

ОСВІТА ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ

Таким чином, можна констатувати, що висока соціальна значущість та недостатня розробленість даної проблеми зумовлюють необхідність проведення подальших досліджень смислотиттєвого самовизначення молодшої людини.

Практичне впровадження профорієнтаційних заходів у навчально-виховний процес шкіл нового типу неможливе без наявності дієвого механізму їх вивчення і своєчасного оцінювання. Тому проблема діагностування рівня розвитку професійного самовизначення старшокласників потребує подальшого дослідження.

Література:

1. Головаха Е.И. Жизненная перспектива и профессиональное самоопределение молодежи. – К. : Наукова думка, 1988. – 142 с.
2. Гріньова О.М. Психологічні особливості життєвого самовизначення в юнацькому віці. Збірник наук. праць. – Випуск 8. – К., 2012.
3. Журкина А.Я. и др. Методика формирования профессионального самоопределения школьников на различных возрастных этапах : кн. для учителя / Департ. образования Ад министр., Обл. ИУУ, Институт общего ср.образования РАО; А.Я. Журкина, С.Н.Чистякова, Т.В. Васильева и др.; под ред. А.Я. Журкиной, С.Н. Чистяковой. – Кемерово, 1996. – 149 с.
4. Кіхтенко С.С. Організація самостійної роботи старшокласників під час дослідження професій суспільного виробництва // Збірник наук. праць. Педагогічні науки. Вип. 33. – Херсон: ХДУ, 2003. – С.159–164.
5. Коршунова Н.Е. Жизненное самоопределение современных выпускников образовательных учреждений: социологический анализ. – дисс. ... канд. социол. наук: 22.00.04 / Коршунова Наталья Евгеньевна. – М., 2005. – 186 с.
6. Мирончук Н.Н. Особенности жизненного самоопределения и формирования профессиональных намерений старшеклассников / Н.Н.Мирончук // Вектор науки ТГУ. – 2010. – №3(3). – С. 92–96.
7. Катрун А. О. Життєве самовизначення молодшої людини на прикладі вивчення професії соціолога. Науково-дослідна робота МАН під керівництвом Кіхтенко С.С. – Херсон, 2014.

Костик С. А.*

ОСОБЛИВОСТІ ЛОГОПЕДИЧНОЇ РОБОТИ ПРИ ФОРМУВАННІ ЗВУКОВИМОВИ В ДІТЕЙ З АНОМАЛІЯМИ ЗУБОЩЕЛЕПНОЇ СИСТЕМИ

Стаття присвячена проблемам реабілітації дітей-логопатів, які мають зубощелепні аномалії, зроблено акцент на спеціальних методах і прийомах у логопедичній роботі з такими дітьми, а також обґрунтовується взаємозв'язок і взаємообумовленість між будовою і функцією периферичного мовленнєвого апарату.

Проблема реабілітації дітей з аномаліями в анатомо-фізіологічній будові периферичного мовленнєвого апарату, а також із вродженими вадами розвитку щелепно-лицьової частини

* © Костик С. А.

ОСВІТА ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ

є значущою для всіх країн, у тому числі й для України. Дослідження вчених, лікарів, фахівців, які займаються проблемами мовлення, доказали необхідність в організації логопедичних кабінетів при ортодонтичних відділеннях стоматологічних поліклінік для проведення комплексної ортодонтичної і логопедичної терапії. На різних етапах процесу реабілітації таких дітей необхідна участь фахівців різного профілю: щелепно-лицьового хірурга, ортодонта, отоларинголога, педіатра, логопеда, дефектолога, психолога. Реабілітація має здійснюватись комплексно та планово. Саме такий підхід використовується і в Херсонській міській дитячій стоматологічній поліклініці, на базі якої був організований консультативний та лікувально-профілактичний спеціалізований центр [1].

Так, з 1989 року в місті Херсоні надання логопедичної допомоги дітям із вродженими вадами щелепно-лицьової частини стало складовою комплексного лікування цієї категорії хворих: хірургічного, ортодонтичного, фізіотерапевтичного.

Особливістю в роботі новоствореного логопедичного кабінету є те, що всі діти з аномаліями зубощелепної системи (за направленням ортодонтів) проходять повний курс міогімнастики, вони ж проходять повне мовленнєве обстеження, а вже виявлені логопати, тобто діти з мовленнєвими порушеннями, призначаються на логопедичні заняття. Як правило, логопедичне навчання відбувається паралельно з ортодонтичним лікуванням. Логопедичною допомогою охоплено дитяче населення м. Херсона та Херсонської області, яке перебуває на диспансерному обліку в ортодонтичному відділенні дитячої стоматологічної поліклініки.

