

Таким чином, методика утворення штучних понять виявилася валідним інструментарієм у системі дослідження антиципації дітей з церебральним паралічем. Її застосування дозволяє простежити процесуальний бік побудови гіпотези, сприйняття досліджуваним невизначеності умов задачі, здатність до аналізу характеристики поля як умови прогнозування. Перевагою цієї методики є її можливість використання як на констатувальному, так і формувальному етапі дослідження. Передбачуваний корекційно-розвивальний ефект полягатиме в навчанні хворих дітей прогностичній діяльності в різних сферах: при ознайомленні з явищами довкілля, вирішенні математичних завдань, вибору певного рішення з кількох альтернатив, що складатиме умови для прояву їх пізнавальної та особистісної активності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Дж. Брунер. Психология познания. За пределами непосредственной информации / Дж. Брунер. – М.: Прогресс, 1977. – 413 с.
2. Брушлинский А. В. Мышление и прогнозирование (логико-психологический анализ) / Брушлинский А. В. – М.: Мысль, 1979. – 230 с.
3. Детский церебральный паралич: [хрестоматия / составители: Шипицына Л.М., Мамайчук И.И.] – СПб., Изд-во «Дидактика Плюс», – 2003. – 520 с.
4. Ломов Б. Ф. Антиципация в структуре деятельности / Ломов Б. Ф., Сурков Е. Н. – М.: Наука, 1980. – 279 с.
5. Ретуш Л. А. Психология прогнозирования: успехи в познании будущего / Ретуш Л. А. – СПб.: Речь, 2003. – 351 с.

УДК 376.36: 611.22

ХАРАКТЕРИСТИКА ГОЛОСОВОЇ ФУНКЦІЇ У ХВОРИХ НА РАК ГОРТАНІ ПІСЛЯ РЕКОНСТРУКТИВНИХ ВТРУЧАНЬ

Ромась О.Ю.

Інститут колекційної педагогіки та психології
НПУ імені М.П.Драгоманова

В статті представлені матеріали аналізу фонаторної функції у 88 хворих на рак гортані I-II стадії, середньої локалізації на формувальному етапі експериментального дослідження.

In the article given materials of analysis of fonatsya function are in 88 patients with the cancer of larynx of I- II of the stage, middle localization, on the forming stage of experimental research.

Ключові слова: рак гортані, голос, фонація.

Keywords: cancer of larynx, voice, fonatsya.

Мовлення займає важливе місце у житті людини, забезпечує існування її у соціумі та складається із багатьох структурних компонентів, одним із яких є голос. Голос є основною складовою мовлення, без якого спілкування людства у професійній діяльності та побутовій сфері не можливе.

Порушення голосової функції пов'язані з функціональними та органічними чинниками. Серед основних органічних причин порушень голосу, суттєве місце займають пухлинні захворювання.

Рак гортані відноситься до групи найбільш соціально-значущих хвороб, тому що інвалідизація цієї категорії пацієнтів у значній мірі знижує трудовий потенціал суспільства. Але, не дивлячись на значні досягнення у лікуванні раку гортані, багато аспектів цієї проблеми залишаються не вирішеними. До цього часу актуальною та дуже вагомою проблемою є якісне відновлення голосової функції та покращення її характеристик у хворих після часткової резекції гортані.

На фоні значної кількості досліджень, присвячених діагностиці, специфіці лікування раку гортані, значно менше уваги приділяється питанням вивчення порушень голосової функції. Так, окремі дані щодо органічних порушень голосу, висвітлені у дослідженнях медичного спрямування Р.А. Абизова, Е.Т. Мамедова, Л.Г. Кожанова, В.С. Ушакова, В.В. Толчинського, О.Л. Клочихина, В.В. Лонського, В.С. Погосова, В.С. Алферова, D. Brasnu, T. Goldsworthy та ін. Недостатньо висвітленою у науково-теоретичних джерелах залишилась специфіка корекційно-реабілітаційної роботи у хворих на рак гортані після часткової резекції гортані.

