муниципальное бюджетное дошкольное образовательное учреждение детский сад комбинированного вида № 9
города Ставрополя

«Проектная деятельность»

Методическая разработка мероприятий с педагогами по теме

«Профилактика нарушений голосовой функции у педагогов»

Захарченко Юлии Анатольевны

учителя – логопеда

участника городского этапа Всероссийского профессионального конкурса

«Воспитатель года России – 2018»

в номинации «Педагогический дебют»

Ставрополь, 2017 г.

Введение

Голос является неотъемлемым компонентом процесса коммуникации. Речевое общение не может осуществляться полноценно при нарушении голосоведения. Расстройства голоса различного генеза затрудняют как процесс воспроизведения речи самим говорящим, так и восприятие ее окружающими. Помимо этого, интонационная, и как следствие этого — смысловая сторона высказывания, передаваемые голосом, могут искажаться. Поэтому голосовая функция, как структурный компонент экспрессивной речи, является важной социальной категорией.

Проблема голоса и голосообразования нашла отражение в работах Е.С. Алмазовой, Л.Б. Дмитриева, И.И. Ермаковой, Н.И. Жинкина, Л.М. Телеляевой, М. Е. Хватцева, Ю.С. Василенко и др., в которых рассматриваются различные вопросы теории и практики формирования и развития голоса. Но особое место занимают исследования, посвященные расстройствам голоса О.С. Орловой, Л.И. Вансовской, Е.В. Лавровой, Д. Вильсона, В.И. Филимоновой, Т.В. Колпак, Л.А. Колпачевской, С.Т. Таптаповой и др. Согласно исследованиям данных ученых, наиболее подвержены расстройствам голоса лица голосо–речевых профессий, не владеющие навыками правильной голосоподачи. Неправильная техника голосоведения и, как следствие этого, перенапряжение голосового аппарата являются распространенными причинами возникновения нарушений, которые могут повлечь за собой профессиональную нетрудоспособность (Г.Т. Бекбулатов, 1969; Е.В. Лаврова, 1987; Л.Б. Дмитриев, 1990; З.И. Аникеева, 1995; Н.В. Оленчик, 1998, и др.). Кроме того, незначительные голосовые дефекты для лиц данной категории являются психотравмирующими и могут привести к различным невротическим реакциям.

Разработка коррекционно–педагогических методик по устранению голосовых нарушений – важная проблема современных исследований в области теории и практики фониатрии и логопедии (А.Т. Рябченко, 1967;

Е.С. Алмазова, 1973; Е.В. Лаврова, 1977; В.А. Тринос, 1980; Л.Е. Гончарук, 1981; Е.А. Покотиленко, 1988; Д.К. Вильсон, 1990; И.А. Лебедев, 1993;О.С.Орлова, 1998, и др.).

Отечественными и зарубежными авторами отмечено увеличение заболеваемости голосового аппарата у педагогов с 30–40% в 30–60–е годы XX века до 55–60% случаев – в последние десятилетия (H. Gundermann, 1970; G. Böhme, 1983; И.А. Лебедев, 1993; В.Б. Панкова, 1997; R.T. Satalloff, 1997; О.С. Орлова, 2000, и др.). Е.В. Лаврова и соавт. (1984) указывают, что среди всех обследованных больных с голосовыми нарушениями 80% являются профессионалами голоса в возрасте от 25 до 55 лет.

Изучение нарушений голоса и способов его восстановления — одна из важнейших проблем логопедии, в частности ее раздела – фонопедии, в рамках которого проблемы нарушений голоса решаются с помощью логопедических приемов восстановления голоса, специальных, целенаправленных тренировок голосового аппарата (дыхательная и артикуляционная гимнастика, фонопедические упражнения и др.).

Наряду с эффективным логопедическим воздействием, направленным на преодоление нарушения голосовой функции, необходима оптимизация процесса раннего выявления и профилактики расстройств голоса. Это позволит предотвратить переход нарушений в хронические.

Актуальность исследования определяется необходимостью создания четкой тренинговой программы по предупреждению нарушений голоса.

Выбор темы определил проблему работы: «Какой должна быть профилактическая работа для сохранения физиологической нормы голоса и расширения функциональных возможностей голосового аппарата педагогов?».

Цель исследования – разработка тренинговой программы по формированию навыков рациональной голосоподачи и голосоведения у педагогов.

Объект исследования – голосовая функция педагогов.

Предмет исследования – содержание профилактической работы по совершенствованию голоса и предупреждению голосовых расстройств у педагогов.

Цель, объект и предмет исследования определили гипотезу, которая предполагает, что улучшению голосовой функции будет способствовать работа, проводимая по следующим направлениям:

– развитие речевого дыхания,

– развитие артикуляционного аппарата,

– формирование основных характеристик речевого голоса: атаки голоса, гибкости и силы.

В соответствии с целью, объектом, предметом и выдвинутой гипотезой были определены задачи исследования:

1. Провести теоретический анализ литературы по проблеме исследования.

2. Разработать просветительские консультации для педагогов по данной проблеме.

3. Определить параметры исследования и критерии оценки голосовой функции у педагогов.

4. Подобрать диагностический инструментарий для исследования голосовой функции у педагогов.

5. Экспериментальным путем определить акустические параметры голосовой функции у педагогов.

6. Разработать, внедрить и оценить эффективность тренинговой программы по формированию навыков рациональной голосоподачи и голосоведения у педагогов.

Первичная диагностика голосовой функции педагогов.

Многочисленные жалобы педагогов на голосовую нагрузку выявили необходимость работы по профилактике нарушений голосовой функции у педагогов. Для этого нами было организовано экспериментальное исследование

Логопедическое обследование состояния голосовой функции студентов – будущих педагогов проводилось по следующим критериям:

- сформированность фонационного дыхания,
- интенсивность, высота, тембр голоса,
- клинико-функциональные реакции на дозированную нагрузку,
- факторы риска голосовых нарушений.

Диагностический инструментарий представлен следующими методиками исследования:

1. Методика «Акустическая диагностика голосовой функции», которая включала:

- Исследование особенностей речевого (фонационного) дыхания
- Изучение интенсивности (силы звучания) голоса
- Изучение высоты голоса
- Изучение тембра голоса

2. Методика «Оценка клинико–функциональных реакций на дозированную нагрузку.

