возраст является решающим этапом в формировании фундамента физического и психического здоровья ребенка.

Исходя из этого ведущее место должно быть отведено использованию технологий сохранения и стимулирования здоровья, а также технологиям обучения здоровому образу жизни и коррекционным технологиям. Терапевтические возможности здоровьесберегающих технологий содействуют созданию условий для речевого высказывания и восприятия.

В результате проведения исследовательской работы, нами были реализованы следующие задачи:

- Проанализировав теоретическо-методический аспект здоровьесберегающего пространства образовательного процесса в современном дошкольном образовательном учреждении наряду с экологической и социальной напряженностью, а также на фоне роста болезней общества, показывает, чтобы быть здоровым, нужно овладеть особенностями его сохранения и укрепления. Применение теории систем к социальному контролю, позволяет рассматривать организацию в единстве ее составных частей. В рамках систематического управления организацией (учреждением) должна рассматриваться открытая система как совокупность взаимосвязанных и взаимодействующих частей (подсистем), см. появление целого, имеющего свои свойства, отличающиеся от свойств составных частей. Поддержание системного подхода к управлению качеством в медицинских операциях в первую очередь относится к лечению здравоохранения как системы, состоящей из доступных элементов и внимания к влиянию окружающей среды и обратной связи на ее эффективность.

- Дети с общим недоразвитием речи отстают от нормально развивающихся сверстников во многих аспектах: воспроизведении двигательного задания по пространственно-временным параметрам, нарушают последовательность элементов действия, опускают его составные части. Например, перекатывание мяча с руки на руку, передача его с небольшого расстояния, удары об пол с попеременным чередованием; прыжки на правой и левой ноге, ритмические движения под музыку. Речь детей аграмматична, недостаточно фонетически оформлена, нарушения экспрессивной речи наиболее яркие, наблюдается недостаточная речевая активность, дети достаточно критичны к своему дефекту, отмечается недостаточная концентрация, устойчивость внимания, недостаточная координация пальцев, кисти руки, недоразвитие мелкой и артикуляционной моторики.

- Разработан комплекс здоровьесберегающих мероприятий и внедрен с целью сохранения здоровья дошкольников и коррекции речевого развития. Говоря о работе с детьми-логопатами, нельзя рассматривать только деятельность учителя-логопеда. Для того, чтобы устранить речевые нарушения и сформировать устно-речевую базу, необходимо глубокое взаимодействие всех участников педагогического процесса, т.е. комплексный подход, где ведущая и координирующая роль принадлежит учителю-логопеду.

Комплексный подход предполагает сочетание коррекционно-педагогической и лечебно-оздоровительной работы, направленной на нормализацию всех сторон речи, развитие моторики и познавательных психических процессов, воспитание личности ребенка и оздоровление организма в целом. Необходима совместная работа врача - невролога, логопеда, психолога, воспитателя, музыкального работника, специалиста по физическому воспитанию.

- На основании анализа показателей, нами было обосновано эффективность применения комплекса здоровьесберегающих мероприятий. Исследование доказало, что уровень качества речи повысится, а состояние здоровья улучшится, если в учебный процесс будет включен комплекс здоровьесберегающих мероприятий по сохранению здоровья и речи.