З цією метою нами розроблена оригінальна методика корекційно-реабілітаційної роботи, у її основу нами було покладено такі положення: система корекційно-реабілітаційної роботи базувалася на спеціально дібраному мовленнєвому матеріалі з урахуванням загальнодидактичних та спеціальних принципів: науковості, доступності, наочності, активності, послідовності, системності, врахування особистісних якостей пацієнта, комплексного впливу, опори на діяльність, диференційованого підходу, етапності та концентричності, активізації компенсаторних процесів, корекційної спрямованості. Підпорядкування всієї системи корекційно-реабілітаційної роботи з хворими на рак гортані після часткової резекції типу хордектомії (однобічна, двобічна), має на меті сформувати нову навичку голосоведення в активному мовленні, покращити якісні показники голосу: збільшити силу, висоту голосу, розширити діапазон голосу, придати яскравості і барвистості тембру, фонаційного дихання та призвести до вдосконалення мелодико-інтонаційної сторони мовлення.

Викладені положення обґрунтовують постановку експериментальних завдань: формування навички нового голосоведення; формування сенсорної функції (сенсорного сприймання); формування навички нижньореберного типу дихання; активізація нервово-м'язового апарату гортані; формування вмій і навичок користування мелодико-інтонаційними засобами виразності у власному мовленні; розвиток сили, висоти, тембру голосу; оволодіння пацієнтами комунікативними уміннями використовувати одержані навички правильного голосоведення у повсякденному мовленні.

Корекційно-реабілітаційна робота проводилась в два етапи у такій послідовності:

1 етап – **організаційно-підготовчий**: його мета: компенсаторна перебудова органічно порушеної функції з використанням збереженої сторони гортані. Доцільними були завдання на активізацію нервово-м'язового апарату гортані, завдання на розвиток дихання, завдання на слухове сприймання, голосові вправи.

2 етап – **корекційно-діяльнісний**: поступове ускладнення голосових вправ, автоматизація одержаних навичок правильного голосоведення у мовленні, розширення діапазону і розвиток тембру голосу, мелодико-інтонаційної сторони мовлення.

Необхідно відмітити, що між етапами немає чіткої межі, один етап поступово переходив у інший, поділ проводився умовно та продиктований основними завданнями, які стояли у різні періоди корекційно-реабілітаційної роботи. Така поетапність дозволяла послідовно, систематично, концентрично та диференційовано здійснювати корекційно-реабілітаційну роботу.

При побудові системи вправ ми враховували загальний соматичний стан та перебіг процесів онкозахворювання, ступінь стану сформованості голосу (висоти, тембру, сили), індивідуальні особливості хворих та їх процес засвоєння. Всі вправи повинні бути розташовані в послідовності, що відповідає певним етапам процесу засвоєння знань та не повинні бути випадковим набором однотипних дій. В основу вправ покладена певна система, чітко спланована послідовність у напрямку до поступового ускладнення (О. С. Орлова, О. С. Алмазова).

Кожен етап містив систему вправ, серед яких ми умовно виділили три групи: перша – для засвоєння теоретичних відомостей, друга – для вироблення необхідних практичних умій, третя – для формування навичок самостійного використання здобутих знань.

Пацієнтам надають первинні теоретичні знання й уміння для осмислення нового матеріалу. Основним видом робіт тут є: показ рисунка пацієнту його власного комп'ютерного обстеження гортані після операції, розповідь про анатомо-фізіологічні особливості голосового апарату; розвиток слухового сприймання (прослуховування, порівняння та співставлення різних аудіологічних відрізків); аналіз різних спектрів голосу (норма та патологія). Пропонується практичне застосування набутих знань, де всі види робіт орієнтують пацієнтів на вироблення необхідних умій та навичок, використовували репродуктивні вправи. Для цього необхідно добирати вправи, які були взаємообумовлені та систематизовані, де одна група завдань є підготовчою до виконання наступних завдань, в яких містився врахований матеріал, відпрацьований у попередніх вправах. Це вправи на активізацію нервово-м'язового апарату гортані, на розвиток мовленнєвого дихання, на розвиток слухового сприйняття, на розвиток висоти, сили, тембру голосу. Вправи третьої групи, формують уміння й навички правильного голосоведення у власному мовленні