3. Анкета «Самооценка факторов риска нарушений голоса» (авторская разработка).

Так, исследование с помощью методики «Акустическая диагностика голосовых функций» показало, что высокий уровень выявлен лишь у 1 испытуемого, у которого искажения звуков не наблюдалось, звуки произносились долго, без нарушений силы и тембра голоса, звуковоспроизведение было ровное на протяжении всего выдоха.

Фонационное дыхание ровное, плавное. У большинства педагогов (6 человек) были выявлены нарушения силы и тембра голоса в конце воспроизведения звука. Голос приобретал назальный оттенок в кронце воспроизведения звука. Данные показатели соответствовали среднему уровню речевого дыхания. У 3 педагогов наблюдался низкий уровень речевого дыхания, при котором искажение силы и тембра голоса появлялось практически сразу после начала воспроизведения, звук произносился недолго, испытуемые испытывали чувство першения в горле, кашляли. Фонационное дыхание было прерывистым, речевой выдох коротким. Полученные данные отражены на рисунке 1.

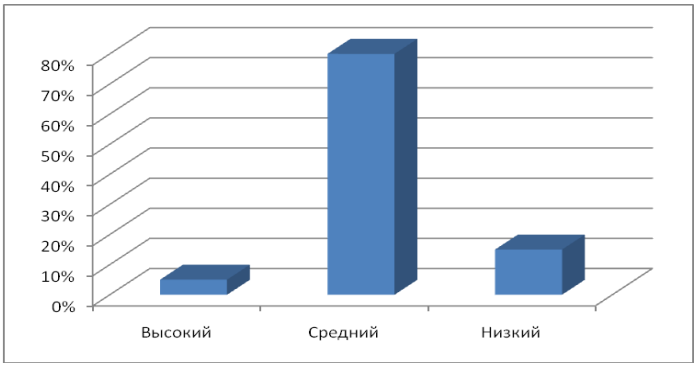


Рисунок 1. Результаты диагностики речевого дыхания на констатирующем этапе исследования

Изучение интенсивности (силы звучания) голоса по той же методике показало, что к высокому уровню можно отнести 2 испытуемых, у которых голос был достаточно громким, сила звучания менялась. У 10 педагогов наблюдались небольшие неточности передачи силы звучания при хорошей громкости голоса, что соответствовало среднему уровню. Низкий уровень, при котором голос тихий, сила звучания передается неточно был диагностирован у 3 студентов. Полученные результаты отражены на рисунке

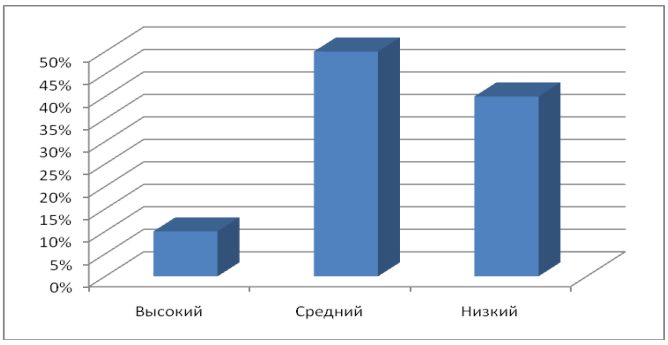
2. 

Рисунок 2. Результаты диагностики интенсивности голоса на констатирующем этапе исследования

Изучение высоты голоса показало, что 5 педагогов легко меняли силу звучания, что соответствовало высокому уровню. Остальные 10 испытуемых меняли силу звучания в большинстве случаев, однако наблюдались некоторые неточности, что соответствовало среднему уровню. Полученные результаты отражены на рисунке 3.

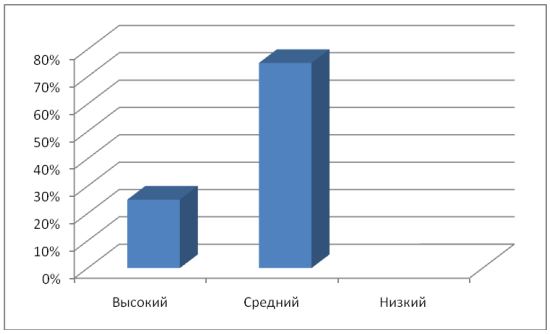


Рисунок 3. Результаты диагностики высоты голоса на констатирующем этапе исследования

Изучение тембра голоса показало, что у 2 педагогов голос достаточно звонкий, звучный, чистый, что соответствует высокому уровню развития тембра голоса. У 10 воспитателей выявлен средний уровень развития тембра голоса, то есть у них выявлено наличие одного из показателей: назализованность голоса, голос тусклый или голос глухой. У 3 испытуемых выявлен низкий уровень тембра голоса, то есть у них выявлена совокупность негативных показателей тусклости или глухоты голоса. Полученные данные отражены на рисунке 4.

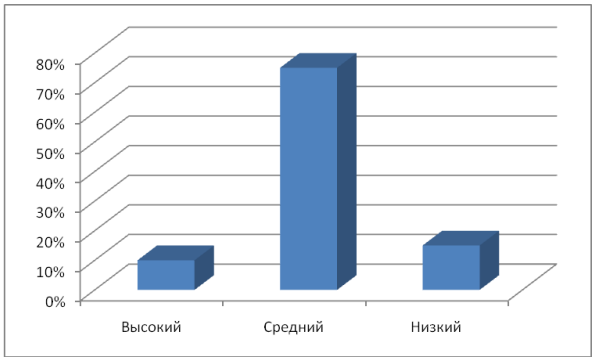


Рисунок 4. Результаты изучения тембра голоса на констатирующем этапе

исследования

Оценка клинико–функциональных реакций на дозированную нагрузку показала, что физиологическая реакция ответа на дозированную голосовую нагрузку была выявлена у 2 педагогов. У них было отмечено стабильное качество звучания голоса во время чтения текста и после эксперимента, отсутствие неприятных субъективных ощущений. Время максимальной фонации гласных звуков практически без изменения по сравнению с начальным значением (18–24 секунды). Частота дыхания во время чтения теста превышала 10 раз в минуту. Тип дыхания — нижнереберный или смешанный. У большинства испытуемых (11 педагогов) была выявлена промежуточная реакция на дозированную голосовую нагрузку. Для них было характерным удовлетворительное самочувствие во время выполнения задания, незначительная усталость, легкое першение и охриплость голоса. Время максимальной фонации гласных уменьшается по сравнению с исходным на 3–4 секунды и составляет 10–17 секунд. Частота дыханий во время чтения не превышала 15 раз в минуту. Тип дыхания — смешанный или верхнереберный. У 2 педагогов был выявлен патологический тип реакции на длительную голосовую нагрузку. Для них было характерно появление субъективных неприятных ощущений уже через 5–10минут. Время максимальной фонации снижено до 5–8секунд. Отмечалась одышка во время чтения текста, частота дыхания превышала 20 раз в минуту. Полученные данные отражены на рисунке 5.