Библиографический список

1. Алексеева, Н.П. Проблемы здоровьесбережения в дошкольном образовании / Н.П. Алексеева // Дошкольное образование: опыт, проблемы, перспективы развития. – 2016. – № 2 (9). – С. 168-170.
2. Андрющенко, Т.К. Обеспечение здоровьесберегающей среды для закрепления у дошкольников жизненных навыков, способствующих сохранению здоровья / Т.К. Андрющенко // Педагогика. Научные предложения: сб. науч. докладов. Sp. z o.o. «Diamondtradingtour». – 2015. – С. 6-12.
3. Акимова, Л.А. Проблема подготовки будущего педагога в аспектах здоровьесбережения: состояние, пути решения / Л.А. Акимова, Ю.Г. Абакумова // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2014. – № 12-3. – С. 23-27.
4. Антонова, Н.Л. Родительская общность как субъект формирования здоровьесберегающих практик дошкольников / Н.Л. Антонова // Экология человека. – 2014. – № 7. – С. 10-14.
5. Акименко В.М. Валеология и фундаментальная наука. - Валеология. - 2008. - № 3. - С. 4-15.
6. Асаева, И.Н. Развитие профессиональных компетенций воспитателей дошкольных учреждений разного вида в процессе повышения квалификации: дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.07 / И.Н. Асаева. – Екатеринбург, 2009. – 190 с.
7. Астапов В.М. Введение в дефектологию с основами нейро- и патопсихологии. – М.: Международная педагогическая академия, 1994. – 216 с.
8. Арушанова А.Г. Речь и речевое общение детей: Книга для воспитателей детского сада. – М., 2004г.
9. Арушанова А.Г. Формирование грамматического строя речи. – М., 2005. – 296 с.

10. Бородич А.М. Методика развития речи детей. М. 1981г.
11. Бутон Ш. Развитие речи // Психолингвистика. М.: Прогресс, 1984.

12. Бардышева Т.Ю. Связанные одной цепью. Логопедический материал. – Издательский дом «Карапуз». – 2003.
13. Бобылева З.Т. Использование речевого лото в логопедической работе с дошкольниками.//Дефектология - № 2 – 1998 - с. 60 – 62.
14. Белоусова, Н.А. Подготовка учителей к формированию культуры здорового и безопасного образа жизни младших школьников / Н.А. Белоусова // Герценовские чтения. Начальное образование. – 2015. – Т. 6, № 2. – С. 277-280.
15. Белоусова Н.А. Факторы, влияющие на физическую подготовку детей. Теория и практика физической культуры. 2007. № 10. С. 68.
16. Белоусова, Н.А., Особенности психомоторных функций подростков с нарушением осанки/ Д.З. Шибкова// Альманах «Новые исследования» – М.: институт возрастной физиологии. – 2013. – № 2(35). – с.39-44.
17. Бусыгин, А.Г. Методологические основания обучения студентов здоровьесбережению / А.Г. Бусыгин, А.Л. Бусыгина // Самарский научный вестник. – 2013. – № 4. – С. 40-43.
18. Василашко, И.П. Развитие здоровьесберегающей компетентности учителей основ здоровья в последипломном педагогическом образовании / И.П. Василашко // Universum: психология и образование. – 2014. – № 8-9 (8). – С. 4.
19. Васильева, С.Л. Инновационные формы работы с родителями в ДОУ / С.Л. Васильева // Дошкольное образование в стране и мире: исторический опыт, состояние и перспективы: матер. междунаро. науч.-практ. конф. 10–11 ноября 2012 года. – 2012. – № 39. – С. 216-218.

20. Вербина, Г.Г. Акмеологические условия развития профессионального здоровья специалиста / Г.Г. Вербина // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. – 2011. – № 4 (96). – С. 101-107.
21. Верхотурова, Ю.А. Педагогическое взаимодействие родителей с детьми раннего возраста в учреждении дополнительного образования: дисс. ... канд. пед. наук: 13.00.07 / Ю.А. Верхотурова. – Челябинск, 2008. – 203 с.
22. Вершина О.М. Особенности словообразования у детей с общим речью 3 уровня // Логопед. – 2004. №1, с. 34 – 40
23. Гвоздев А.Н. Вопросы изучения детской речи. М.: Детство-Пресс, 2007. – 472 с.
24. Грибова О.Е., Бессонова Т.П. Формирование грамматического строя речи учащихся начальных классов школы для детей с тяжелыми нарушениями речи – М.: Эксмо, 1999. – 356 с.
25. Глухов В.П. Методика обучения детей с ОНР рассказыванию. - Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов/Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – С. 280-284.
26. Глухов, В.П. Из опыта логопедической работы по формированию связной речи детей с ОНР дошкольного возраста на занятиях по обучению рассказыванию[Текст] /В.В.Гербова.— Просвещение, М.: 1994.-с. 25-39.
27. Гаврилова, Т.Г. Здоровьесберегающая деятельность участников образовательного процесса / Т.Г. Гаврилова // Общество и экономика постсоветского пространства: междунар. сб. науч. ст. (Липецк, 17 октября 2014 г.). Отв. ред. А.В. Горбенко. – Липецк, 2014. – С. 90-93.
28. Доронова, Т.Н. Взаимодействие дошкольного учреждения с родителями: пособие для работников дошкольных образовательных учреждений / Т.Н. Доронова. – М., 2002. – 120 с.

