PEDAGOGIK TADQIQOTLAR JURNALI
ISSN: 3060-4923 Impact Factor –7,212

RINOLALIYA BILAN OG‘RIGAN BOLALARDA TOVUSH TALAFFUZINI SHAKLLANTIRISHNING KORREKSION USULLARI

Sultanova Jasmina Quatbay qizi

Ajiniyoz nomidagi Nukus davlat pedagogika instituti Maktangacha va boshlang‘ich talim Maxsus pedagogika: Logopediya 2-kurs talabasi

Doi: https://doi.org/10.5281/zenodo.20210654

Annotatsiya: Ushbu maqolada rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda tovush talaffuzini shakllantirishning korreksion usullari ilmiy-pedagogik va logopedik nuqtayi nazardan yoritiladi. Maqolada rinolaliyaning turlari, kelib chiqish sabablari, diagnostikasi, logopedik korreksiyaning asosiy bosqichlari, tovushlarni shakllantirish va avtomatlashtirish usullari, ota-onalar bilan hamkorlik hamda kompleks yondashuvning ahamiyati tahlil qilinadi.

Kalit so‘zlar: Rinolaliya, tovush talaffuzi, logopediya, korreksion usullar, burun rezonansi, yumshoq tanglay, fonematik eshituv, artikulyatsiya, nutq terapiyasi, bolalar nutqi.

Bolalarda nutqning to‘g‘ri shakllanishi ularning shaxsiy, aqliy, ijtimoiy va kommunikativ rivojlanishida muhim ahamiyatga ega. Bola nutq orqali o‘z fikrini bildiradi, atrofdagilar bilan muloqotga kirishadi, bilimlarni egallaydi va jamiyatga moslashadi. Shu sababli nutqdagi har qanday buzilish, jumladan, rinolaliya ham bolaning umumiy rivojlanish jarayoniga ta’sir ko‘rsatadi. Rinolaliya nutq rezonansi buzilishlari bilan bog‘liq bo‘lib, bunda tovushlar og‘iz va burun bo‘shliqlarida me’yoriy jaranglamaydi. ASHA ma’lumotlariga ko‘ra, rezonans nutq tovushining halqum, og‘iz va burun bo‘shliqlari orqali shakllanishi bilan bog‘liq; rezonans buzilishlari esa nutqda burun yoki og‘iz tovush energiyasining haddan tashqari ko‘p yoki kam bo‘lishi natijasida yuzaga keladi [1].

Rinolaliya ko‘pincha tanglay, yumshoq tanglay, burun-halqum yo‘li, lab-tanglay yoriqlari yoki velofaringeal yetishmovchilik bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Bunday holatda logopedik ish faqat tovush talaffuzini to‘g‘rilashdan iborat emas, balki bolaning anatomik-fiziologik holatini, eshituvini, fonematik idrokini, artikulyatsion apparatini, nafas va ovoz xususiyatlarini kompleks baholashni talab qiladi. Tanglay yoriqlari bo‘lgan bolalarda davolash jarayoni ko‘pincha jarrohlik, nutq terapiyasi, stomatologik yordam va muntazam kuzatuvni o‘z ichiga oladi [2].

Rinolaliya nutq tovushlarining burun rezonansi ta’sirida buzilib talaffuz qilinishi bilan tavsiflanadi. Bunda bolaning ovozi odatdagidan boshqacha eshitiladi, ayrim tovushlar noaniq, burun orqali yoki dimlangan tarzda chiqadi. Rinolaliya bolaning nutqini tushunishni qiyinlashtiradi, ayrim hollarda esa uning muloqotdan tortinishiga ham sabab bo‘ladi. Rinolaliyaning odatda uch asosiy turi ajratiladi:

Ochiq rinolaliya – og‘iz orqali chiqishi kerak bo‘lgan tovushlarning bir qismi burun bo‘shlig‘i orqali chiqib ketishi bilan namoyon bo‘ladi. Bunda nutq burun ohangli, xiralashgan va noaniq eshitiladi. Ochiq rinolaliya ko‘pincha tanglay yoriqlari, yumshoq tanglayning yetarli yopilmasligi yoki velofaringeal yetishmovchilik bilan bog‘liq bo‘ladi.