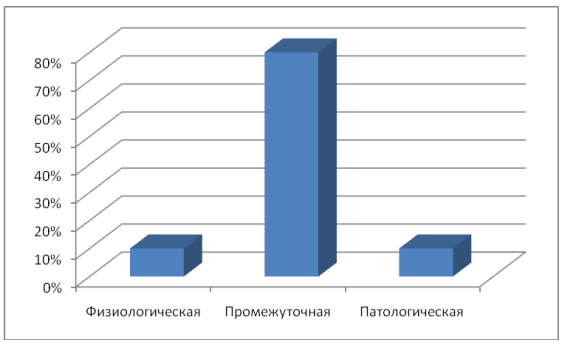


Рисунок 5. Тип реакции на длительную голосовую нагрузку на констатирующем этапе исследования

Проведение самооценки факторов риска нарушений голоса показало, что высокий уровень факторов риска нарушений голосовой функции выявлен у 6 испытуемых, средний – у 12, низкий – у 2 человек. Полученные данные отражены на рисунке 6.

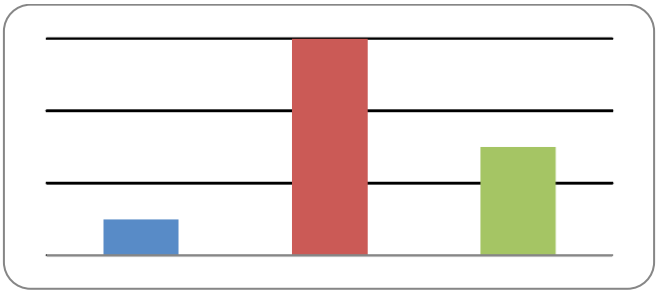


Рисунок 6. Уровень отсутствия факторов риска нарушений голосовой функции на констатирующем этапе исследования

Таким образом, первичный этап исследования позволил нам получить показатели развития голосовой функции педагогов. Как показали результаты диагностики, недостатки голосовой функции отмечаются у большинства педагогов. Низкий уровень диагностирован у 15% воспитателей при оценке фонационного дыхания, у 40% при оценке звучности голоса, у 15% при оценке тембра голоса, у 10% при оценке клинико–функциональных реакций на дозированную нагрузку, а также у 30% педагогов отмечен высокий уровень риска нарушений голосовой функции. У них степень недостатков голосовой функции достаточно выражена. У подавляющего большинства воспитателей степень нарушения голосовой функции не сильно выражена, однако имеются определенные отклонения от физиологической нормы: у 80%- при оценке фонационного дыхания, у 50% - при оценке интенсивности голоса, у 75% –высоты голоса, 75% – тембра голоса, у 80% – при оценке клинико–функциональных реакций на дозированную нагрузку, а также у 60% студентов отмечен средний уровень риска нарушений голосовой функции. Данные показали доказывают необходимость проведения тренинговой работы по предотвращению недостатков голосовой функции в профессиональной деятельности педагогов.

Тренинговая программа по формированию навыков рациональной голосоподачи и голосоведения у студентов – будущих педагогов

На формирующем этапе нашего исследования нами была разработана и апробирована тренинговая программа по формированию навыков рациональной голосоподачи и голосоведения у испытуемых (педагогов).

Основанием для построения тренинговой программы по формированию навыков рациональной голосоподачи и голосоведения у педагогов является положение о целостности функционирования всего речевого аппарата: дыхания, голосообразования и артикуляции; об их теснейшем взаимодействии и координировании этого взаимодействия корой головного мозга. Сохранность одного звена помогает в какой–то степени компенсировать дефект другого. Нередко хорошее произношение и правильное дыхание дают возможность слабому голосу избегать утомления, перегрузки. Кроме того, с анатомической стороны голос и дыхание выполняются одними и теми же органами, а действие органов артикуляции облегчает работу гортани.

В основе занятий – разработки Л.И. Вансовской, Е.В. Ласкавой, В.В.Емельянова, Н. Г. Гордеева, С.Е. Большаковой.

Каждое занятие состояло из трех этапов, которые соответствовали трем группам упражнений:

На первом этапе отрабатывается **речевое (фонационное) дыхание**: диафрагмально–нижнереберный тип, направленность, длительность, интенсивность, распределение и добор воздуха в процессе речи.

Постановка дыхания начинается с приведения себя в состояние покоя. Далее – следует встать прямо, с легким разворотом плеч, с ровной спиной и начинать отрабатывать рациональное для речи, глубокое и сильное диафрагмально–нижнереберное дыхание. Для контроля движения брюшного пресса и нижних ребер сбоку на них кладем руку. Вдох делается бесшумно и быстро, от наполнения легких воздухом во время вдоха отмечается движение стенки живота и нижних ребер грудной клетки вперед и в стороны. На

выдохе они постепенно занимают свое исходное положение. Это упражнение повторяется до тех пор, пока не усвоится и не устранится часто встречающееся ошибочное положение на вдохе: подъем грудной клетки вверх и втягивание живота внутрь. Равномерный и продолжительный выдох сопровождается произнесением поочередно звуков: ф, с, ш, пф, у, о, и.

Затем отрабатывается направленность выдоха. Выдох направляется к органам активной артикуляции и фокусируется в одной точке — на губах. Для достижения этой цели следует тянуть слегка вперед губы и, не меняя их положения, произносить звуки, слова, фразы и др.

