

ŠIAULIŲ UNIVERSITETAS
UGDYMO MOKSLŲ SOCIALINĖS GEROVĖS STUDIJŲ FAKULTETAS
SPECIALIOSIOS PEDAGOGIKOS KATEDRA

Specialiosios pedagogikos (specializacija – logopedija) magistrantūros studijų programa

Audronė Lazdauskienė

**LOGOPEDŲ PATIRTIS IDENTIFIKUOJANT IR ĮVEIKIANT
DIZARTRIJĄ**

Magistro darbas

*Magistro darbo vadovė-
lekt. dr. Daiva Kairienė*

2016

Magistro darbo santrauka

Darbe atlikta teorinė mokslinės literatūros analizė, atskleidžiant kalbėjimo motorikos sutrikimo (dizartrijos) sampratą, teorinius šio sutrikimo identifikavimo ir įveikimo aspektus. Tyrime siekiama atskleisti ir apibedrinti logopedų patirtį identifikuojant ir įveikiant dizartrią.

Empiriniai duomenys buvo renkami taikant anketinės apklausos raštu metodą. Tyrimo duomenys apdoroti *SPSS 22.0 (Statistical Package of Social Sciences)* ir *Microsoft Excel* programomis. Atlikta statistinė (aprašomoji dažnių lentelių, diagramų) duomenų ir turinio analizė. Kiekybinio tyrimo imtis (N=105) logopedės, dirbančios įvairiose Klaipėdos apskrities ugdymo/gydymo įstaigose.

1. Dauguma respondenčių dizartrią dažniausiai priskiria fonologinių kalbos sutrikimų grupei.
2. Respondentės, indentifikuojant dizartrią, dažniausiai įvardija šiuos požymius: artikuliacinio aparato ypatumus (seilėtekį ir pakitusią artikuliacinio aparato raumenų įtampą), fonacijos ir prozodijos trūkumus (kalbėjimo tempo pakitimus), kvėpavimo sunkumus (kvėpavimo sunkumai tęsiant vieną garsą), garsų tarimo sunkumus (skardžiųjų priebalsių netarimą, sunkumą išmokyti garsą automatizuoti žodyje, sudėtingesnių garsų keitimą lengvesniais) bei stambiosios ir smulkiosios motorikos sunkumus (stebi bendrą motorinį nevikrumą, sunkumą užsisegti sagą /rinkimą smulkių daiktų).
3. Dažniausios kalbėjimo ir kalbos terapijos kryptys, tikslai ir prioritetai siekiant įveikti dizartrią: smulkiosios ir bendrosios motorikos, teigiamų asmens emocijų ir mokymo(si) motyvacijos palaikymas, foneminio suvokimo ugdymas.
4. Respondenčių dažniausiai naudojamos priemonės įveikiant dizartrią: paveikslėlių rinkiniai, įvairūs zondai.
5. Dažniausiai pasirenkami tradiciniai darbo metodai, tai yra: demonstravimas, mėgdžiojimas, pokalbis, stebėjimas, o iš netradicinių artikuliaciniai metodai - mėgdžiojimas, remiantis rega, klausa, bei taktiliniai, proprioceptiniai, kinesteziniai, gestai.

Esminiai žodžiai: dizartrią, sutrikimo identifikavimas ir įveikimas, logopedų patirtis

Turinys

Magistro darbo santrauka	2
Įvadas	4
1 skyrius. TEORINIAI DIZARTRIJOS IDENTIFIKAVIMO IR ĮVEIKIMO ASPEKTAI	6
1.1. Dizartrijos apibrėžtis ir priežastys.....	6
1.2. Dizartrijos požymiai ir rūšys.....	7
1.3. Dizartrijos identifikavimas.....	11
1.4. Dizartrijos įveikimo požiūriai.....	13
2 skyrius. LOGOPEDŲ PATIRTIS IDENTIFIKUOJANT IR ĮVEIKIANT DIZARTRIJĄ	20
2.1. Tyrimo metodika.....	20
2.2. Respondentai.....	20
2.3. Dizartrijos identifikavimo ir raiškos požymių aspektai.....	23
2.4. Dizartrijos įveikimo metodai ir jų tikslingumas.....	26
2.5. Dažniausiai taikomos priemonės dizartrijai įveikti.....	29
Išvados	33
Literatūra	35
Summary	39
Priedai	40

Ivadas

Tyrimo aktualumas. Išmokdami kalbėti įgyjame galimybę suvokti ir atspindėti tikrovę, logiškai mąstyti, apibendrinti, planuoti ir įgyvendinti sumanymus, veiksmus. Sutrikus kalbai ir kalbėjimui netenkama galimybės pilnavertiškai bendrauti (Garšvienė, Ivoškuvienė, 1993). Bendraudami, keisdami informacija žmonės susipažįsta su pasauliu, kuria savo gyvenimą, tenkina savo poreikius. Kalbėjimas yra vienas iš pagrindinių komunikacijos priemonių. Pasak Garšvienės, Ivoškuvienės (2003), Hallakan, Kauffman (2003), kalbėjimas suprantamas kaip procesas, t.y. garsų tarimas, jų jungimas į skiemenis, žodžius ir pan. Taip pat galima teigti, kad kalbėjimas yra greičiausia ir veiksmingiausia komunikacijos priemonė, kuri apima fonetiką, leksiką, gramatiką. Taigi, sutrikus kalbėjimo procesams asmenys nebegali greitai ir veiksmingai komunikuoti. Negalėdami pilnavertiškai bendrauti jie jaučiasi izoliuoti, vieniši, atstumti, negalintys išreikšti savo nuomonės, megzti kontakto. Kalbėjimo ir kalbos sutrikimai turi platų poveikį visose gyvenimo srityse. Jie ne tik užkerta kelią pasireikšti asmeniui kaip asmenybei, bet dažnai turi įtakos ir asmeniniams santykiams su šeima, draugais, aplinkiniais. Asmenys, turintys kalbėjimo problemų, susiduria su kliūtimis švietimo, užimtumo, darbo bei poilsio srityse, todėl įveikti įvairius kalbos ir kalbėjimo sutrikimus rekomenduojama kuo anksčiau (Duffy, 1995).

Hallahan, Kauffman (2003) teigia, kad sunkumų dėl kalbėjimo atsiranda todėl, kad raumenys, susiję su kvėpavimu, gerklomis, rykle, liežuviu, žandikauliu ir/ar lūpomis, negali būti tiksliai kontroliuojami. Dėl įvairių vidinių ir išorinių priežasčių gali sutrikti bet kuri komunikacijos proceso grandis, pradedant minties formulavimu, žodžių parinkimu jai išreikšti, artikuliacinės programos sudarymu garsams išstarti ir pan., baigiant kalbėtojo minties supratimu (Daugirdienė, Gaizelytė, Prasauskienė, 2007).

Mokslinė problema. Nors garsų tarimo trūkumai yra vieni iš labiausiai pastebimų kalbėjimo sutrikimų, Lietuvoje beveik nėra skelbta duomenų apie garsų tarimo trūkumų bei jų formų įvairovę, paplitimą, o užsienio literatūroje vartojamos sąvokos ne visais atvejais yra vartojamos Lietuvoje (Garšvienė, Juškienė, 2008).

Vakarų literatūroje dizartrijsa priskiriama kalbėjimo motorikos sutrikimų grupei (Kairienė, Daniutė, 2015). Pasak autorių, teoriniuose šaltiniuose pažymima šio sutrikimo priežastis - centrinės ar periferinės nervų sistemos pažeidimas, pasireiškiantis motorinės kontrolės ir vykdymo sutrikimu, t.y. artikuliacijos, fonacijos ir kvėpavimo sistemų trūkumais, kurie charakterizuojami lėtais, silpnais, netiksliais ir/ar nekoordinuotais kalbėjimo raumenų judesiais.

Nors dauguma autorių išskiria tuos pačius ar panašius šio kalbėjimo sutrikimo požymius, tačiau vieningo dizartrijos apibrėžimo nėra. Nevienodas šio sutrikimo pobūdis lemia skirtingas gebėjimo kalbėti galimybes. Asmenų, turinčių dizartrijos požymių, vis gausėja ir nuo tinkamo

kalbėjimo sutrikimo identifikavimo, pasirinktų sutrikimo įveikimo krypčių priklauso logopedinio darbo sėkmė. Todėl norint išsiaiškinti dizartrijos simptomatiką reikia atidžiai tirti artikuliacinio aparato būklę, judesių tikslumą, kalbėjimo padargų paslankumą (Baracevičienė, 2006). Lietuvoje nėra oficialių sutrikimo identifikavimo metodikų, todėl kalbėjimo motorikos vertinimas dažnai yra nevienodas ir subjektyvus.

Tyrime siekiama atsakyti į šiuos **probleminius klausimus**: *Kokiai sutrikimų grupei dažniausiai priskiriama dizartrija? Kokiais požymiais remiamasi identifikuojant dizartriją? Kokias šio sutrikimo įveikimo kryptis išskiria logopedai? yra vyraujantis šio sutrikimo įveikimo požūris logopedų praktikoje? Kokius metodus logopedai taiko dažniausiai ir kiek jie, logopedų nuomone, yra tikslingi? Kokias priemones dažniausiai taiko logopedai dizartrijai įveikti?*

Tyrimo objektas – logopedų, dirbančių skirtingose institucijose, patirtis identifikuojant ir įveikiant dizartriją.

Tyrimo tikslas – atskleisti logopedų patirtį identifikuojant ir įveikiant dizartriją.

Uždaviniai:

- 1) atskleisti teorinius dizartrijos sampratos, identifikavimo ir įveikimo aspektus;
- 2) identifikuoti, kuriai sutrikimų grupei dažniausiai priskiriama dizartrija, atskleisti dažniausius šio sutrikimo raiškos (identifikavimo) požymius;
- 3) atskleisti dizartrijos dažniausiai logopedų taikomus dizartrijos įveikimo metodus ir jų tikslingumą;
- 4) atskleisti dažniausiai logopedų taikomas dizartrijos įveikimo priemones.

Tyrimo dalyviai: logopedės (N=105), dirbančios ikimokyklinio ugdymo įstaigose, bendrojo lavinimo mokyklose, specialiojo ugdymo darželiuose/mokyklose, pedagoginėse psichologinėse tarnybose, reabilitacijos centruose, poliklinikose, ligoninėse.

Tyrimo metodologija ir metodai. Tinkamai parinkti ir panaudoti darbo metodai lemia išsamų pasirinktos darbo temos atskleidimą, išsikeltų darbo tikslų ir uždavinių pasiekimą. Magistro darbe, siekiant visapusiškai atskleisti logopedžių patirtį identifikuojant ir įveikiant dizartriją, buvo naudoti šie tyrimo metodai:

- 1) Teoriniai – mokslinių šaltinių analizė.
- 2) Empiriniai – anketinė logopedžių apklausa.
- 3) Statistiniai – kiekybinė rezultatų analizė.

Magistro darbo struktūra. Šį magistro darbą sudaro: santrauka lietuvių kalba, įvadas, du skyriai, išvados, naudotos literatūros sąrašas (53 šaltiniai), santrauka anglų kalba, priedai. Tyrimą iliustruoja 15 lentelių ir 3 paveikslai. Prieduose pateikiama anketa logopedams (-ėms) (1 priedas). Darbo apimtis – 46 p.

1 skyrius. TEORINIAI DIZARTRIJOS IDENTIFIKAVIMO IR ĮVEIKIMO ASPEKTAI

1.1. Dizartrijos apibrėžtis ir priežastys

Dizartrijos apibrėžtis. Dizartrija – graikų kilmės žodis (*diz* – priešdėlis, žymintis sutrikimą, ir *arthroo* – skaidau), apibūdinantis garsinio kalbėjimo sutrikimą. Šį sutrikimą sąlygoja artikuliacinio aparato, balso produkavimo ir kvėpavimo aparato inervacijos nepakankamumas (Garšvienė, Ivoškuvienė, 1993). Hughes, Langhorne (2002) (cit. Tijunonienės, 2007) dizartriją dar apibūdina, kaip neurologinį kalbėjimo sutrikimą, kuris dažniausiai pasižymi kalbėjimo aparato veiklos lėtumu ar nekoordinuotais judesiais. Taip pat gali apimti kvėpavimą, fonavimą, rezonavimą ir artikuliaciją.

Anot Daugirdienės, Gaizelytės, Prasauskienės (2007), dizartrija yra kalbėjimo sutrikimas, susijęs su raumenų, dalyvaujančių kalbos produkcijoje, funkcijos sutrikimu dėl centrinės ir periferinės nervų sistemos pažeidimo. Dėl dizartrijos gali sutrikti visos kalbos sistemos plėtotė.

Dizartrijos priežastys. Galvos smegenų (centrinio kalbos aparato), kvėpavimo balso organų ir kalbos padargų (periferinio kalbos aparato) veikla sudaro vieningą sistemą. Vienos kurios nors kalbos aparato dalies pažeidimas gali nepalankiai veikti kitų kalbos dalių darbą, tuo pačiu vienaip ar kitaip trukdyti kalbos plėtojimuisi (Unčiūrys, 1988). Dizartriją nulemia įvairios priežastys, pažeidžiančios periferinę ar centrinę nervų sistemas. Dizartrija gali būti susijusi ir su raidos sutrikimais, dėl smegenų pažeidimo prieš ar gimdymo metu, ar įgyta vėliau gyvenime, susijusi su smegenų kraujagyslių sutrikimais, galvos traumomis arba progresine neurologine liga (Freed, 1999).

Dauguma autorių mano, kad dizartrijos dažniausia priežastis yra cerebrinis paralyžius. Ir užsienio literatūroje dizartrija aprašoma kaip cerebrinio paralyžiaus pasekmė. Cerebrinė patologija gali būti įvairių ligų pasekmė. Autoriai teigia, kad atsižvelgiant į tai, kokia galvos smegenų organinio pakenkimo vieta, sutrinka ne tik artikuliavimas, bet ir balsas, kvėpavimas, kalbos prozodija. Dažnai dizartrijos atveju sutrinka ir visa kalbos plėtotė. Nuo to, kuri vieta yra pažeista, priklauso dizartrijos rūšis, jos laipsnis, dizartrijos įveikimo galimybės. Apibendrinant galima teigti, kad dažniausia dizartrijos priežastis ir yra cerebrinis paralyžius. Priežastys gali būti įgimtos arba įgytos dėl pažeidimų periferinėje ar centrinėje nervų sistemose.

1.2. Dizartrijos požymiai ir rūšys

Dizartrija apibūdinama kaip neurologinis kalbėjimo sutrikimas, pasižymintis kalbėjimo aparato veiklos lėtumu, silpnumu ar nekoordinuotais judesiais, raumenų tonuso pakitimu ir netikslumais tariant garsus. Pasak Hughes, Langhorne (2002) dėl periferinio kalbėjimo aparato raumenų paralyžiaus, parėzės ar kitų raumenų įtampos sutrikimo formų nukenčia garsų tarimas, kalbėjimo tempas, fonacija, kvėpavimas.

Dauguma autorių: Bohme (1997), Freed (2000), Ivoškuvienė (1993), Garšvienė (2002), Gillam, Marquardt, Martin (2011) nurodo tris pagrindinius dizartrijų sindromus: artikuliacijos sutrikimų, fonacijos ir prozodijos, kalbinio kvėpavimo.

Robertson (1996) teigimu (cit. Tijunonienės, 2007) labiausiai pastebimas yra **artikuliacijos sindromas**. Šis sindromas dažniausiai atsiranda dėl artikuliacijos aparato inervacijos nepakankamumo. Ryškiausi požymiai: labia neaiškus ir sutrikęs balsių ir priebalsių tarimas. Hallahan, Kauffman (2003) kalbėjimo sutrikimams priskiria artikuliacijos, sklandumo ir balso sutrikimus, kurie neretai pasitaiko ir dizartrijos atveju. Dėl burnos ir veido raumenų pažeidimų asmenims su dizartrija būdingi riboti žandikaulio, liežuvio ir lūpų judesiai. Seilėtekis įveikiamas drauge ugdant veido ir viso periferinio aparato motoriką. Cherney (1994) pateikia rekomendacijų seilėtekiui, kramtymo bei rijimo sutrikimams įveikti ir pabrėžia korekcijos svarbą ankstyvame amžiuje.

Duffy (1995) (cit. Tijunonienės, 2007) mano, kad **fonacijos ir prozodijos sindromas** atsiranda dėl fonacijos raumenų inervacijos nepakankamumo. Sutrikimo požymiai: fonacija neįmanoma, minimali balso klosčių funkcija, neįmanomas valingas balso aukštumo keitimas, balsas gali būti dažniausiai tylus su nosiniu atspalviu, trūkčiojantis, įtemptas. Nors, pasak Ivoškuvienės (1993), griežtos garsų tarimo mokymo eilės neišskiria, tačiau nurodo, jog svarbu derinti garsus pagal jų artikuliacinius ir akustinius požymius, atsižvelgti į artikuliacijos aparato raumenų grupių sutrikimus, kad galima būtų parinkti lengviausiai asmeniui artikuliuojamus garsus.