У запропонованій нами системі вправ дидактичний матеріал подається складами, окремими словами, словосполученнями, реченнями й частинами текстів. Використовуються такі прийоми як інструктаж, пояснення, створення проблемних ситуацій, коментарі та зауваження у короткій формі, які оцінюють якість виконання завдань або вказують на помилки, що допускаються, постановка запитань, розпорядження, вказівки, оцінка дій пацієнта, спрямована на стимулювання і підтримку голосомовленнєвої активності. Вибір та використання того чи іншого прийому визначається станом голосового порушення, етапом роботи, віковими та індивідуально-психологічними особливостями.

Курс корекційно-реабілітаційної роботи розраховано на один місяць при умові систематичних занять з фонопедом та щоденних тренуваннях вдома. Заняття проводяться індивідуально. Під час всього курсу

відновлення голосу рекомендується обмеження голосового навантаження, а також при проведенні домашніх тренувань розподіляти навантаження дозовано, рівномірно протягом дня. Час заняття складає від 20 до 40 хвилин.

Перевірка доцільності й ефективності розробленої методики корекційно-реабілітаційної роботи з відновлення та розвитку голосу у хворих на рак гортані після часткової резекції типу однібічна, двобічна хордектомія, здійснювалася під час проведення спеціальних перевірочних завдань усного характеру, спрямованих на визначення рівня сформованості практичних умінь. Така перевірка здійснювалася після закінчення формувального етапу експерименту. Крім того, ми намагалися з'ясувати стан сформованості основних акустичних характеристик голосу (сили, висоти, тембру, фонаційного дихання, а також стан сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення), що формувалися під час відповідних етапів проведення дослідної роботи і напями яких було відображено у завданнях, запропонованих після кожного етапу.

У процесі перевірки доцільності експериментальної методики були залучені хворі на рак гортані I-II стадії після оперативного лікування (часткової резекції гортані типу однібічна, двобічна хордектомія), робота з якими проводилася за запропованою нами експериментальною методикою, та контрольної групи, робота яких відбувалось за традиційною методикою (відповідно 51 та 37 хворих). Експеримент проводився у отоларингологічних відділеннях на базі Київської обласної клінічної лікарні і Київського обласного онкодиспансеру (51) а також Черкаського(23) та Дніпропетровського (14) онкодиспансерів.

Усі завдання й вправи для перевірки були згруповані у залежності від їх змісту й характеру та представлені у вигляді запитань. Зібрані на основі різних показників матеріали були переведені в єдині одиниці (відсотки) і зведені нами у зручні для подальшого аналізу гістограми.

Порівнюючи результати виконання завдань після другого етапу - **корекційно-діяльнісного**, дослідної роботи в експериментальних групах з результатами їх виконання у контрольних групах, у пацієнтів експериментальної групи були виявлені відчутні позитивні зміни, що вплинули на загальну характеристику сформованості акустичних показників голосу.

Таким чином, правильні відповіді хворих експериментальних груп становлять 58,8% (30 хворих); неправильні – 41,2% (21 хворих). Правильні відповіді пацієнтами контрольних груп становлять 35,1% (11хворих); неправильні – 64,9% (26 хворих).

Наприкінці основного етапу формувального експерименту за допомогою комп'ютерної програми Sound Forge, MaTLab, здійснювався спектральний аналіз голосу. У відповідності до результатів акустичного аналізу визначено рівні спектрального аналізу голосу, для визначення яких ми користувалися розрахунками, аналогічними до констатувального етапу дослідження.