Yopiq rinolaliya – burun tovushlari yetarli rezonans ololmaganda yuzaga keladi. Masalan, “m”, “n”, “ng” kabi burun tovushlari dimlangan yoki og‘iz tovushlariga yaqin eshitilishi mumkin. Bu holat burun yo‘llarining to‘silishi, adenoidlar, burun bo‘shlig‘idagi yallig‘lanishlar yoki anatomik torayishlar bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin.

Aralash rinolaliya – ochiq va yopiq rinolaliya belgilarining birgalikda kuzatilishidir. Bunda ayrim tovushlar burun orqali ortiqcha chiqsa, boshqalari yetarli burun rezonansini ololmaydi.

Rinolaliyaning har bir turi alohida diagnostika va individual korreksion yondashuvni talab qiladi. Shu bois logopedik ishni boshlashdan oldin nuqsonning turi, sababi va og‘irlik darajasini aniqlash zarur.

Rinolaliyaning kelib chiqish sabablari turlicha bo‘lishi mumkin. Ular shartli ravishda anatomik, fiziologik, funksional va nevrologik omillarga ajratiladi. Anatomik omillarga lab va tanglay yoriqlari, yumshoq tanglayning qisqaligi, tanglaydagi fistula, burun-halqum yo‘lidagi tuzilish kamchiliklari, tish-jag‘ tizimidagi nuqsonlar kiradi. ASHA tanglay yoriqlari yoki velofaringeal disfunksiya holatlarida majburiy talaffuz buzilishlari strukturaviy sabablar bilan bog‘liq bo‘lishi va bunday holatlar ko‘pincha jarrohlik, ortodontik yoki protez yordamni talab qilishini ko‘rsatadi [3].

Fiziologik omillar yumshoq tanglay va halqum mushaklarining yetarli ishlamasligi bilan bog‘liq. Nutq jarayonida yumshoq tanglay ko‘tarilib, burun bo‘shlig‘iga havo o‘tishini boshqaradi. Agar bu jarayon yetarli darajada amalga oshmasa, og‘iz tovushlari burun orqali chiqib ketadi. Funksional omillar bolaning noto‘g‘ri artikulyatsion odatlari, havo oqimini noto‘g‘ri yo‘naltirishi, ayrim tovushlarni noto‘g‘ri talaffuz qilishga o‘rganib qolishi bilan bog‘liq bo‘lishi mumkin. Strukturaviy muammo bartaraf etilgandan keyin ham kompensator talaffuz xatolari saqlanib qolishi mumkin; bunday xatolar an’anaviy nutq terapiyasi orqali to‘g‘ri artikulyatsion joylashuvga o‘rgatishni talab qiladi [4].

Nevrologik omillarda esa yumshoq tanglay, lab, til va halqum mushaklarining boshqarilishi buziladi. Bunday holatlarda rinolaliya dizartriya yoki boshqa nevrologik nutq buzilishlari bilan birga kechishi mumkin.

Rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda tovush talaffuzi bir qator o‘ziga xos belgilar bilan namoyon bo‘ladi. Eng avvalo, og‘iz orqali aniq aytilishi kerak bo‘lgan tovushlar burun orqali chiqadi. Ayniqsa, portlovchi va sirg‘aluvchi undoshlar – “p”, “b”, “t”, “d”, “k”, “g”, “s”, “z”, “sh”, “j”, “ch” kabi tovushlarni talaffuz qilishda qiyinchiliklar kuzatiladi. Ochiq rinolaliyada bola og‘iz ichida yetarli havo bosimini hosil qila olmaydi. Natijada “p” tovushi kuchsiz, “t” va “k” tovushlari noaniq, “s” va “sh” tovushlari burun shovqini bilan aytilishi mumkin. ASHA velofaringeal disfunksiya nutqda gipernazallik, burun orqali havo chiqishi, og‘iz bosimi talab qiladigan undoshlarda kuchsizlik kabi belgilarni yuzaga keltirishi mumkinligini qayd etadi [5].

