

Мартинюк Зоряна Степанівна,
кандидат педагогічних наук,
старший науковий співробітник,
відділу логопедії Інституту спеціальної
педагогіки і психології імені Миколи
Ярмаченка НАПН України м. Київ

СТРАТЕГІЯ ПОДОЛАННЯ ТРУДНОЦІВ У НАВЧАЛЬНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ ДІТЕЙ З РИНОЛАЛІЄЮ

Наукові розвідки останніх років свідчать, про значне зростання кількості осіб з ринолалією. Вроджені порушення обличчя і піднебіння є наслідком різноманітних зовнішніх і внутрішніх дій на ембріон, які супроводжуються затримкою саме тих його частин, із яких виникають зародкові бугри, що формують обличчя, ротіву і носову порожнину. [3, с. 38]

Корекційна робота з дитиною із ринолалією залежить від форми ринолалії. Робота має нести комплексний характер і має бути спрямованою на корекцію: фонетичних порушень, на розвиток лексики, граматики і граматичного мислення на тлі корекційного психологічного впливу. Робота при подоланні ринолалії ґрунтується на принципах корекції а саме:

- урахування механізмів розладу мовлення й особливостей симптоматики стану піднебінно-глоткового змикання, анатомо-функціональної збереженості артикуляційних органів, дихання, стану артикуляційна бази, слухового контролю, рівня фонематичного слуху, що підкреслює потребу у формуванні артикуляційних укладів заново;

- спирання на збережені аналізатори і їхні функції, розвиток потенційних функціональних можливостей кінестетичного, слухового, зорового аналізатору;

- використання фізіологічного дихання з метою перевиховання його в фонаційне дихання;

- паралельність у роботі над формуванням мовленнєвого дихання і формуванням артикуляційних укладів;

- використання фізіологічної взаємозалежності і взаємодії м'язових груп мовленнєвого апарату в роботі з розвитку артикуляційного праксису;
- урахування рівня готовності артикуляційної бази звуків для визначення послідовності постановки їх;
- урахування вікових і компенсаторних можливостей дитини ринолалії;
- забезпечення систематичності і паралельності логопедичної і психокорекційної роботи. [2, с. 212]

Робота з подолання порушень розпочинається ще в до операційний період. Можна виокремити основні напрями корекційної роботи з подолання ринолалії до операційний період:

- 1) підготовка піднебінної завіси до піднебінно-глоткового змикання;
- 2) активізація артикуляційного апарату;
- 3) робота над фізіологічним і фонаційним диханням;
- 4) постановка голосних звуків;
- 5) розвиток фонематичного слуху;

В післяопераційний період корекційне навчання дітей, продовжується за такими напрямками:

- 1) активізація артикуляційного апарату;
- 2) усунення назального відтінку голосу;
- 3) постановка звуків;
- 4) нормалізація просодичної сторони мовлення;
- 5) корекція фонематичних процесів;
- 6) автоматизація набутих навичок у вільному спілкуванні.

Післяопераційний етап триває недовго, займає декілька тижнів. Саме після пластичної операції, забезпечується анатомо-фізіологічна база правильного усного мовлення. Головною метою логопедичних занять стає розвиток повноцінного піднебінно-глоткового змикання. Тільки в перші тижні після пластичної операції може бути розтягнуті піднебінна фіранка і розвинута максимальна її рухливість.

Задіяння тільки, що сформованого піднебіння у фонацію значно полегшує й робить швидше навичку ротового резонансу голосних у спонтанне мовлення. Відбувається, упізнання дитиною функції піднебінної фіранки, і новий орган знаходить своє цільове призначення. У цей період м'яке піднебіння буває набряклим, практично нерухомим, чутливість його відсутня, а деякі рухи заподіюють біль діти уникають артикуляції. Носовий відтінок мовлення підсилюється, тому основною задачею стає розгальмовування сформованої піднебінної фіранки і розвиток її рухливості чи стимуляція щільного контакту стінок глотки з obturatorом. Через півроку після пластики процес рубцювання закінчується, що не зворотно зменшує ефективність вправ для активізації м'якого піднебіння. Тому в перші місяці після пластики піднебіння, логопедичні заняття мають проводитися регулярно 3 рази в тиждень, а вдома з дитиною мають щодня займатися батьки. Еластичність і рухливість м'якого піднебіння тісно пов'язані. Після пластичного закриття малорухома піднебінна фіранка має тенденцію коротшати за рахунок рубцювання рани. Рухова активність піднебіння розвивається поступово протягом 6-8 місяців. Увесь цей час приходиться щодня використовувати артикуляційні вправи. Заняття знову починаються з вимовляння голосних -а-, -е-. Якщо піднебінна фіранка при цьому залишається нерухомою, одночасно з фонацією голосного викликають глотковий рефлекс. [4, с. 19]