Duffy (2013) (cit. Tijunonienės, 2007) nuomone, **kalbinio kvėpavimo sutrikimo sindromas** atsiranda dėl kvėpavimo aparato raumenų inervacijos nepakankamumo. Sindromo požymiai: sutrikęs kvėpavimo ritmas, jis paviršutiniškas, dažniausiai įkvepiama pro nosį, sunku koordinuoti valingą kvėpavimą bei artikuliavimą. Ivoškuvienė (1993) pateikia pratimų kvėpavimui ugdyti ir pabrėžia taisyklingo įkvėpimo ir iškvėpimo svarbą.

Motorinės funkcijos sutrikimas. Artikuliacinio aparato sutrikimai labai susiję su visos motorikos sutrikimais, todėl šalia kalbėjimo motorikos tyrimo labai svarbus yra ir bendrosios motorikos įvertinimas (Baracevičienė, 2006). LaPointe, Katz (1994) nurodo, kad svarbiausias

dizartrijos požymis yra tai, kad tai yra fundamentalus judėjimo ar motorinės funkcijos sutrikimas, atsiradęs dėl nervų sistemos pažeidimo. Pasak Duffy (1995), dėl motorikos sutrikimų nukenčia fonacija, kvėpavimas, artikuliacija, prozodija, kalbėjimo tempas, jėga, kalbinių judesių tikslumas. Tyrimai parodė, kad esant dizartrijai, būdingas bendras motorinis nevikrumas, negrabumas, nekoordinuoti, sulėtėję ar suaktyvėję judesiai, nepakankamas judesių ritmiškumas. Ypač yra apsunkinta smulkioji motorika. Todėl žmonėms yra sunku patiems apsirengti, užsisėgti sagas, susivarstyti batus. Taip pat jie yra lėtesni, sunkiai šokinėja, nevikriai bėgioja. Musteikienė (2001) pažymi, kad ypač svarbus yra smulkiosios motorikos ugdymas, kuris padeda formuoti kalbai. Labai svarbus kuo ramesnės aplinkos sudarymas, kuo ankstyvesnė darbo pradžia. Anot Ališauskienės (1998), kalbos plėtojimasis nukenčia dėl sutrikusių valingų ir nevalingų judesių reguliacijos. Manoma, kad rankų raumenų motoriniai impulsai turi didelės reikšmės kalbinės motorikos formavimuisi. Kiti autoriai (Garšvienė, Ivoškuvienė, 1993) taip pat nurodo, kad kartu su kalbos/kalbėjimo sutrikimais, tokiais kaip dizartrija, asmenims būdingi bendrosios ir smulkiosios motorikos sunkumai.

Lopatina (cit. Baranauskienė, 2007; 2009) nagrinėdama bendrąją motoriką tiriamiesiems, kuriems nustatyta nežymi dizartrija, nustatė, kad jiems yra nepakankamai išlavėjusi statinė ir dinaminė pusiausvyra, judesių koordinacija. Atliekant tyrimą jie negalėjo išlaikyti pusiausvyros, nepastovėjo ant vienos kojos, vyravo nejudrūs judesiai. Ir Baracevičienė (2001, 2006) nustatė, kad asmenims, turintiems dizartriją, būdingi bendrosios motorikos sutrikimai. Jiems sunkiai sekasi atlikti tikslumo reikalaujančius judesius, prasčiau suvokia savo kalbos padargų ir galūnių judesius, padėtį.

Dizartrijos ryšys su kitais sutrikimais. Įvairūs autoriai skirtingai aptaria dizartrijos ir psichinės raidos santykį, bet sutaria, kad dažniausia dizartrijos priežastis, ypač vaikams, kurie turi dizartriją, yra cerebrinis paralyžius, galvos traumos. Daliai asmenų, turinčių cerebrinį paralyžių, yra būdingas *kompleksinis sutrikimas*, t.y. greta motorikos sutrikimų turi regos, suvokimo, elgesio ir emocijų, intelekto sutrikimų arba būdingas kelių negalių derinys. Esant kompleksiniams sutrikimams, kalbėjimo, kalbos ir komunikaciniai sutrikimai yra antrinio pobūdžio. Mikulėnaitė (2003) nurodo, kad 65% vaikų, turinčių cerebrinį paralyžių, nustatoma *įvairaus laipsnio intelekto sutrikimų*. Skirtingas intelekto sutrikimo pobūdis lemia skirtingas gebėjimo kalbėti galimybes. Ivoškuvienė (1993) pažymi, kad daugumos intelektas gali būti nesutrikęs, tačiau dėl judėjimo, sensorinių ir kalbėjimo sutrikimų gali būti sulėtėjusi intelekto raida. Dizartriją, kaip kalbėjimo motorikos sutrikimą, gali lydėti ir *kalbos sutrikimas*. Asmenys, pasižymintys dizartrija, kalbą supranta tiksliau negu asmenys, pvz., pasižymintys apraksija.

Dizartrijų rūšys. Dizartrija gali būti klasifikuojama pagal galvos smegenų pažeidimo vietą, pagal raumenų įtampos pasikeitimo pobūdį ir pagal laipsnius. Sutrikimų nustatymo

atmintinėje (2002) nurodomi tokie **dizartrijos laipsniai**: nežymi, vidutinė, žymi, labai žymi (anartrija). Ivoškuvienė (1993) nurodo (cit. Tijunonienės, 2007), kad Tardje išskiria keturis kalbos sutrikimo laipsnius: **pirmas laipsnis** – kai kalbos sutrikimas dažniausiai nepastebimas; **antras laipsnis** – kai sutrikimas jau pastebimas, tačiau kalba yra pakankamai suprantama aplinkiniams; **trečias laipsnis** – kai kalba dažnai sunkiai suprantama aplinkiniams, vaiką/asmenį supranta tik motina ar artimiausi žmonės; **ketvirtas laipsnis** – kai kalba nesuprantama tik artimiausių šeimos narių arba vaikas/asmuo visai negali kalbėti.

Ivoškuvienės (1993) teigimu (cit. Tijunonienės, 2007), **pedagoginiu ir psichologiniu požiūriu** asmenis, turinčius dizartriją, galima skirstyti į tris grupes. *Pirma grupė* – asmenys, turintys fonetinių kalbėjimo sutrikimų. Jie blogai artikuliuoja ir fonuoja kalbos garsus. Jų foneminė klausia ir kalbos supratimas, žodynas, kalbos gramatinis taisyklingumas plėtojasi normaliai. *Antra grupė* – fonologinių kalbos sutrikimų grupė, kai asmenims sutrinka foneminė klausia, žodžių analizė, garsų tarimas, bei skaitymo ir rašymo procesų formavimas. *Trečia grupė* – asmenims būdingas vienokio ar kitokio laipsnio visų kalbos komponentų neišsivystymas.

Priklausomai nuo to skiriama **įgimta ir įgyta dizartrija**. Įgimtos dizartrijos atveju sutrikimai būna sunkesni, vaikai nuo pat gimimo negali atlikti kai kurių artikuliacinių judesių. Įgytos dizartrijos formos būna lengvesnės, nes vaikai turi kai kurių judesių atlikimo ir tarimo įgūdžių, sukauptą aktyvųjų ir pasyvųjų žodyną, besiformuojantį ar susiformavusį kalbos gramatinį taisyklingumą (Joseph R. Duffy, 2013).

Lietuvos neurologai dizartriją linkę praktiškai visuomet klasifikuoti **pagal smegenų pažeidimo vietą**: žievinė, ekstrapiramidinė, pseudobulbarinė, bulbarinė, smegenėlinė dizartrija. O užsienio autoriai Braun (1999) ir Freed (2000) dar išskiria hiperkinetinį ir hipokinetinį dizartrijų sindromus.

Nors labia dažnai logopedams aktualūs būna tik raumenų įtampos pasikeitimai, todėl pakankamai plačiau dizartrija skirstoma **pagal raumenų įtampos pasikeitimą**. Ivoškuvienė (1993), remdamasi įvairių autorių patirtimi, nurodo tokias dizartrijos formas: spazminė, spazminė-rigidinė, hiperkinezinė bei ataksinė. O Freed (2000), Gudmundset (2005), Duffy (1995) (cit. Tijunonienės, 2007) dar papildo šį skirstymą mišria ir hipotonine dizartrijomis. Pateiktuose dizartrijų rūšių apibūdinimuose bandoma labai trumpai apibūdinti būdingiausius šio sutrikimo bruožus. Kadangi dizartrijos simptomatika įvairi, todėl logopedams ir tikslinga apibūdinti ją pagal raumenų įtampos pasikeitimus.

Spazminė dizartrija. Ši dizartrijos forma yra pakankamai dažnai pasitaikanti, būdinga spazminė parėzė, pasireiškianti sausgyslių bei raumenų refleksų sustiprėjimu. Valgymo judesiai: kramtymas, rijimas pakankamai koordinuotas, tik lėtas. Tartis netiksli dėl kalbos padargų judesių ryškaus sulėtėjimo. Ypač blogai tariami ankštumos priebalsiai. Balsas duslus, silpnas ir ypač

neakcentuojamas kirčiuotas skiemuo. Ivoškuvienė (1993) (cit. Tijunonienės, 2007) pažymi, kad asmenų, turinčių spazminę dizartriją, kalba dažniausiai yra su nosiniu atspalviu, lėta, įtempta ir sutrikusi prozodija dėl kalbėjimo raumenų silpnumo bei spazmiškumo. Taip pat ir Freed (2000) nurodo, kad šiuo atveju labai sunkiai tariami priebalsiai ir stebimi balsių tarimo sutrikimai. Taip pat išskiriamas šnarantis ir monotoniškas balsas, bei lėtas tempas dėl artikuliacijos judesių sutrikimo. Ir kvėpavimo sutrikimai nėra labai pastebimi.

Spazminė rigidinė dizartrija. Ivoškuvienė (1993) (cit. Tijunonienės, 2007) apibūdindama šią dizartriją pažymi, kad šiuo atveju šalia spazminės kalbėjimo aparato raumenų paralizės dar matomas rigidiškumas (pasipriešinimas ir negalėjimas atlikti judesių dėl raumenų įtampos), kuris apima visas raumenų grupes. Asmenys turintys šią dizartrijos formą, nuolat atlieka nevalingus kramtymo su pričiulpimu ir rijimo judesius. Liežuvis beveik visada įtemptas, atitrauktas atgal, truputį pakeltas prie gomurio. Kalba yra trūkčiojanti, bet greitoka ir stebima nepakankama intonacija.

Hiperkinezinė dizartrija. Jos atveju, Ivoškuvienės (1993), Freed (2000) (cit. Tijunonienės, 2007) nuomone, pastebimiausias jos požymis yra hiperkinezės. Bandymai atlikti judesius sukelia raumenų susitraukimą, asmuo negali nulaikyti vieno ar kito organo reikiamoje padėtyje. Dėl artikuliacijos aparato judesių netikslumo neaiškiai ir netaisyklingai tariami kalbos garsai, dažniausiai jie pakeičiami kitais, lengvesniais garsais. Asmeniui pavargus ypatingai keičiasi kalbos intonacija. Jeigu ramybės būsenoje nėra hiperkinezės, o ji atsiranda tik pradėjus kalbėti, tai jos yra tik funkcinio pobūdžio. Ankstyva logopedinė pagalba tokiu atveju yra pati efektyviausia. Freed (2000) teigia, kad esant hiperkinezinei dizartrijai gali atsirasti ilgesnių pauzių, taip pat sutrinka priebalsių bei balsių tarimas, balsas labai neaiškus, pastebimi kalbėjimo garsumo bei tempo sutrikimai.

Hipokinezinė dizartrija. Sutrinka kalbėjimo intonacija, sumažėja garsumas, kalbant neretai girdisi kvėpavimas, kartais pasitaiko lėti arba greitai artikuliacijos aparato judesiai (Freed, 2000). Taip pat autorius nurodo, kad hipokinezinės dizartrijos priežastys, ypač suaugusiems asmenims, yra Parkinsono liga, toksinų poveikis smegenims ar įvairios smegenų traumos. Kalbėjimo sutrikimų pobūdį nulemia raumenų rigidiškumas, akinezės, bradikinezės. Žmogaus kalboje girdima daug papildomų pauzių, dažnai pagreitėja kalbėjimo tempas, atsiranda daug nereikšmingų ir trumpų žodelių, šiurkštus balsas, bei netaisyklingas priebalsių tarimas.

Hipotoninė dizartrija. Freed (2000) (cit. Tijunonienės, 2007) teigia, kad šiuo atveju ypač yra pažeidžiami apatiniai motoriniai neuronai, kurie parodo periferinės nervų sistemos pažeidimus. Neretai sutrinka kalbėjimo ir kvėpavimo raumenų tonusas, dažnai jis susilpnėja. Freed (2000) taip pat nurodo, kad šiai dizartrijai ypatingai būdingas garsų tarimas su nosiniu atspalviu, silpnas priebalsių tarimas dėl nepakankamo oro spaudimo burnoje ir ilgesnių frazių

trumpinimas dėl oro išėjimo pro nosį. Garsų tarimo sutrikimų lygis nėra vienodas, tai priklauso nuo nervų pažeidimo. Būdingi ir fonacijos sutrikimai, balsas tarsi šnarantis, bei dažnokai girdimas garsus įkvėpimas. Nepakankamas įkvėpimas kalbėjimo metu, gali būti traktuojama, kaip kvėpavimo sutrikimas. Būdingas kalbėjimo garso silpnėjimas, kai bandoma pailginti tariamas frazes.

Ataksinė dizartrijs. Freed (2000) (cit. Tijunonienės, 2007) aprašydamas šią dizartrijos formą nurodo, kad jai esant, ypatingai, sutrinka kalbėjimo mechanizmų koordinavimas. Asmuo nekoordinuoja daugelio raumenų, reikalingų garsų artikuliacijai atlikti. Kalba beveik visada suvelta, panaši į neblaivaus žmogaus kalbą. Šios dizartrijos būdingiausi požymiai yra: priebalsių tarimo sutrikimai, balsių iškraipymas, lėtas kalbos tempas, skanduota kalba ir labai dažnai netikslus kirtis. Šiuo atveju sutrinka ne tik priebalsių tarimas, bet ir balsių. Taip pat būdingi ilgi intervalai tarp fonemų dėl sulėtėjusių artikuliacijos aparato judesių, balso virpuly, apsunkintas kvėpavimas dėl judesių nesuderinamumo kalbėjimo metu. Ivoškuvienė (1993) pažymi, kad esti dažnas visų kalbos komponentų plėtotės nepakankamumas. Freed (2000) pastebi, kad šios dizartrijos priežastys ne tik smegenų traumos ar augliai, bet ir degeneracinės ligos.

Mišri dizartrijs. Šią diartrijos rūšį, anot Duffy (1995) (cit. Tijunonienės, 2007) galima apibūdinti, kaip įvairių dizartrijos rūšių kombinaciją. Dworkin (1991) teigia, kad mišri dizartrijos forma pakankamai dažnai ištinka žmones, kurie serga išsėtine skleroze, Parkinsono ir Wilsono ligomis. Freed (2000) teigia, jog asmens kalba šiuo atveju priklauso nuo sutrikimą nulėmusios priežasties.

Apibendrinant galima teigti, kad skirtingi autoriai nurodo panašius dizartrijos požymius, ją klasifikuoja pagal raumenų įtampos pasikeitimus arba pagal galvos smegenų pažeidimo vietą, kad jos bruožai apima lėtą kalbėjimo tempą, hipernosinumą ar šiurkštumą balse, kai pasikeičia kalbėjimo komponentai (fonacija, artikuliacija, prozodija), raumenų įtampa, judesių greitis, raumenų tonusas, judesių tikslumas; liežuvio, žandikaulio, veido judesiai.

1.3. Dizartrijos identifikavimas

Tarptautinėje ligų klasifikacijoje (TLK-10), dizartrijs (R47.1) priskiriama kalbos sutrikimų, neklasifikuojamų kitur, grupei; specifinis garsų tarimo sutrikimas (F.80) (fonetinis ar fonologinis sutrikimas), priskiriamas specifiniams tarimo ir kalbos raidos sutrikimams.