29. Доронова, Т.Н. Дошкольное учреждение и семья – единое пространство детского развития / Т.Н. Доронова, Е.В. Соловьева, А.Е. Жичкина и др. – М.: Линка-Пресс. – 2006. – 326 с.
30. Досаева, Р.Н. Психологическая коррекция эмоциональных состояний различной этиологии у дошкольников / Р.Н. Досаева // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. – 2011. – № 2. – С. 101-107.
31. Ефименкова Л.Н. Формирование речи дошкольников: (Дети с общим недоразвитием речи). Кн. для логопеда. – 2-е изд., перераб. – М.: Просвещение, 1985. – 112 с.
32. Еремина В.Н. Обогащение словаря старших дошкольников с общим недоразвитием речи фразеологизмами.//Дефектология. - № 5. – 2002 – С 73 – 75.
33. Ефименкова, Л.Н. Формирование речи у дошкольников. [Текст]/ Л.Н.Ефименкова. -М.: Просвещение, 1984.-с. 35-85.
34. Житная, И.В. Эмоциональное благополучие как условие сохранения психосоматического здоровья ребенка / И.В. Житная, И.И. Лосева // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. – 2015. – № 10. – С. 47-53.
35. Жукова Н.С., Мастюкова Е.М., Филичева Т.Б. Преодоление общего недоразвития речи у дошкольников: Кн. для логопеда – М.: Просвещение , 1990. – 239 с.
36. Жукова Н.С. Поэтапное формирование устной речи при ее недоразвитии. - Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов/Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – С. 168-180.
37. Иванова, Н.В. Здоровосберегающая деятельность в ДОУ / Н.В. Иванова, М.Т. Губаева, А.А. Нургалиева // Дошкольное образование: опыт, проблемы, перспективы развития. – 2015. – № 1 (4). – С. 238-239.

38. Ивановская О.Г., Гадасина Л.Я. Логопедические занятия с детьми 6-7 лет: Методические рекомендации. - Санкт-Петербург, 2003
39. Ильякова Н.Е. Логопедические тренинги по формированию связной речи у детей с ОНР 5 – 6 лет. От глаголов к предложениям. – М.: Издательство «ГНОМ и Д», 2004. – 32с.
40. Карпова, С.Н. Осознание словесного состава речи дошкольниками. [Текст] / С.Н. Карпова. - М.: Просвещение, 1978.-с. 34-95.
41. Казин, Э.М. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика: учебное пособие 3-е изд., перераб. / Э.М. Казин, Н.Э. Касаткина, Е.Л. Руднева. – М.: Издательство «Омега-Л», 2013. – 443 с.
42. Каменская, Т.В. Развитие культуры здоровья детей дошкольного возраста / Т.В. Каменская: дисс. ... канд. пед. наук: – 13.00.01 – Санкт-Петербург, 2007. - 276 с.
43. Козлова, А.В. Работа ДОУ с семьей: диагностика, планирование, конспекты лекций, консультации, мониторинг / А.В. Козлова, Р.П. Детулина. – М.: ТЦ Сфера, 2004. – 112 с.
44. Корнев А.Н. Дифференциальная диагностика недоразвития речи у детей (нейропсихологические аспекты) // Онтогенез речевой деятельности: норма и патология. Монографический сборник. – МПГУ, 2005. с. 43–47
45. Короткова А.В. Дроздова Е.Н. Особенности формирования лексико-грамматического строя речи 3 уровня // Логопед 2004. №1 с. 27–34.
46. Кольцова М.М., Рузина М.С. Ребенок учится говорить. Пальчиковый игротренинг. – Спб.: ИД МиМ, 1998. – 192 с.
47. Кондратенко И.Ю. Проблема усвоения системы лексических значений у дошкольников с общим недоразвитием речи, отражающих их эмоциональные состояния и оценки.//Дефектология. – № 6. – 2001. - С 41 – 48.
48. Кондратенко И.Ю. Особенности овладения эмоциональной лексикой