До високого рівня ми віднесли 4 особи (7,8%) від загальної кількості досліджуваних, тобто це пацієнти, у яких частота основного тону складала 200-600 Гц, максимуми «кривої» з чітко вираженими формантами. У контрольній групі таких пацієнтів не виявлено. До достатнього рівня ми віднесли 28 пацієнтів (54,9%) експериментальної групи та 7 пацієнтів (18,9%) контрольної групи, у яких акустичний аналіз знаходився у діапазоні 100-200Гц, максимуми «кривої» з чітко вираженими формантами.

До середнього рівня ми віднесли 13 хворих (25,5%) експериментальної групи та 14 пацієнтів (37,8%) контрольної групи, у яких частота основного тону складала - 90-100Гц, максимуми «кривої» з нечітко вираженими формантами.

До низького рівня ми віднесли 6 хворих (11,7%) експериментальної групи та 16 пацієнтів (43,3%) контрольної групи, у яких частота основного тону від 70 до 80 Гц, відсутність максимум «кривої» з чітко вираженими формантами.

На основі узагальнених результатів нами охарактеризовані рівні сформованості висоти, сили та тембру голосу, часу максимальної фонації, мелодико-інтонаційної сторони, а також рівні сформованості мовленнєвого дихання.

Рівні сформованості висоти голосу у хворих після часткових резекції гортані в зв'язку з її раковим ураженням.

Відповідно високий рівень мали 4 хворих (7,8%) ЕГ, тоді як у КГ такого виявлено не було. В експериментальних групах також більша кількість пацієнтів з достатнім рівнем – 29 пацієнтів (56,9%) порівняно із КГ – 7 хворих (18,9%). Різниця показників у даному випадку становить на 38%. До середнього рівня сформованості нами віднесено 23,5% (12 хворих) ЕГ та 37,8% (14 хворих) КГ. Різниця показників становить 14,3%. Найбільш показовим є низький рівень. Хворих ЕГ – 6 (11,8%), а хворих КГ – 16 (43,2%) (Рис.3.1).

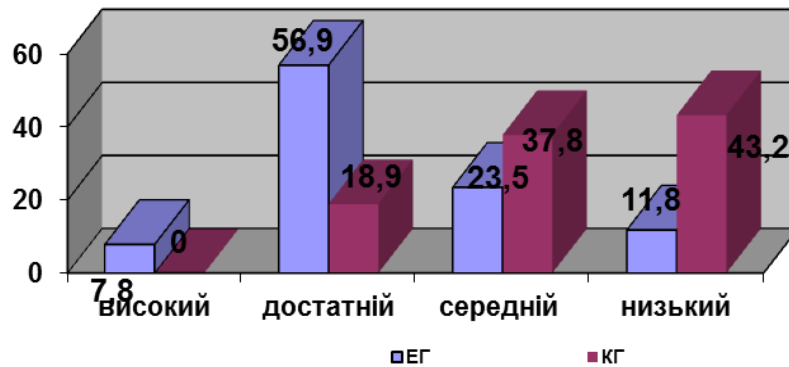


Рис. 1. Показники рівнів сформованості висоти голосу за результатами формувального експерименту (у%)

Рівні сформованості сили голосу у хворих після часткових резекції гортані в зв'язку з її раковим ураженням.

Аналіз результатів виконання хворими на рак гортані після часткових резекцій зрізових завдань на перевірку сформованості сили голосу демонструє вищу відносну кількість хворих EG, що характеризуються високим та достатнім рівнями сформованості сили голосу (відповідно 4хворих (7,8%) і 28хворих (54,9%)) порівняно з хворими KG високого рівня виявлено не було, з достатнім рівнем – 8 хворих (21,6%). Менша кількість хворих EG із середнім та низьким рівнем сформованості сили голосу (13 хворих (25,5%) та 6хворих (7,8%)) порівняно з хворими KG (відповідно 14 хворих (37,8%) та 15хворих(40,5%)) вказує на підвищення загального рівня сформованості сили голосу у результаті експериментального навчання. Порівняльні дані рівнів сформованості сили голосу у хворих на рак гортані після часткової резекції типу однобічна, двобічна хордектомія представлені на рис.2.