Далее отрабатывается длительность речевого выдоха. Для достижения этой цели сначала используется счет до 6, потом до 10, далее постепенно (на протяжении 2–3 месяцев) доводится до 15, до 25 и т.д. При выполнении этих упражнений следует придерживаться умеренного темпа речи с четким договариванием слова в полном его объеме, обращать внимание на ровное распределение выдоха на протяжении всего высказывания или счета, сохранять резерв — небольшое количество воздуха, которое всегда должно оставаться в легких. Постепенно счет заменяется поговорками, скороговорками, частями стихов с короткой и длинной строкой, слитным чтением целых строф.

Параллельно проводимой над дыханием работе тренируется умение пользоваться на паузах "добором" воздуха. Это задание отличается от приведенных выше тем, что главное условие добора воздуха (а не нового вдоха) – это создание привычки пополнять запас воздуха в каждой удобной паузе и подключать все дыхательные, мышцы, помогая незаметному принятию в легкие его новых, порций. В данном случае проявляется парадокс речевого дыхания. В процессе речи при выдохе "командный пункт" не дает распоряжения выдыхательным мышцам возвращать дыхательный аппарат в первоначальную позицию, в результате чего грудная клетка и на выдохе продолжает сохранять несколько увеличенный объем; удерживают ее в этом положении прежде всего нижние ребра, натягивающие диафрагму и не

дающие ей резким толчком вытолкнуть воздух. Таким образом, органы дыхания всегда готовы принять в легкие новую порцию воздуха. Во избежание перебора воздуха во время вдоха, что может привести к форсированному и грубому голосу, делается легкий наклон тела вперед. Осуществляется контроль за тем, чтобы паузы не разрывали течение мысли, сохранялся четкий внутренний ритм и чтобы последнее слово в строке, в конце синтагмы было также полнозвучно, как и первое. Требуется соблюдать ясность и громкость произнесения текста. Все дыхательные упражнения выполняются без суетливости и регулярно. Дыхательная гимнастика не только регулирует речевую функцию, но она регулирует газообмен в организме, кровообращение, массирует внутренние органы. Тренировка осуществляется и в статике, и в движении с контролем за осанкой, положением спины, головы, шеи, расслабленностью нижней челюсти и расторможенностью рук, особенно кистей.

Для развития фонационного дыхания на тренинговых занятиях были использованы упражнения (Приложение 3). При выполнении упражнений следует иметь в виду, что тренировка речевого дыхания должна осуществляться регулярно, в спокойной обстановке, как в статике, так и в движении с контролем за осанкой (положение спины и головы), за расслабленностью нижней челюсти, мышц рук, особенно кистей. Наиболее частым недостатком дыхания является подъем вверх грудной клетки и втягивание стенки живота внутрь во время вдоха. Во избежание перебора воздуха на вдохе, приводящего к форсированному грубому голосу, делается легкий наклон всего тела вперед. Нужно следить за тем, чтобы паузами не разрывалось течение мысли, не нарушался четкий внутренний ритм и не утрачивалась полнозвучность последнего слова.

На втором этапе тренинга добавляются **упражнения для артикуляции**. Они направлены на отработку четкости, чистоты и разборчивости речи, которые зависят от активной и правильной работы артикуляторного аппарата.

Упражнения на развитие артикуляционного аппарата приведены в Приложении 4 и включают в себя следующие виды упражнений:

1. Упражнения на тренировку мышц нижней челюсти. Напряженные мышцы нижней челюсти приводят к «зажатости» звука и ухудшают голос. Для речи необходимо их расслабить. В упражнениях следует добиваться эластичности мышц, в результате которой нижняя челюсть свободно и легко опускается вниз как бы под собственной тяжестью и не поглощает произносимые звуки.

При выполнении упражнений голову держат прямо, не опуская и резко не поднимая ее; челюсть опускают без рывков и напряжения; язык лежит плоско на дне полости рта; передняя часть спинки языка — у нижних зубов; мягкое нёбо — максимально подтянуто вверх ощущением зевка. Последующие задания выполняют тщательно и точно (1, 2 задания — на три счета).

2. Упражнения на тренировку мышц мягкого нёба.
3. Упражнения на тренировку мышц глотки.
4. Упражнения на тренировку губ.
5. Упражнения на тренировку мышц языка.

Тренировка мышц речевого аппарата проводится перед зеркалом. Артикуляционная гимнастика как предварительный этап перед занятиями собственно дикцией необходима, чтобы преодолеть наиболее распространенные недостатки речи, отрицательно влияющие на отчетливость произнесения: вялость губ, зажатость челюстей (речь сквозь зубы), склонность передней части языка к сужению — призубность произнесения, малоподвижность мягкого нёба, общая небрежность.

На третьем этапе тренинга формируются основные характеристики речевого голоса: настройка, атака голоса, направленность, динамический диапазон, гибкость и сила, развивается координация речевого дыхания, звучания и артикулирования. Для достижения этого предлагаются специальные упражнения (Приложение 4). В работе над голосом (во

избежание вреда) следует соблюдать некоторые правила:

а) настройка голоса требует особой точности, вспомогательными приемами здесь могут быть: глубокое покашливание с закрытым ртом, метод «шумного глотания», произнесение сочетания типа «пррр» с покачиванием головы из стороны в сторону;

б) при использовании в упражнениях звуков, звукосочетаний и слов не допускается их пение;

в) для того чтобы в голосе прозвучали насыщенные тембральные оттенки, необходимо говорить в умеренном темпе и с соблюдением пауз.

В целом профилактика расстройств речевого голоса слагается из использования его в естественном диапазоне средней тональности с мягкой атакой, проведения местного и общего закаливания, исключение недосыпания, курения и других токсических средств.

Также нами были проведены лекции на темы «Гигиена голоса», «Вредные привычки и голос», «Как сохранить голос».

Тренинговая программа по формированию навыков рациональной голосоподачи и голосоведения у педагогов представляла собой 30 тренинговых занятий, которые проводились 2 раза в неделю.

Анализ результатов исследования.

После проведения тренинговой работы мы повторно диагностировали испытуемых для определения эффективности проведенной работы.