У логопедичному кабінеті проводяться корекційні заняття з дітьми, котрі вже навчаються в спеціалізованих закладах, з дітьми, які не охоплені логопедичною допомогою, а також надається консультативна допомога дітям, які приїждять із різних районів області.

Загальна кількість дітей, які пройшли повний курс міогімнастики, повний або частковий курс логопедичного навчання, отримали ту чи іншу консультативну допомогу, склала за період з 2006 по 2010 роки 1001дитина. Усіх дітей, які перебувають на диспансерному обліку в логопедичному кабінеті дитячої стоматологічної поліклініки, умовно можна поділити на дві категорії: *перша категорія* – це діти з аномаліями зубощелепної системи та порушеннями фізіологічних функцій (дихання, ковтання), тобто діти, які пройшли курс міогімнастики; *друга категорія* – діти з аномаліями в будові периферичного мовленнєвого апарата, які мають різні мовленнєві патології.

Більш повно й наочно подана вище інформація представлена в таблиці 1.

**Кількісний розподіл по категоріях дітей,
які мають аномалії зубощелепної системи**

Категорії	Кількість за роками				
	2006	2007	2008	2009	2010
I категорія – діти з аномаліями зубощелепної системи, які не мають мовленнєвої патології	103	88	75	55	49
II категорія – діти з аномаліями в будівлі мовленнєвого апарату, які мають мовленнєву патологію	135	251	123	137	111

Варто зазначити, що всі діти першої та другої категорії проходять курс міогімнастики, який необхідно розглядати як один з етапів у лікуванні ортодонтичних хворих і який попереджує апаратурне лікування. Таким чином, міогімнастика – не тільки специфічний метод профілактики аномалій прикусу, а ще і давно визнаний метод виховання звуковимови [2]. Заняття в даному випадку здійснюються за схемою: від грубих, дифузних рухів до більш тонких, диференційованих. До комплексу вправ, які проводяться на заняттях із дітьми, входять вправи м'язів плечового поясу, шиї, вправи жувально-артикуляторних м'язів, гімнастика губ, щік, язика, вправи для нормалізації положення нижньої щелепи (прогенія, прогнатія), при відкритому прикусі, вправи для поновлення функції правильного дихання й ковтання. Для цього використовується весь арсенал діючих засобів: амортизатор Роджерса, активатор Дасса, вестибулярна пластинка, міжгубний диск Фріеля, накусувальні кільця і стрічки [3].

Із загальної кількості дітей, яким був проведений курс міогімнастики, а це число склало понад 1000 дітей, мовленнєва патологія була виявлена в 631 дитини, що в відсотковому відношенні склало близько 60%. Приведені цифрові дані і досвід власної роботи є підтвердженням того, що існує взаємозв'язок та взаємообумовленість між будовою та функцією мовленнєвого апарату при зубощелепних аномаліях. Так, аномалія в будові периферичного мовленнєвого апарату негативно впливає на основні її функції, а іноді накладає небажаний відбиток на психіку дитини, впливаючи на риси його характеру – усе це погіршує загальний стан його здоров'я та психічний розвиток [4]. Але при цьому необхідно пам'ятати, що глибокі морфологічні порушення мають, насамперед, значення передумови, тому що організмом досягається «приспосувальний ефект», коли здорова фізично і психічно людина в більшості випадків знаходить шляхи компенсації такого дефекту. Саме пластичністю кори головного мозку, компенсаторними можливостями ЦНС пояснюється самостійне подолання недоліків мовлення у багатьох дітей, коли при наявних дефектах у будові артикуляційного

ОСВІТА ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ

апарату звуковимова формується нормально. І тільки при нашаруванні додаткових труднощів мовленнєвого й загального розвитку виявляється значення анатомічних дефектів для вимови. При цьому складається порочне, замкнене коло зв'язку форми і функції при аномаліях зубощелепної системи. Для ілюстрації розглянемо, які ж органічні (морфологічні) дефекти в будові мовленнєвого апарату [5] є фактором ризику для неправильної вимови звуків (табл. 2).