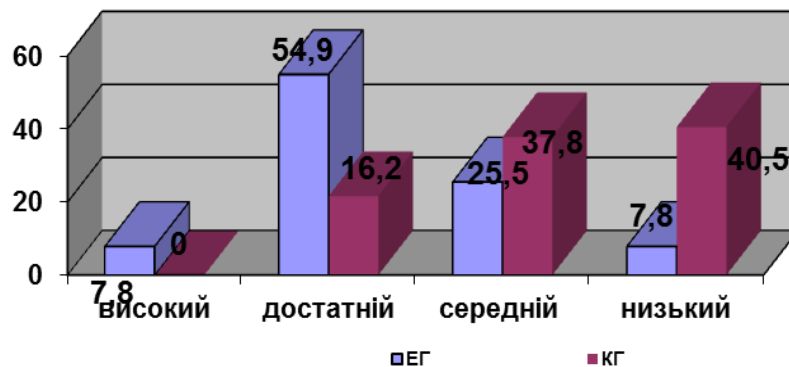


Рис. 2. Показники рівнів сформованості висоти голосу за результатами формувального експерименту (у%).

Рівні сформованості тембру голосу у хворих після часткових резекції гортані в зв'язку з її раковим ураженням.

Позитивні результати сформованості тембру голосу одержано у хворих на рак гортані після часткових резекції EG із високим та достатнім рівнем сформованості тембру голосу (відповідно 3хворих (5,9%) і 27 хворих (52,9%)). У контрольних групах достатнього рівня досягли 29,7% (11хворих), таких, що досягли високого рівня не виявлено. Хворих EG із середнім та низьким рівнем за результатами експерименту (29,4% (15хворих) та 11,8% (6 хворих)) менше порівняно із KG (35,1% (13хворих) та 35,1% (13 хворих)) (Рис.3).

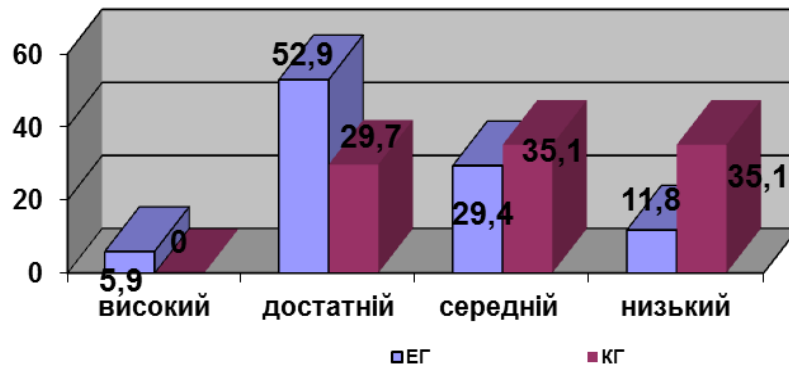


Рис. 3. Показники рівнів сформованості висоти голосу за результатами формувального експерименту (у%).

Рівні сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення у хворих після часткових резекції гортані в зв'язку з її раковим ураженням.

Після експериментальної роботи між EG та KG з'явилися певні відмінності. Так, показники високого рівня сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення у хворих EG становлять 21,6% (11 хворих), хворі KG 5,4% (2 хворих). До достатнього рівня нами віднесено 54,9% (28 хворих) EG та 9 хворих (24,3%) KG. Кількість хворих EG із середнім та низьким рівнем сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення (відповідно 7 хворих (13,7%) та 5 хворих (9,8%)) значно менша порівняно із KG (11 хворих (29,7%) і 15 хворих (40,5%)) (рис. 4.).