детьми старшего дошкольного возраста с общим недоразвитием речи//Дефектология. – № 6. – 2002. - С 51 – 60

48. Короткова Э.П. Обучение детей дошкольного возраста рассказыванию. – М.: Просвещение, 1982. – 202 с.

49. Коррекционно - педагогическая работа в дошкольных учреждениях для детей с нарушениями речи. / Под редакцией Ю.Ф. Гархуши. – М.: Институт гуманитарных исследований, 2002 г. – 215 с.

50. Ладыженская, Т.А. Связная речь// Методика развития речи на уроках русского языка. [Текст] / Т.А. Ладыженская.— М.: Просвещение, 1980.-с. 34-134.

51. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Коррекция общего недоразвития речи у дошкольников (формирование лексики и грамматического строя). – СПб.: СОЮЗ, 1999. – 160 с., ил.

52. Лалаева Р.И., Серебрякова Н.В. Методы логопедической работы по развитию лексики у дошкольников с общим недоразвитием речи. - Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов/Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – С. 187-190.

53. Левина Р.Е. Общая характеристика недоразвития речи у детей и его влияние на овладение письмом. – Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов/Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – С. 125-144.

54. Логопедия: Учеб.пособие для студентов пед. институтов по спец. «Дефектология»/ Л.С. Волкова, Р.И. Лалаева, Е.М. Мастюкова и др.; Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Просвещение, 1989. – 528 с.: ил.

55. Лукьянова, М.И. Здоровьесберегающая образовательная среда как фактор формирования личностных результатов образования учащихся / М.И. Лукьянова, И.А. Галацкова // Современные наукоемкие технологии. – 2016. – № 8-1. – С. 126-130.

56. Лурия, А.Р. Язык и сознание [Текст] / А.Р. Лурия.— М.: Просвещение, под ред. Е.Д. Хомской., 2001.-с.12-67.
57. Лурия, А.Р. Язык и сознание [Текст] / А.Р. Лурия.— М.: Просвещение, под ред. Е.Д. Хомской., 2001.-с.12-67.
58. Максаков А.И. Правильно ли говорит ваш ребенок. – М.: Просвещение, 1988. – 159 с.
59. Малетина Н., Помомарева Л.. Моделирование в описательной речи детей с ОНР.// Дошкольное воспитание - 2004 г. - №6 - с. 26 – 38
60. Маркова, А.К. Психология усвоения языка как средства общения. [Текст] / А.К. Маркова.— М.: Просвещение, 1974.-с. 23-99.
61. Медведева Т.В. Координирование работы логопеда и воспитателя по формированию связной речи детей с третьим уровнем речевого развития.//Дефектология. – № 6 – 2001 - С 84 – 89.
62. Нарушение речи дошкольников. /Сост. Р.А. Белова – Давид. – М.: Просвещение, 1972. – 232 с.
63. Немов Р.С. Психология. В 3 кн. Кн. 2. Психология образования. – М.: Просвещение: ВЛАДОС, 1995. – 496 с.
64. Никашина Н.А. Формирование речи и ее недоразвитие. - Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед.24 вузов/Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – С. 153-157.
65. Основы логопедической работы с детьми: Учебное пособие для логопедов, воспитателей детских садов, учителей начальных классов, студентов педагогических училищ/Под общ.ред. д.п.н., проф. Г.В. Чиркиной. – 2-е изд., испр. – М.: АРКТИ, 2003. – 240 с.
66. Основы логопедии с практикумом по звукопроизношению: Учеб.пособие для студ. сред. пед. учеб. заведений/М.Ф. Фомичева, Т.В. Волосовец, Е.Н. Кутепова и др.; Под ред. Т.В. Волосовец. – М.: Издательский центр «Академия», 2002. – 200 с.