Таблиця 2

Типові порушення звуковимови у дітей з аномаліями в будові периферичного мовленнєвого апарату

Типи порушення звуковимови (механічні дислалії)	Типи аномалій в будівлі периферичного мовленнєвого апарату	Частота випадків у відсотковому відношенні (%)
Сигматизм (порушення звуків с, с', з, з', ц, ц', дз, дз', ш, ш', ж, ж', ч, щ, дж) Міжзубний сигматизм	Відкритий передній прикус; масивний, недостатньо пластичний, малорухоми́й язик; аденоїдні розрощення та, як наслідок – порушення носового дихання.	28
Губно-зубний сигматизм	Прогнатія, скорочена під'язикова зв'язка.	1
Призубний сигматизм	Глибокий прикус.	1
Шиплячий сигматизм	Прогенія	4,5
Боковий сигматизм	Відкритий боковий прикус, вузький язик, парези язика.	9
Носовий сигматизм	Зміна напруги задньої частини спинки язика.	1,5
Дефекти звучання шиплячих звуків (ш, ж, ч, щ, дж)	Дефекти твердого піднебіння: високе та вузьке, готичне чи плоске піднебіння.	2
Ламбдацизм (порушення звуків л, л')	Різко скорочена під'язикова зв'язка, прогнатія, дефекти твердого піднебіння.	23
Ротацизм (порушення звуків р, р')	Прирощена чи скорочена під'язикова зв'язка, звуження верхньої та нижньої щелепи, прогнатія, вузьке та високе тверде піднебіння; вузький чи, навпаки, масивний, недостатньо пластичний язик	30

Надані цифрові показники були отримані в результаті обстеження 200 дітей-логопатів (це число було взято за 100%), у деяких спостерігалась мономорфна дислалія, у інших – складна поліморфна дислалія. За віком та статтю діти з аномаліями зубощелепної системи розподілились таким чином:

- дошкільники 148 74%
- школярі 52 26%

ОСВІТА ВПРОДОВЖ ЖИТТЯ

- хлопчики 112 56%
- дівчата 88 44%

Загальновідомо, що лише єдине усунення анатомічних дефектів само по собі, зазвичай, не призводить до нормалізації артикулювання звуків. Тому артикуляційне положення язика в процесі мовлення, рухові звички язика необхідно перебудувати активно, засобами логопедичного втручання. Діти-логопати незалежно від віку проходили наступні етапи навчання:

I етап – виконання комплексу вправ при порушенні дихання, ковтання, для нормалізації положення нижньої щелепи, при відкритому прикусі, артикуляційні вправи для язика. Мета – підготувати артикуляційний апарат дитини до апаратурного лікування;

II етап – привчання дитини до нових відчуттів (кінестезій);

III етап – виховання правильної артикуляції усіх дефектних звуків, корекція звуковимови;

IV етап – автоматизація нових навичок звуковимови в різних умовах: склад, слово, речення, зв'язний текст, диференціація звуків;

V етап – виховання слухового контролю;

VI етап – автоматизація нових навичок правильної вимови в самостійному мовленні, збагачування лексичного запасу, розвиток мовлення.

Таким чином, ми можемо зробити висновок, що уточнення впливу функціональних порушень на розвиток аномалій прикусу дозволяє визначити принципи логопедичних занять, пов'язаних з ортодонтією, та спрямувати ці заняття:

по-перше, на виправлення дефектної звуковимови;

по-друге, на зміну пристосувального положення язика, коли це положення заважає виправити зубощелепну аномалію, яку має дитина;

по-третє, на нормалізацію функції язика в акті ковтання, на загальне відновлення м'язового балансу навколоротової частини, а також на нормалізацію функції дихання.

Література:

1. Филипчик И.С. Организация реабилитации детей с врожденной патологией челюстно-лицевой области в Херсонской области // Стоматология. – 1995. – С.64-66.
2. Василевская З.Ф. Коррекция речи при стоматологических вмешательствах. – К.: Здоровья, 1971. – 90 с: рис., табл.
3. Методические разработки по теме «Миотерапия при лечении зубочелюстных аномалий у детей» / НПО «Стоматология». – М., 1988. – 50 с.
4. Пономарёва З.А. Значение раннего логопедического воздействия для воспитания правильной речи у детей, имеющих патологии зубочелюстной системы // Дефектология. – 1978. – №4. – С.50-52.
5. Нейман Л.В. Анатомия, физиология и патология органов слуха и речи. – М.: Владос, 2001. – 224 с.