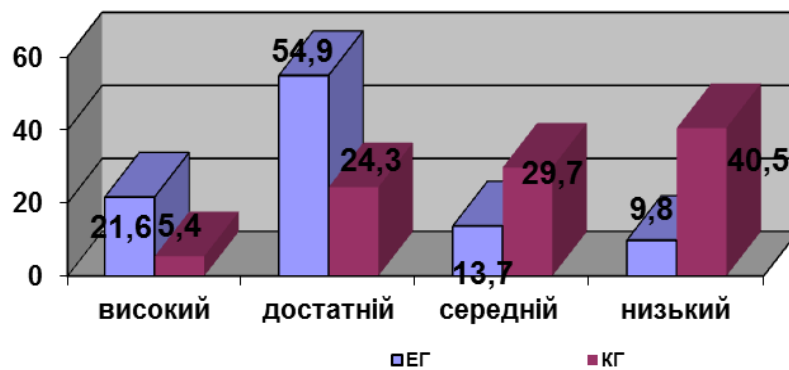


Рис. 4. Показники рівнів сформованості мелодико-інтонаційної сторони мовлення за результатами формувального експерименту (у%)

Рівні сформованості часу максимальної фонації у хворих після часткових резекцій гортані в зв'язку з її раковим ураженням.

Як засвідчують вищезазначені показники, значна кількість хворих експериментальних груп досягла високого, достатнього й середнього рівнів сформованості часу максимальної фонації голосу у порівнянні з результатами, отриманими у контрольних групах. Порівняльні дані рівнів сформованості часу максимальної фонації голосу у хворих на рак гортані після часткової резекції типу однібічна, двобічна хордектомія такі: відповідно в EG високого рівня сформованості досягли 6 осіб (11,8%) та 2 хворих (5,4%) KG. Достатнього рівня досягли 33 хворих (64,7%) EG та 6 хворих (16,2%) KG. Середнього рівня досягли 7 хворих (13,7%) EG та 13 хворих (35,1%) KG. Низького рівня 6 хворих (9,8%) EG та 16 хворих (43,2%) KG (рис.5).

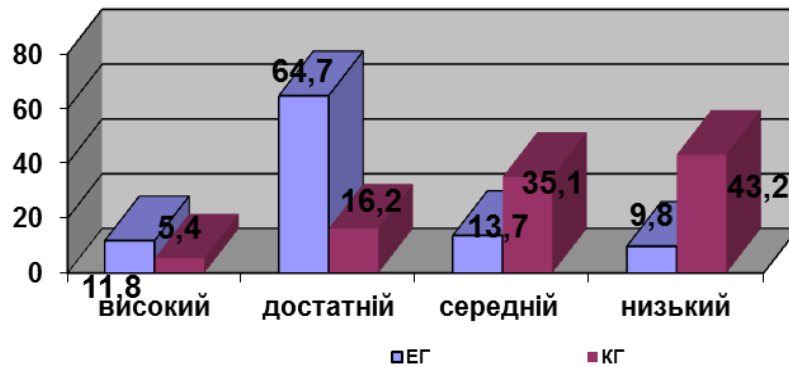


Рис. 5. Показники рівнів сформованості ЧМФ за результатами формувального експерименту (у%)

Рівні сформованості мовленнєвого дихання у хворих після часткових резекцій гортані в зв'язку з її раковим ураженням.

Аналіз результатів виконання хворими на рак гортані після часткових резекцій завдань на перевірку сформованості мовленнєвого дихання демонструє вищу відносну кількість хворих EG, що характеризуються високим та достатнім рівнями (відповідно 10 хворих (19,6%) і 29 хворих (56,9%)) порівняно з хворими KG – 2 хворих (5,4%), з достатнім рівнем – 7 хворих (18,9%). Менша кількість хворих EG із середнім та низьким рівнем сформованості сили голосу (7 хворих (13,7%) та 5 хворих (9,8%)) порівняно з хворими KG (відповідно 13 хворих (35,1%) та 15 хворих (40,5%)) вказує на підвищення загального рівня сформованості мовленнєвого дихання у результаті експериментального навчання. Порівняльні дані рівнів сформованості мовленнєвого дихання у хворих на рак гортані після часткової резекції типу однобічна, двобічна хордектомія. (Рис.6).