Так, исследование с помощью методики «Акустическая диагностика голосовых функций» показало, что высокий уровень речевого дыхания выявлен у 7 испытуемых, у которых искажения звука не наблюдалось, звук произносился долго, без нарушений силы и тембра голоса, звуковоспроизведение было ровное на протяжении всего выдоха. У большинства педагогов (8 человек) были выявлены нарушения силы и тембра голоса в конце воспроизведения звука, что соответствовало среднему уровню речевого дыхания. Низкий уровень фонационного дыхания после проведения тренинговой работы выявлен не был.

Полученные данные отражены на рисунке 7.

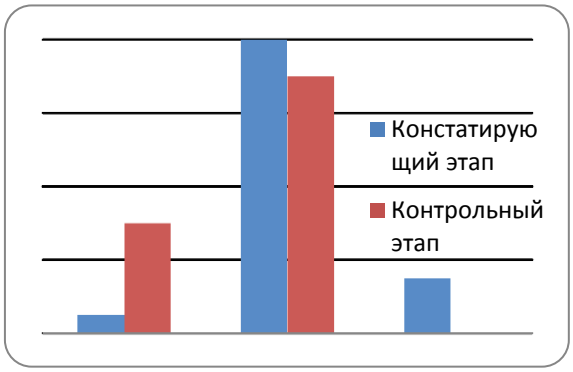


Рисунок 7. Динамика результатов диагностики речевого дыхания

Изучение интенсивности (силы звучания) голоса показало, что к высокому уровню можно отнести 7 испытуемых, у которых голос был достаточно громким, сила звучания менялась. У 7 педагогов наблюдались небольшие неточности передачи силы звучания при хорошей громкости голоса, что соответствовало среднему уровню. Низкий уровень, при котором голос тихий, сила звучания передается неточно был диагностирован у 1 испытуемого. Полученные результаты отражены на рисунке 8.

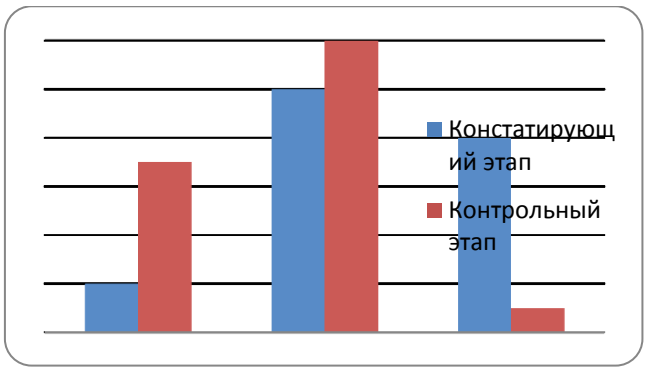


Рисунок 8. Динамика результатов диагностики интенсивности голоса

Изучение высоты голоса показало, что 8 педагогов легко меняли силу звучания, что соответствовало высокому уровню. Остальные 7 испытуемых меняли силу звучания в большинстве случаев, однако наблюдались некоторые неточности, что соответствовало среднему уровню. Полученные результаты отражены на рисунке 9.

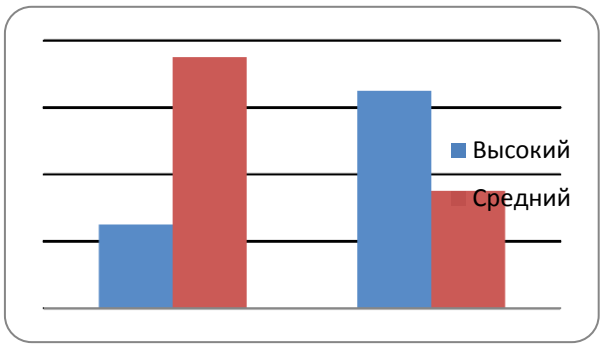


Рисунок 9. Динамика результатов диагностики силы звучания

Изучение тембра голоса показало, что у 6 педагогов голос достаточно звонкий, звучный, чистый, что соответствует высокому уровню развития тембра голоса. У 9 педагогов выявлен средний уровень развития тембра голоса, то есть у них выявлено наличие одного из показателей: назализованность голоса, голос тусклый или голос глухой. Низкий уровень после проведения тренинговой работы выявлен не был.

Полученные данные отражены на рисунке 10

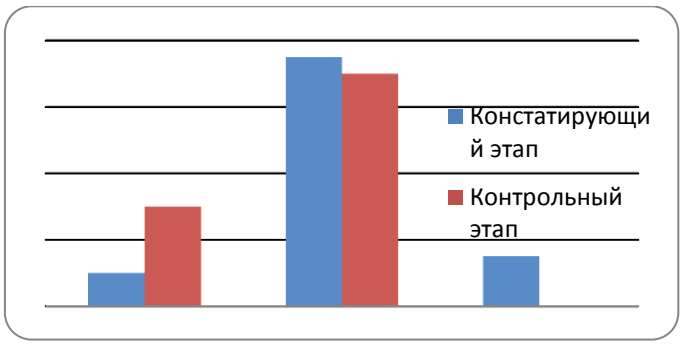


Рисунок 10. Динамика результатов изучения тембра голоса

Оценка клинико–функциональных реакций на дозированную нагрузку показала, что физиологическая реакция ответа на дозированную голосовую нагрузку была выявлена у 5 педагогов. У них было отмечено стабильное качество звучания голоса во время чтения текста и после эксперимента, отсутствие неприятных субъективных ощущений. Время максимальной фонации гласных звуков практически без изменения по сравнению с начальным значением (18–24 секунды). Частота дыхания во время чтения теста превышала 10 раз в минуту. Тип дыхания — нижнереберный или смешанный. У 10 испытуемых была выявлена промежуточная реакция на дозированную голосовую нагрузку. Для них было характерным удовлетворительное самочувствие во время выполнения задания, незначительная усталость, легкое першение и охриплость голоса. Время максимальной фонации гласных уменьшается по сравнению с исходным на 3–4 секунды и составляет10–17 секунд. Частота дыханий во время чтения не превышала 15 раз в минуту. Тип дыхания — смешанный или верхнереберный. Патологический тип реакции на длительную голосовую нагрузку после проведения тренинговой работы выявлен не был. Полученные данные отражены на рисунке 11.