67. Понятийно-терминологический словарь логопеда/Под ред. В.И.Селиверстова. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 1997. – 400 с.
68. Панфиленко Г. И., Кудрина Л. В., Бондаренко Т. А., Григорян К. И. Здоровьесберегающие технологии в коррекционной работе [Текст] // Актуальные задачи педагогики: материалы II Междунар. науч. конф. г. Чита: Издательство Молодой ученый, 2012. — С. 54-56.
69. Смышляева Т.Н., Корчуганова Е.Ю. Использование метода наглядного моделирования в коррекции общего недоразвития речи дошкольников.// Логопедия. - 2005 г. - №1 – с. 17 - 26
70. Ткаченко Т.А. Картины с проблемным сюжетом для развития мышления и речи у дошкольников. Выпуск №2. Методическое пособие и демонстрационный материал для логопедов, воспитателей и родителей. – М.: «Издательство ГНОМ и Д». 2003 – 24с.
71. Ткаченко Т.А. Обучение детей творческому рассказыванию по картинам: пособие для логопеда/Т.А.Ткаченко. – М.:Гуманитар. Изд. Центр ВЛАДОС, 2005. – 48 с.: ил. – (Библиотека логопеда).
72. Третьякова, Н.В. Стратегические установки по управлению качеством здоровьесберегающей деятельности образовательных организаций / Н.В. Третьякова, Т.В. Андрюхина, Е.В. Кетриш // Сибирский педагогический журнал. – 2015. – № 3. – С. 159-164.
73. Федоренко, Л.П. Методика развития речи детей дошкольного возраста[Текст] / Л.П. Федоренко. — М.: под ред. Л.П. Федоренко. 1984.- с. 15-123.
74. Филичева Т.Б., Чевелева Н.А. Логопедическая работа в специальном детском саду. – М.: Просвещение, 1987. – 142 с.
75. Филичева Т.Б. Принципы, методы, организация психолого-педагогического обследования детей с общим недоразвитием речи. - Логопедия. Методическое наследие: Пособие для логопедов и студ. дефектол. фак. пед. вузов/Под ред. Л.С. Волковой. – М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2003. – С. 191-204.

76. Филичева Т.Б., Чиркина Г.В. Программа обучения и воспитания детей с фонетико-фонематическим недоразвитием (старшая группа детского сада). Учебное пособие для логопедов и воспитателей детских садов с нарушениями речи - М.: МГОПИ, 1993. - 72 с.

77. Фомичева М.Ф. Воспитание у детей правильного произношения. – М.: Просвещение, 1989. – 239 с.

78. Четвертушкина Н.С. Слоговая структура слова: система коррекционных упражнений для детей 5 – 7 лет. – М.: Гном и Д, 2001. – 96 с.

79. Шашкина Г.Р. Логопедическая ритмика в системе коррекционно-педагогических воздействий для детей с общим недоразвитием речи в подготовительной к школе группе.//Дефектология - № 6. – 1997 - с 54 – 60.

80. Яркина, Т.Н. Развитие профессиональной компетентности будущих педагогов в сфере здоровьесбережения дошкольников / Т.Н. Яркина // Научно-педагогическое обозрение. – 2014. – № 2 (4). – С. 51-58.

81. http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_140174/72466f2c8cc0866b7dab921ae53b3ff96887e713/

Приложение

Речевая карта

Анамнестические данные о ребенке.