Pasak Ivoškuvienės, Mamonienės ir kt. (2002) (cit. Tijunonienės, 2007), asmens visapusiškas įvertinimas logopedo darbe padeda suprasti ir analizuoti sutrikimą, patikslinti pirminio sutrikimo pasekmes, nustatyti tikslesnę kalbėjimo ar kalbos sutrikimo struktūrą. Creaghd, Newman, Secord (1990) teigimu, norint įvertinti dizartrijs, reikia išanalizuoti penkias

kalbos vientisumą rodančias sistemas: fonaciją, kvėpavimą, artikuliaciją, prozodiją bei rezonansą. Anot Garšvienės, Jankavičienės (2002) (cit. Tijunonienės, 2007) įvertinant dizartriją ypatingai svarbu tiriant kvėpavimą nustatyti, kaip tiriamasis kvėpuoja kalbėdamas ir kaip tuo pačiu metu kontroliuoja kvėpavimą. Tiriant fonaciją svarbu nustatyti balso pradžią, jo fonavimo kokybę bei gebėjimą kontroliuoti jo aukštumą, garsumą, intonavimą. Prozodijos ir tempo tyrimu labai dažnai išaiškinamas kalbėjimo ritmas, intonacija, tempas ir kirčiavimas. Tiriant artikuliacinio aparato būklę ir judesių tikslumą įvertinama artikuliacinių judesių amplitudė, veido raumenų įtampa, tiriamojo gebėjimas aiškiai tarti priebalsius bei balsius, priebalsių junginius įvairiausio sudėtingumo žodžiuose ir gebėjimo kartoti frazes. Garšvienė, Strelkovienė (2008) (cit. Paulauskiatės, 2015), taikydamos Robertson parengtą metodiką, įvertino ikimokyklinio amžiaus vaikų, turinčių vidutinę dizartriją, simptomatiką ir palygino įvairių simptomų ypatumus su įprastinės kalbos vaikais bei vaikais, turinčiais vidutinę dizartriją. Jų teigimu, dizartrijos įvertinimo metodika padeda žymiai tiksliau atskleisti vidutinę dizartriją turinčių ikimokyklinio amžiaus vaikų simptomatiką. Yorkston, Beukelman, Strand, Hakel (2010) ir Hedge, Freed, (2011) (cit. Paulauskaitės, 2015) mini Frenchay dizartrijos įvertinimo metodiką, kuri autorių apibūdinama kaip veiksminga bei ypač nuodugni. Frenchay dizartrijos įvertinimas susideda iš: a) refleksų vertinimo (dažniausiai vertinamas kosulys, rijimas, seilėtekis); b) kvėpavimo vertinimo (ramybės būsenoje bei kalbant); c) lūpų įvertinimo (poilsio metu, kalbant, bendra lūpų išvaizda); d) gomurio vertinimo; e) gerklų įvertinimo; f) liežuvio vertinimo (ilgis, plotis, pakėlimas, poilsio ir žinoma kalbėjimo metu); g) kalbėjimo suprantamumo įvertinimas.

Kalbėjimui yra labai svarbi artikuliacijos organų veikla, todėl atliekant kalbos tyrimą, būtina pirmiausia įvertinti artikuliacijos aparatą. Kairienė, Daniutė (2015), remiantis mokslinių šaltinių analize, išskiria tokią kalbėjimo vertinimo struktūrą:

- 1) artikuliacinio aparato struktūros (žandikaulio, lūpų, dantų, liežuvio, minkštojo ir kietojo gomurio dydis, padėtis, simetriškumas, gleivinė) įvertinimas;
- 2) artikuliacinio aparato funkcijų (žandikaulio, lūpų, liežuvio ir ryklės judesių apimtys / amplitudės, simetriškumo, lateralizacijos, judesių tempo ir koordinacijos, raumenų tonuso, instrukcijų vykdymo) įvertinimas;
- 3) kitų kalbėjimo subsistemų (kvėpavimo ir fonacijos, sensorinio jautrumo) įvertinimas.

Pastaruoju metu įvertinant kalbėjimo motorikos, artikuliacijos sutrikimus ir siekiant juos diferencijuoti, ypač vaikų, gali padėti ir LLA metodinis leidinys „Vaikų kalbėjimo ir kalbos vertinimas, sutrikimų diferencijavimas ir identifikavimas (2015). Dauguma logopedų-ekspertų, taikę šį klausimyną, teigia, kad jame pateiktos kalbėjimo motorikos vertinimo užduotys yra labai tikslingos (cit. LLA metodinė priemonė, 2015, p. 14).

1.4. Dizartrijos įveikimo požiūriai

Legkausko, Jurevičienės, Gudonio (2007) (cit. Radžienės, 2011) nuomone, asmenų, turinčių negalią, gerovė ir gyvenimo kokybė priklauso nuo visuomenėje vyraujančio požiūrio į neįgalumą. Visuomenėje, kaip pažymi Ruškus (2002), dominuoja du **požiūriai į negalią**: 1) klinikinis – korekcinis (medicininis) ir 2) socialinis – interakcinis.

Remiantis *klinikiniu - korekcinio požiūriu*, negalia laikoma skirtingumu, nenormalumu, nukrypimu nuo normos, kurį reikia „koreguoti“, o neįgalieji turi būti atskiriami nuo visuomenės fiziniu, socialiniu, psichologiniu aspektais. Viluckienės (2008) nuomone, negalios reiškinys ilgus metus buvo laikomas antraeilium dalyku, priskiriant ją medicininių mokslų sričiai. Todėl, anot autorės, negalia įprastai buvo suvokiama kaip tam tikras žmogaus kūno funkcijų sutrikimas, trukdantis elementariai kasdieni veiklai. Medicininis arba klinikinis - korekcinis požiūris, Ruškaus (2002) teigimu, neįgalumą vertina kaip asmens problemą, kurią tiesiogiai sukelia liga, trauma ar kitas sveikatos sutrikimas, negalios kilmė yra biomedicininė, todėl siekiant pašalinti negalią, būtina medicininė - korekcinė intervencija. Anot Pivorienės (2003), remiantis medicininiu negalios modeliu, asmenys su negalia laikomi pacientais, turinčiais asmeninių funkcinių sutrikimų, kurie riboja galimybes dalyvauti socialinėje veikloje, o neįgaliųjų problemos yra jų asmeninės problemos, sukeltos ligos, traumos ar sveikatos būklės.

Socialinio-interakcinio požiūrio šalininkai teigia, kad negalia yra ne tik tam tikrų (pvz. intelekto ar kitų) pokyčių, bet ir asmens sąveikos su socialine aplinka, rezultatas. Remdamasis socialiniu negalios suvokimo modeliu, Ruškus (2002) (cit. Radžienės, 2011) negalią apibrėžia kaip ne tik žmogaus fizinių, intelekto, psichikos pokyčių, bet ir stereotipų, socialinių vaizdinių ir socialinės sąveikos, rezultatą. Eklinth (2003) manymu, negalia nėra individui būdingas bruožas, ją sukuria aplinka, keldama tam tikrus reikalavimus, formuodama kitokį požiūrį, tikėdamasi tam tikrų dalykų, kurių individas negebės atlikti. Šie autoriai pabrėžia, kad negalia visuomet atsiskleidžia asmeniui esant aplinkoje ir jos laipsnis gali priklausyti nuo aplinkos asmeniui keliamų tam tikrų reikalavimų. Pasak Ruškaus (2002), tikint socialine paradigma, negalia yra apibūdinama pagal dominuojančias visuomenėje vertybes: pajėgumą, konkurencingumą bei gebėjimą veikti tiek savarankiškai, tiek su grupe. Autorius pažymi, kad socialinis požiūris neneigia objektyvių sutrikimo priežasčių, bet teigia, jog negalia turi būti vertinama kaip sąveika tarp individualių sutrikimų ir veiklos apribojimų bei aplinkos kokybės, kuriančios psichosocialines kultūrinės ir fizinės kliūtis.

Daugelio mokslininkų (Pivorienė, 2003; Ruškus, 2002; Thomas, 2004) (cit. Radžienės, 2011) nuomone, remiantis socialiniu - interakciniu požiūriu, socialinės inkluzijos sėkmė ar

nesėkmė priklauso ne tiek nuo asmens negalios, kiek nuo socialinės aplinkos, jos normų bei nuostatų. Pasak Viluckienės (2008), jeigu medicininio – klinikinio negalios modelio centrinė ašis yra kūno sutrikimas, iš kurio kyla pats negalios faktas ir visos su ja susijusios pasekmės, tiek atskiro individo, tiek visuomenės gyvenime, tai socialinis - interakcinis modelis stipriai oponuoja medicininiam ir iš minėtos priežasties ir pasekmės santykio pašalina kūno sutrikimą, pakeisdamas jį socialine struktūra.

Socialinis - interakcinis negalios sampratos modelis, kaip pažymi Cole (2007) (cit. Radzienės, 2011), jog negalia kyla iš socialinės struktūros, kuri riboja asmens funkcionavimą visuomenėje. Kitaip tariant, neįgalūs asmenys tampa ne dėl kūno pažeidimo, bet dėl įvairių struktūrinių ir socialinių barjerų, atimančių iš neįgaliojo galimybę visavertiškai dalyvauti visuomenės gyvenime. Šapelytė, Ruškus, Ališauskas (2006) teigia, kad socialinis - interakcinis modelis neįgalumą apibūdina, kaip socialinę problemą, žmogaus įsitraukimo į visuomenės gyvenimą sunkumus. Akcentuojant pagrindinius demokratinės socialinės lygybės bei žmogaus teisių principus, socialinės paradigmos požiūriu, ne nuo asmens sutrikimo, o nuo socialinės aplinkos, jos normų bei nuostatų valentingumo ir lankstumo, labiausiai priklauso socialinės integracijos sėkmė arba nesėkmė (Ališauskas, Rusteika, 2008).

Dizarrijos, kaip ir kitų kalbėjimo ir kalbos sutrikimų įveikimo kryptys, priklauso nuo požiūrio, kurio laikomasi. Laikantis klinikinio požiūrio, siekiama kiek įmanoma sumažinti sutrikimo požymių raišką (*sutrikimo įveikimo požiūris*). Laikantis socialinio interakcinio požiūrio – dėmesys skiriamas sutrikimo kompensavimo strategijų taikymui ir netiesioginei logopedo pagalbai (*sutrikimo kompensavimo požiūris*), t.y. asmens ir jo artimųjų konsultavimui, aplinkos pritaikymui bei socialiniam asmens dalyvavimui, užtikrinant sėkmingą komunikaciją. Įveikiant įvairius kalbėjimo ir kalbos sutrikimus Lietuvos logopedų praktikoje taikomos įvairios *papildomos terapijos*.

Sutrikimo įveikimo požiūris. Dizarrijos įveikimui Ivoškuvienė (1993) išskiria pagrindines logopedinės pagalbos kryptis: artikuliacijos aparato motorikos lavinimas seiles; balso lavinimo pratybos; kvėpavimo pratybos; mokymas tarti garsus; foneminės klausos ugdymas ir ritmingos, melodingos kalbos mokymas. Logopedinis darbas, esant dizarrijai, skirstomas į 2 etapus, kuriuose keliami skirtingi sutrikimo įveikimo uždaviniai:

1) *parengiamojo etapo* uždaviniai- artikuliacijos padargų ruošimas tarti garsus, poreikio kalbėti ugdymas, pasyviojo žodyno aktyvinimas, sensorinių funkcijų lavinimas, kvėpavimo ir balso funkcijos korekcija bei mokymas bendrauti.

2) *įveikimo etapo* uždaviniai - garsinės komunikacijos galimybių ugdymas, artikuliacijos koregavimas, raumenų įtampos atpalaidavimas arba jos stiprinimas, mokymas kontroliuoti kalbos padargų padėtį, balso funkcijos ir kvėpavimo lavinimas, artikuliacinių judesių mokymas.

Labai svarbu, kad artikuliacinio aparato mankštinimas vyktų emociškai ir žaismingai (ypač, kai dirbama su vaikais). Nuo gero psichologinio nusiteikimo priklauso pratybų sėkmė ir rezultatai. Todėl pratybų metu labai tinka naudoti įvairius žaidimus bei jų elementus (Baracevičienė, 2001). Lūpų ir skruostų judesiams lavinti rekomenduojama *atlikti masažą, pasyviąją ir aktyviąją mankštą*, kuri atpalaiduotų arba skatintų raumenų įtampą, šalintų hiperkinezes. Vėliau taikoma aktyvi liežuvio mankšta (Ivoškuvienė, 1993). Pasak Bowen (2005), lavinant artikuliacinį aparatą, keliama šie tikslai: didinti artikuliacinio aparato judėjimo greitį; tikslinti garsų tarimą; stiprinti savarankiškus burnos judesius.

Terapijos rezultatai ir veiksmingumas nėra įrodytas moksliniais tyrimais, bet matoma terapijos nauda tikslinant artikuliacinio aparato judesius. Veikla gali apimti burbulų, plunksnos, medvilnės kamuoliukų pūtimą; kokteilių/vandens gėrimą per storą ar ploną šiaudelį; įvairių nekenksmingų medžiagų kramtymą; mentelės stumdymą su lūpomis ar liežuviumi; pieštuko laikymą tarp viršutinės lūpos ir nosies bei dar naudojant įvairias netradicines priemones (Bowen, 2005).

Kai kuriais atvejais, ypač sudėtingais, pagalba atkuriant artikuliacinio aparato minimalias judėjimo funkcijas atliekama *elektros stimuliacija*, apimanti kartu lūpų/veido masažą (Skodda, 2012).

Pasak Ivoškuvienės, Garšvienės (1993), garsų tarimo mokymas vyksta tam tikru nuoseklumu. Iš pradžių mokoma taisyklingai išstarti atskirą garsą, vėliau garsas įtvirtinamas skiemenyse, žodžiuose ir sakiniuose. Paskutinis etapas – įtvirtinti garsą kasdienėje kalboje ir išmokyti jį atskirti nuo panašiai skambančių garsų. Svarbu ugdyti ir foneminę klausą, t. y. gebėjimą išgirsti nurodytą garsą skiemenyse, žodžiuose ir sakiniuose.

Tiriant fonaciją nustatoma balso pradžia, fonavimo kokybė ir gebėjimas kontroliuoti balso aukštumą, garsumą, intonaciją. Pasak Garšvienės, Jankevičienės (2002), pagrindinė fonacijos įvertinimo užduotis – gilus įkvėpimas. Nors Robertson, Thompson dizartrijos nustatymo metodikoje (1992) nėra fonacijos tyrimo užduoties, kurioje būtų reikalaujama giliai įkvėpti.

Kvėpavimo tikslas nustatyti, kaip tiriamasis kvėpuoja kalbėdamas, kaip kontroliuoja kvėpavimą. Paprastai kvėpavimas įvertinamas tiriamojo paprašius atsipalaiduoti, normaliai kelis kartus įkvėpti. Įvertinamas kvėpavimas nekalbant: a) normalus, paviršutiniškas; b) normalus, greitas, lėtas (Garšvienė, Jankevičienė, 2002).

Garšvienė (1993) pastebi, kad kalbėjimo motorikos sutrikimus lydi įvairūs stambiosios ir smulkiosios motorikos sutrikimai. Ališauskienė (1998) teigia, kad rankų raumenų motoriniai impulsai turi didelės reikšmės kalbėjimo motorikos formavimuisi. Kaip teigia Kaffemanienė, Reseckienė (2008) – ankstyvas smulkiosios ir bendrosios motorikos gebėjimų įvertinimas ir lavinimas gali būti tikėtinų kalbos raidos sutrikimų prevencijos priemone. O esant kalbėjimo ir

kalbos sutrikimams, bendrosios ir smulkiosios motorikos tikslinimas privalėtų būti sudėtinė logopedinio darbo dalis. Žmogaus ranka yra svarbus fizinės veiklos, darbo ir kūrybos išraiškos instrumentas. Greiti, tikslūs, koordinuoti rankų plaštakų judesiai yra gyvybiškai svarbūs kasdieniniame žmogaus gyvenime. Jie reikalingi fizinėje, darbinėje, kūrybinėje veikloje (Adaškevičienė, 2004). Smulkiosios motorikos įgūdžių dėka, tobulėja jutimai, kurie yra svarbūs kalbos/kalbėjimo, suvokimo ir kitiems procesams. Išugdyti smulkieji judesiai yra prielaida sėkmingam mokymuisi mokykloje, todėl jų tobulinimui reikalinga kryptinga ugdomoji veikla (Birotienė, 2004).

Smulkiajai motorikai geriausiai padeda **aktyvi meninė-kūrybinė veikla** (piešimas, lipdymas ir karpymas, smulkių detalių spalvinimas, mazgelių . raišiojimas, karoliukų vėrimas ir kt). Girdijauskienės, Gudyno ir kt. (2010) nuomone, asmenys priima ir tvarko informaciją trimis būdais: regimuoju, garsiniu ir kinestetiniu. Dzudzinskienė, Kalisnikienė ir kt. (2010) pažymi, kad spartėjantys naujų technologijų kūrimo bei diegimo procesai skatina ugdyti asmens kompetencijas, kurios padėtų aktyviai veikti visuomenėje. Inovatyvūs mokymosi metodai padeda ne tik mokytojui, bet ir logopedui gerinti kalbos bei kalbėjimo kokybę.

Informacinės technologijos apima visas su asmens informavimu, ugdymu ar lavinimu susijusias technines priemones (Janickienė, 2005). Kompiuterinės mokomosios programos yra apibrėžiamos kaip moderniomis technologijomis sukurtos elektroninės ugdymo priemonės, naudojamos ugdyme mokymo ir mokymosi kokybei gerinti. Šios priemonės gali būti platinamos kompaktiniuose diskeliuose, diskuose ir kitose skaitmeninėse laikmenose, taip pat gali būti prieinamos internetinėje erdvėje. Anot Ališausko, Danieliūtės . (2014), informacinių kompiuterinių technologijų ir mokomųjų programų pasirinkimas dirbant su asmenimis, turinčiais kalbėjimo sutrikimų, dažniausiai pasirenkami interneto paslaugomis (programėlėmis, užduotimis, mokomąją medžiaga ir kt.), gana populiarūs mokomieji žaidimai, demonstravimo programos bei pratimų ir kontrolės programos. **Sutrikimo kompensavimo požiūris.** Mokant kalbėti ar išgirsti ir suvokti kalbą taikoma **augmentinė komunikacija** (papildoma) — tai įvairūs daiktiniai ar siužetiniai paveikslėliai, padedantys konkretizuoti mintį. Asmenys, turintys dizartriją, gali būti mokomi komunikuoti **simboliais**. Simbolius dažniausiai sudaro objektų nuotraukos, kurios yra naudojamos perteikti prasmę. Simbolinio bendravimo esmė yra konkreti (o neabstrakti), nes, skirtingai nuo kalbėjimo žodžiais, jie turi akivaizdų fizinį ryšį su perduodama prasme. Šie simboliai puikiai padeda bendrauti asmenims, turintiems kalbos/kalbėjimo sutrikimų. Mokant naudotis simboliais pradama nuo kelių pagrindinių daiktų, paveikslėlių. Jų parinkimas priklauso nuo esamo asmens gebėjimų lygio. Kartu tokiu būdu mokomi bendrauti visi aplinkiniai (Ivoškuvienė, 1996; Hallahan, Kauffman, 2003).