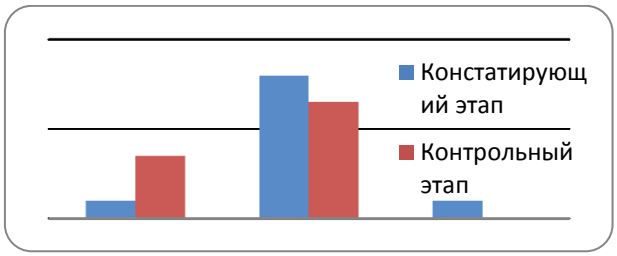


Рисунок 11. Динамика типа реакции на длительную голосовую нагрузку

Проведение самооценки факторов риска нарушений голоса показало, что средний уровень факторов риска нарушений голосовой функции выявлен у 9 испытуемых, низкий – у 6 студентов. Высокий уровень факторов риска нарушения голосовой функции после проведения тренинговой работы выявлен не был. Полученные данные отражены на рисунке 12.

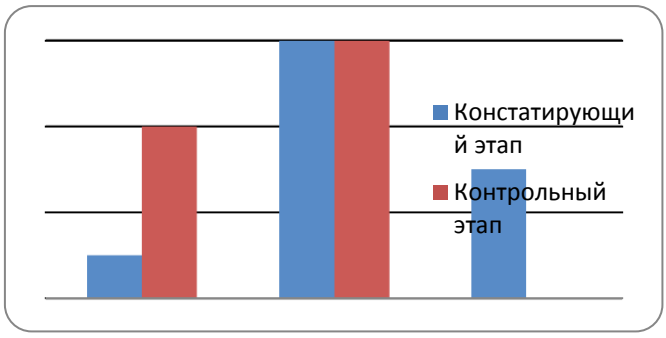


Рисунок 12. Динамика отсутствия факторов риска нарушений голосовой функции

Динамика уровней голосовой функции по совокупности всех методик приведена на рисунке 13.

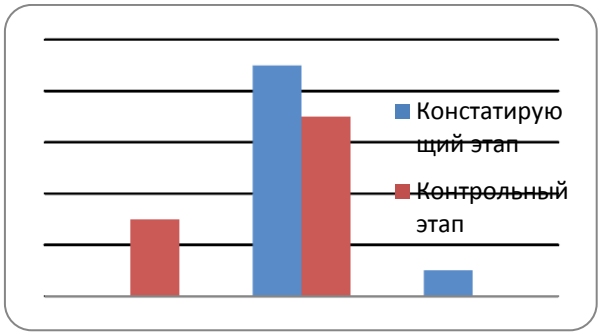


Рисунок 13.Динамика уровней голосовой функции по совокупности всех методик

Таким образом, проведенная экспериментальная работа показала, что нам удалось улучшить показатели голосовой функции педагогов с помощью разработанной тренинговой программы по формированию навыков рациональной голосоподачи и голосоведения у педагогов. Количество педагогов с высокими показателями развития фонационного дыхания увеличилось с 5% до 30%, силы голоса – с 10% до 35%, высоты голоса – с 25% до 65%, тембра голоса – с 10% до 30%. По результатам всех методик можно сказать, что количество испытуемых с низким уровнем голосовой функции снизилось с 10% до 0%, с высокий уровнем – повысилось с 0% до 30%. Количество педагогов с физиологической реакцией на длительную

голосовую нагрузку увеличилось с 10% до 35%. Количество педагогов с низким уровнем факторов риска нарушений голоса увеличилось с 10% до 40. В то же время количество педагогов с низким уровнем развития фонационного дыхания сократилось с 15% до 0%, интенсивности голоса – с 40% до 5%, тембра голоса – с 15% до 0%. Количество педагогов с патологическим типом реакции на длительную голосовую нагрузку сократилось с 10% до 0%. Количество педагогов с высоким уровнем факторов риска нарушений голосовой функции сократилось с 30% до 0%. Полученные данные, положительная динамика показателей позволяют нам сделать вывод об эффективности проведенной работы по формированию навыков рациональной голосоподачи и голосоведения у педагогов.

Список литературы:

1. Андреева И.В. Патология верхних дыхательных путей у лиц голосо–речевых профессий // Материалы науч.–практ. конф. «Актуальные вопросы фониатрии и реконструктивной хирургии гортани». – М., 2002. – С. 8–9.
2. Бабияк В.И., Накатис Я.А. Клиническая оториноларингология: руководство для врачей. – СПб.: Гиппократ, 2005. – 800 с.
3. Беккер К. П., Совак М. Логопедия: Пер. с нем. – М., 1981.
4. Большакова С.Е. Речевые нарушения у взрослых и их преодоление. – М.: ЭКСМО–Пресс, 2002.
5. Бруссер А. М. Сценическая речь. Методические рекомендации и практические задания для начинающих педагогов театральных вузов. – М.: ВЦХТ, 2008. –112 с.
6. Вайнер Э. Н. К вопросу об основополагающих признаках валеологии // Валеология. – 1997. – №4. – С. 5 –10.
7. Вансовская Л.И. Практикум по технике речи. Фонационный тренинг. – СПб., 1997.
8. Василенко Ю. С. Голос. Фониатрические аспекты. – М.: Дипак, 2013. – 396 с.
9. Воробьев Л. и др. Справочник терапевта. – М.: Дом ОНИКС XXI век, 2003.
10. Гапанович В. Я., Отоларингологоческий атлас. – Минск, 1989.
11. Голосо–речевой тренинг: учебно–методическое пособие / ГОУ ВПО «Кемеровский государственный университет»; сост. Н. Г. Гордеева. – Кемерово, 2004. – 48 с.
12. Дмитриев Л.Б., Телеляева Л.М., Таптапова С.Д., Ермакова И.И. Фониатрия и фонопедия. – М.: «Медицина», 1990. – 270 с.
13. Елисеев А. Г. и др. Большая медицинская энциклопедия.– М.: ЭКСМО, 2005.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1

Консультация для педагогов

«Нарушения голоса у лиц голосоречевых профессий»

Полноценная деятельность людей коммуникативных профессий во многом зависит от работоспособности их голосового аппарата и качества голоса, от умения правильно и эффективно владеть им в профессиональных целях. К деятельности голосового аппарата людей речевых профессий предъявляются повышенные требования. Во–первых, голосовой аппарат должен быть достаточно выносливым для интенсивной ежедневной работы в течение нескольких часов. Во–вторых, голос должен обладать определенными качествами — мелодичностью, гибкостью, интонационной выразительностью, приятным тембром, силой.