Раздел	Характеристика	Примечания
Анкетные данные	1. Ф.И.О. ребенка..... 2. Дата рождения (число, месяц, год)..... 3. Дата обследования (число, месяц, год)..... 4. Возраст (количество лет, месяцев)..... 5. Домашний адрес..... 6. Из какого дошкольного учреждения прибыл..... 7. Дата поступления в группу..... 8. Дата, номер протокола обследования ПМПК..... 9. Заключение специалистов ПМПК..... 10. Заключение психоневролога: контакт (в контакт не вступает, контакт формальный, вступает с трудом, не проявляет заинтересованности, избирательный, легко устанавливает)..... внимание (плохо сосредотачивается, с трудом удерживает внимание на объекте; неустойчивое, поверхностное, быстро истощается; достаточно устойчивое; длительность сосредоточения и переключения внимания по возрасту)..... память..... мышление..... темп работы..... переключаемость (не переключается с одного действия на другое при их смене; для переключения с одного задания на другое требуется помощь; легко переключается) эмоциональное состояние (пассивный, вялый, инертный; повышенная эмоциональная возбудимость, раздражительность; колебания настроения, эмоциональная лабильность; активный, бодрый, эмоциональный)..... поражение ЦНС.....	Записывается на основании: медицинской карты заключения ПМПК (подчеркнуть).
Сведения о родителях.	1. Мать. Ф.И.О. Возраст (дата рождения)..... Образование..... Место работы..... 2. Отец. Ф.И.О..... Возраст..... Образование..... Место работы..... 3. Число детей в семье, их развитие..... 4. Наследственные заболевания (наличие нарушений речи, нервно-психических, наследственных болезней у родителей и родственников)..... 5. Речь родителей (грамотность, правильность построения фразы, связность и логичность или ошибки в употреблении слов, аграмматизмы, бедность языковых средств, нарушение связности и логичности повествования).....	Сведения из беседы с родителями, записей медицинской карты (подчеркнуть)

Общий анна- мез.	1. От какой беременности ребенок, возраст матери в период родов..... 2. Характер беременности (токсикоз, падение, инфекционные, хронические заболевания, психоз)..... 3. Роды (досрочные, срочные, стремительные, затяжные, обезвоженные)..... 4. Стимуляция (механическая, химическая, электростимуляция)..... 5. Когда закричал..... 6. Асфиксия (синяя, белая)..... 7. Резус фактор (положительный, отрицательный, совместимость)..... 8. Вес и рост ребенка при рождении..... 9. Выписка из роддома (на какой день)..... 10. Если задержка, почему..... 11. Вскармливание.....естественное до.....месяцев 12. Сосал активно, засыпал во время кормления, быстро утомлялся, срыгивал, поперхивался..... 13. Раннее психомоторное развитие: голову держит с (N – 1,5 мес.)..... сидит с (N – 6 мес.)..... ползает с (N - 7 мес.), характер ползания..... стоит с (N – 11-12 мес.)..... зубов к 1 году..... 14. Перенесенные заболевания: до 1 года..... после 1 года..... Органические заболевания нервной системы: инфекционные заболевания (бактериальная или вирусная инфекция), интоксикации, травмы нервной системы (время перенесения травмы)..... Ликвородинамические нарушения после черепно-мозговых травм и инфекций... Инфекционные заболевания (корь, скарлатина и др.)..... Соматические заболевания: простудные, пневмония, воспалительные процессы уша и др. 15. Судороги при высокой температуре..... 16. Состояние слуха..... 17. Состояние зрения.....	Сведения из беседы с родителя- ми, из медицин- ской карты ребенка (подчерк- нуть)
Рече- вообразв и- тиеребё н-ка	Гуление (N – 2 мес.)..... Лепет (N – 7 мес.)..... Первые слова (N – 11 мес.)..... Первые фразы (N – мес.)..... Прерывалось ли речевое развитие..... Оказывалась ли логопедическая помощь.....	Со слов матери.

Примечание: нужное подчеркнуть.

Осмотр.