Yopiq rinolaliyada esa aksincha, burun tovushlari yetarli burun rezonansisiz aytiladi. Masalan, “m” tovushi “b”ga, “n” tovushi “d”ga o‘xshab eshitilishi mumkin. Bu holat bolaning so‘zlarini tushunishni qiyinlashtiradi. Rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda tovush talaffuzidagi buzilishlar faqat artikulyatsion emas, balki rezonans, havo oqimi, fonematik farqlash va eshituv nazorati bilan ham bog‘liqdir. Shuning uchun korreksion ishlar kompleks tarzda olib borilishi kerak. Rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda tovush talaffuzini shakllantirish, avvalo, to‘g‘ri diagnostikadan boshlanadi. Diagnostika jarayonida logoped bolaning nutqiy holatini, tovush talaffuzini, burun rezonansi darajasini, havo oqimini, fonematik eshituvini, lug‘at boyligini va umumiy muloqot faolligini baholaydi. Diagnostika quyidagi yo‘nalishlarda olib boriladi:

Birinchidan, bolaning artikulyatsion apparati tekshiriladi. Lab, til, jag‘, yumshoq tanglay harakatchanligi, tanglay tuzilishi, tish-jag‘ holati va burun orqali nafas olish imkoniyati baholanadi.

Ikkinchidan, rezonans va havo oqimi kuzatiladi. Bola unli tovushlar, burun tovushlari va og‘iz undoshlarini talaffuz qilganda havo qayerdan chiqayotgani aniqlanadi.

Uchinchidan, fonematik eshituv tekshiriladi. Bola o‘xshash tovushlarni farqlay oladimi, o‘z talaffuzidagi xatoni eshita oladimi, so‘z tarkibidagi tovushlarni ajrata oladimi shular aniqlanadi.

To‘rtinchidan, bola nutqining tushunarliligi baholanadi. Bola alohida tovush, bo‘g‘in, so‘z, gap va bog‘langan nutqda qanday talaffuz qilishi kuzatiladi.

ASHA tanglay yoriqlari yoki velofaringeal disfunksiya gumon qilingan bolalarda logoped nutq skriningi davomida anatomik farqlar, rezonans buzilishlari, burun havo chiqishi va artikulyatsion xatolarni baholashi kerakligini qayd etadi [6].

Rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda tovush talaffuzini shakllantirishda quyidagi tamoyillarga amal qilish zarur.

Kompleks yondashuv. Logopedik ish shifokor, otorinolaringolog, jarroh, ortodont, psixolog va ota-onalar bilan hamkorlikda olib borilishi kerak. Agar strukturaviy muammo mavjud bo‘lsa, faqat logopedik mashqlar yetarli bo‘lmasligi mumkin. ASHA strukturaviy sababli rezonans buzilishlarini xulqiy nutq terapiyasi bilan to‘liq tuzatib bo‘lmasligini, bunday holatda fizik boshqaruv zarurligini ta’kidlaydi [7].

Individual yondashuv. Har bir bolaning rinolaliya turi, yoshi, operatsiya tarixi, eshitish holati, artikulyatsion imkoniyati va psixologik xususiyatlari hisobga olinadi.

Bosqichlilik. Korreksion ish tayyorlov mashqlaridan boshlanib, tovush qo‘yish, avtomatlashtirish, differensiyalash va bog‘langan nutqda mustahkamlash bosqichlari orqali olib boriladi.

Ko‘rgazmalilik va sezgi tayanchi. Bola nafaqat eshitishi, balki ko‘rishi va sezishi kerak. Ko‘zgu, burun ostiga qo‘yiladigan oyna, qog‘oz tasma, paxta, naycha kabi vositalar bolaning havo oqimini anglashiga yordam beradi.

Muntazamlik. Mashg‘ulotlar uzluksiz, tizimli va qisqa takrorlar asosida olib borilishi kerak. Uy sharoitida ota-onalar bilan mustahkamlash ishlari bajarilishi lozim.