Labai žymios dizartrijos atvejais pasitelkiami į pagalbą ir *alternatyvios komunikacijos prietaisai*, kurie palengvina komunikavimą (Freed, 1999). Kokią augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos sistemą parinkti verbalinės komunikacijos neturinčiam asmeniui, priklauso nuo šio asmens prieškalbinių įgūdžių išsivystymo lygio, kalbos supratimo, mąstymo, regėjimo ir regimojo suvokimo lygio, klausos ir suvokimo klausos lygio, galop nuo asmens fizinių galimybių (stambiosios ir smulkiosios motorikos išsivystymo lygio) (Liaudanskienė, Vilūnienė, 2006). Daugelis autorių - Garšvienė (2007), Mednick (2007), Clarke, Price, Jolleff - abu šiuos terminus vartoja kartu – augmentinė ir alternatyvioji komunikacija. Pasak autorių, augmentinė komunikacija laikoma papildoma, o alternatyvioji – pakeičiamąja komunikacija. Kaip teigia Clarke, Price, Jolleff (2012), gera augmentinė ir alternatyvioji komunikacinė priemonė ne visada nulemia gerus asmens komunikacinius gebėjimus. Labai svarbu parinktą augmentinę ir alternatyviąją priemonę derinti su besikeičiančiomis asmens aplinkomis bei jo poreikiais.

East, Evans (2008) pateikia du pagrindinius augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos tipus: 1) *be pagalbos* ir 2) *su pagalba*.

Augmentinė ir alternatyvioji komunikacija be pagalbos – toks komunikacijos būdas, kuris nereikalauja papildomos įrangos; remiasi nuovoka, kaip galima palengvinti verbalią komunikaciją (taikant gestus, akių judesius, kūno kalbą, vokalizaciją bei ženklus). *Augmentinė ir alternatyvioji komunikacija su pagalba* – komunikacijos būdas, reikalaujantis papildomos įrangos (paveikslėliai, balsu valdomi kompiuteriai). Autorės išskiria dvi šio komunikacijos būdo pagalbinių priemonių rūšis: paprastos pagalbines priemones – tai visos neelektroninės papildomos priemonės, tokios kaip knygos, schemos, simboliai, nuotraukos, rašikliai, popierius ar kiti daiktai; aukštųjų technologijų priemonės – tai daug sudėtingesnės sistemos, tokios kaip specializuotos programuojamos elektroninės priemonės, kalbą generuojantys ir tekstą spausdinantys kompiuteriai (East, Evans, 2008). Clarke, Price, Jolleff (2012), Mednick (2007) aprašo įvairias augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos sistemas: kalba, ženklai/gestai, piešiniai, paveikslėliai/simboliai, objektai. Tačiau Liaudanskienė, Viliūnienė (1998) nurodo tokį alternatyviosios komunikacijos sistemų skirstymą: 1) gestų sistemos. 2) simbolių sistemos (neformalūs simboliai – tai įvairūs daiktai, paveikslėliai, nuotraukos, piešiniai bei žodžiai; formalūs simboliai – piktogramos, Bliss, Mayer-Johnson, švediški simboliai, PECS simboliai ir kt.); 3) garsų sistemos – žodžiai ir vokalizacijos; 4) elektroninės sistemos – kompiuteriai.

Papildomos netradicinės terapijos. Tačiau Girdijauskienė, Gudynas ir kt. (2010) teigia, kad tyrimai rodo, jog ugdymo procese vis dar ryškiai vyrauja tradiciniai mokymo būdai – skaitymas, rašymas, pasakojimas, pratybos. Autoriai siūlo šiuos *netradicinius (multisensorinius) metodus*: vizualizavimas, vaizduotės skatinimas, vaizdinga kalba, metaforų vartojimas, patirties įtraukimas, pojūčių įtraukimas, pojūčių naudojimas, muzika.

Multisensorinės stimuliacijos metu yra naudojami daugialypiai stimulai, kurie stimuliuoja regą, klausą, lytėjimą, skonį ir uoslę. Tai galima pasiekti derinant šviesos, kvapo, skirtingų paviršių lietimo metodikas. Šios terapijos tikslas – įvairių pojūčių stimuliacija, siekiant atpalaidavimo ir nuraminimo. Multisensorinė aplinka sukuriama parenkant atpalaiduojančią muziką, malonų aromata, naudojant šviesų girliandas, burbulines lempas, sukuriant jaukią, malonią, raminančią aplinkos atmosferą (Krikščiūnas, 2004). Svarbu nepamiršti, kad multisensorinė aplinka stimuliuoja pojūčius, yra alternatyva vaistams ir izoliacijai, padidina funkcionalumą, sąmoningumą ir dėmesį, pagerina apetitą, atmintį, pažinimo funkcijas bei kalbą/kalbėjimą, sustiprina laimės jausmą, ragina judėjimą, laikysenos pokyčius, pagerina santykius, mažina agresiją, prievartą, nerimą ir blaškymąsi, mažina jaudulį ir nekantrumą, tokiu būdu gerina sergančiųjų gyvenimo kokybę (Krikščiūnas, A. 2008).

Viena iš multisensorinių krypčių - **smėlio terapija**. Smėlio terapija suvokiama ne kaip gydymas, o kaip kalbos vystymosi etapas. Tai naujas būdas pažinti pasaulį, koreguoti, ugdyti kalbą, asmens emocinę būseną. Ši terapija, kaip terapinio pobūdžio veikla, palengvina prisitaikymą naujoje aplinkoje, ugdo smulkiąją motoriką, pažintinius procesus, orientaciją aplinkoje. Integruojant šį metodą, kalbos/kalbėjimosutrikimų įveikimas tampa įdomesnis ir patrauklesnis (Turner, 2005). Žinoma, kad logopedinėse pratybose labai svarbūs yra taktiliniai pojūčiai, smulkiosios motorikos ugdymas. Šiam tikslui smėlis yra ideali priemonė. Smėlio terapija didina motyvaciją. Taip pat Turner (2005) pažymi, kad ši terapija ramina, mažina įtampą. Patrauklu ir tai, kad smėlio terapiją galima panaudoti visuose logopedinių pratybų etapuose: artikuliacinio aparato ugdymui, foneminės klausos, garsų tarimo mokymui, įtvirtinimui ir diferencijavimui, žodyno, rišlios kalbos formavimui.

Dar viena iš populiarėjančių terapijų, tai - **menų terapijos**. **Muzikos terapija** turi terapinių savybių todėl, kad ji yra neverbalinė kalba, įgalinanti bendrauti, sąveikauti, pažinti vienas kitą be žodžių. Muzika gerina koordinaciją, balansą, raumenų tonusą. Taip pat stimuliuoja atmintį, padeda įsiminti bei prisiminti, gerina klausymo įgūdžius bei kalbos suvokimą, stimuliuoja mūsų emocijas, padeda jas išreikšti, sureguliuoti, turi galią sukelti tam tikras asociacijas, vaizdinius, padeda suvokti laiką, erdvę (Žebrauskaitė – Taločkienė, 2005). Ši terapijos rūšis suteikia žmonėms motyvus veikti, o jos galimybės pasižymi įvairove, pokyčiais ir kontrastais galimybėmis, ugdo dėmesingumą, padeda susikaupti, būti aktyviu, išreikšti, skatina saviraišką, ir ją galima pritaikyti taip, kad ji būtų tinkama bet kuriam žmogui. Muzika yra svarbi ne tik kūno ir sielos atsipalaidavimui, bet ir tam tikrų sveikatos sutrikimų gydymui arba įgūdžių ugdymui. Muzikos terapija – tai nauja paslauga, o kai kuriose šalyse – universitetinė disciplina, profesija. Tai kitoks požiūris į muzikos panaudojimą. Yra begalės muzikos terapijos metodų, kurie ugdo

komunikaciją, aktyvina smegenų veiklą, gerina atmintį, ugdo emocijas (Aleksienė, cit. Laurinavičiūtė, 2011).

Dailės terapija pasak Kriukelienės (2009) (cit. Kasperavičienės, 2010) dailės terapija yra laisvas bei spontaniškas dalyvavimas kūrybos procese, kuriame nereikia turėti labai didelių piešimo įgūdžių ar išmanyti dailės technikų. Dailės terapijos terminą sudaro dviejų žodžių junginys: dailė ir terapija. Dailė (piešimas, tapymas ar lipdymas) teikia asmeniui savęs išraiškos džiaugsmą, stiprina pasitikėjimą savo galimybėmis ir ugdo teigiamą požiūrį į aplinkinį pasaulį. Suvokimas, kad piešiant galima kurti, yra labai svarbus dailės dalyko momentas. Ši sąveika reiškiasi verbalinių ir neverbalinių simbolių ir/ar asociacijų dėka. Tai tampa aktualu tada, kada asmuo negeba, nedrįsta ar nenori kalbėti ir/ar reikšti savo jausmų bei minčių. Piešdamas jis gali neigiamiems savo jausmams suteikti formą (simbolį), kuri nebėra tokia grėsminga (Isserow, 2008). Be to, vaizdinys piešinyje turi išliekamą vertę, kuri svarbi pripažįstant save. Kūrybinio proceso aptarimas, pasakojimas apie piešinį ar piešinio pavadinimo sukūrimas padeda suvokti save. Taigi, dailės terapija, turėdama tiek puikių savybių, gali būti tinkama priemonė žmonėms, turintiems sutrikimų (ypatingai kalbos sutrikimų) pažinti save, susivokti ir geriau save vertinti.

Ugdyme svarbus mokomojo proceso kompleksiskumas, tikslingumas, tęstinumas, perimamumas. Kompleksiskumas - mokymo tikslų, priemonių, rezultatų vienovė. Tikslingumas - darbo būdų ir komunikacijos sistemų parinkimas pagal individualius asmens poreikius. Tinkamiausias ir sėkmingiausias dizartrijos įveikimas priklauso nuo asmeninių dizartriją turinčio asmens charakterio savybių, sutrikimo laipsnio, todėl sudėtinga išskirti, kuris dizartrijos įveikimo požiūris yra tinkamiausias ir veiksmingiausias (Chiara, Martinas, Sapienza, 2007).

Apibendrinant galima teigti, kad skirtingi autoriai nurodo panašius dizartrijos požymius, dizartriją klasifikuoja pagal raumenų įtampos pasikeitimus arba pagal galvos smegenų pažeidimo vietą. Norint tiksliai nustatyti dizartrijos rūšį būtina žinoti jai būdingus bruožus, kalbos apibūdinimus. Logopedijos teorijoje ir praktikoje dizartrijos simptomai, jų sandara, atpažinimo struktūra dar nėra pilnai ištyrinėti. Asmenų su dizartrijos bruožais vis gausėja ir nuo tinkamo kalbos sutrikimo įvertinimo, pasirinktų kalbos taisymo metodų bei darbo būdų priklauso logopedinio darbo sėkmė. Norint išsiaiškinti dizartrijos simptomatiką reikia atidžiai tirti artikuliacinio aparato būklę, judesių tikslumą, kalbėjimo padargų paslankumą.

Logopedinis darbas įveikiant dizartriją turi būti vykdomas sistemingai. Logopedinio darbo kryptys skiriasi priklausomai nuo dizartrijos rūšies ir laipsnio bei požiūrio į negalią ar sutrikimą. Remiantis teorinių šaltinių analize, išskiriami šie dizartrijos įveikimo požiūriai: sutrikimo įveikimo, sutrikimo kompensacijos ir papildomų netradicinių terapijų taikymo.

2 skyrius. LOGOPEDŲ PATIRTIS IDENTIFIKUOJANT IR ĮVEIKIANT DIZARTRIJĄ

2.1. Tyrimo metodologija

Siekiant atskleisti logopedžių patirtį identifikuojant ir įveikiant dizartrią, buvo atliktas kiekybinis tyrimas. Tyrimas buvo atliekamas anketinės apklausos metodu. Siekiant visapusiškai atskleisti tyrimo tikslą, anketos buvo išplatintos Klaipėdos miesto apskrities ugdymo bei gydymo įstaigų logopedėms. Anketose pateikiami klausimai bei galimi atsakymų variantai.

Anketa (1 priedas), sudaryta remiantis mokslinės literatūros analize. Anketa suskirstyta į tris blokus:

- 1) *bendroji informacija* (duomenys apie respondentes: darbovietė, su kokio amžiaus asmenų grupėmis dirba, kvalifikacinė kategorija, darbo stažas, lytis, patirtis įveikiant vaikų/suaugusiųjų dizartrią);
- 2) *dizartrijos identifikavimo požymių blokas*, kurį sudarė artikuliacinio aparato ypatumai, fonacijos ir prozodijos trūkumai, kvėpavimo sunkumai, garsų tarimo būdingiausi tarimo trūkumai bei stambiosios ir smulkiosios motorikos pagrindiniai sunkumai;
- 3) *dizartrijos įveikimo, darbo kryptių, metodų pasirinkimo blokas*: kokius metodus taiko ugdydami artikuliacinį aparatą, kvėpavimą, balsą, garsų tarimą, stambiają bei smulkiąją motoriką, kokius metodus taiko - tradicinius ar netradicinius.

Organizuojant tyrimą buvo užtikrinti etikos principai – geranoriškumas, pagarba asmens orumui, teisingumas ir teisė gauti tikslią informaciją. Taip pat buvo vadovaujamosi anonimiškumo ir savanoriškumo principais, respondentės laisva valia galėjo sutikti ar nesutikti pildyti anketą.

2.2. Respondentai

Tyrimas, kuriame dalyvavo Klaipėdos miesto apskrities logopedės (N=105), buvo atliktas 2016 m. spalio - lapkričio mėnesiais. Buvo išplatintos 120 anketų, iš kurių grįžo 105. Anketiniai duomenys apdoroti kiekybiniu metodu. Anketinės apklausos duomenų kiekybinė dažnių analizė atlikta naudojantis *SPSS 22.0 (Statistical Package of Social Sciences)* ir *Microsoft Excel* programomis. Tyrimo rezultatai pavaizduoti lentelėse ir diagramose pateikti procentine išraiška. Visos lentelės ir paveikslai pateikti remiantis atlikto tyrimo rezultatais.

1 lentelėje apklausos metu nustatytos dažniausios darbovietės, kuriose dirba logopedės.

Respondentų pasiskirstymas pagal darbovietes, %

	N	%
Ikimokyklinio ugdymo įstaiga	43	37.4
Pradinė mokykla	7	6.1
Pagrindinė	24	20.9
Progimnazija	5	4.3
Gimnazija	2	1.7
Ligoninė	7	6.1
Poliklinika	3	2.6
Reabilitacijos centras	10	8.7
Kita	14	12.2
Iš viso	115	100.0

Apklausoje galima buvo nurodyti daugiau nei vieną darbovietę, todėl anketinių rezultatų apibendrinimui naudota kelių atsakymų variantų dažnių lentelė. Gauti rezultatai parodė, jog dauguma tiriamųjų nurodė dirbančios ikimokyklinio ugdymo įstaigose (41 %), nes apskritai logopedžių (-ų) daugiausia ir dirba ikimokyklinėse/mokyklinėse įstaigose, tad natūralu, kad ir šio tyrimo atveju daugiausia respondenčių dirba ikimokyklinėse/mokyklinėse įstaigose. Pagrindinėse mokyklose dirba (22.9 %), o kitose darbovietėse (13.3 %) visų apklaustų logopedžių. Gimnazijose dirbančių logopedžių procentas pats mažiausias, nes logopedžių darbas gimnazijose yra ne pats efektyviausias, nebent gimnazijoje yra suformuotos pradinės klasės.