Органы артикуляции	Особенности строения	Норма
Губы	Толстые, тонкие, короткие, хейлоскиз (расщелина губы); прохейлия (увеличенный размер верхней губы, выступание ее и нависание над нижней губой); сглаженность носогубных складок; ассиметрия.	Нормальное строение.
Зубы	Редкие, кривые, вне челюстной дуги, крупные, мелкие, нарушение зубного ряда, наличие диастемы (щель между резцами).....	Нормальное строение.
Прикус	Прогнатия (верхний зубной ряд выступает вперед), прогения (нижний зубной ряд выступает вперед), прямой (фронтальные резцы не перекрывают друг друга), перекрестный (смещение челюстей относительно друг друга), глубокий, открытый (отсутствие смыкания между зубными рядами во фронтальной плоскости), сужение челюстей (одностороннее, двустороннее), микрогения (маленький размер нижней челюсти).....	Ортогнатический
Твердое небо	Палатоскиз (расщелины неба); послеоперационные рубцы; высокое (синонимы: готическое, куполообразное) небо; узкое; плоское низкое.....	Нормальное строение.
Мягкое небо	Длинное, короткое, послеоперационные рубцы, сумбукозная расщелина, раздвоенное..... Увуля (свисает неподвижно по средней линии, отклоняется влево, отклоняется вправо).....	Нормальное строение.
Язык	Макроглоссия, микроглоссия, длинный, короткий, широкий, узкий, массивный, раздвоенный, укороченная подъязычная уздечка.....	Нормальное строение.

Примечание: нужно подчеркнуть.

Обследование.

Исследование сенсомоторного уровня речи.	Результат.	Баллы.			
		Ст.гр.		П.гр.	
Артикуляционная моторика	Объем движений: строго ограничен, неполный, полный..... Тонус: норма, повышен, понижен..... Подвижность: достаточная, недостаточная, тремор, гиперкинезы, девиация влево, вправо, кинестетическая апраксия..... Переключаемость, точность движений: достаточная, недостаточная. Саливация: норма, повышенная.....				
Запись беседы самостоятельных связных высказываний	Старшая группа.	Подготовительная группа			
			
			
			
			
			

Общее звучание речи	Разборчивость: норма (достаточная), снижена, речь смазанная, нарушенная, невнятная, малопонятная для окружающих..... Голос –норма, громкий, крикливый, тихий, слабый, монотонный, отклонение тембра (глухой, сиплый, дрожащий, носовой оттенок)..... Дыхание: диафрагмальное, свободное, затруднённое, поверхностное, неровное, ключичное; ротовой выдох сформирован, не сформирован, носовое дыхание затруднено, отсутствует..... Ритм: норма, дисритмия, растянутый, скандированный, зависит от проявления гиперкинезов..... Темп норма, быстрый, замедленный, тахилалия, брадилалия, запинки, заикание (степень, форма).	Баллы.		
		Ст.гр.	П.гр.	
Словарь.	Результат.		Баллы.	
	Старшая группа.	Подготовительная группа.	Ст.гр.	П.гр.
Активный и пассивный запас.				
Игрушки	..... ..... .....	..... ..... .....
Одежда	..... ..... .....	..... ..... .....
Обувь	..... ..... .....	..... ..... .....
Домашние животные	..... ..... .....	..... ..... .....
Овощи	..... ..... .....	..... ..... .....
Посуда	..... ..... .....	..... ..... .....
Мебель	..... ..... .....	..... ..... .....
Транспорт	..... ..... .....	..... ..... .....
Части тела человека	..... ..... .....	..... ..... .....