1. Tayyorlov bosqichi.

Bu bosqichda bolaning artikulyatsion apparati, nafas chiqarishi, eshituv nazorati va nutqiy motivatsiyasi tayyorlanadi. Logoped bola bilan erkin muloqot qiladi, uni mashg‘ulotga moslashtiradi, qo‘rquv va tortinishni kamaytiradi.

Tayyorlov bosqichida quyidagi mashqlar bajariladi:
lab va til harakatchanligini rivojlantirish;
og‘iz orqali nafas chiqarishni shakllantirish;
burun va og‘iz havo oqimini farqlash;
unli tovushlarni toza va cho‘zib aytish;
eshituv nazoratini rivojlantirish;
og‘iz va burun rezonansini farqlash.
Bu bosqichda mashqlar majburlash yo‘li bilan emas, o‘yin shaklida tashkil etilishi kerak.

2. Og‘iz havo oqimini shakllantirish.

Rinolaliyada asosiy muammolardan biri havo oqimining burunga ketib qolishidir. Shuning uchun bola havo oqimini og‘iz orqali chiqarishga o‘rgatiladi. Bunda paxta puflash, qog‘oz tasmani harakatlantirish, shamni sekin puflash, sovun pufakchalari chiqarish kabi mashqlar qo‘llanilishi mumkin.

Biroq bunday mashqlar nutq tovushlari bilan bog‘langan holda bajarilgandagina logopedik ahamiyatga ega bo‘ladi. Chunki maqsad shunchaki puflash emas, balki nutq paytida og‘iz havo oqimini boshqarishdir.

3. Artikulyatsion holatni shakllantirish.

Tovushlarni to‘g‘ri talaffuz qilish uchun lab, til va jag‘ning aniq holati zarur. Masalan, “p” va “b” tovushlarida lablar yopiladi, og‘iz ichida bosim hosil bo‘ladi va keyin havo chiqariladi. “t” va “d” tovushlarida til uchi yuqori tishlar orqasiga tegadi. “s” va “sh” tovushlarida havo oqimi tor yo‘lakdan chiqadi.

Rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda bu artikulyatsion holatlar yetarli shakllanmagan yoki havo burunga yo‘nalgan bo‘lishi mumkin. Shuning uchun logoped tovushni ko‘zgu, taktil sezgi va eshituv nazorati yordamida o‘rgatadi.

4. Tovushni qo‘yish.

Tovushni qo‘yishda eng avvalo bola aniq ayta oladigan tovushlardan foydalaniladi. Masalan, “p” tovushi “m” tovushidan farqlantiriladi, chunki “m” burun tovushi, “p” esa og‘iz bosimi talab qiladigan tovushdir. Bola “m” va “p” ni farqlash orqali burun va og‘iz rezonansini anglay boshlaydi.

Tovushni qo‘yishda quyidagi usullar qo‘llanadi:
logoped talaffuz namunasini ko‘rsatadi;
bola ko‘zguda lab va til holatini kuzatadi;
burun ostiga oyna qo‘yib, havo chiqishi tekshiriladi;
bola qo‘lini lab oldiga qo‘yib, havo zarbini sezadi;
tovush bo‘g‘inlarda takrorlanadi: “pa-pa-pa”, “ta-ta-ta”, “ka-ka-ka”;
so‘zlarda mustahkamlanadi: “paxta”, “bola”, “kitob”, “tovuq”.

ASHA fonemaga xos burun havo chiqishi va kompensator talaffuz xatolarini tuzatishda oyna, stethoscope, naycha, nasometr kabi vizual yoki eshituv biofeedback vositalari qo‘llanishi mumkinligini ko‘rsatadi [8].

5. Tovushni avtomatlashtirish.

Tovush qo‘yilgandan keyin uni mustahkamlash zarur. Avtomatlashtirish jarayoni bo‘g‘in, so‘z, so‘z birikmasi, gap, she’r, hikoya va erkin nutq bosqichlarida olib boriladi.