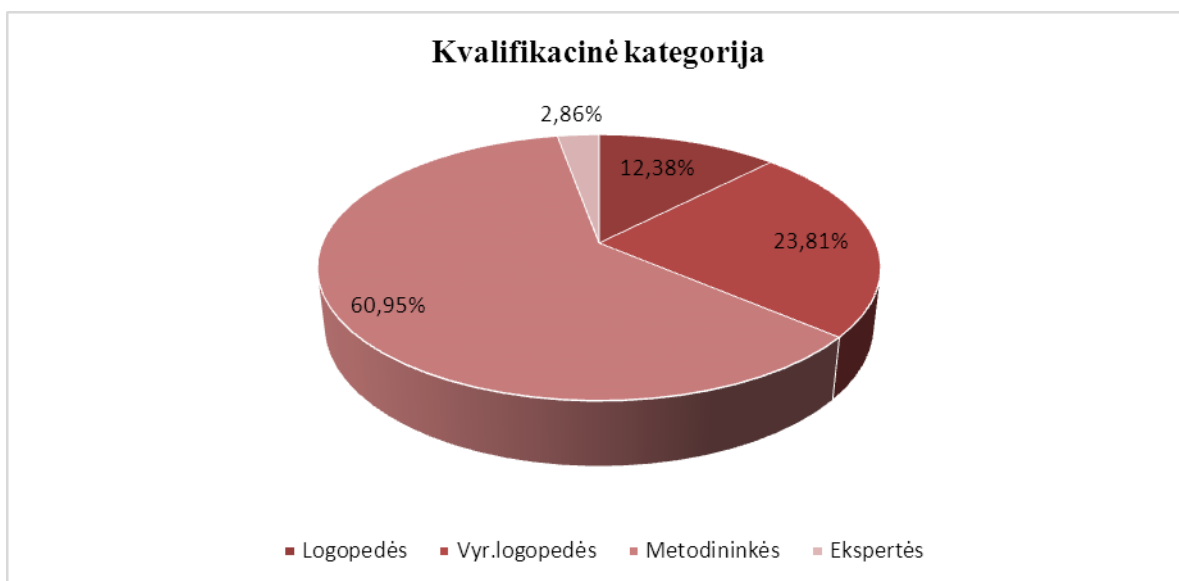
2 lentelė

Asmenų, su kuriais dirba logopedai, amžiaus pasiskirstymas, %

	N	%
Ankstyvojo amžiaus (iki 3m.)	27	14.3
Ikimokyklinio amžiaus (iki 6 m.)	55	29.1
Priešmokyklinio amžiaus (6-7 m.)	37	19.6
Mokyklinio amžiaus (nuo 7m. ir vyresniais)	54	28.6
Suaugusiais (18 m. ir vyresniais)	16	8.5
Iš viso	189	100.0

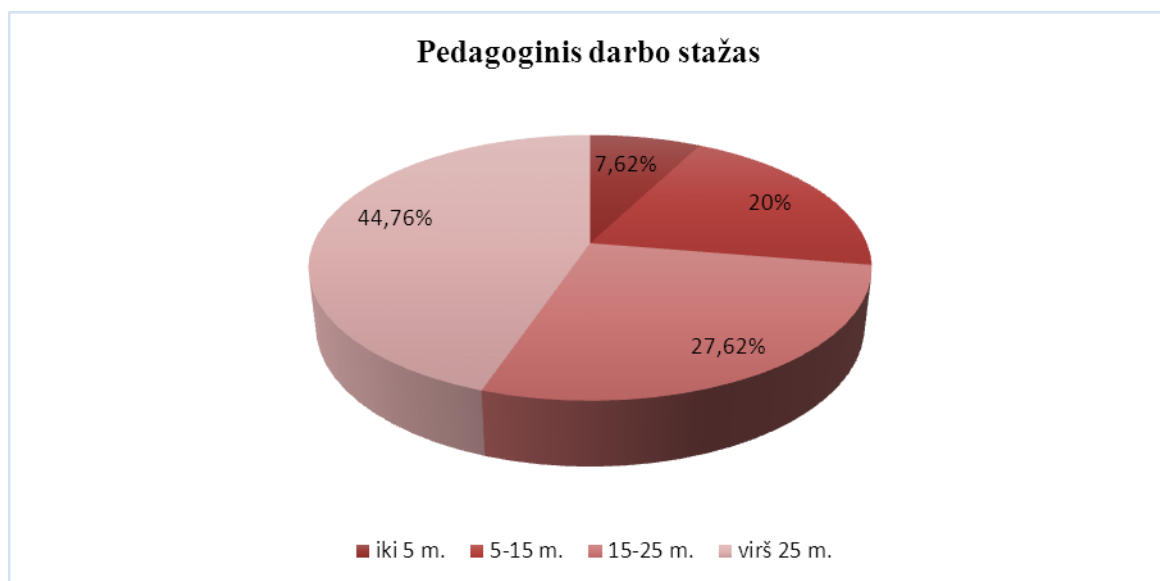
2 lentelėje tyrimo metu apžvelgtas asmenų, su kuriais dirba specialistai, amžiaus pasiskirstymas. Kadangi specialistai galėjo nurodyti daugiau nei vieną žmonių amžiaus grupę, rezultatai taip pat pateikti kelių atsakymų variantų dažnių lentelėje. Remiantis rezultatais galima teigti, kad daugiau nei pusė tiriamųjų dirba su ikimokyklinio amžiaus (iki 6 m.) ir mokyklinio amžiaus (nuo 7m. ir vyresniais) vaikais (atitinkamai 52.9 % ir 51.9 %). Šie rezultatai tik įrodo, kad dažniausiai logopedės dirba su ankstyvojo, ikimokyklinio ir mokyklinio amžiaus vaikais, nes šio amžiaus tarpsniais logopedinė pagalba yra efektyviausia. Tik 15.4 % tiriamųjų nurodė dirbančios su suaugusiais asmenimis ir dažniausiai darbas su suaugusiais vyksta ligoninėse arba reabilitacijos įstaigose, kur su šiais asmenimis dirba logoterapeutės (-ai), kurios (-ie) kalbos ir kalbėjimo sutrikimus

padeda įveikti ar sumažinti sutrikimo simptomus po nelaimingų atsitikimų (galvos traumų), insultų ir pan.



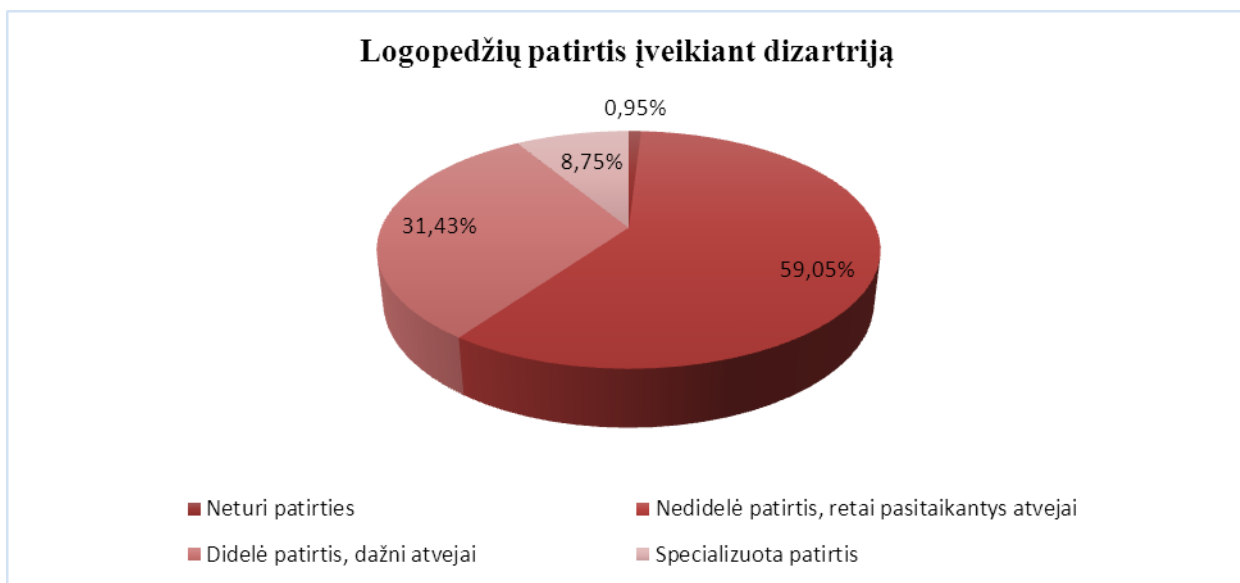
1 pav. Logopedų pasiskirstymas pagal kvalifikacinę kategoriją

1 paveikslėlyje tyrimo metu apžvelgtas logopedžių pasiskirstymas pagal turimą kvalifikacinę kategoriją. Nustatyta, kad didžioji dalis tiriamųjų yra metodininkės (60.95 %). Likusią dalį sudaro vyr. logopedės (23.81 %), logopedės (12.38 %) ir ekspertės (2.86 %). Iš gautų duomenų galima teigti, kad vis dėlto didžioji dalis logopedžių yra patyrusios ir išmano darbo būdus bei metodus įveikiant įvairius kalbėjimo ir kalbos sutrikimus, taip pat ir kalbėjimo motorikos sutrikimą - dizartrią.



2 pav. Logopedų pasiskirstymas pagal pedagoginį darbo stažą

Analizuojant **2 paveikslėlį** tiriamųjų pasiskirstymą pagal turimo pedagoginio darbo stažo trukmę nustatyta, kad dauguma turi didesnę nei 25 m. pedagoginio darbo stažą, o (27.62 %) - 15-25 m. darbo stažą. Tai tik įrodo, kad apklausoje dalyvavo patyrusios specialistės.



3 pav. Logopedų pasiskirstymas pagal patirtį, įveikiant vaikų ir/ar suaugusiųjų dizartrią

3 paveikslėlyje matyti, jog palyginus tiriamųjų patirtį, įveikiant vaikų ar suaugusiųjų dizartrią matyti, kad didžioji dalis respondentų (59.05 %) nurodė turinčios nedidelę patirtį įveikiant dizartrią, nes tai retai pasitaikantis sutrikimas. Taip pat verta paminėti, kad (31.43 %) tiriamųjų dažnai susiduria su dizartrijos atvejais, todėl turi didelę patirtį.

2.3. Dizartrijos identifikavimo ir raiškos požymių aspektai

Sekančiame tyrimo etape analizuoti dizartrijos identifikavimo aspektai ir nustatyta, kuriai sutrikimų grupei specialistai dažniausiai priskiria dizartrią. Tam tikslui anketiniai rezultatai apibendrinti ir pateikti lentelėse. Tyrimo metu specialistų klausta, kuriai sutrikimų grupei jie dažniausiai priskiria dizartrią. Kadangi tiriamieji galėjo nurodyti daugiau nei vieną atsakymo variantą, rezultatų apibendrinimas pateiktas keletos atsakymo variantų (*multiple responses*) lentelėje.

3 lentelė

Tiriamųjų nuomonė, kuriai sutrikimų grupei dažniausiai priskiriama dizartrią, %

	N	%
Fonetiniai kalbėjimo sutrikimai	48	27.0
Fonologiniai sutrikimai	65	36.5
Kalbos neišsivystymas / kalbos netekimas	65	36.5
Iš viso	178	100.0

Iš 3 lentelės matyti, kad (61.9 %) respondentų nurodė, jog dizartrijs priskiriama fonologiniams bei kalbos neišsivystymo/netekimo sutrikimams. Tai rodo, kad didžioji dalis respondentų teigia, jog dizartrijs yra labiau priskiriama minėtiems sutrikimams nei fonetiniams kalbėjimo sutrikimams (45.7 %).

Dizartrijs gali būti susijusi ir su raidos sutrikimais dėl smegenų pažeidimo prieš ar gimdymo metu, ar įgyta vėliau gyvenime, susijusi su smegenų kraujagyslių sutrikimais, galvos traumomis, arba progresine neurologinė liga (Freed, 1999). Todėl daugumos logopedžių nuomone, dizartrijs dažniau priskiriama prie kalbos sutrikimų nei prie kalbėjimo.

Toliau 4 lentelėje palygintos skirtingos dizartrijos rūšys ir jų raiška vaikų ir suaugusiųjų tarpe.

4 lentelė

Dažniausios dizartrijos rūšys vaikų ir suaugusiųjų tarpe, %

		Dažnis	%
Vaikų dizartrijs:	Hipertoninė	18	18.8
	Hipotoninė	14	14.6
	Mišri	64	66.7
Suaugusiųjų dizartrijs:	Spazminė	3	21.4
	Ataksinė	8	57.1
	Mišri	3	21.4

Iš 4 lentelės matyti, kad dažniausiai pasitaikanti dizartrijos rūšis vaikų tarpe yra mišri dizartrijs (66.7 %). Esant šiai dizartrijos formai, kalbą galima būtų apibūdinti įvairių dizartrijos rūšių kombinacijomis (Duffy, 1995), o suaugusiųjų tarpe dažniausiai pasireiškia ataksinė dizartrijs (57.1 %), kurios, anot Freed (2000), pagrindinės priežastys yra ne tik smegenų traumos, augliai, bet ir toksinai, degeneracinės ligos.

Tolimesniame tyrimo etape apžvelgti dažniausiai dizartrijs identifikuojantys požymiai ir jų pasikartojimo dažnumas tarp tyrime dalyvavusių specialistų. Analizuoti 5 skirtingi dizartrijos sutrikimų požymių blokai. Tam tikslui respondentų atsakymai apibendrinti ir procentiniai dažniai pateikti 5 lentelėje.

5 lentelė

Dažniausi dizartrijos identifikavimo požymiai, %

		Niekada	Kartais	Dažnai
Artikuliacinio aparato ypatumai	Seilėtekis	1.9	20.0	78.1
	Pakitęs burnos ir veido jautrumas	6.7	39.0	54.3
	Pakitusi artikuliacinio aparato raumenų įtampa	1.0	13.3	85.7
	Amimiškas veidas	18.1	55.2	26.7
	Asimetriškas veidas, artikuliacinis aparatas	7.6	50.5	41.9
	Kalbėjimas per "nosį"	10.5	58.1	31.4
Fonacijos ir	Skanduotas kalbėjimas	27.6	47.6	24.8

prozodijos trūkumai	Lėtas kalbėjimas	9.5	51.4	39.0
	Nosinis balso atspalvis	10.5	61.0	28.6
	Trūkčiojantis balsas	21.0	47.6	31.4
	Kalbėjimo tempo pakitimai	9.5	36.2	54.3
	Šiurkštumas balse	31.4	38.1	30.5
	Kita (įrašykite)	98.1	1.0	1.0
Kvėpavimo sunkumai	Sunkumai iškvepiant/įkvepiant orą	5.7	51.4	42.9
	Kvėpavimo sunkumai tęsiant vieną garsą	4.8	33.3	61.9
	Dažnas kalbėjimas įkvepiant	14.3	46.7	39.0
	Kvėpavimas nepakitęs	48.6	36.2	15.2
	Paviršutiniškas kvėpavimas	17.1	45.7	37.1
Garsų tarimo būdingiausi sunkumai	Skardžiųjų priebalsių netarimas	2.9	10.5	86.7
	Sunku išmolti garsą automatizuoti žodyje	5.7	14.3	80.0
	Sutrikęs balsių tarimas	8.6	51.4	40.0
	Būdingas priebalsių minkštinimas	2.9	45.7	51.4
	Sudėtingesnių garsų keitimas lengvesniais	7.6	20.0	72.4
	Kita (įrašykite)	99.0	1.0	-
Stambiosios ir smulkiosios motorikos sunkumai	Stebimas bendras motorinis nevikrumas	1.0	20.0	79.0
	Sulėtėję/suaktyvėję judesiai	5.7	21.0	73.3
	Nevikriai bėgioja/vaikšto	1.9	25.7	72.4
	Sunku užsisiegti sagas/rinkti smulkius daiktus	1.0	21.0	78.1
	Kita (įrašykite)	98.1	1.9	-

Remiantis **5 lentelės** rezultatais galima teigti, kad analizuojant artikuliacinio aparato ypatumus, logopedės priskiria visus išvardintus anketoje požymius prie svarbių, bet dažniausiai renkasi pakitusią artikuliacinio aparato raumenų įtampą (85.7 %) ir seilėtekį (78.1 %). Šie rezultatai tik patvirtina literatūroje pateikiamus pagrindinius artikuliacinio aparato sunkumų požymius esant dizartrijai. Nors nemažai logopedžių nurodė, kad identifikuojant dizartrią jos remiasi ir pakitusiu burnos bei veido jautrumu (54.3%) bei asimetriškas veidas (41.9%) joms yra vienas iš požymių, padedančių atskleisti dizartrią.

Palyginus specialisčių fonacijos ir prozodijos trūkumų vertinimus nustatyta, kad dizartiją dažniausiai atskleidžia kalbėjimo tempo pakitimai (54.3 %) ir trūkčiojantis balsas (31.4 %). O šiurkštumą balse, kaip vieną iš svarbesnių požymių, pamini tik (30.5%) tiriamųjų.

Anot specialisčių, identifikuojant dizartrią vienas iš dažniausių požymių yra kvėpavimo sunkumai tęsiant vieną garsą (61.9 %) ir sunkumai iškvepiant/įkvepiant orą (42.9 %). Nors (15.2%) specialisčių nuomone, dizartrijai nustatyti kvėpavimo pakitimai nėra svarbūs.

Garsų tarimo būdingiausius sunkumus, įvertinant dizartrią, dažniausiai, specialisčių nuomone, sunkumų kelia skardžiųjų priebalsių netarimas (86.7 %), sunkumai išmokstant garsą automatizuoti žodyje (80 %) bei sudėtingesnių garsų keitimas lengvesniais (72.4 %). Nors sutrikęs balsių tarimas (40.0%) ir priebalsių minkštinimas (51.4%) taip pat yra svarbūs

dizartrijos indentifikavimo požymiai. Šie rezultatai parodo, kad dizartrijai tikrai būdingi įvairių garsų tarimo sunkumai.