Можно выделить следующие профессии с повышенной речевой нагрузкой: учителя, лекторы, актёры, певцы и т.д. Для представителей этих профессий уровень голосовой нагрузки настолько велик, что превышает нормальные возможности голоса.

Среди представителей голосоречевых профессий педагоги составляют подавляющее большинство. Голос для педагогов является не просто возможностью донесения своей мысли эмоционально и выразительно, но и орудием труда, так как полноценная деятельность педагога находится в прямой зависимости от состояния его речевого аппарата, умения правильно и эффективно владеть голосом в профессиональных целях .

Несмотря на то, что постоянно совершенствуется техническая, воспитательная и культурно–просветительная деятельность педагога, голос и живое слово учителя, воспитателя, лектора, актера является самым могущественным и убедительным источником информации, прогресса и культуры.

В быту, обычных диалогах голосовой аппарат без затруднений справляется с теми нагрузками, которые возникают в тех или иных ситуациях. Однако когда человеку приходится делать сообщение перед

большой аудиторией продолжительное время, привычных бытовых навыков речеобразования не хватает. Педагог в своей профессиональной деятельности должен реализовать такие намерения, как обучение, убеждение, воздействие на сознание, душу и поступки слушателя. Однако сообщения, даже тщательно подготовленные и построенные по всем правилам методики, не всегда достигают цели. Это нередко происходит из–за невнимания к форме воплощения, неумения говорящего передавать средствами устной речи многообразие аспектов мысли. В лекционной работе особенно важна "физическая" личность преподавателя: его особый голос, манера говорить и держаться, педагогическое мастерство, языковое богатство, стиль поведения, личное обаяние (прямой и лучистый, твердый и теплый взгляд), особый ритм речи (то возбуждающий, то успокаивающий). Если говорящему присуще живое воображение, подвижная эмоциональная сфера, «исключительно отзывчивый и превосходно разработанный голосовой и телесный аппарат» то он передает своим голосом мельчайшие смысловые оттенки. Такой лектор вызывает интерес к предмету, создает эмоциональный настрой, наполняет бодростью слушателя и облегчает восприятие материала. Напротив, маловыразительная речь, бесцветная, с тусклым монотонным голосом вызывает досаду, быстро утомляет и притупляет восприятие слушателей, мешает вникнуть в суть дела, подчас отталкивает слушателей от говорящего.

По данным отечественных и зарубежных авторов, в последние десятилетия наблюдается тенденция к увеличению заболеваемости речевого аппарата представителей педагогических специальностей. Большинство ученых считают, что это связано со стрессовыми ситуациями в экономической и социальной жизни общества.

О.С. Орловой определены следующие основные причины, которые вызывают нарушения голоса у представителей педагогических специальностей:

– биологические (конституциональные особенности, возраст, пол,

сопутствующие заболевания),

– профессиональные (стаж работы, длительность и интенсивность голосовой нагрузки),

– бытовые (семейное положение, состав семьи, жизненные условия),

– психологические (конфликтные ситуации бытовые и профессиональные, психоэмоциональные и характерологические особенности личности).

По мнению Л. Д. Работнова, основная причина нарушений голоса у представителей голосовых профессий – грубые нарущения техники голосообразования и длительная голосовая нагрузка. В. Г. Ермолаев полагает, что основной источник нарушений – неумение правильно пользоваться дыханием, изменять высоту и силу голоса. С точки зрения Е. Седлачковой, основной причиной профессиональных заболеваний является перенапряжение голосового аппарата.

Основная причина нарушений голоса у представителей педагогических специальностей – перегрузки голосового аппарата. Преподаватели вузов и школьные учителя, дошкольные работники ежедневно перегружают речевой аппарат количественной нагрузкой и качественными изменениями: необходимо говорить громко, на очень высоких, несвойственных голосу нотах. Наряду с этим имеют большое значение: температура, загрязненность воздуха (пыль, мел), степень относительной влажности, сохранение должной тишины в аудиториях, акустические свойства помещения, где проходят занятия, лекции.

После продолжительной нагрузки педагогами часто отмечается утомление голоса. Они могут ощущать изменения тембра в различной степени, вплоть до кратковременной потери голоса. Многими отмечаются и долговременные нарушения несколько раз в год.

Е.В. Лавровой нарушения голоса у педагогов связываются не только с большой речевой нагрузкой с перенапряжением голосового аппарата, но и с

отсутствием правильных навыков техники речи и голосоведения. В результате у лиц педагогических специальностей сперва возникает функциональная недостаточность голосового аппарата, которая выражается в изменении тонуса голосовых складок, появлении сильной утомляемости и целом ряде дискомфортных ощущений в процессе речевой деятельности.

Со временем на фоне снижения тонуса голосовых складок и их вибраторной функции могут развиться более грубые нарушения в виде различных заболеваний гортани.

По данным Е.В. Лавровой, 89,7% педагогов страдают от функциональной недостаточности голосового аппарата различной степени выраженности. Нарушения голоса и его утомляемость чаще всего обнаруживаются у педагогов в возрасте 35–45 лет со стажем педагогической работы 10–20 лет.

К факторам, отрицательно влияющим на характер изменения речевой функции, относятся и частые простудные заболевания. Педагогам зачастую выходят на работу недолеченными, а иногда вообще не берут больничного листа даже при выраженных симптомах острого респираторного заболевания. Исследователями связывается частота перенесенных заболеваний со степенью выраженности симптомов.

К нарушениям голосовой функции педагогов могут приводить такие особенности профессиональной деятельности, как длительная нагрузка на голосовой аппарат, неумение владеть голосом, стрессовые ситуации и частые простудные заболевания. Все нарушения голоса делятся на органические и функциональные. Органические связаны с нарушениями целостности органов дыхания и речи, хроническими воспалениями или поражениями нервной системы. Функциональные нарушения голоса (афония, дисфония, фонастения) не сопровождаются воспалительными процессами, но приводят к различным повреждениям речевого голоса, нарушения силы, высоты и тембра, напряженности, твердой атаки, форсированности, осиплости и охриплости.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Консультация для педагогов

«Анатомо-физиологические аспекты голосообразования»

Голос человека – это поток звуков, образуемых голосовым аппаратом человека и отличающихся высотой, силой, тембром и т. п., а также сама звучащая речь.