Masalan, “p” tovushi uchun:
pa – po – pu – pi;
paxta, pilla, piyola, kapalak;
oq paxta, katta piyola;
“Piyola stol ustida turibdi”;
rasm asosida gap tuzish;
kichik hikoya aytish.

Bola tovushni faqat logoped ortidan takrorlamasligi, balki mustaqil nutqda ham to‘g‘ri qo‘llashi kerak.

6. Tovushlarni differensiyalash.

Rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda burun va og‘iz tovushlarini farqlash muhim. Masalan, “m–b”, “n–d”, “ng–g”, “p–m”, “t–n” kabi tovush juftlari ustida maxsus mashqlar olib boriladi.

Mashqlar quyidagicha bo‘lishi mumkin:
bola eshitgan tovushni ajratadi;
rasmga mos tovushni tanlaydi;
minimal juftliklarni farqlaydi;
to‘g‘ri va noto‘g‘ri talaffuzni solishtiradi;
so‘zlarni gaplarda ishlatadi.

Bu bosqich fonematik eshituvni rivojlantirish bilan chambarchas bog‘liq.

Rinolaliya, ayniqsa tanglay yoriqlari yoki velofaringeal yetishmovchilik bilan bog‘liq holatlarda bolalar tovushlarni chiqarish uchun noto‘g‘ri artikulyatsion usullarni o‘zlashtirib olishi mumkin. Masalan, bola og‘iz bosimi yetarli bo‘lmagani uchun tovushni halqumda, bo‘g‘izda yoki burun orqali hosil qilishga urinadi. Bunday kompensator xatolarni bartaraf etishda logoped bolaning noto‘g‘ri talaffuz joyini aniqlaydi va to‘g‘ri artikulyatsion joyni o‘rgatadi. Masalan, glottal tovushlarni kamaytirish uchun bola havo oqimini lab va til oldi sohasiga yo‘naltirishga o‘rgatiladi. “P”, “t”, “k”, “s” kabi tovushlar bosqichma-bosqich shakllantiriladi. ASHA kompensator xatolar an’anaviy nutq terapiyasi orqali to‘g‘ri artikulyatsion joylashuv va harakatga qayta o‘rgatilishini qayd etadi [4].

Rinolaliya bilan ishlashda oddiy va maxsus texnik vositalardan foydalanish mumkin. Oddiy vositalarga quyidagilar kiradi:

ko‘zgu;
burun ostiga qo‘yiladigan kichik oyna;
qog‘oz tasma;
paxta;
naycha;
qo‘l bilan havo oqimini sezish;
rasmli kartochkalar.

Maxsus vositalarga nasometr, elektropalatografiya, nazofaringoskopiya orqali biofeedback va boshqa instrumental usullar kiradi. Bunday vositalar hamma joyda mavjud bo‘lmasligi mumkin, ammo ular murakkab holatlarda foydali diagnostik va korreksion yordam beradi. ASHA nutq terapiyasida real vaqtli feedback uchun dental mirror, stethoscope, plastik naycha, nasometer va elektropalatografiya kabi vositalar qo‘llanishi mumkinligini qayd etadi [8].

Rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda tovush talaffuzini shakllantirishda ota-onalar bilan hamkorlik muhim ahamiyatga ega. Bola logoped xonasida tovushni to‘g‘ri aytishni o‘rgansa ham, uni uyda, bog‘chada va kundalik muloqotda mustahkamlashi kerak. Ota-onalarga quyidagi tavsiyalar beriladi:

bola bilan sokin va aniq gaplashish;
bolaning nutqini masxara qilmaslik;
noto‘g‘ri talaffuzni keskin tanqid qilmaslik;
logoped bergan mashqlarni uyda qisqa va muntazam bajarish;
ko‘zgu oldida tovushlarni takrorlash;
to‘g‘ri talaffuz qilingan so‘zlarni rag‘batlantirish;
bolani ko‘proq suhbatga jalb qilish;
shifokor va logoped tavsiyalariga amal qilish.