Части тела животных		..... ..... .....	..... ..... .....		
Детеныши животных	У кошки	.....	.....		
	У собаки	.....	.....		
	У козы	.....	.....		
	У лошади	.....	.....		
	У коровы	.....	.....		
	У свињи	.....	.....		
Антонимы	Большой	.....	.....		
	Чистый	.....	.....		
	Тупой	.....	.....		
	Широкий	.....	.....		
	Высокий	.....	.....		
	Холодный	.....	.....		
	й	.....	.....		
	Твердый	.....	.....		
	Мокрый	.....	.....		
	Светлый	.....	.....		
Старший	.....	.....			
Стоять	.....	.....			
Вешать	.....	.....			
Эпитеты	Яблоко какое?	.....	.....		
	Мишка какой?	.....	.....		
	Мяч какой?	.....	.....		
Вывод: словарный запас (словарь в пределах обихода или шире, правильно использует слова по назначению, имеются ли какие замены слов, какие части речи преимущественно употребляет?).....							
Грамматический строй речи.	Результаты			Баллы.			
		Старшая группа	Подготовительная группа	Ст.гр.	П.гр.		
Словоизменение.							
Изменение имен существительных по падежам.	у меня есть (карандаш)	.....	.....		
	у меня нет я рисую	.....	.....		
Преобразование имён существительных единственного	стол	.....	.....		
	стул	.....	.....		
	окно	.....	.....		

числа множественное число.	в глаз ухо рот дерево пень	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....		
Согласование числительных 2, 5 с именами существительными	дом ведро шар рыба	..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... .....		
Употребление предлогов в речи	в у с к из под	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....		
Словообразование							
Образование имени существительного с уменьшительно- ласкательными суффиксами	стол платье книга птица гнездо ковёр окно сумка	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... ..... ..... .....		
Образование имен прилагательных от существительных (для детей 6-ти лет)	скамейка из дерева шапка из меха сумка из кожи стакан из стекла кораблик из бумаги мяч из резины	..... ..... ..... ..... ..... .....	..... ..... ..... ..... ..... .....		
Составление рассказа по серии картинок.							
.....					
Вывод:							

			
Звукопроизношение.		Результат.				Баллы.				
		Старшая группа.		Подготовительная группа.		Ст.гр.		П.гр.		
Отсутствие		.....		.....			
Искажение		.....		.....			
Замена		.....		.....			
Фонематические процессы.		Результат				Баллы.				
			Старшая группа		Подготовительная группа		Ст.гр.		П.гр.	
Фонематическое восприятие (различение звуков)		са-ша ча-ща-ча ка-га-ка та-да-та					
Анализ и синтез звукового состава слова	Выделение ударного гласного из начала слова	Аня Утка Оля Инна астра					
	Выделение конечного гласного	луна шары пальто					
	Выделение согласного из начала слова	санки город шары					
	Выделение конечного согласного	мак кот суп нос лук					

<p>Воспроизведение слов различным звуковым составом</p>	<p>лиса лопата кукла знак аист книги паутина аквариум милиционер строительство</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>				
<p>Воспроизведение предложений</p>	<p>Ребята слепили снеговика. Милиционер едет на мотоцикле. Волосы подстригает парикмахер.</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>				
<p>Чтение (дети 6 лет)</p>	<p>Не знает буквы, знает буквы, читает слоги (побуквенное чтение, владеет навыком слогосилияния)..... Характер чтения (послоговое, целыми словами, беглое чтение).....</p>						
<p>Вывод:.....</p>							
<p>Общее умственное развитие</p>	<p>Результат.</p>						
<p>Составление разрезной картинке</p>	<p>Старшая группа</p>			<p>Подготовительная группа</p>			
<p>Выполнение логической операции (исключить лишнюю картинку)</p>	<p>.....</p>			<p>.....</p>			
<p>Пространственное представление (вправо, влево, вперёд, вниз)</p>	<p>.....</p>			<p>.....</p>			
<p>Временное представление: времена года, части суток</p>	<p>.....</p>			<p>.....</p>			
<p>Величина</p>	<p>.....</p>			<p>.....</p>			

Форма	..........	..........
Цвет	..........	..........
Счет		
Количественный	..........	..........
Обратный	..........	..........
Уравнивание предметов	..........	..........

Краткая характеристика по данным педагогических наблюдений
(самостоятельность, устойчивость внимания, наблюдательность, работоспособность,
отношение к своему дефекту)

.....
.....
.....
.....
.....

Диагноз

психоневролога:

.....
.....
.....

Заключение

логопеда:

.....
.....
.....
.....
.....