Важливим аспектом в корекційній роботі є формування просодичних компонентів усного мовлення у дітей із закритою ринолалією є розвиток та вдосконалення голосу. Дітям для диференціації понять «високі» і «низькі» звуки голосу можна використовувати образи казкових героїв наприклад: «вовка і комарика», наділяючи їх, крім голосових характеристик, музичними і руховими. У дитини із ринолалією наявне глухе та тихе звучання голосу. У цьому випадку доцільно застосовувати корекційний вплив у даному напрямі якомога раніше. У ранньому віці слід починати роботу над розвитком слуху дитини, адже саме вони відіграють важливу роль у розвитку голосу, як необхідної складової мовлення.

Відомо, що голос забезпечує інтонаційне забарвлення та виразність мовлення. Уже протягом перших місяців життя дитини потрібно працювати над розвитком навиків прислухатися до різних звуків в оточенні, до звертання близьких людей, у яких часто наявний лагідний голос у спілкуванні. Цікаво, що у дитини з'являються перші короткі звуки: *a-a-a*, *a-гу*, бу, уже на 3-му місяці життя. Саме цей період називають «гулінням», для його розвитку необхідна увага дитини до вимови й артикуляції звуків дорослими. Спеціаліст та батьки мають надати допомогу дитині, щоб вона побачила, відчула та почула артикуляцію звука і слова. Протягом першого року життя дитини можна наспівувати веселі мелодії, імітувати разом з ним в ігровій формі різні голоси тварин, природи, пташок. Щоб стимулювати підвищення дитиною сили голосу можна гратися в піжмурки, кликати її, відійшовши при цьому на велику відстань. Для розвитку голосу також застосовують записи улюблених пісень і мелодій мультфільмів, різноманітних відео для дітей та відповідні фоно-записи звуків у природі. Аналізуючи особливості до мовленнєвого розвитку дитини, батькам рекомендується продовжити співпрацю з логопедом над розвитком навичок мовлення і запобіганням мовленнєвим порушень. Необхідно провести роботу із підготовки м'якого піднебіння до піднебінно-глоткового змикання, здійснити профілактику дистрофії м'язів глотки та піднебіння, спрямовуючи зусилля для опускання кореня й укріплення кінчика язика, переміщення язика вперед, активізації рухів щік та губ, постановки правильного дихання, формування нормального струменю повітря, уникнення труднощів у диференціації звуків в зв'язному мовленні. [1, с. 104]

До просодичного компоненту входить інтонаційна виразність усного мовлення. Оскільки у дітей із ринолалією найчастіше спостерігається монотонне та емоційно збіднене мовлення. Тому дітей зазначеної категорії необхідно ознайомити з поняттям про те, що:

- інтонація є обов'язковою ознакою усного мовлення;

- інтонація допомагає виразити почуття;
- ознайомити дітей з різними видами інтонації і засобами їх позначення;
- навчити дітей розрізняти та вживати різноманітні інтонаційні структури у власному мовленні.

Дітям потрібно через гру донести, що є різні види інтонації: розповідна, оклична, питальна, спонукальна інтонація. Наголос який виражається в інтенсивності звучання окремих складів і від наголосу часто залежить значення слова. Навчити дітей виділяти наголошений голосний найлегше в грі «Поклич товариша». Корекційна робота вимагає впливу на всю систему голосу. Патологічні дослідження, що виявляють особливості дихання, фонації і артикуляцією у даного контингенту, розширюють уявлення про структуру порушення і дозволяють вибирати більш обґрунтовані і цілеспрямовані методи логопедичної роботи.

Особливо важливими є ранні профілактичні і комплексні корекційні заходи, які можуть покращити розвиток усного мовлення у дітей з ринолалією

Література

1. Доленко, О.Б. Діагностична інформативність методу електропунктури у виявленні супутніх патологічних порушень у дітей з уродженими вадами піднебіння. Вісник проблем біології і медицини, 2002 № 7, 104-106с.
2. Конопляста, С.Ю. Розвиток дітей із вродженими незрощення губи та піднебіння. Теорія та практика. Київ, 2008. 212с.
3. Конопляста, С.Ю. Агреговані результати дослідження функціональної системи мови та мовлення дітей із вродженими незрощеннями губи та піднебіння. Дефектологія. №1. 2011, 38-42с.
4. Харьков Л.В., Яковенко Л.М. Ефективність логопедичного навчання за раннього хірургічного відновлення піднебіння. Дефектологія. №4. 1998, 19-20с.