Swansea Bay University Health Board ma’lumotida tanglay yoriqlari bo‘lgan bolalarda nutq terapiyasi tovushlarni to‘g‘ri hosil qilishni o‘rgatishga qaratilishi, ota-onalar esa uyda mashqlarni davom ettirishda muhim rol o‘ynashi ta’kidlanadi [9].

Rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda tovush talaffuzini shakllantirish murakkab, uzoq muddatli va kompleks korreksion jarayondir. To‘g‘ri tashkil etilgan logopedik ish bolaning artikulyatsion harakatlarini aniqlashtiradi, og‘iz havo oqimini shakllantiradi, burun rezonansini kamaytiradi yoki me’yorlashtiradi, fonematik eshituvni rivojlantiradi va nutqning tushunarliligini oshiradi. Biroq rinolaliya sababini aniq bilmasdan faqat mashqlar bilan cheklanish to‘g‘ri emas. Agar muammo anatomik yoki fiziologik yetishmovchilik bilan bog‘liq bo‘lsa, jarroh, LOR shifokori, ortodont yoki boshqa mutaxassislar bilan hamkorlik zarur bo‘ladi. StatPearls ma’lumotida velofaringeal yetishmovchilikda nutq terapiyasi va jarrohlik aralashuvlar ko‘pincha birgalikda talab qilinishi mumkinligi qayd etiladi [10]. Shu bilan birga, strukturaviy muammo bartaraf etilgandan keyin ham bolaning noto‘g‘ri talaffuz odatlari saqlanib qolishi mumkin. Bunday hollarda logopedik mashg‘ulotlar hal qiluvchi ahamiyat kasb etadi. Ayniqsa kompensator talaffuz xatolarini bartaraf etish, tovushlarni avtomatlashtirish, og‘iz va burun rezonansini farqlash ustida tizimli ishlash zarur.

Rinolaliya bilan og‘rigan bolalarda tovush talaffuzini shakllantirish logopediya amaliyotining murakkab va mas’uliyatli yo‘nalishlaridan biridir. Rinolaliya nutq rezonansi, havo oqimi, artikulyatsiya, eshituv nazorati va anatomik-fiziologik holat bilan bog‘liq bo‘lgani sababli korreksion ish kompleks tarzda tashkil etilishi kerak. Tovush talaffuzini shakllantirishda diagnostika, og‘iz havo oqimini rivojlantirish, artikulyatsion holatni shakllantirish, tovush qo‘yish, avtomatlashtirish, differensiyalash, fonematik eshituvni rivojlantirish va bog‘langan nutqda mustahkamlash asosiy bosqichlar hisoblanadi. Rinolaliya bilan ishlashda logopedik mashqlar strukturaviy muammolarni almashtira olmaydi, ammo to‘g‘ri talaffuz ko‘nikmalarini shakllantirish, kompensator xatolarni bartaraf etish va nutqning tushunarliligini oshirishda muhim ahamiyatga ega. Demak, samarali

natijaga erishish uchun logoped, shifokor, ota-ona va pedagoglar hamkorligi, individual yondashuv hamda muntazam mashg‘ulotlar zarur.

Foydalanilgan adabiyotlar.

1. American Speech-Language-Hearing Association. Resonance Disorders. ASHA Practice Portal.
2. National Health Service. Cleft Lip and Palate: Treatment. NHS.
3. American Speech-Language-Hearing Association. Cleft Lip and Palate. ASHA Practice Portal.
4. Young A., Spinner A., and others. Velopharyngeal Insufficiency. StatPearls, NCBI Bookshelf.
5. Swansea Bay University Health Board. Cleft Speech and Language Therapy.
6. Kummer A. W. Cleft Palate and Craniofacial Conditions: A Comprehensive Guide to Clinical Management. – Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020.
7. Peterson-Falzone S. J., Hardin-Jones M. A., Karnell M. P. Cleft Palate Speech. – St. Louis: Mosby, 2010.
8. Volkova L. S. Logopediya. – Moskva: Vlados, 2007.
9. Levina R. E. Osnovy teorii i praktiki logopedii. – Moskva: Prosveshchenie, 1968.