Palyginus logopedžių stambiosios ir smulkiosios motorikos sunkumų vertinimus akivaizdu, kad dizartriją lydi iš esmės visi minimi požymiai, nes daugiau nei 70 % specialistų mano, jog stambiosios ir smulkiosios motorikos požymiai dažnai parodo dizartrijos sutrikimus. Galima išskirti dažniausiai specialistų minimus du požymius, tai - stebimas bendras motorinis nevikrumas (79 %) ir sunkumas užsisiegti sagas/rinkti smulkius daiktus (78.1 %). Tai tik įrodo, kad dizartrija yra motorinės kilmės kalbėjimo sutrikimas. Intensyvūs pirštų ir viso kūno judesiai netiesiogiai aktyvina kalbinę motoriką. Taigi, aktyvus judėjimas, intensyvi pirštų veikla, viso kūno mankštinimas padeda ugdyti kalbinius gebėjimus.

2.4. Dizartrijos įveikimo metodai ir jų tikslingumas

Sekančiame tyrimo etape nustatytos, specialistų nuomone, svarbiausios kalbėjimo ir kalbos terapijos kryptys, siekiant įveikti dizartriją. Tam tikslui anketinės apklausos rezultatai apibendrinti ir pateikti **6 lentelėje**.

6 lentelė

Dažniausios kalbėjimo ir kalbos terapijos kryptys siekiant įveikti dizartriją, %

	Niekada	Kartais	Dažnai
Artikuliacinio aparato ugdymas	1.9	98.1	-
Garsų tarimo mokymas	9.5	90.5	-
Kalbėjimo suprantamumo gerinimas	6.7	17.1	76.2
Balso ugdymas	1.0	28.6	70.5
Taisyklingo kvėpavimo mokymas	17.1	82.9	-
Taisyklingų kūno padėčių formavimas	1.9	44.8	53.3
Foneminio suvokimo ugdymas	6.7	16.2	77.1
Taisyklingos ir rišlios kalbos ugdymas	4.8	31.4	63.8
Neverbalinės komunikacijos galimybių skatinimas	14.3	47.6	38.1
Smulkiosios ir bendrosios motorikos ugdymas	3.8	16.2	80.0
Teigiamų asmens emocijų ir mokymo(si) motyvacijos palaikymas	3.8	19.0	77.1
Tėvų ir šeimos narių konsultavimas	18.1	81.9	-

Remiantis **6 lentelės** rezultatais galima teigti, kad dauguma specialistų, siekiant įveikti dizartriją, dažniausiai ugdo smulkiąją ir bendrąją motoriką (80 %), foneminį suvokimą (77.1 %), teigiamą asmens emocijų ir mokymo(si) motyvacijos palaikymą (77.1 %) ir kalbėjimo suprantamumo gerinimą (76.2 %). Tuo tarpu palyginus logopedžių nuomonę apie niekada netaikomas priemones nustatyta, kad dauguma specialistų dizartrijos įveikai niekada nenaudoja taisyklingo kvėpavimo mokymo (18.1 %) bei tėvų ir šeimos narių konsultavimo (17.1 %). Nors šiuolaikinėje visuomenėje pabrėžiama, kad siekiant užtikrinti asmens ugdymo prieinamumą,

tęstinumą ir socialinį teisingumą, taip pat švietimo plėtotę, įtvirtinama ir nuosekliai įgyvendinama asmeninė tėvų atsakomybė už privalomą vaikų/asmenų mokymąsi. Lietuvos Respublikos švietimo įstatyme (2011) švietimas apibūdinamas kaip ugdymas ir išsilavinimo teikimas, savišvieta; taip pat mokinių, jų tėvų (globėjų, rūpintojų), švietimo įstaigų, mokytojų ir kitų švietimo teikėjų, švietimo pagalbos specialistų veiklų visuma. Tokie Lietuvos švietimo politikos siekiai leidžia įtraukti tėvus į teikiamą ugdymą. Tačiau, kaip matome ir iš šių rezultatų tėvų į(si)traukimas į vaikų/asmenų ugdymo procesą yra probleminis reiškinys.

Tyrimo metu pastebėtas tradicinių ir netradicinių metodų, ugdančių kalbą, taikymo dažnumas. Pirmiausiai **7 lentelėje** pateikti specialistų naudojamų tradicinių metodų vertinimai.

7 lentelė

Dažniausiai taikomi tradiciniai kalbos ugdymo metodai, %

	Niekada	Kartais	Dažnai
Demonstravimas – stebėjimas – mėgdžiojimas	1.0	4.8	94.3
Pokalbis	1.0	17.1	81.9
Aiškinimas	4.0	21.0	74.3
Skaitymas	28.6	30.5	41.0
Rašymas	31.4	39.0	29.5
Pasakojimas	8.6	44.8	46.7
Atpasakojimas	16.2	42.9	41.0

Remiantis **7 lentelės** rezultatais galima teigti, kad vieni dažniausiai taikomų tradicinių metodų kalbos ugdymui, yra demonstravimas – stebėjimas – mėgdžiojimas (94.3 %), pokalbis (81.9 %) ir aiškinimas (74.3 %). Ypatingai retai iš tradicinių metodų kalbos ugdymui specialistės naudojasi rašymo metodu, o skaitymą (41.0%), kaip ir atpasakojimą (41.0%) dažniausiai taiko tik retkarčiais. Šie rezultatai tik įrodo, kad Girdzijauskienės, Gudyno, Jakavonytės, Jevsikovos (2010) teigimu, ugdymo procese vis dar ryškiai vyrauja tradiciniai mokymo metodai – skaitymas, rašymas, pasakojimas, pratybos ir kt.

Toliau **8 lentelėje** apibendrinti rezultatai atskleidžia, netradicinių metodų taikymo dažnumą, kurie padeda ugdyti kalbą.

8 lentelė

Dažniausiai taikomi netradiciniai kalbos ugdymo metodai, %

	Niekada	Kartais	Dažnai
Artikuliaciniai metodai (mėgdžiojimas, remiantis rega, klausa)	1.9	15.2	82.9
Artikuliaciniai metodai (taktiliniai, proprioceptiniai, kinesteziniai, gestų)	12.4	21.0	66.7
Vaizduotės skatinimas	12.4	61.0	26.7
Vaizdingos kalbos vartojimas	9.5	57.1	33.3
Metaforų vartojimas	37.1	46.7	16.2
Rėmimasis asmens patirtimi	25.7	35.2	39.0
Sensomotorinė / multisensorinė terapija	14.3	50.5	35.2

Muzikos terapija	34.3	39.0	26.7
Dailės terapija	40.0	33.3	26.7
Smėlio terapija	36.2	33.3	30.5
Konstravimas	14.3	54.3	31.4
Alternatyvioji ir augmentinė komunikacija	24.8	48.6	26.7

Remiantis **8 lentelės** rezultatais galima teigti, kad vieni dažniausiai naudojamų netradicinių metodų kalbos ugdymui, yra artikuliacinių metodų naudojimas, kurie apima mėgdžiojimą, remiantis rega, klausa (82.9 %). Taip pat naudojami taktiliniai, propioceptiniai, kinesteziniai, gestų netradiciniai metodai (66.7 %). Tyrimo lentelės rezultatų duomenimis logopedės muzikos, dailės terapijas, bei alternatyvios ir augmentinės komunikacijos metodus taiko vienodai retai (26.7%). Šiek tiek dažniau iš netradicinių metodų, ugdančių kalbą specialistės, pakankamai vienodai, naudoja remimasį asmenine patirtimi (39.0%), sensomotorinę bei multisensorinę terapijas (35.2%) ir vaizdingos kalbos vartojimo (33.3%), konstravimo (31.4%), bei smėlio terapijos (30.5%) būdus. O, metaforų vartojimą (16.2%) priskiria, kaip rečiausiai naudojamą netradicinį kalbos ugdymo būdą.

Sekančiame tyrimo etape analizuotas specialistų požiūris į netradicinių dizartrijos įveikos priemonių taikymo svarbą ir jų veiksmingumą. Tam tikslui palygintas 4 skirtingų netradicinių terapijų priemonių svarba ir veiksmingumas. Vertinimų rezultatai pateikti procentinių dažnių **9 lentelėje**.

9 lentelė

Netradicinių dizartrijos įveikimo metodų tikslingumas įveikiant diartriją, %

		Nesvarbu	Iš dalies svarbu	Labai svarbu
Augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos taikymas	Simboliai/paveikslėliai	5.7	49.5	44.8
	Gestai	21.9	41.0	37.1
	Kompiuteriai/planšetės	6.7	38.1	55.2
	Diktafonai	21.9	50.5	27.6
	Kita (įrašykite)	99.0	1.0	-
Muzikos terapijos (jos elementų) taikymas	Koordinacijos ugdymas per muziką	7.6	31.4	61.0
	Burnos raumenų įtampos normalizavimas	4.8	21.9	73.3
	Balso ugdymas	4.8	20.0	75.2
	Foneminės klausos ugdymas	5.7	16.2	78.1
	Dėmesingumo ugdymas	6.7	16.2	77.1
	Teigiamų emocijų skatinimas	5.7	13.3	81.0
Dailės terapijos (jos elementų) taikymas	Rankų/pirštų koordinacijos ugdymas	4.8	21.0	74.3
	Vaizduotės skatinimas	10.5	38.1	51.4
	Raumenų atpalaidavimas per piešimą	6.7	30.5	62.9
	Teigiamų emocijų skatinimas	3.8	15.2	81.0
	Kita (įrašykite)	99.0	1.0	-
Smėlio terapijos (jos	Smulkiosios motorikos ugdymas	4.8	10.5	84.8

elementų) taikymas	Pažintinių gebėjimų ugdymas	8.6	19.0	72.4
	Orientacijos aplinkoje skatinimas	11.4	16.2	72.4
	Raumenų įtampos normalizavimas	4.8	11.4	83.8
	Teigiamų emocijų skatinimas	3.8	8.6	87.6

Analizuojant **9 lentelę** apie augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos taikymo svarbą įveikiant dizartrią matyti, kad dauguma specialisčių yra įsitikinusios, kad kompiuterių arba plančečių naudojimas yra labai svarbus įveikiant dizartrią (55.2 %). Lyginant logopedžių nuomonę apie muzikos terapijos taikymo svarbą ugdymo procese matyti, jog teigiamų emocijų skatinimas yra svarbiausias būdas ugdymo procese (81 %). Verta pastebėti, kad dauguma specialisčių kitus muzikos terapijos metodus vertina taip pat palankiai ir yra įsitikinusios, kad jie yra labai svarbūs dizartrijos įveikos procese. Analizuojant dailės terapijos taikymo svarbą, įveikiant dizartrią matyti, kad daugumos logopedžių nuomone, teigiamų emocijų skatinimas yra svarbiausias metodas įveikiant dizartrią (81 %). Mažiau svarbus metodas yra vaizduotės skatinimas, nes tik pusė specialisčių (51.4 %) mano, jog tai labai svarbus dailės terapijos metodas. Analizuojant smėlio terapijos taikymo svarbą, įveikiant dizartrią matyti, kad dauguma specialisčių vėl išskiria teigiamų emocijų skatinimą kaip labai svarbų tikslą, įveikiant dizartrią (87.6 %).

2.5. Dažniausiai taikomos priemonės dizartrijai įveikti

Sekančiame tyrimo etape palygintos specialisčių dažniausiai taikomos dizartrijos įveikos priemonės, kurios ugdo artikuliacinį aparatą, kalbinį kvėpavimą ir balso lavinimą. Specialistų vertinimai pateikti procentinių dažnių lentelėse.

10 lentelė

Dažniausiai taikomos priemonės artikuliaciniam aparatui ugdyti, %

	Niekada	Kartais	Dažnai
Pratimus sensoriniam burnos jautrumui normalizuoti	16.2	36.2	47.6
Pasyviają mankštą	13.3	41.9	44.8
Taškinį masažą	39.0	48.6	12.4
Masažą raumenų įtampai normalizuoti	14.3	22.9	62.9
Aktyviają mankštą (tradicinius oralinės motorikos pratimus)	5.7	13.3	81.0
Aktyviają mankštą (pasipriešinimo /atpalaidavimo pratimus)	6.7	41.9	51.4
Kita (įrašykite)	99.0	1.0	-

Remiantis **10 lentelės** rezultatais galima teigti, kad dažniausiai artikuliacinio aparato ugdymo gerinimui yra taikoma aktyvi mankšta (tradiciniai oralinės motorikos pratimai) arba visi įprasti artikuliacinės mankštos pratimai, atsižvelgiant į tyrimo metu nustatytą raumenų tonusą (81 %), o rečiausiai – taškinis masažas, kuris stipriai atpalaiduoja viso organizmo raumenis, nuima įtampą, spazmus, gerina mikrocirkuliaciją (12.4 %). Be to, taškinį masažą dažniausiai

atlieka patyrę specialistai, kurie turi išmanyti netik kalbos ir kalbėjimo sutrikimus, bet ir taškinio masažo subtilybes. Iš lentelės duomenų galima pastebėti ir tai, kad ugdydamos artikuliacinį aparatą dizartrijos atveju specialistės, taip pat aktyviai atlieka masažą raumenų įtampai normalizuoti (62.9%), pratimus sensoriniam burnos jautrumui normalizuoti (47.6%), pasyviają mankštą (44.8%), bei žinoma, atlieka aktyviają mankštą (pasipriešinimo/atpalaidavimo) pratimus.

Toliau pateiktos logopedžių dažniausiai taikomos dizartrijos įveikos priemonės, kurios ugdo kalbinį kvėpavimą. Specialistų vertinimai pateikti **11 lentelėje**.

11 lentelė

Dažniausiai taikomos priemonės kalbiniam kvėpavimui ugdyti, %

	Niekada	Kartais	Dažnai
Balionų/muilo burbulų pūtimas	2.9	25.7	71.4
Burbuliavimas į vandenį per šiaudelį	4.8	7.6	87.6
Švilpukų, dūdelių, armonikėlių pūtimas	2.9	15.2	81.9
Vėliavėlių plazdenimas	21.9	40.0	38.1
Žvakučių užpūtimas	21.9	41.9	36.2
Kita (įrašykite)	98.1	1.9	-

Remiantis **11 lentelės** rezultatais galima teigti, kad dažniausiai kalbinio kvėpavimo ugdymo gerinimui yra taikomas burbuliavimas į vandenį per šiaudelį (87.6 %) ir švilpukų, dūdelių, armonikėlių pūtimas (81.9 %), taip pat balionų/muilo burbulų pūtimas (71.4%), o rečiausiai specialistės naudoja vėliavėlių plazdenimo (38.1%) ir žvakučių užpūtimo (36.2%) priemonės. Iš analizuotos literatūros duomenų galime daryti prielaidą, nors kvėpavimo įtaka kalbos raiškai, savaime suprantama, yra taip pat svarbi. Garso stiprumas, aiškumas, tonas priklauso nuo to kiek įkvėpsime, kiek iškvėpsime ir kaip paskirstysime kvėpavimo jėgą, norėdami išgauti tam tikrą garsą. Ir, kad logopedės kalbiniam kvėpavimui ugdyti naudoja pačias elementariausias, įprasčiausias priemonės, ypatingai nebandančios ieškoti, pagaminti naujų priemonių.

Toliau pateiktos logopedžių dažniausiai taikomos dizartrijos įveikos priemonės, kurios lavina balsą. Specialistų vertinimai pateikti **12 lentelėje**.

12 lentelė

Dažniausiai taikomos priemonės balsui lavinti, %

	Niekada	Kartais	Dažnai
Balsių "išdainavimas" (a, o, y...)	3.8	13.3	82.9
Garsus/tylus dainavimas pagal dainos žodžius	11.4	33.3	55.2
Aukšto/žemo balso "išdainavimas" pagal komandą	10.5	47.6	41.9
Balsės a ar o dainavimas aukštesniu/žemesniu balsu, kiek įmanoma ilgiau	6.7	18.1	75.2
M garsą tarti ramiai, siekti, kad balsas ilgėtų, vėliau prijungti balsę a	5.7	34.3	60.0

Kita (įrašykite)	98.1	1.9	-
------------------	------	-----	---

Remiantis **12 lentelės** rezultatais galima teigti, kad dažniausiai balso ugdymui yra taikomas balsių „išdainavimas“ (82.9 %) ir balsės „a“ ar „o“ dainavimas aukštesniu/žemesniu balsu, kiek įmanoma ilgiau (75.2 %), nors M garso tarimas ramiai, siekiant, kad balsas ilgėtų, o vėliau prijungiant dar balsę e (60.0%), anot specialistų yra taip pat svarbu. Logopedžių nuomone, aukšto/žemo balso „išdainavimas“ pagal komandą (41.9%) ir garsus/tylus dainavimas pagal dainos žodžius (55.2%) nėra tokie svarbūs, nors šiuos ugdymo metodus jos taiko pakankamai dažnai.

Analizuojant garsų tarimo mokymo bei kalbėjimo suprantamumo gerinimo priemonių taikymo dažnumą. Specialistų vertinimai pateikti **13 lentelėje**.