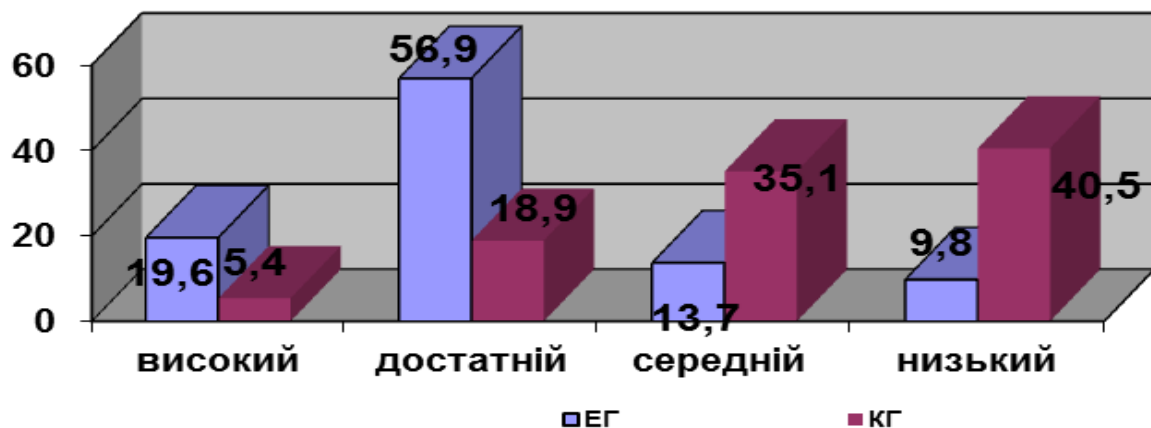


Рис. 6. Показники рівнів сформованості мовленнєвого дихання за результатами формувального експерименту (у%).

На основі одержаних показників сформованості практичних умінь і навичок у хворих на рак гортані після часткової резекції типу однобічна, двобічна хордектомія було визначено загальні рівні сформованості голосових навичок в експериментальних та контрольних групах.

До високого рівня ми віднесли пацієнтів, відповіді яких у кожній групі вправ належали до відповідного (високого) рівня. Серед пацієнтів експериментальної групи, нами виділено 4 особи (7,8%) від загальної кількості досліджуваних, тобто це пацієнти, які володіють голосовими навичками у межах 75-100% від запропонованих завдань. У контрольній групі таких пацієнтів не виявлено.

Достатній рівень володіння вищезазначеними умінями продемонстрували 54,9% (28 пацієнтів) експериментальної групи та 18,9% (7 пацієнтів) контрольної групи. Пацієнти зазначеної групи володіють умінями й навичками в межах 50-75% від запропонованих завдань.

Середньому рівню відповідали знання 13 хворих (25,5%) експериментальної групи та 14 пацієнтів (37,8%) контрольної групи. Вони володіють голосовими навичками у межах 25-50% від запропонованих завдань.

Низький рівень володіння голосовими умінями мали 6 хворих (11,7%) експериментальної групи та 16 пацієнтів (43,3%) контрольної групи, що володіють голосовими навичками у межах 0-25% від запропонованих завдань.

Як засвідчують вищезазначені показники, значна кількість хворих експериментальних груп досягла високого, достатнього й середнього рівнів сформованості основних акустичних характеристик голосу у порівнянні з результатами, отриманими у контрольних групах. У хворих, які навчалися за адаптованою нами методикою, відбулися позитивні зміни у сформованості голосових умінь.