Произнесение звуков речи представляет собой сложный физиологический акт, который осуществляется с помощью работы всех органов голосового аппарата.

Голосовой аппарат является сложной системой, состоящей из следующих частей:

– верхние дыхательные пути − глотка, носоглотка, носовая полость, придаточные пазухи носа и полости рта (так называемая надставная труба);

– гортань с расположенными в ней голосовыми складками;

– полости легких, бронхов и трахеи.

В голосообразовании участвует и нервная система, соответствующие нервные центры головного мозга с двигательными и чувствительными нервами, соединяющими эти центры со всеми указанными органами. Из мозга по двигательным нервам к этим органам поступают сигналы, а по чувствительным нервам идут сведения о состоянии работающих органов. Работу органов голосообразования невозможно рассматривать вне связи с центральной нервной системой, организующей их функции в единый, целостный процесс, который является сложнейшим психофизическим актом .

Процесс голосообразования начинается со вдоха, во время которого происходит нагнетание воздуха через ротовую и носовую полость, глотку, гортань, трахею, бронхи в расширенные при входе легкие. Затем под воздействием нервных импульсов из головного мозга происходит смыкание голосовых складок, голосовая щель закрывается. Это момент совпадает с началом выдоха. Сомкнутые голосовые складки преграждают путь

выдыхаемому воздуху, препятствуя свободному выдоху. Воздух в подскладочном пространстве, набранный при вдохе, под действием выдыхательных мышц сжимается, возникает подскладочное (подсвязочное) давление. Сжатый воздух оказывает давление на сомкнутые голосовые складки, то есть взаимодействует с ними. Так возникает звук.

Важным показателем голосовой функции является речевое дыхание. В зависимости от того, какие отделы лёгких участвуют в акте дыхания во время речи, различают верхне–, средне– и нижнерёберное дыхание. При всех типах в дыхании принимает участие диафрагма. Уровень её участия максимален при нижнерёберном и минимален при верхнерёберном дыхании. Наиболее целесообразен для речи нижнерёберный тип дыхания (вдох производится за счёт расширения и приподнимания нижней части грудной клетки) с активным участием диафрагмы. При этом создаются наиболее благоприятные условия для работы голосового аппарата.

Во время речи необходимо не только обеспечить организм достаточным количеством воздуха, но и экономно его расходовать, поддерживая достаточное подскладочное давление. Недостаточное количество воздуха для речи в дыхательных путях оказывает негативное воздействие на работу мышц голосовых складок.

Слабость потока выдыхаемого воздуха компенсируется повышением напряжения этих мышц, что в дальнейшем приводит к их утомлению и слабости, в результате чего качество голоса ухудшается.

Совокупность процессов голосообразования определяет индивидуальный рисунок голоса, характеризующийся такими составляющими, как сила, тембр, высота. Для хорошо поставленного голоса характерны еще и такие свойства, как благозвучность, полетность, подвижность и разнообразие тона.

Под силой голоса понимают громкость произносимых предложений, зависящую от активности работы речевые органов человека. Сила голоса является его мощностью, которая определяется интенсивностью амплитуды

колебаний голосовых связок человека. Сила голоса измеряется в децибелах. Чем больше амплитуда, тем соответственно, сильнее речевое звучание. По силе голоса различают три вида голосоподачи :

Твердая атака. Голосовые складки плотно смыкаются до начала выдоха. Различается крайне утрированная твердая атака, так называемая «каркающая», с сильным жестким призвуком, возникащим от судорожного пересмыкания, резкого захлопывания голосовой щели. Эта атака вредна для голосовых мышц и является непригодной для голосообразования.

Мягкая атака. Момент смыкания голосовых складок почти совпадает с началом выдоха. Выдох незначительно опережает неплотное закрытие голосовой щели. Такое плотное смыкание и напряжение голосовых складок, какое наблюдается при твердой атаке, отсутствует. Закрытие голосовой щели совпадает с моментом начала звучания, призвуки не возникают. Мягкая атака бывает различна в зависимости от степени смыкания (сближения) голосовых складок. В отдельных случаях, при более плотном смыкании голосовых мышц она приближается к твердой атаке.

Придыхательная атака. Смыкание голосовых складок значительно отстает от начала выдоха, поэтому звуку предшествует шум выдыхаемого воздуха (придыхание). Голос при такой атаке часто сопровождается сиплым призвуком, так как смыкание голосовых складок в этом случае имеет наименьшую степень и происходит утечка воздука. Придыхательная атака рассматривается самостоятельно и как крайняя разновидность мягкой атаки.

Под высотой голоса понимают его способность к тональным изменениям, то есть его диапазон.

Под тембром голоса понимают неповторимую индивидуальную окраску, которая обусловлена строением речевого аппарата, главным образом характером обертонов, образующихся в резонаторах – нижних (трахея, бронхи) и верхних (полость рта и полость носа).

Под благозвучностью голоса понимают чистоту его звучания, отсутствие неприятных призвуков (хрипоты, сиплости, гнусавости и т.п.). В

понятие благозвучности включается прежде всего звонкость. Голос звучит звонко, когда он резонирует в передней части полости рта. Если же звук формируется у мягкого неба, он получается глухим и тусклым. Звонкость голоса зависит и от собранности звука (его концентрации у передних зубов), от направленности звука, а также от активности губ.

Под полетностью голоса понимают его способность быть хорошо слышимым на значительном расстоянии без увеличения громкости.

Под подвижностью голоса понимают его способность без напряжения меняться по силе, высоте, темпу. Эти изменения не должны быть непроизвольными, у опытного оратора изменение определенных качеств голоса всегда преследует определенную цель.

Под тоном голоса понимают эмоционально–экспрессивную окрашенность голоса, способствующую выражению в речи говорящего его чувств и намерений. Тон речи бывает добрый, злой, восторженный, официальный, дружеский и т.д. Он создается при помощи таких средств, как увеличение или ослабление силы голоса, паузация, убыстрение или замедление темпа речи.