13 lentelė

Dažniausiai taikomos garsų tarimo mokymo bei kalbėjimo suprantamumo gerinimo priemonės, %

	Niekada	Kartais	Dažnai
Garso tarimo mokymas su tam tikrais zondais	9.5	48.6	41.9
Garso tarimo mokymas prieš veidrodį (pakartojant paskui logopedą)	2.9	7.6	89.5
Garso tarimo mokymas naudojant tiek zondą (-us), tiek mėgdžiojimą	5.7	31.4	62.9
Paveikslėlių apibūdinimas/įvardijimas	4.8	21.9	73.3
Sąvokų mokymasis/aiškinimasis	10.5	30.5	59.0
Skaitymas ir teksto analizavimas, jo atpasakojimas	28.6	29.5	41.9
Išklausyto teksto atpasakojimas pagal paveikslėlius	10.5	36.2	53.3
Kita (įrašykite)	98.1	1.9	-

Remiantis **13 lentelės** rezultatais galima teigti, kad dažniausiai garsų tarimo mokymui bei kalbos supratingumo gerinimui yra taikomas garso tarimo mokymas prieš veidrodį (pakartojimas paskui logopedą) (89.5 %) bei paveikslėlių apibūdinimo/įvardijimo užduotys (73.3 %). Garso mokymas su tam tikrais zondais (41.9%) ir ypatingai garso tarimo mokymas naudojant tiek zondą, tiek mėgdžiojimą, tarp specialistų yra taip pat labai svarbūs. Taip pat lentelės rezultatai parodo, kad skaitymas ir teksto analizavimas, jo atpasakojimas (41.9%) ar išklaustyto teksto atpasakojimas pagal paveikslėlius (53.3%), bei sąvokų mokymas, ar aiškinimas (59.0%), kaip ir jau paminėti garsų tarimo mokymo bei kalbos supratingumo gerinimo priemonių naudojimo būdai yra pakankamai svarbūs ir taikomi apklaustųjų logopedžių praktikoje.

Ugdant smulkiąją ir stambiają motoriką, logopedžių nuomone, dažniausiai naudojamos priemonės, pateikiamos **14 lentelėje**.

14 lentelė

Dažniausiai taikomos užduotys smulkiąjai ir stambiajai motorikai ugdyti, %

		Niekada	Kartais	Dažnai
Smulkioji motorika	Smulkių detalių piešimas	16.2	42.9	41.0
	Įvairių figūrų lipdymas	19.0	52.4	28.6

	Smulkių/stambių detalių karpymas	11.4	55.2	33.3
	Smulkių mazgelių raišiojimas	18.1	49.5	32.4
	Karoliukų varstymas	11.4	24.8	63.8
	Kita (įrašykite)	89.5	6.7	3.8
Stambioji motorika	Vaikščiojimas ant nupieštų linijų	31.4	51.4	17.1
	Rankų sklaidymas pagal komandą į "šalis"	23.8	44.8	31.4
	Laipiojimas po vieną koją ant kėdės/nulipimas nuo jos	47.6	43.8	8.6
	Laipiojimas aukštyn/žemyn laiptais	35.2	32.4	32.4
	Kita (įrašykite)	97.1	2.9	-

Remiantis **14 lentelės** rezultatais galima teigti, kad dažniausiai smulkioji motorika yra ugdoma taikant karoliukų varstymą (63.8 %). Kitos priemonės naudojamos rečiau. Daugiau nei pusė logopedžių smulkiosios motorikos ugdymui kartais naudoja smulkių/stambių detalių karpymą (55.2 %) ir įvairių figūrų lipdymą (52.4 %). Remiantis daugumos respondenčių nuomone, stambioji motorika dažniausiai yra ugdoma taikant rankų sklaidymą pagal komandą į "šalis" (31.4 %) ir laipiojimą aukštyn/žemyn laiptais (32.4 %). O didžioji dalis specialistų laipiojimą po vieną koją ant kėdės ir nulipimą nuo jos, priskiria, kaip neypatingai svarbų ugdymo būdą, nors kitų priemonių, kaip ugdo stambiają motoriką, nepaminėjo.

Tolimesniame tyrimo etape apžvelgtos dažniausiai naudojamos dizartrijos įveikos priemonės. Specialiųjų vertinimai pateikti **15 lentelėje**.

15 lentelė

Dažniausiai taikomos dizartrijos įveikimo priemonės, %

	Niekada	Kartais	Dažnai
Kramtukai, dantenu masažuokliai	34.3	36.2	29.5
Mentelės	4.8	60.0	35.2
Įvairūs zondai	3.8	39.0	57.1
Masažiniai kamuoliukai	10.5	41.9	47.6
IKT priemonės (programos, kompiuteriniai žodynai, žaidimai kt.)	9.5	50.5	40.0
Audio/video įrašai	26.7	48.6	24.8
Pratybų sąsiuviniai	22.9	49.5	27.6
Paveikslėlių rinkiniai	6.7	25.7	67.6
Alternatyviosios komunikacijos priemonės (gestai, simboliai, paveikslėliai, kompiuterinės programos, kt.)	17.1	50.5	32.4

Remiantis **15 lentelės** rezultatais galima teigti, kad vienos dažniausiai naudojamų dizartrijos įveikos priemonių yra paveikslėlių rinkinių naudojimas (67.6 %) ir įvairių zondu naudojimas (57.1 %). Tuo tarpu rečiausiai yra naudojami kramtukai, dantenu masažuokliai, nes tyrimo metu nustatyta, kad tik (29.5 %) logopedžių nurodė, jog šias priemones naudoja dažnai.

Išvados

1. Atlikus mokslinės literatūros analizę apie dizartrijos indentifikavimą ir įveikimo būdus, bei logopedų patirtį įveikiant šį kalbėjimo motorikos sutrikimą, išaiškėjo, kad esama skirtingos logopedų nuomonės apie teikiamos pagalbos būdus, bei metodus ir, kad jų įvairovė yra labia plati. Ir, kad kalbos sutrikimų įveikimas priklauso nuo to, koks yra sutrikimo sunkumo lygis, kaip asmuo, geba priimti pagalbą. Negalima žmogaus išmokyti, jeigu jis nenori mokytis. Metodų ir būdų yra labai daug ir įvairių.
2. Dizartrija, tyrime dalyvavusių logopedžių nuomone, dažniausiai priskiriama fonologinių, kalbos neišsivystymo/kalbos netekimo sutrikimų grupėms. Logopedės išskiria dažniausius dizartrijos indentifikavimo požymius: artikuliacinio aparato ypatumus (seilėtekį, pakitusią artikuliacinio aparato raumenų įtampą, bei pakitusią burnos ir veido įtampą); fonacijos ir prozodijos trūkumus (kalbėjimo tempo pakitimus ir šiurkštumą balse); kvėpavimo sunkumus (kvėpavimo sunkumus tęsiant vieną garsą ir sunkumus iškvėpant/įkvėpant orą); garsų tarimo būdingiausius sunkumus (skardžiųjų priebalsių netarimą, sunkumus išmokstant garsą automatizuoti žodyje, sudėtingesnių garsų keitimą lengvesniais); stambiosios ir smulkiosios motorikos sunkumus (stebimas bendras motorinis nevikrumas).
3. Dažniausios kalbėjimo ir kalbos terapijos kryptys, siekiant įveikti dizartriją: smulkiosios ir bendrosios motorikos ugdymas, teigiamų asmens emocijų ir mokymo(si) motyvacijos palaikymas, foneminio suvokimo ugdymas, kalbėjimo suprantamumo gerinimas, taisyklingos ir rišlios kalbos, bei balso ugdymas. Nepaisant to, kad dizartrija yra artikuliacijos sutrikimas, logopedai artikuliacijos ugdymą ir garsų tarimo mokymą kartais, bet ne visada, laiko sutrikimo įveikimo tikslu.
4. Logopedžių dažniausiai naudojami tradiciniai mokymo(si) metodai yra demonstravimas, stebėjimas, mėgdžiojimas bei pokalbis. O rečiausiai taikomi metodai tarp logopedžių yra skaitymas ir rašymas. Iš netradicinių mokymo(si) metodų logopedės dažniausiai naudoja artikuliacinius metodus - mėgdžiojimą, remiantis rega, klausa ir taip pat artikuliaciniai metodai, kur reikalinga naudoti taktilinius, kinestetinius pojūčius bei gestus. Parenkant netradicinius metodus labai svarbu atsižvelgti į asmenų amžiaus ypatybes ir gebėjimus ir sudaryti tinkamas sąlygas.
5. Logopedžių nuomone, artikuliacinio aparato ugdymui dažniausiai naudojamos šios priemonės: aktyviosios mankštos atlikimas (tradiciniai oralinės motorikos pratimai). Kalbinio kvėpavimo ugdymui ypač naudingas burbuliavimas į vandenį per šiaudelį ir švilpukų, dūdelių, armonikėlių pūtimas. Balso ugdymui naudingiausia atlikti balsių

“išdainavimo” bei “balsės *a* ar *o* dainavimo aukštesniu/žemesniu balsu, kiek įmanoma ilgiau”, pratimai. Garsų tarimo mokymui bei kalbos supratingumui gerinti, logopedžių nuomone, pati veiksmingiausia priemonė yra garso tarimo mokymas prieš veidrodį (pakartojant paskui logopedą). Smulkiosios bendrosios motorikos ugdymui dažniausiai naudojama priemonė - karoliukų varstymas. Stambiają motoriką dažniausiai ugdo laipiojimu aukštyn/žemyn laiptais ir rankų sklaidymu pagal komandą į “šalis”. Iš augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos priemonių logopedžių nuomone, svarbiausias yra kompiuterių ir plančečių naudojimas. Muzikos terapijos, kaip priemonės, nauda labiausiai pastebima balso ir foneminės klausos, teigiamų emocijų ugdyme. Tuo tarpu dailės ir smėlio terapijos, kaip mokymo(si) priemonės veiksmingumas labiausiai atsiskleidžia ugdant smulkiąją motoriką ir vėlgi ugdant, asmens, teigiamas emocijas.

Literatūra

1. Adaškevičienė, E. (2004). *Vaikų fizinės sveikatos ir kūno kultūros ugdymas*. Klaipėda: Klaipėdos universiteto leidykla.
2. Adaškevičienė, E., Strazdienė, N. (2001). Pirmos ir antros klasės mokinių rankų judesių ir psichomotorinių funkcijų ugdymas. *Ugdymas. Kūno kultūra*. Sportas. Nr. 2.
3. Ališauskas, A., Rusteika, M. (2008). *Specialiojo pedagogo funkcijų bendro lavinimo mokykloje analizė*. Jaunųjų mokslininkų darbai, 2 (18), 17-23.
4. Ališauskas, A., Danieliūtė, V. (2014). Informacinių technologijų taikymas logopedo darbe. *Specialusis ugdymas*. 1 (30), 118.
5. Aleksienė V. (2002), *Sutrikusio intelekto vaikų bendrųjų gebėjimų ugdymas: edukologijos daktaro disertacija*. – Vilnius: VPU.
6. Ališauskienė, St. (1998). *Ankstyvojo amžiaus vaikų korekcinis ugdymas*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
7. Bakanovienė, T., Donielienė, I., Šalkuvienė O. (2008). *Informacinių technologijų taikymas ugdymo praktikoje*. Šiauliai: Lucilijus.
8. Baracevičienė, V. (2006). *Nežymi dizartrijs*. Metodinės rekomendacijos. Šiauliai: Lucilijus.
9. Bohm, G. (1997). *Sprach-, Sprech-, Stimm- und Schluckstorungen*. Band 1-2. Stuttgart, Iena, Lubeck, Ulm. Gustav Fischer Verlag.
10. Bowen, C. (2011). *Children's Speech Sound Disorders*. http://speech-language-therapy.com/index.php?option=com_content&view=article&id=16:ssd&catid=11:admin&Itemid=120 (žiūrėta 2016).
11. Bowen, C. (2002). *Oral motor therapy*. http://members.tripod.com/Caroline_Bowen/oralmotortherapy.htm 2005 - 04 - 12. 20.00.
12. Braun, O. (1999). *Sprachstorungen bei Kindern und Jugendlichen*. Stuttgart: Kohlhammer/ Padagogik.
13. Budrys, V. (Sud.). (2009). *Klinikinė neurologija*. Vilnius: UAB “Vaistų žinios”.
14. Birontienė, Z. (2004). *Priešmokyklinio amžiaus vaikų rankų koordinacija ir jos ugdymas rengiant mokyklai*. Tiltai. Priedai: mokslo darbai. Nr. 23.
15. Cole, Ph. (2007). The Body Politics: Theorising Disability and Impairment. *Journal of Applied Philosophy*, 24 (2), 169-176.
16. Clarke, M., Price, K., Jolleff, N. (2012). *Augmentative and Alternative Communication*. M. Kersner, J. A. Wright (Ed.). *Speech and Language Therapy. The decision – making process when working with children* (p. 201–205). London: Fulton

17. Creaghead, N. A., Newman, P. N., Secord, W. A. (1990). *Assessment and remediation of articulatory and phonological disorders. Second edition.* New York: Macmillan Publishing Company.
18. Cherney, L. (1994). *Clinical management of dysphagia in adults and children: 5 edition.* Maryland: An aspen publication.
19. Duffy, J. (1995). *Motor speech disorders: Substrates, differential diagnosis, and management.* St. Luis: Mosby.
20. Dworkin, J. P. (1991). *Motor speech disorders: A treatment guide.* St. Luis: Mosby.
21. East, V. Evans, L. (2008). *Vienų žvilgsniu. Praktinis vaiko specialiųjų poreikių tenkinimo vadovas.* Vilnius: Tyto kalba.
22. Eklinth, K. (2003). *Visi vaikai ir jaunuoliai turi teisę įgyti tinkamą privalomą išsilavinimą bendrojo lavinimo mokykloje – mokykloje visiems.* Mokyklą visiems kuriame šiandien (p. 12-17). Vilnius: Presvika.
23. Freed, D. (2000). *Motor speech disorders: diagnosis and treatment.* Frenso: Thomson learning.
24. Gaizelytė, D., Daugirdienė, I., Prasauskienė, A. (2007). *Mokykimės bendrauti.* Knyga apie vaikų komunikacijos sutrikimus. Kaunas.
25. Garšvienė, A., Ivoškuvienė, R. (1993). *Logopedija. Vadovėlis specialiosios pedagogikos fakultetų studentams.* Kaunas: Šviesa.
26. Garšvienė, A., Ivoškuvienė, R. (2003). *Kalbėjimo, kalbos ir komunikacijos sutrikimai.* J. Ambrukaitis (Red.). *Specialiojo ugdymo pagrindai.* (p.295-310). Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
27. Garšvienė, A. (2007). *Augmentinė ir alternatyvioji komunikacija.* Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
28. Garšvienė, A., Juškienė, G. (2008). *Priešmokyklinio amžiaus vaikų tarimo ypatumai.* *Jaunųjų mokslininkų darbai.* 2 (18). 78 – 84.
29. Gillam, R. B., Marquardt, T. P., Martin, F. N. (2011). *Communication sciences and disorders: from science to clinical practice. Second edition.* Sudbury, Mass: Jones and Bartlett Publishers.
30. Gudmundset, H. (2005). *Dysarthria.* Bergen. Eikelund Recource Centre.
31. Hallahan, Kauffman, D., Kauffman. J. (2003). *Ypatingieji mokiniai.* Specialiojo ugdymo įvadas. Vilnius: Alma Littera.
32. Hedge, M., Freed, D. (2011). *Assessment of communication disorders in adults.* United Kingdom: Plural Publishing.

33. Hughes, T., Langhorne, P. (2002). *Speech and language therapy for dysarthria due to nonprogressive brain damage: a systematic Cochrane review*. Clinical Rehabilitation.
34. Isserow, J. (Jungtinė karalystė), (2008). *Simbolių tyrinėjimas*. III –iosios Dailės Terapijos Vasaros Mokyklos Lietuvoje, bendradarbiaujant VPU, LDTTA ir Roehampton Universitetui (Londonas), teorinių paskaitų medžiaga.
35. Radžienė, L. (2011). *Pedagogų požiūris į proto negalę turinčių mokinių ugdymą bendrojo lavinimo mokyklose*. (Publikuotas bakalauro darbas, Šiaulių universitetas, 2011).
36. Roberstson, S., Thomson, F. (1996). *Working with dysarthrics: a practical guide to therapy for dysarthria*. Winslow: Winslow press.
37. Yorkston, K. M., Beukelman, D. R., Strand, E. A., Hakel, M., (2010). *Management of motor speech disorders in children and adults. Third edition*. Portland: Pro – Ed.
38. Janickienė, D. (2005). *Informatika*. Kaunas: Vytauto Didžiojo universiteto leidykla. (p. 9-10).
39. Tijunonienė, E. (2007). *Kalbėjimo motorikos sutrikimų ir kalbos supratimo santykis bei jo kaita ugdymo procese* (Publikuotas magistro darbas, Šiaulių universitetas, 2007).
40. Turner, A. B. (2005). *The handbook of sandplay therapy*. Cloverdale. USA.
41. La Pointe, L., Katz, R. (1994). *Neurogenic communication disorders*. San Diego: Singular Publishing Group.
42. Liaudanskienė, V., Vilūnienė, A. (1998). *Kompleksinių sutrikimų turinčių vaikų ugdymas*. J. Ambrukaitis (Sud.). Specialiųjų poreikių vaikai (p. 141–156). Šiauliai: Šiaulių universitetas.
43. Mednick, M. (2007). *Supporting children with multiple disabilities. Second edition*. New York:
44. Mikulėnaitė, L. (2003). *Kas yra cerebrinis paralyžius? Patarimai tėvams ir specialistams*. Vilnius: bendrija „Viltis“
45. Musteikienė, G. (2001). *Žaidimai rankų pirštams mankštinti*. Šiauliai: K. J. Vasiliausko įmonė.
46. Unčiūrys, J. (1988). *Vaikų kalbos trūkumai ir jų šalinimas*. Kaunas: Šviesa.
47. Žebrauskaitė – Taločkienė, J. (2005). *Muzikos terapija: žiupsnelis norvegų patirties*. Vilnius
48. Kairienė, D., Daniutė, S. (2015). Motorinės kilmės vaikų garsų tarimo sutrikimų apibrėžtys, identifikavimas ir diferencinės charakteristikos. *Specialusis ugdymas*. 2 (33), 56.