Аналіз даних формувального експерименту показав, що після проведення дослідної роботи у хворих після часткової резекції гортані експериментальних груп рівень голосовомовленнєвих умінь виявився значно вищим порівняно з контрольними групами. Простежувалась тенденція щодо збільшення кількості хворих, які мали високий та достатній рівень розвитку голосу (відповідно 7,8% та 54,9%) і, навпаки, досить суттєво зменшилась кількість хворих з середнім та низьким рівнями (відповідно 25,5% та 11,7%). У контрольних групах відчутної тенденції до зміни складу груп не спостерігалось.

Таким чином, на етапі формувального експерименту була апробована експериментальна методика корекційно-реабілітаційної роботи з відновлення та розвитку голосу хворих на рак гортані після часткової резекції типу однобічна, двобічна хордектомія. У відповідності до результатів виконаних завдань визначено рівні основних акустичних показників голосу в експериментальних і контрольних групах. На основі узагальнених результатів нами охарактеризовані рівні сформованості висоти, сили та тембру голосу, ЧМФ, мелодико-інтонаційної сторони, а також рівні сформованості мовленнєвого дихання. Об'єктивізацію даних ми підтверджуємо сучасними об'єктивними методами дослідження, а саме: відеоларингостробоскопічним обстеженням. На місці видаленої голосової складки утворилась рубцева тканина, яка приймає активну участь у голосоутворенні; рухомість новоутвореної еластичної тканини практично не відрізняється від рухомості природної голосової складки. Отже, результати проведеного експериментального дослідження підтвердили ефективність запропонованої оригінальної методики корекційно-реабілітаційної роботи з відновлення та розвитку голосу у хворих на рак гортані.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ:

1. Абизов Р. А. Онкоотоларингологія : лекції : навч. посіб. для лікарів-інтернів і курсантів вищ. мед. закл. освіти III-IV рівнів акредитації / Р. А. Абизов. – К. : Книга плюс, 2001. – 267 с.
2. Алмазова Е. С. К вопросу о нарушении голоса / Е. С. Алмазова // Очерки по патологии речи и голоса / под. ред. Ляпидевского С. С. – М., 1960. – Вып.1. – С. 125–141.
3. Василенко Ю. С. Голос. Фониатрические аспекты / Ю. С. Василенко. – М. : Энергоиздат. – 2002. – 480 с.
4. Ромась О. Ю. Особливості механізму голосоутворення у хворих на рак гортані після часткових резекцій при ранньому фонопедичному лікуванні / Р. А. Абизов, О. Ю. Ромась // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. Матеріали щорічної конференції Українського наукового медичного товариства оториноларингологів. – К. : Просвіта, 2005. – №3 - с'. – С.383-384.
5. Ушаков В. С. Новые перспективы функциональной реабилитации больных, перенесших вертикальную резекцию гортани по поводу рака / В. С. Ушаков, С. В. Иванов, В. И. Гарбарук // Матер. V ежегодн. рос. онкологич. конф. 2001. – С. 155.

УДК: 376-056.264: [8+796]

ФОРМУВАННЯ МОВЛЕННЄВО-РУХОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У ДІТЕЙ СТАРШОГО ДОШКІЛЬНОГО ВІКУ З АЛАЛІЄЮ

Савицький А.М.

кандидат педагогічних наук, доцент

Нагородня Т.В.

Інститут корекційної педагогіки та психології

НПУ імені М.П.Драгоманова

Стаття присвячена проблемам діагностики та корекції тяжких порушень мовлення у дітей старшого дошкільного віку з моторною алалією.

В данной статье рассматриваются ключевые этапы логопедической работы по преодолению тяжелых речевых нарушений у детей дошкольного возраста с моторной алалией.

Ключові слова: корекційно-розвивальне навчання, затримка психічного розвитку, моторна алалія, др.ібна моторика руки, мовленнєво-рухова діяльність.