49. Kasparavičienė, E. (2010). *Vaikų, turinčių kalbos sutrikimų, savęs vertinimo pokyčiai, taikant dailės terapiją*. (Publikuotas magistro darbas, Šiaulių universitetas, 2010).
50. Kriukelienė, L. (2008). Dailės terapija. Kaunas: Vitae littera, p. 48, 50-51, 68-72.
51. Skodda S. (2012). *Effect of deep brain stimulation on speech performance in Parkinson's disease*. Parkinsons.
52. Paulauskaitė, G. (2015). *Vaikų garsų tarimo sutrikimų identifikavimas ir diferencijacija*. (Publikuotas bakalauro darbas, Šiaulių universitetas, 2015).
53. Pivorienė J. (2003). Integracijos modeliai: nuo medicininio reabilitacijos ir finansinės kompensacijos prie visuminio požiūrio į neįgalimą. *Socialiniai neįgalumo aspektai: žmogui reikia žmogaus* (p. 104-117). Kaunas: VDU Socialinio darbo institutas.
54. Ruškus, J., Mažeikis, G. (2007). *Neįgalumas ir socialinis dalyvavimas. Kritinė patirties ir galimybių Lietuvoje refleksija*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
55. Ruškus, J. (2002). *Negalės fenomenas*. Šiauliai: Šiaulių universiteto leidykla.
56. Thomas, C. (2004). *How is disability understood? An examination of sociological approaches*. *Disability & Society*, 19(6), 569-583.
57. Viluckienė, J. (2008). „Iškūnyta“ socialinio modelio negalios samprata. *Filosofija. Sociologija*, 4, 45–52.
58. Caruso J., Strand A., (1999). *Clinical management of motor speech disorders in children*. New York.

Audronė Lazdauskienė
SPEECH THERAPIST EXPERIENCE IN IDENTIFYING AND OVERCOMING
DYSARTHRIA

The Master's degree Thesis

Summary

The work is done on the theoretical analysis of scientific literature, revealing speech motor disorder – concept of dysarthria, people suffering from speech and language disorder, applying various techniques in order to help with speech therapy.

The data processed using SPSS 22.0 (Statistical Package of Social Sciences) and Microsoft Excel. Work is done on statistical (descriptive frequency tables, graphs) data and content analysis. The quantitative survey sample consists of 105 speech therapists, working in various Klaipėda city district, educational / medical institutions.

The empirical part assesses use of most predominant approach by speech therapists in overcoming dysarthria speech, commonly used practice and the methods applied by logopaedists and how effective they think these practices and methods are.

The main conclusions of the research:

1. Most respondents' dysarthria assigns to group of phonological speech disorders;
2. Respondents cite in identifying dysarthria these features: articulating apparatus specific features (salivation and changed muscle tension in articulating apparatus); phonation and prosodic deficiencies (change in speaking rate); breathing difficulties (respiratory difficulties performing continuous one sound); difficulties in pronunciation of sounds (difficulties switching complex sounds to lighter ones); large scale and small scale movement difficulties (monitors the entire movement clumsiness, problems of buttoning up / collecting small items).
3. The most common speech and language therapy directions, objectives and priorities in order to overcome dysarthria: fine and gross motor learning, maintaining positive emotions and supporting motivation in learning, phonemic awareness education.
4. Commonly used instruments according to respondents in overcoming dysarthria: image sets, various probes.
5. Most often preferred traditional work method: demonstration, imitation, call tracking. And the non-traditional methods of articulation (imitation based on vision, hearing), articulating methods (tactile, kinesthetic, gestures).

Keywords: dysarthria, fault identification and overcoming, speech experience.

PRIEDAI

Gerbiami logopedai (-ės),

Šio tyrimo tikslas – atskleisti ir apibendrinti logopedų, dirbančių skirtingose ugdymo/gydymo įstaigose, darbo patirtį identifikuojant ir įveikiant vaikų ir suaugusiųjų dizartriją. Kviečiame Jus dalyvauti tyrime ir pasidalyti savo darbo patirtimi.

**Anketa ANONIMINĖ, duomenys bus analizuojami apibendrintai,
laikantis duomenų konfidencialumo principo.**

Apklausą atlieka Šiaulių universiteto Socialinės gerovės ir negalės fakulteto magistrantė Audronė Lazdauskienė	Iškilius klausimams galite kreiptis telefonu: 8-611-91628 arba rašyti el.paštu: audrike.sakalyte@gmail.com
--	--

1. BENDROJI INFORMACIJA

1. Pateikite informaciją apie save. Jums tinkamus atsakymus žymėkite taip ×, arba parašykite savo nuomonę.

<p>1. Jūsų darbovietė (Jei dirbate keliose darbovietėse pažymėkite visas)</p> <p><input type="checkbox"/> Ikimokyklinio ugdymo įstaiga</p> <p><input type="checkbox"/> Pradinė mokykla</p> <p><input type="checkbox"/> Pagrindinė</p> <p><input type="checkbox"/> Progimnazija</p> <p><input type="checkbox"/> Gimnazija</p> <p><input type="checkbox"/> Ligoninė</p> <p><input type="checkbox"/> Poliklinika</p> <p><input type="checkbox"/> Reabilitacijos centras</p> <p><input type="checkbox"/> Kita.....</p>	<p>3.Kvalifikacinė kategorija</p> <p><input type="checkbox"/> Logopedė (-as)</p> <p><input type="checkbox"/> Vyr.logopedė (-as)</p> <p><input type="checkbox"/> Metodininkė (-as)</p> <p><input type="checkbox"/> Ekspertė (-as)</p>
<p>2. Su kokio amžiaus asmenimis dirbate?</p> <p><input type="checkbox"/> Ankstyvojo amžiaus (iki 3m.)</p> <p><input type="checkbox"/> Ikimokyklinio amžiaus (iki 6 m.)</p> <p><input type="checkbox"/> Priešmokyklinio amžiaus (6-7 m.)</p> <p><input type="checkbox"/> Mokyklinio amžiaus (nuo 7m. ir vyresniais)</p> <p><input type="checkbox"/> Suaugusiais (18 m. ir vyresniais)</p>	<p>4.Jūsų pedagoginio darbo stažas:</p> <p><input type="checkbox"/> iki 5</p> <p><input type="checkbox"/> 5-15 m.</p> <p><input type="checkbox"/> 15-25 m.</p> <p><input type="checkbox"/> virš 25 m.</p>
	<p>5.Jūsų lytis:</p> <p><input type="checkbox"/> Moteris</p> <p><input type="checkbox"/> Vyras</p>
	<p>6.Jūsų patirtis įveikiant vaikų ir/ar suaugusiųjų dizartriją:</p> <p><input type="checkbox"/> Neturiu patirties</p> <p><input type="checkbox"/> Nedidelė patirtis, retai pasitaikantys atvejai</p> <p><input type="checkbox"/> Didelė patirtis, dažni atvejai</p> <p><input type="checkbox"/> Specializuota patirtis, dažniausiai tenka dirbti su asmenimis, turinčiais dizartriją</p>

2. DIZARTRIJOS IDENTIFIKAVIMAS

7. Remdamiesi savo patirtimi, išskirkite kuriai sutrikimų grupei dažniausiai priskiriama dizartrijs?

- Fonetiniai kalbėjimo sutrikimai
- Fonologiniai sutrikimai
- Kalbos neišsivystymas / kalbos netekimas
- Kt. (įrašykite).....

8. Kokia dizartrijos rūšis dažniausiai pasitaiko Jūsų praktikoje?

Vaikų dizartrija:	Suaugusiųjų dizartrija:
<input type="checkbox"/> Hipertoninė <input type="checkbox"/> Hipotoninė <input type="checkbox"/> Mišri	<input type="checkbox"/> Spazminė <input type="checkbox"/> Spazminė rigidinė <input type="checkbox"/> Ataksinė <input type="checkbox"/> Mišri <input type="checkbox"/> Kita (įrašykite).....

9. Išskirkite dažniausius požymius, kuriais remiantis identifikuojate dizartriją:

Dizartrijos požymiai	Dažnai	Kartais	Niekada
Artikuliacinio aparato ypatumai			
Seilėtekis			
Pakitęs burnos ir veido jautrumas			
Pakitusi artikuliacinio aparato raumenų įtampa			
Amimiškas veidas			
Asimetriškas veidas, artikuliacinis aparatas			
Kalbėjimas per “nosį”			
Kita (įrašykite)			
Fonacijos ir prozodijos trūkumai			
Skanduotas kalbėjimas			
Lėtas kalbėjimas			
Nosinis balso atspalvis			
Trūkčiojantis balsas			
Kalbėjimo tempo pakitimai			
Šiurkštumas balse			
Kita (įrašykite)			
Kvėpavimo sunkumai			
Sunkumai iškvepiant/įkvepiant orą			
Kvėpavimo sunkumai tęsiant vieną garsą			
Dažnas kalbėjimas įkvepiant			
Kvėpavimas nepakitęs			
Paviršutiniškas kvėpavimas			
Kita (įrašykite)			
Garsų tarimo būdingiausi sunkumai			
Skardžiųjų priebalsių netarimas			
Sunku išmokyti garsą automatizuoti žodyje			
Sutrikęs balsių tarimas			
Būdingas priebalsių minkštinimas			
Sudėtingesnių garsų keitimas lengvesniais			
Kita (įrašykite)			
Stambiosios ir smulkiosios motorikos sunkumai			
Stebimas bendras motorinis nevikrumas			
Sulėtėję/suaktyvėję judesiai			
Nevikriai bėgioja/vaikšto			
Sunku užsisegti sagas/rinkti smulkius daiktus			
Kita (įrašykite)			
3. DIZARTRIJOS ĮVEIKIMAS			

10. Išskirkite kalbėjimo ir kalbos terapijos kryptis /tikslus /prioritetus, siekiant įveikti dizartriją:

	Dažnai	Kartais	Niekada
Artikuliacinio aparato ugdymas			
Garsų tarimo mokymas			
Kalbėjimo suprantamumo gerinimas			
Balso ugdymas			
Taisyklingo kvėpavimo mokymas			
Taisyklingų kūno padėčių formavimas			
Foneminio suvokimo ugdymas			
Taisyklingos ir rišlios kalbos ugdymas			
Neverbalinės komunikacijos galimybių skatinimas			
Smulkiosios ir bendrosios motorikos ugdymas			
Teigiamų asmens emocijų ir mokymo(si) motyvacijos palaikymas			
Tėvų ir šeimos narių konsultavimas			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

11. Pažymėkite, kiek dažnai ugdydami artikuliacinį aparatą dizartrijos atveju, Jūs taikote:

Veikla	Dažnai	Kartais	Niekada
Pratimus sensoriniam burnos jautrumui normalizuoti			
Pasyviają mankštą			
Taškinį masažą			
Masažą raumenų įtampai normalizuoti			
Elektros stimuliaciją			
Aktyviają mankštą (tradicinius oralinės motorikos pratimus)			
Aktyviają mankštą (pasipriešinimo /atpalaidavimo pratimus)			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

12. Pažymėkite kiek dažnai ugdydami kalbinį kvėpavimą dizartrijos atveju, Jūs taikote:

Veikla	Dažnai	Kartais	Niekada
Balionų/muilo burbulų pūtimas			
Burbuliavimas į vandenį per šiaudelį			
Švilpukų, dūdelių, armonikėlių pūtimas			
Vėliavėlių plazdenimas			
Žvakučių užpūtimas			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

13. Pažymėkite kiek dažnai ugdydami balsą dizartrijos atveju, Jūs taikote:

Veikla	Dažnai	Kartais	Niekada
Balsių "išdainavimas" (a, o, y...)			
Garsus/tylus dainavimas pagal dainos žodžius			
Aukšto/žemo balso "išdainavimas" pagal komandą			
Balsės a ar o dainavimas aukštesniu/žemesniu balsu, kiek įmanoma ilgiau			
M garsą tarti ramiai, siekti, kad balsas ilgėtų, vėliau prijungti balsę a			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

14. Pažymėkite, kiek dažnai garsų tarimo mokymui bei kalbos supratingumui gerinti dizartrijos atveju, Jūs taikote:

Veikla	Dažnai	Kartais	Niekada
Garso tarimo mokymas su tam tikrais zondais			
Garso tarimo mokymas prieš veidrodį (pakartojant paskui logopedą)			
Garso tarimo mokymas naudojant tiek zondą (-us), tiek mėgdžiojimą			
Paveikslėlių apibdinimas/įvardijimas			
Sąvokų mokymasis/aiškinimasis			
Skaitymas ir teksto analizavimas, jo atpasakojimas			
Išklauso teksto atpasakojimas pagal paveikslėlius			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

15. Pažymėkite, kiek dažnai ugdydami smulkiąją ir bendrąją motoriką, Jūs pateikiate užduotis:

Smulkioji motorika	Dažnai	Kartais	Niekada
Smulkių detalių piešimas			
Įvairių figūrų lipdymas			
Smulkių/stambių detalių karpymas			
Smulkių mazgelių raišiojimas			
Karoliukų varstymas			
<i>Kita (įrašykite)</i>			
Stambioji motorika			
Vaikščiojimas ant nupieštų linijų			
Rankų sklaidymas pagal komandą į "šalis"			
Laipiojimas po vieną koją ant kėdės/nulipimas nuo jos			
Laipiojimas aukštyn/žemyn laiptais			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

16. Kiek dažnai taikote tradicinius mokymo(si) metodus kalbėjimui, kalbai ugdyti dizartrijos atveju:

Tradiciniai mokymo(si) metodai	Dažnai	Kartais	Niekada
Demonstravimas – stebėjimas – mėgdžiojimas			
Pokalbis			
Aiškinimas			
Skaitymas			
Rašymas			
Pasakojimas			
Atpasakojimas			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

17. Kiek dažnai taikote netradicinius mokymo(si) metodus kalbėjimui ir kalbai ugdyti dizartrijos atveju:

Netradiciniai mokymo(si) metodai	Dažnai	Kartais	Niekada
Artikuliaciniai metodai (mėgdžiojimas, remiantis rega, klausa)			
Artikuliaciniai metodai (taktiliniai, proprioceptiniai, kinesteziniai, gestų)			
Vaizduotės skatinimas			
Vaizdingos kalbos vartojimas			
Metaforų vartojimas			

Rėmimasis asmens patirtimi			
Sensomotorinė / multisensorinė terapija			
Muzikos terapija			
Dailės terapija			
Smėlio terapija			
Konstravimas			
Alternatyvioji ir augmentinė komunikacija			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

18. Kiek dažnai taikote šias priemones įveikdami dizartriją:

Priemonės/įrankiai	Dažnai	Kartais	Niekada
Kramtukai, dantenu masažuokliai			
Mentelės			
Įvairūs zondai			
Masažiniai kamuoliukai			
IKT priemonės (programos, kompiuteriniai žodynai, žaidimai kt.)			
Audio/video įrašai			
Pratybų sąsiuviniai			
Paveikslėlių rinkiniai			
Alternatyviosios komunikacijos priemonės (gestai, simboliai, paveikslėliai, kompiuterinės programos, kt.)			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

19. Kiek, Jūsų nuomone, svarbus ir veiksmingas šių netradicinių metodų taikymas įveikiant dizartriją:

Netradiciniai metodai	Labai svarbu	Iš dalies svarbu	Nesvarbu
Augmentinės ir alternatyviosios komunikacijos taikymas			
Simboliai/paveikslėliai			
Gestai			
Kompiuteriai/planšetės			
Diktofonai			
<i>Kita (įrašykite)</i>			
Muzikos terapijos (jos elementų) taikymas			
Koordinacijos ugdymas per muziką			
Burnos raumenų įtampos normalizavimas			
Balso ugdymas			
Foneminės klausos ugdymas			
Dėmesingumo ugdymas			
Teigiamų emocijų skatinimas			
<i>Kita (įrašykite)</i>			
Dailės terapijos (jos elementų) taikymas			
Rankų/pirštų koordinacijos ugdymas			
Vaizduotės skatinimas			
Raumenų atpalaidavimas per piešimą			
Teigiamų emocijų skatinimas			
<i>Kita (įrašykite)</i>			
Smėlio terapijos (jos elementų) taikymas			

Smulkiosios motorikos ugdymas			
Pažintinių gebėjimų ugdymas			
Orientacijos aplinkoje skatinimas			
Raumenų įtampos normalizavimas			
Teigiamų emocijų skatinimas			
<i>Kita (įrašykite)</i>			

Ačiū Jums už nuomonę!